

Applaus für Preisträger*innen

EASD-Preise für fünf DDG-Mitglieder





Ausgezeichnet! Prof. Dr. Michael Nauck hält die Claude-Bernard-Lecture.

STOCKHOLM. Beim EASD-Jahreskongress wurden gleich mehrere Preise an Forschende aus Deutschland vergeben. Diese fünf Mitglieder der DDG wurden ausgezeichnet: Prof. Dr. Michael Nauck erhielt für sein Lebenswerk zur Erforschung der Inkretine die Claude-Bernard-Medaille. Der Minkowski-Preis ging an Prof. Dr. Martin Heni für seine Arbeiten zur Rolle des Gehirns im Energiestoffwechsel. Prof. Dr. Anette-Gabriele Ziegler erhielt den EASD-Novo Nordisk Foundation Diabetes Prize für ihre Forschungen zu Krankheitsmechanismen des Diabetes, Prof. Dr. Matthias Tschöp den Lilly Centennial Anniversary Prize für seine Arbeit zu Darmhormon-Polyagonisten und PD Dr. Olga Ramich den Morgagni-Preis für ihre Arbeit zu Ernährungsstrategien. **3, 12**

Fotos: Anna P./gettyimages, © Angela Monecke, magele-picture – stock.adobe.com

„Geht nicht? Gibt's nicht!“

BERLIN. Seit Jahrzehnten engagiert sich Ulrike Thurm, die seit 1985 mit Typ-1-Diabetes lebt, im Bereich „Diabetes und Sport“. Nun hat sie dafür das Bundesverdienstkreuz bekommen. Ein Gespräch über Disziplin und Teamwork – der Sport läuft als roter Faden immer mit, denn für Ulrike Thurm geht es einfach nicht ohne ... **21**

CGM-Vorteile sind erkennbar

Fachgesellschaften kritisieren Hilfsmittel-Report

BERLIN. Die Barmer stellt den Zusatznutzen der Geräte zur kontinuierlichen Glukosemessung (CGM) infrage. In ihrem Hilfsmittelreport 2022 fordert die Krankenkasse künftig einen Nutzencheck. Die DDG und die Deutsche Gesellschaft

für Endokrinologie sind zwar ebenfalls generell für eine Überprüfung aller therapeutischen Hilfsmittel auf ihren medizinischen Nutzen. Sie warnen aber vor „vorschnellen und wissenschaftlich nicht haltbaren Beurteilungen“. Es sollte nicht aus

finanziellen Gründen „eine Kultur des Misstrauens in neue technische Hilfsmittel“ befördert werden. Die Fachgesellschaften sorgen sich um drohende Rückschritte in der Diabetesversorgung. Auf die Vorteile von CGM zu verzichten „hieß, ins ver-

gangene Jahrhundert zurückzufallen“, kommentiert DDG Präsident Prof. Dr. Andreas Neu den Report. Die AG Diabetes und Technologie verweist auf die hohe Evidenz des Zusatznutzens bei einem Diabetes Typ 1 und bei einer Insulinpumpentherapie. **4**

Was den Läusen schadet ...

DÜSSELDORF. ... könnte doch auch den Flöhen schaden, oder? Genau in diese Richtung wird gerade bei Morbus Parkinson und Diabetes geforscht: Die beiden Erkrankungen beeinflussen sich gegenseitig und darin liegt die Chance, dass Medikamente gegen die eine auch gegen die andere Erkrankung wirken. Wie ist der aktuelle Forschungsstand? **22**

MedTriX^{Group}

Gemeinsam unterwegs

DGA und DDG kooperieren während der Diabetes Herbsttagung 2022

WIESBADEN. Bald ist es so weit, und die Diabetes Herbsttagung öffnet ihre Türen – wieder in hybrider Form, also vor Ort und virtuell. „Auf einem Bein

kann man nicht stehen“, das Motto der Tagung, erscheint natürlich nicht nur auf geduldigem Papier, sondern wird mit Leben gefüllt, unter anderem durch die gemein-

samen Symposien der beiden Gesellschaften (z.T. mit Live-Elementen), die deutlich machen, wie wichtig die Zusammenarbeit von Gefäßmedizin und Diabetologie ist. Noch

besser und auf einer anderen Ebene kennenlernen können sich Diabetolog*innen und Angiolog*innen während des abwechslungsreichen Rahmenprogramms. **8,16**

Seite 6 Wann B95.-!, B96.-! oder B98.-! passt

BAD MERGENTHEIM. DRG-Kodierung: Eine aktuelle Schlichtungsentscheidung zur Erregerkodierung ist für die Krankenhausabrechnung, z.B. bei klassischen DFS-Wunden, förderlich.

Jetzt anmelden zum Gesellschaftsabend!

DIABETES HERBSTTAGUNG 2022 DDG

25.–26. November (Programm der DGA beginnt am 24.11.). Gesellschaftsabend ist am 25. November – die Anzahl der Tickets ist begrenzt.

www.herbsttagung-ddg.de

Seite 5 SGLT2-Hemmer: sind „atemberaubend“

BERLIN. Wie Ärzt*innen nach einer Herzinsuffizienz fahnden und warum die Wirkung von SGLT2-Hemmern „atemberaubend“ ist, erklärt Prof. Dr. Thomas Forst im Interview.



Gute Ideen – von der DDG gefördert

BERLIN. Eine gute Idee für ein Forschungsprojekt, für eine Studie – aber die finanziellen Mittel sind knapp? Geht es um ein Forschungsvorhaben aus dem Bereich der Diabetologie, können sich Wissenschaftler*innen um eine Projektförderung der DDG bewerben – für 2023 ist eine Bewerbung noch bis zum 30. November möglich. Unterstützt werden Projekte aus verschiedenen Bereichen der Diabetologie. **8**

»Ausgezeichnet sein, ausgezeichnet werden«

Ehrungen während der EASD-Jahrestagung und die Ehrung mit dem Bundesverdienstkreuz: Mitglieder der DDG bringen die Diabetologie voran

News & Fakten

Claude-Bernard-Medaille für Prof. Dr. Michael Nauck; Zugang zu CGM-Systemen; Interview Herzinsuffizienz; Schlichtung zur Erregerkodierung; Podcast „Zuckerzange“; Rahmenprogramm der Diabetes Herbsttagung; Projektförderungen der DDG; O-Ton Diabetologie: Dr. Schmidt-Reinwald; News aus der Diabetesforschung 3–10

Kongress aktuell

EASD-Kongress: die deutschen Preisträger*innen; SGLT2-Inhibitoren bei Herzinsuffizienz; Chance der Remission bei Typ-2-Diabetes; Diabetes hat ein epigenetisches Gedächtnis; Herbsttagung: Programm-Highlights; Adipositas per magna; Selbstfürsorge im Blick behalten; Falsche Anreize durch DMP?; Blutdruck- und Lipidkontrolle 12–17, 24

Forum Literatur

Können helfen: GLP1-Rezeptoragonisten; Umprogrammierung von Betazellen; Effektive Therapie stabilisiert Herzinsuffizienz; Koloskopie ohne Hindernisse 18, 28–29

Im Blickpunkt

Metabolomanalyse zeigt Risiko für Diabetes; Stellenanzeigen sensibel formulieren; Umsatzsteuerpflicht für Praxismgemeinschaften; Diabetes und Morbus Parkinson; G-BA erstellt Vorgaben für DMP Adipositas; Nachruf auf Dr. Heinz Schneider; Elisabeth-Krankenhaus Essen zertifiziert; Welt-diabetestag 2022 ... 19–20, 22–23, 25

Das Interview

„Geht nicht? Gibt's nicht!": Ulrike Thurm über Teamwork – und Erfolge, die daraus entstehen 21

Medizin & Markt

Berichte aus der Industrie 26–27

Kurznachrichten

Neu- oder rezertifizierte Arztpraxen, Neue Diabetolog*innen DDG 30

Weiterbildung & Qualifikation

Diabetesberater*in DDG; Diabetesassistent*in DDG; Fit für die Weiterbildung (Angebot des VDBD); Train-the-Trainer-Seminar: „Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG“; Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG; Diabetespflegefachkraft DDG (Klinik und Langzeit); Wundassistent*in DDG; 80-Std.-Kurs Klinische Diabetologie; Seminare Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung in der Diabetologie; Fachpsycholog*in DDG; 80-Std.-Kurs Klinische Diabetologie 32–33

Job- & Praxenbörse

Stellenangebote; Nachfolger gesucht 34–35

Buntes

..... 36

Liebe Leserinnen und Leser,

ausgezeichnet sein, ausgezeichnet werden – so ist es auch bei den Wissenschaftler*innen, die während der EASD-Jahrestagung in Stockholm einen Preis erhalten haben: Sie sind in ihrer Arbeit ausgezeichnet und wurden dafür nun ausgezeichnet. Fünf EASD-Preisträger*innen stammen aus den Reihen der DDG: Professor Dr. Michael Nauck – mit dem die **diabetes zeitung** gleich nach der Claude-Bernard-Lecture sprechen konnte –, Professor Dr. Martin Heni, Professor Dr. Anette-Gabriele Ziegler, Professor Dr. Matthias Tschöp und PD Dr. Olga Ramich. Herzlichen Glückwunsch! Mehr auf den Seiten 3 und 12.



Prof. Dr. Andreas Neu
Präsident der
Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
Foto: © DDG/Dirk Deckbar

»Bundesverdienstkreuz für das Engagement im Bereich Diabetes und Sport«

Auch Frau Ulrike Thurm ist ausgezeichnet, in dem was sie tut, und dafür ausgezeichnet worden: Sie bekam für ihr jahrzehntelanges Engagement für Sportler*innen mit Diabetes das Bundesverdienstkreuz. Im Interview erzählt sie, dass sie wegen der Diagnose Typ-1-Diabetes nicht Sportlehrerin werden konnte. Sie hat nicht aufgegeben, wurde Diabetesberaterin und hat – immer zusammen mit anderen, wie sie betont – sehr viel erreicht für Menschen mit Diabetes, die Sport (auch Leistungssport!) treiben möchten. Erfahren Sie mehr auf Seite 21.

»DGA und DDG gemeinsam auf dem Weg – auch mit gemeinsamen Symposien«

Schon jetzt sollten Sie sich für die Diabetes Herbsttagung Ende November die gemeinsamen Symposien der Deutschen Gesellschaft für Angiologie (DGA) und der DDG vormerken. „Diabetologie und Angiologie – A marriage in heaven?“ heißt eines davon, das von den Tagungspräsidenten Dr. Berthold Amann (DGA) und PD Dr. Kilian Rittig (DDG) geleitet wird. Notieren sollten Sie sich auch „Endovaskuläre Therapie des DFS

– Lessons learned!“ Teil dieses Symposiums wird eine live kommentierte Angioplastie sein. Wer seine Kolleg*innen auch auf einer anderen als der wissenschaftlichen Ebene kennenlernen möchte, dem seien das Rahmenprogramm und besonders der Gesellschaftsabend empfohlen. Lesen Sie weiter auf den Seiten 8 und 16.

»Wird der Zugang zu CGM-Systemen schwieriger?«

Einen Nutzencheck für CGM-Systeme fordert die Krankenkasse Barmer in ihrem Hilfsmittelreport 2022. Gegen eine Überprüfung spricht erst einmal nichts, sagen DDG und Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie

(DGE) in einer gemeinsamen Stellungnahme – warnen aber davor, den Zugang zu CGM-Systemen aus finanziellen Gründen zu erschweren. Schaut man genauer hin, kann der Einsatz von CGM-Systemen sogar helfen, Kosten zu sparen, und auch die höhere Lebensqualität, die Alltagserleichterungen und die höhere Therapietreue, die die kontinuierliche Glukosemessung häufig mit sich bringt, sollten keinesfalls vergessen werden. Alle Argumente stehen im Beitrag auf Seite 4.

»Neue Chancen in der Therapie von Diabetes und Morbus Parkinson«

Am Beispiel von Morbus Parkinson lässt sich zeigen, dass das Zusammenspiel zweier Krankheiten auch Chancen für neue Therapieansätze eröffnet. Welche das sind, zeigt die Kolumne der Ärztin Liesa Regner-Nelke auf Seite 22.

Ich wünsche Ihnen eine spannende Lektüre.

Ganz herzlich Ihr

Prof. Dr. Andreas Neu

diabeteszeitung

© 2022, MedTriX GmbH
Alleiniger Gesellschafter: Süddeutscher Verlag
Hüthig Fachinformationen GmbH, München
Verlag: MedTriX GmbH
Anschrift: Unter den Eichen 5, 65195 Wiesbaden
Telefon: 0611 9746-0, Telefax Redaktion: 0611 9746 480-303
E-Mail: mtd-kontakt@medtrix.group
www.medtrix.group

CEO: Oliver Kramer
Geschäftsführung: Stephan Kröck, Markus Zobel
Gesamtredaktionsleitung Deutschland: Günter Nuber
Herausgeberschaft:
Deutsche Diabetes Gesellschaft e. V. (DDG),
Albrechtstr. 9, 10117 Berlin;
Präsident: Prof. Dr. Andreas Neu,
Geschäftsführerin: Barbara Bitzer

Chefredaktion: Günter Nuber (V.i.S.d.P.)
Redaktion Medizin: Nicole Finkenauer, Gregor Hess
Redaktion Politik: Michael Reischmann (verantwortlich),
Isabel Aulehla
Weitere Mitarbeitende: Cornelia Kolbeck, Angela Monecke,
Antje Thiel
Corporate Publishing: Lena Feil, Bianca Lorenz

Redaktionsbeirat:
Barbara Bitzer, Anne-Katrin Döbler, Prof. Dr. Andreas Fritsche,
Prof. Dr. Baptist Gallwitz, Dr. Astrid Glaser, Prof. Dr. Andreas
Hamann, Prof. Dr. Lutz Heinemann, Manuel Ickrath,
Dr. Matthias Kalthauer, Prof. Dr. Monika Kellerer,
Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland, Prof. Dr. Michael Nauck,
Prof. Dr. Andreas Neu, Prof. Dr. Annette Schürmann,
Prof. Dr. Erhard Siegel

Vetretung der angrenzenden Fachgebiete:
Prof. Dr. Matthias Blüher (Adipositas), Prof. Dr. Frank Erbguth
(Neurologie), Prof. Dr. Stephan Herzig (Grundlagenforschung
und Onkologie), Dr. Helmut Kleinwechter (Diabetes und
Schwangerschaft), Prof. Dr. Bernhard Kulzer (Psychologie
(Schulung)), Prof. Dr. Karin Lange (Psychologie
(Fachpsychologie)), Dr. Holger Lawall (Angiologie),
Prof. Dr. Nikolaus Marx (Kardiologie), Prof. Dr. Matthias Nauck
(Labordiagnostik), Prof. Dr. Andreas Neu (Pädiatrie),
Prof. Dr. Jürgen Ordemann (Bariatrische Chirurgie),
Prof. Dr. Klaus Parhofer (Lipidologie),
Prof. Dr. Christoph Wanner (Nephrologie)

Koordination in der DDG Geschäftsstelle: Franziska Fey
Layout Layout: Andrea Schmuck
Layout: Christina Mähler, Beate Scholz, Mira Vetter
Objekt- und Medialeitung: Björn Lindenau
Verkauf: Josef Hakam, Marc Bornschein, Lukas Koch
Anzeigen: Alexandra Ulbrich, Telefon: 0611 9746-121,
Julia Paulus, Telefon: 0611 9746-123
Telefax: 0611 9746 480-112
E-Mail: mtd-anzeigen@medtrix.group
Anzeigen-Preisliste Nr. 7 vom 1.1.2022

Vertrieb und Abonnentenservice: Cornelia Polivka,
Telefon: 0611 9746-134, Telefax: 0611 9746 480-228
E-Mail: mtd-aboservice@medtrix.group

Druck: Vogel Druck und Medienservice GmbH & Co. KG
Leibnizstraße 5, D-97204 Höchberg

Bezugsbedingungen:
Einzelpreis € 6, Jahresabonnement € 45, Studenten € 35
(inkl. Porto und MwSt., Ausland zuzüglich Porto)
Konto: HVB / UniCredit Bank AG
IBAN: DE12 7002 0270 0015 7644 62, BIC: HYVEDE3333
ISSN 2367-2579



Die Mitglieder der Deutschen Diabetes Gesellschaft erhalten das Heft im Rahmen ihres Mitgliedsbeitrages.

Mit der Einsendung eines Manuskriptes erklärt sich der Urheber damit einverstanden, dass sein Beitrag ganz oder teilweise in allen Printmedien und elektronischen Medien der MedTriX GmbH, der verbundenen Verlage sowie Dritter veröffentlicht werden kann.

Beilagen: diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe

www.blauer-engel.de/uz195

Dieses Druckerzeugnis wurde mit dem
Blauen Engel ausgezeichnet



Der Herr der Inkretine

Prof. Dr. Michael Nauck erhielt in Stockholm die Claude-Bernard-Medaille

STOCKHOLM. „Was kann man als Wissenschaftler mehr erreichen als diese Anerkennung?“, so Prof. Dr. Michael Nauck beim EASD-Kongress 2022 in Stockholm, wenige Minuten nachdem er die Claude-Bernard-Medaille für sein Lebenswerk in den Händen hielt. Es ist die höchste Auszeichnung, die in der Diabetologie für innovative Forschung vergeben wird.

Ich werde ganz ehrfürchtig, wenn ich die Liste derer sehe, die den Preis schon bekommen haben“, sagte er im Gespräch mit der diabeteszeitung am Rande des Kongresses. Prof. Dr. WERNER CREUTZFELDT zum Beispiel, der die Medaille 1978 für sein Inkretinkonzept erhielt. Creutzfeldt leitete seinerzeit auch die Arbeitsgruppe des jungen Assistenten Nauck an der Uni Göttingen, die sich – wie kann es anders sein – mit der Inkretinforschung beschäftigte. „Ich werde aber fast noch ehrfürchtiger, wenn ich über den Kongress gehe und die Menschen sehe, die den Preis ebenfalls verdient, ihn aber nicht erhalten haben“, so Nauck. Hier unter den weltweit besten

Diabetesexpert*innen ausgewählt worden zu sein, sei schon „ein großes Privileg“, meinte er. Persönlich attestiert zu bekommen, „sehr zum Fortschritt der Diabetesforschung und auch der Therapie beigetragen zu haben“, das sei schon überwältigend. Hätte man ihm das vor 40 Jahren prognostiziert, als er noch in den Anfängen seiner Inkretinforschung steckte – er hätte es nicht geglaubt.

Nicht immer läuft es nach Plan – auch nicht in der Forschung

Auch das passt zu dem Bochumer Professor: Überraschungen spielten in seiner Forschung von jeher eine große Rolle. „Es ist nicht immer das herausgekommen, was man sich



Mit die Ersten, die Prof. Dr. Michael Nauck zur Claude-Bernard-Medaille gratulierten: Dr. Astrid Glaser und Prof. Dr. Baptist Gallwitz.

Foto: Angela Monecke

eingangs vielleicht gedacht hat, aber dadurch wurde es erst interessant.“ Mit der Claude-Bernard-Medaille werden Forschende gewürdigt, die die Diabetesforschung mit herausragenden und innovativen Arbeiten vorangebracht haben. Prof. Nauck erhielt die Medaille für sein Lebenswerk auf dem Gebiet der gastrointestinalen Peptidhormone und deren Rolle in der Pathophysiologie des Typ-2-Diabetes. In seiner Claude-Bernard-Lecture „An updated incretin concept for tomorrow“ in Stockholm sprach Nauck die Ursprünge und die Entwicklung der Inkretinforschung an, ging dabei auf

die Wirkung des Inkretinhormons GLP1 und dessen Anwendung bei der Blutzucker- und Gewichtssenkung von Menschen mit Typ-2-Diabetes ein. Der Diabetologe wies zudem auf künftige Möglichkeiten dieses Forschungsgebiets hin. „Das Therapiepotenzial mit Hormonen aus dem Magen-Darm-Trakt ist hoch“, denkt auch DDG-Präsident Prof. Dr. ANDREAS NEU. Neben der Senkung von Blutzucker und Gewicht könne eine Therapie mit GLP1-Rezeptoragonisten u.a. auch gefährliche Herz-Kreislauf-Erkrankungen verhindern. Nauck habe dieses Therapieprinzip maßgeblich mit-

Glückwünsche vor Ort!

Die Schlange der Gratulanten vor der großen Bühne der Bernard Hall auf dem EASD-Kongress war an diesem Vormittag lang. Aus Japan, England, Indien, den USA und Südamerika standen sowohl junge als auch erfahrene Diabetesexpert*innen geduldig an, um Prof. Dr. Michael Nauck endlich die Hand schütteln oder ihn herzlich umarmen zu können. Vor Ort dabei waren auch einige hochehrfreute Kolleg*innen aus Deutschland, z.B. das DDG-Vorstandsmitglied Prof. Dr. Baptist Gallwitz und Dr. Astrid Glaser, Geschäftsführerin des DZD.

gestaltet und damit bereits Millionen Menschen geholfen, betonte Neu.

Großartiges geleistet, bescheiden geblieben

Diabetesforscher Nauck blickt eher zurückhaltend auf sein Lebenswerk: „Ich habe nie viel Geld verbraucht für meine Forschung, nie große Räumlichkeiten beansprucht. Ich habe aber kontinuierlich die Fragen, die uns beschäftigt haben, beantwortet.“ Alles richtig gemacht, lieber Herr Professor Nauck – und herzlichen Glückwunsch auch von uns allen aus der dz-Redaktion!

Angela Monecke

»Überraschungen spielten in meiner Forschung immer eine große Rolle.«

FreeStyle
Libre 3

Ihre Patient:innen
können früher erkennen.
Schneller handeln.
Hypoglykämien vermeiden¹.

Mit FreeStyle Libre 3 – dem kleinsten²
und genauesten³ Sensor der Welt.

 Ausgezeichnete Messgenauigkeit mit einer **MARD von 7,8 %⁴** – über **14 Tage⁵** Tragedauer.

 Kleiner als zwei übereinander gestapelte 5-Cent-Münzen.

5x Glukosewerte werden **jede einzelne Minute⁶** übertragen – bis zu **5x schneller⁴** als bei anderen kontinuierlichen Messsystemen.

Einfach Mehr Wissen

Mehr erfahren unter: www.freestyle.de

Agenturfoto. Mit Model gestellt. Glukosedaten dienen zur Illustration, keine echten Patientendaten. Das Lesegerät oder die Apps der FreeStyle Libre Messsysteme sind sowohl in mg/dl als auch mmol/l erhältlich.

1. Dunn, T et al. Diabetes Res Clin Pract. 2018;137: 37-46. 2. Im Vergleich mit anderen vom Patienten selbst anzubringenden Sensoren. Daten liegen vor. Abbott Diabetes Care. 3. Daten liegen vor. Abbott Diabetes Care Inc. Vergleich basierend auf öffentlich zugänglichen Informationen. 4. Daten liegen vor. Abbott Diabetes Care. 5. Alva, S et al. Journal of Diabetes Science and Technology. 2020; DOI: 10.1177/1932296820958754. 6. Die FreeStyle Libre 3 App ist nur mit bestimmten Mobilgeräten und Betriebssystemen kompatibel. Bevor Sie die App nutzen möchten, besuchen Sie bitte die Webseite www.FreeStyleLibre.de um mehr Informationen zur Gerätekompatibilität zu erhalten. FreeStyle, Libre und damit verbundene Markennamen sind eingetragene Marken von Abbott.

© 2022 Abbott. ADC-57998.v2.0



NEU
mit Lesegerät

Abbott
life. to the fullest.®

Zugang zu CGM-Systemen nicht erschweren!

DDG und DGE sorgen sich um drohende Rückschritte in der Diabetesversorgung

BERLIN. Die DDG und die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) warnen vor „vorschnellen und wissenschaftlich nicht haltbaren Beurteilungen“ der Geräte zur kontinuierlichen Glukosemessung (CGM). Anlass ist der aktuelle Hilfsmittelreport der Barmer und die Furcht der Kasse vor steigenden Ausgaben. DDG und DGE liefern valide Gegenargumente.

Die Barmer stellt den Zusatznutzen der CGM-Systeme infrage. In ihrem Hilfsmittelreport 2022 fordert die Krankenkasse künftig einen Nutzencheck für solche Apparaturen (diabeteszeitung 7-8/2022). DDG und DGE sind zwar ebenfalls generell für eine Überprüfung aller therapeutischen Hilfsmittel auf ihren medizinischen Nutzen. Sie warnen aber davor, aus finanziellen Gründen „eine Kultur des Misstrauens in neue technische Hilfsmittel zu befördern“.

Hypoglykämie-Alarm kann lebensrettend sein

Die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes verwendet inzwischen CGM-Systeme. 2016 entschied der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), dass diese Systeme von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden, wenn die Therapieziele nicht anders erreichbar sind. Auf die Vorteile von CGM zu verzichten „hieß, ins vergangene Jahrhundert zurückzufallen“, kommentiert DDG Präsident Prof. Dr. ANDREAS NEU den Barmer-Report.

»Warnung vor einer ‚Kultur des Misstrauens‘«



CGM oder klassische Blutzuckermessung? Die AGDT gibt aktuelle Hinweise zum Einsatz der Verfahren.

Foto: martin-dm/gettyimages

Praktische Anwendungsempfehlung zur Glukosemessmethode

	Kontinuierliche Gewebezuckermessung (CGM)	Blutglukosemessung
ICT (intensivierte Insulintherapie)		
CSII (kontinuierliche subkutane Insulininfusion)	++	+ *
AID (Automatische Insulindosierung)		
BOT (basal unterstützte orale Therapie)		
BIT (basal unterstützte Inkretintherapie), SIT (supplementäre Insulintherapie)	(+)-	++
OAD (orale Antidiabetika)	-	+

++: Empfehlung +: schwache Empfehlung -: keine Empfehlung * bei CGM Nutzung: Kalibration, CGM-Kontrolle

Stellungnahme der AGDT der DDG zur Auswahl der Glukosemessmethode (Stand 6.9.2022)

Ein Rückzug aus der Erstattungsfähigkeit solcher Systeme würde die Entwicklung von modernen und sicheren Technologien abwürgen, die Diabetespriest*innen den Alltag erleichtern und zu mehr Lebensqualität führen. DDG und DGE haben dem G-BA ein Gutachten zu diesem Thema vorgelegt.

Ein wesentlicher Vorteil der CGM ist der Hypoglykämie-Alarm, betont Dr. GUIDO FRECKMANN, Vorstandsmitglied der AG „Diabetes und Technologie“ der DDG. Die Patient*innen werden frühzeitig gewarnt und können therapeutisch gegenlenken. „Gerade bei Betroffenen mit stark schwankenden Glu-

kosewerten kann diese Funktion sogar lebensrettend sein.“ In ihrer aktuellen Stellungnahme „Auswahl der Glukosemessmethode“ weist die AGDT auf die hohe Evidenz des Zusatznutzens bei einem Diabetes Typ 1 und bei einer Insulinpumpentherapie hin und verweist dabei auf etliche Studien.

Kosten für ein CGM werden nur im Einzelfall übernommen

Expert*innen der DDG und DGE fürchten, dass mit dem Infragestellen des Zusatznutzens von CGM künftig weniger Patient*innen von der neuen Technik profitieren könnten. „Unsere Untersuchungen

und Erfahrungen mit Betroffenen zeigen, dass CGM neben der verbesserten Glukosekontrolle auch das Risiko für Folgeerkrankungen und akute Komplikationen vermindern“, betont DGE-Präsident Prof. Dr. GÜNTER STALLA. Deshalb seien diese Systeme in die Leitlinien zur Behandlung des Diabetes Typ 1 und Typ 2 aufgenommen worden – insbesondere für Risikopatient*innen, die ihren Stoffwechsel durch die Standard-Therapie nicht in den Griff bekommen.

Prof. Dr. BAPTIST GALLWITZ, Mediensprecher der DDG, meint, dass der Barmer-Report ein falsches Licht auf die Versorgungsrealität und die

»Fragwürdiger Kostenvergleich«

Kassenausgaben wirft: „Die Kosten für ein CGM werden nur im Einzelfall übernommen. Der Medizinische Dienst prüft die Notwendigkeit und stimmt zu oder lehnt ab – also eine bislang durchaus strenge Auswahl.“ Den Kostenvergleich der Barmer zwischen Blutzuckermessstreifen und CGM hält der Diabetologe für fragwürdig: „Die Kosten für ein CGM-System liegen nicht viel höher, als wenn man sechs bis acht Mal am Tag den Blutzucker mithilfe herkömmlicher Blutzuckermessstreifen misst – was für eine gute Stoffwechselkontrolle absolut notwendig ist.“ Die Beobachtung der Krankenkasse, dass CGM-Patient*innen häufiger Arzt- und Krankenhausaufenthalte aufweisen, kritisiert Prof. Gallwitz als irreführend: Viele Patient*innen mit CGM hätten aufgrund der schwierigeren Stoffwechsellage auch häufiger Begleit- oder Nebenerkrankungen, die solche Besuche rechtfertigen. Da sei das CGM zweitrangig.

Auch die psychosozialen Faktoren im Blick behalten

Prof. Dr. MARTIN MERKEL, Vorstandsmitglied der Sektion Diabetes & Stoffwechsel der DGE, gibt ferner zu bedenken: „Die Belastungssituation von Angehörigen und Betroffenen sinkt deutlich, wenn sich der Stoffwechsel besser kontrollieren lässt – unter Umständen auch aus größerer Distanz über eine Handy-App.“ Zudem erhöhten technische Annehmlichkeiten die Therapietreue und die gesellschaftliche Inklusion; dadurch erhielten Betroffene einen positiveren Zugang zu ihrer Erkrankung. „Solche psychosozialen Faktoren werden beim bloßen Blick auf Zahlen nicht berücksichtigt“, moniert Prof. Merkel. dz

Pressemitteilung von DDG und DGE

Stellungnahme der AGDT:

ddg.info/politik/stellungnahmen/auswahl-der-glukosemessmethode

+++ MEDIZIN-TICKER +++ MEDIZIN-TICKER + + + MEDIZIN-TICKER + + +



Datenspende: für die Forschung sehr gern

Viele Krebspatient*innen sind bereit, ihre klinischen Daten der Forschung zur Verfügung zu stellen – das zeigt eine Studie aus Heidelberg. Die Patient*innen fordern hohe Datensicherheit, bestmögliche Datennutzung und Informationen über Forschungsergebnisse.

5,4

Mio. Euro erhält das Projekt „Digital Integrierte Versorgung von Diabetes mellitus Typ 2 und Parodontitis“ aus dem G-BA-Innovationsfonds.

Mitmachen: Umfrage für den D.U.T-Report 2023

Die Umfrage für den Digitalisierungs- und Technologiereport Diabetes 2023 läuft ab dem 15. Oktober. Umfrage-Links: de.research.net/r/DUT2023_Aerzte_FIDAM (Diabetolog*innen) und de.research.net/r/DUT2023_DB_FIDAM (Diabetesberater*innen).

»Bei Typ-2-Diabetes nach Herzinsuffizienz fahnden«

Prof. Dr. Thomas Forst über das neue Positionspapier

BERLIN. Die Herzinsuffizienz bleibt häufig unentdeckt, warnt Prof. Dr. Thomas Forst, Mitautor des neuen Positionspapiers zu „Herzinsuffizienz und Diabetes“ von DDG und DGK.

Was weiß man heute über dieses tödliche Duo?

Bei Diabetes hat man bisher nur von Herzinfarkt und Schlaganfall gesprochen. Dass die Herzinsuffizienz ein Problem ist, war wenig bekannt. Bei Diabetes tritt sie häufig mit einer erhaltenen Herzfunktion (HFpEF) auf, was die Mortalität massiv erhöht.

Welche Handlungsempfehlungen zur Diagnose gibt das Papier?

Die Kardiolog*innen sollten bei Herzinsuffizienz daran denken, dass häufig Menschen mit Diabetes daran erkrankt sind. Für Hausarzt*innen und Diabetolog*innen gilt: Behandeln sie Patient*innen mit Diabetes, liegt möglicherweise auch eine Herzinsuffizienz vor. Hat ein/e Patient*in allerdings nur milde Symptome, denkt man nicht sofort an eine Herzinsuffizienz, die aber längst vorliegen kann. Deshalb sollte man bei jedem Typ-2-Diabetes nach einer Herzinsuffizienz fahnden. Symptome wie Kurzatmigkeit, nächtliche Luftnot, Belastungsrück-

gang, Abgeschlagenheit sollten abgefragt und klinischen Zeichen wie Herzspitzenstoß, Herzton und Ödemen immer nachgegangen und im Anschluss das natriuretische Peptid bestimmt werden. Sind die Werte erhöht, muss die weitere Abklärung mittels Echokardiografie erfolgen, so haben wir es auch in unserem Positionspapier formuliert. Unser Dank für ihre großartige Arbeit geht hier an die Erstautorin des Papiers, Privatdozentin Dr. KATHARINA SCHÜTT.

INTERVIEW



Prof. Dr. Thomas Forst
Diabetologe
Foto: privat

gang, Abgeschlagenheit sollten abgefragt und klinischen Zeichen wie Herzspitzenstoß, Herzton und Ödemen immer nachgegangen und im Anschluss das natriuretische Peptid bestimmt werden. Sind die Werte erhöht, muss die weitere Abklärung mittels Echokardiografie erfolgen, so haben wir es auch in unserem Positionspapier formuliert. Unser Dank für ihre großartige Arbeit geht hier an die Erstautorin des Papiers, Privatdozentin Dr. KATHARINA SCHÜTT.

Die SGLT2-Hemmer gelten als besonders wirksam gegen Herzinsuffizienz – auch gegen HFpEF?

Für die HFpEF, also die Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion, gibt es längst gute Medikamente: Betablocker, ACE-Hemmer und

ARNI, MRA sowie Diuretika. In den letzten Jahren sind die SGLT2-Hemmer zu einem Wundermittel bei Herzinsuffizienz geworden. Bei der HFpEF verbessern sie Hospitalisation und Mortalität. Anders sieht es für die HFpEF, die Herzinsuffizienz mit erhaltener Auswurfleistung aus. Zwar behandelt man sie auch mit

diesen Medikamenten, aber es gab bislang keine Studie, die hier eine verbesserte Prognose gezeigt hätte. Für die HFpEF liegen endlich Studien mit SGLT2-Hemmern vor. Es ist die erste Substanzklasse, die je zeigen konnte, dass sich die Prognose bei HFpEF verbessert. Das ist atemberaubend. Interview: Angela Monecke



Foto: artinspiring - stock.adobe.com

Das neue Positionspapier von DDG und DGK richtet sich an Fachärzt*innen aus Diabetologie, Kardiologie und Allgemeinmedizin und ist unter folgendem Link abrufbar: www.ddg.info/politik/stellungnahmen/positionspapierherzinsuffizienz-und-diabetes Pressemitteilung DDG/DGK

Der SGLT-2-Hemmer STEGLATRO®:
Das Monopräparat Ertugliflozin



STEGLATRO® – effektive HbA_{1c}-Senkung*¹ mit den niedrigsten Tagestherapiekosten unter den SGLT-2-Hemmern für Typ-2-Diabetiker ohne zusätzlich klinisch relevantes Risikoprofil.²

Vergleich mit ausgewählten SGLT-2-Hemmern:

+ KASSENVERTRÄGE

STEGLATRO®
1,30€ TTK**



Alle gezeigten Monosubstanzen sind u. a. für die Behandlung von Erwachsenen mit unzureichend kontrolliertem Typ-2 Diabetes mellitus als Ergänzung zu Diät und Bewegung angezeigt.^{1,3,4} Andere Indikationen (Herzinsuffizienz, Niereninsuffizienz) wurden nicht berücksichtigt.

Hier direkt Muster bestellen:
m.msd.de/stemuster



* Zusätzliche HbA_{1c} - Senkung um 0,7% nach 26 Wochen.

** Tagestherapiekosten (TTK) auf Basis des Apothekenverkaufspreis (AVP). Lauer-Taxe Stand 01.03.2022, abgefragt 01.03.2022. TTK entsprechen bei einmal täglicher Gabe einer Tablette dem Feld „Grundpreis“, ausgehend von der größten Packungsgröße: Jardiance® 10 mg N3 = 100 Tbl, Forxiga® 5 mg N3 = 98 Tbl, Steglatro® 5 mg N3 = 98 Tbl.

1. Fachinformation STEGLATRO®, Stand: Oktober 2021. 2. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale Versorgungsleitlinie Typ-2-Diabetes – Teilpublikation der Langfassung, 2. Auflage, Version 1. 2021. AWMF-Register-Nr. nvl-001. Verfügbar online unter <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/nvl-001.html> [eingesehen am 11.05.2021]. 3. Fachinformation Forxiga®, Stand: November 2021. 4. Fachinformation Jardiance®, Stand: Oktober 2021..



Steglatro® 5 mg Filmtabletten
Steglatro® 15 mg Filmtabletten

Wirkstoff: Ertugliflozin **Zus:** Arzneil. wirts. Bestandt.: Jede Tbl. enth. 5 mg bzw. 15 mg Ertugliflozin (als Ertugliflozin-Pidolsäure). **Sonst. Bestandt.:** Mikrokrist. Cellulose (E 460), Lactose-Monohydrat, Carboxymethylstärke-Natrium (Typ A), Magnesiumstearat (E 470b), Hypromellose (2910/6) (E 464), Macrogol 3350 (E 1521), Triacetin (E 1518), Titandioxid (E 171), Eisen(III)-oxid (E 172) **Anw.:** Zur Behandl. v. Erw. m. unzureichend kontroll. Typ-2 Diabetes mellitus als Ergänzung zu Diät u. Beweg. als Monother. wenn Metformin aufgr. v. Unverträglichk. od. Gegenanz. nicht geeignet ist; zusätzl. zu anderen Arzneim. zur Behandl. von Diabetes. **Gegenanz.:** Überempf.-keit gg. d. Wirkstoff od. e. d. sonst. Bestandt. **Vorsicht bei:** Komb. m. Insulin od. Insulin-Sekretagogum; Pat. m. Hypovolämie; Pat. m. eingeschr. Nierenfkt.; älteren Pat. (> 65 Jahre); Pat. d. Diuretika einnehmen; Pat. unter Antihypertonika, m. Hypotonie in d. Vorgeschichte; Pat. m. Erkrank., d. zu Flüssigkeitsverlust führen können; Pat. m. erhöhtem Risiko für e. diabet. Ketoazidose; Pat. m. Pilzinfekt. in d. Vorgeschichte; Männern ohne Beschneidung; Pat. m. Herzinsuff. NYHA Klasse IV. **Nicht empf.:** Pat. m. eGFR < 45 ml/min/1,73 m² od. CrCl < 45 ml/min; Pat. m. schwerer Einschr. d. Leberfkt.; Pat., die unter e. SGLT2-Inhib. diabet. Ketoazidose hatten. **Nicht anv.:** Pat. m. Typ-1-Diabetes; Pat. m. schwerer Einschr. d. Nierenfkt.; Pat. m. terminaler Niereninsuffizienz; dialysepflichtigen Pat.; Schwangerschaft; Stillzeit. **Nebenw.:** Sehr häufig: Vulvovag. Pilzinfekt. u. and. genit. Pilzinfekt. b. Frauen; Harnwegsinfekt. Häufig: Candida-Balanitis u. and. genit. Pilzinfekt. b. Männern. Hypoglykämie, Hypovolämie, Erhöht. Hamdrang, Vulvovaginaler Pruritus, Durst, Serumlipide veränd., Hämoglobin erhöht, BUN erhöht. **Gelagent.:** Dysurie; Kreatinin im Blut erhöht; glomeruläre Filtrationsrate vermind. **Selten:** Diabet. Ketoazidose. **Häufigk. nicht bekannt:** Nekrotisierende Faszitis d. Perineums (Fournier-Gangrän). **Hinw.:** Nierenfkt. vor Beginn u. in regelm. Abständen während d. Behandl. überprüfen. Zur Blutzuckerkontrolle keine Urintests auf Glucose verw. Überwachung d. Blutzuckerkontrolle mit 1,5 AG Assays nicht empfohlen. Pat. routinemäßige Fußpflege empfehlen. **Warnhinw.:** Enthält Lactose. **Verschreibungspflichtig. Bitte lesen Sie vor Verordnung von Steglatro® die Fachinformation!** Pharmazeutischer Unternehmer: Merck Sharp & Dohme B.V., Waarderweg 39, 2031 BN Haarlem, Niederlande; Lokaler Ansprechpartner: MSD Sharp & Dohme GmbH, Levelingstr. 4a, 81673 München
MSD Infocenter: Tel. 0800 673 673 673, Fax 0800 673 673 329, E-Mail: infocenter@msd.de

MSD www.msd.de

Stand: 10/2021 (RCN: 000018887-DE)

»SGLT2-Hemmer sind auch bei HFpEF wirksam«

Wann B95.-!, B96.-! oder B98.-! passt

DRGs: Schlichtung zur Erregerkodierung bei der Infektion einer offenen Wunde

BAD MERGENTHEIM. Bei infizierten Wunden ist neben dem Code für die Wunde auch die Infektion zu kodieren. Eine aktuelle Schlichtungsentscheidung ist für Klinikabrechnung, z.B. bei klassischen DFS-Wunden, förderlich, informiert die Kommission Kodierung und DRGs in der Diabetologie.

Die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft weist auf eine für die Diabetologie hilfreiche Entscheidung des Schlichtungsausschusses nach § 19 KHG hin. Dieser hat am 17. August 2022 auf seiner Webseite das Ergebnis des Schlichtungsverfahrens S20220008 „Klärung Erregerkodierung bei Infektion/Sekundärinfektion einer offenen Wunde (z.B. Hautulkus)“ veröffentlicht. Hintergrund des Antrages einer Kliniken GmbH war die strittige Kodierung der gemäß DKR D012, Tabelle 2, obligat als Sekundärkodex anzugebenden Erregerkodes

➔ **B95.-!** Streptokokken und Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind

➔ **B96.-!** Sonstige näher bezeichnete Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind

➔ **B98.-!** Sonstige näher bezeichnete infektiöse Erreger als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind

im Zusammenhang mit der Infektion oder Besiedelung von offenen Wunden oder Dekubitalulzera, insbesondere auch bei der Kodierung von Mala perforanta und anderen Fußwunden bei DFS. Der Medizinische Dienst war der Meinung, dass die den Sekundär-



Dipl.-Psych.
Wolfgang
Trosbach
Medizincontrolling,
Diabetes-Klinik
Bad Mergentheim
Foto: Studio2-Fotografie

kodes inhärente Formulierung „als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind“ eine Kombination der Erregerkodes mit einem Code für die Wunde ausschließen würde, da die Erreger eben nicht Ursache der Wunde seien. Die bei Vorliegen einer Keimbeseidlung klassifikatorisch zulässige Kombination von Erregerkode und einem entsprechenden Z-Kode aus dem Kapitel XXI der ICD-10-GM (z.B. Z22.3 bei Keimträgerschaft) wurde vielfach nicht akzeptiert, da im Gegensatz zur klassifikatorischen Auslegung der WHO, die Z-Kodes aus Sicht des Medizinischen Dienstes keine Krankheiten beschreiben.

Schlichtungsausschuss folgt der Argumentation der DKG

Der Schlichtungsausschuss hat nun klargestellt, dass bei offenen Wunden mit klaren Zeichen einer Infektion (z.B. Rötung, Schwellung, Überwärmung) zusätzlich zu einem geeigneten Code für die Infektion (z.B. L08.8) ein Code aus B95.-!, B96.-! oder B98.-! angegeben werden kann, sofern entsprechende Bakterien nachgewiesen werden und diese

einen zusätzlichen Aufwand im Sinne der DKR D003 begründen. Für die reine Keimbeseidlung von chronischen offenen Wunden ohne klare Zeichen einer Infektion folgt der Schlichtungsausschuss der Argumentation der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG): Der Terminus „als Ursache von Krankheiten“ in den Codes B95.-!, B96.-! und B98.-! ist sowohl als primärursächliche Kausalität als auch im Sinne einer sekundär aggravierenden bzw. krankheitsunterhaltenden Ursache zu werten. Somit ist bei einer pathologischen Keimbeseidlung eine Kombination der genannten Sekundärkodes mit einem Code für die Wunde unter folgenden Voraussetzungen möglich:

1. eine pathologische Besiedlung (nachgewiesen durch ein anerkanntes Scoring-Instrument zum Infektionsrisiko, z.B. Wound-at-risk-Score ≥ 3) und

2. ein geeigneter Code für die Wunde (z. B. L89.- Dekubitalgeschwür und Druckzone) sowie

3. eine resistenzgerechte Arzneimitteltherapie.

Der Schlichtungsausschuss schließt damit die Kodierung einer „einfachen“ Keimbeseidlung aus, lässt aber die Kodierung explizit z.B. für klassische DFS-Wunden zu. Die Geschäftsstelle der DKG weist darauf hin, dass der zur Risikostratifizierung genannte W.A.R.-Score nur beispielhaft aufgeführt wurde und selbstverständlich auch andere, validierte Scoring-Systeme verwendet werden können. Auch muss jedes Krankenhaus für sich klären, mit welchem Scoring wann bei wem eine Risikostratifizierung gut dokumentiert ggf. neu implementiert wird, sofern der W.A.R.-Score (oder ein anderer Score) nicht bereits als Standard bei allen Wunden zum Einsatz kommt, die nicht offensichtlich infiziert sind.

Bleibt die Kodierung strittig, hilft ggf. eine Schlichtung.



Foto: OlgaStrelnikova - stock.adobe.com

Hinweis

In direkter Abstimmung zwischen Wolfgang Trosbach und Dr. Michael Eckhard stellt die AG Diabetischer Fuß die Checkliste „Wound-at-risk-Score“ (W.A.R.) als direkt ausfüllbares Formular auf ihrer Homepage bereit: ag-fuss-ddg.de/die-ddg-arbeitsgemeinschaften/diabetischer-fuss/leitlinien



Dipl.-Psych. Wolfgang Trosbach
Kommission Kodierung und DRGs
in der Diabetologie

Link zur Entscheidung:
t1p.de/x0768

»Zuckerzange«: der Diabetes-Podcast mit Politiker*innen

Im Oktober startet das Angebot von diabetesDE und MedTriX

BERLIN/WIESBADEN. Digitale Formate sind das Zeichen der Zeit – auch die Aufklärung und Informationsvermittlung für Menschen mit Diabetes findet heute oft digital statt. diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe und das Medienunternehmen MedTriX GmbH haben gemeinsam die „Zuckerzange“ entwickelt: eine Podcast-Reihe, die ab Herbst 2022 Politiker*innen zum Gespräch einlädt.

Frei nach dem Motto: „Wer nicht mit der Zeit geht, geht mit der Zeit“ haben die beiden Kooperationspartner ihr Informationsangebot zeitgerecht angepasst und sind neue digitale Formate angegangen. „Die Erfahrung hat uns gelehrt, dass wir mit digitalen Angeboten meist mehr Menschen erreichen als mit den

analogen“, sagt NICOLE MATTIG-FABIAN, Geschäftsführerin diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe, und ergänzt: „Digitale Formate sind on demand rund um die Uhr abrufbar, unabhängig davon, an welchem Ort sich Nutzende befinden. Das ist ein unschlagbarer Vorteil gegenüber analogen Angeboten.“ Daher begrüßt die gemeinnützige Gesundheitsorganisation das Engagement von MedTriX Deutschland bei dem neuen digitalen Format. Warum gibt es eigentlich noch sinnlose Amputationen? Wie sieht es aus mit der Zuckersteuer und dem Werbeverbot ungesunder Lebens-



mittel für Kinder? Welchen Stellenwert haben Menschen mit Diabetes für die Ampelkoalition? Im neuen Audio-Format „Zuckerzange – der Diabetes-Politik-Podcast“ sprechen Dr. JENS KRÖGER, Diabetologe und diabetesDE-Vorstandsvorsitzender, sowie GÜNTER NUBER, Gesamtreaktionsleiter der MedTriX Deutschland, über aktuelle Themen.

Das sind die ersten Gäste in der „Zuckerzange“

■ Prof. Dr. Andrew Ullmann (FDP); Infektiologe, war Universitätsprofessor in Mainz und Würzburg. Er ist Mitglied im Gesundheits-

ausschuss des Bundestages, gesundheitspolitischer Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion sowie Vorstandsmitglied beim Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten.

■ Johannes Wagner (Bündnis 90/Die Grünen); Arzt (bis 2021 in einer Kinderklinik tätig), jetzt MdB und Mitglied im Gesundheitsausschuss sowie im Ausschuss „Globale Gesundheit“.

■ Tino Sorge (CDU); Jurist, Mitglied im Ausschuss „Gesundheit“ des Bundestages und gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Fraktion.

Angefragt als Gesprächspartner sind u.a. Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach (SPD) sowie Cem Özdemir (Grüne), Bundesmi-

»Welche Rolle spielt Diabetes in der Politik?«

nister für Ernährung und Landwirtschaft. Fragesteller und Moderator haben bei den Talks „stets die Bedürfnisse von Menschen mit Diabetes im Blick“, sagt Dr. Kröger. Der Podcast ist aber interessant für alle, die sich für gesundheitspolitische Themen interessieren. Im Jahr 2022 sind die ersten vier Folgen geplant. Start ist im Oktober. Veröffentlicht werden die „Zuckerzange“-Folgen u.a. auf www.diabetes-anker.de dz



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

NEU
**Rabatt-
verträge**
geschlossen



XELEVIA® VELMETIA®

Die Originale der BERLIN - CHEMIE AG.

Zahlreiche Rabattverträge geschlossen.



Mehr erfahren

diabetes.berlin-chemie.de



Vor der Verordnung von Xelevia® oder Velmetia® bitte die Fachinformation lesen. Dort entnehmen Sie auch weitere Informationen zu Sitagliptin, u. a. auch zu Gegenanzeigen und Nebenwirkungen.

XELEVIA® Filmtabletten 25 mg/50 mg/100 mg Wirkstoff: Sitagliptin. **VELMETIA® 50 mg/850 mg Filmtabletten VELMETIA® 50 mg/1000 mg Filmtabletten Wirkstoff:** Sitagliptin und Metforminhydrochlorid. **Zus.: Arzneil. wirks. Bestandt.:** XELEVIA®: 1 Tbl. enth. Sitagliptinphosphat-Monohydrat, entspr. 25 mg, 50 mg od. 100 mg Sitagliptin. VELMETIA® 50 mg/850 mg Filmtabletten bzw. VELMETIA® 50 mg/1000 mg Filmtabletten: Jede Tbl. enth. Sitagliptinphosphat-Monohydrat, entspr. 50 mg Sitagliptin, u. 850 mg bzw. 1000 mg Metforminhydrochlorid. **Sonst. Bestandt.:** XELEVIA® Mikrokristalline Cellulose (E 460), Calciumhydrogenphosphat (E 341), Croscarmellose-Natrium (E 468), Magnesiumstearat (Ph.Eur.) (E 470b), Natriumstearylfumarat (Ph.Eur.), Poly(vinylalkohol), Macrogol (3350), Talkum (E 553b), Titandioxid (E 171), Eisen(III)-oxid (E 172), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E 172). VELMETIA® 50 mg/850 mg Filmtabletten bzw. VELMETIA® 50 mg/1000 mg Filmtabletten: Mikrokristalline Cellulose (E 460), Povidon K29/32 (E 1201), Natriumdodecylsulfat, Natriumstearylfumarat, Poly(vinylalkohol), Macrogol (E 553b), Titandioxid (E 171), Eisen(III)-oxid (E 172), Eisen(II,III)-oxid (E 172). **Anw.:** XELEVIA®: B. erw. Pat. mit Typ-2-Diabetes mellitus zur Verbes. d. Blutzuckerkontr. indiziert. **Als Monother.** b. Pat., b. denen Diät u. Beweg. allein d. Blutzucker nicht ausreichend senken u. für d. Metformin aufgr. v. Gegenanz. od. Unverträglichk. nicht geeignet ist. **Als orale 2-Fachther.** in Komb. mit: Metformin, wenn Diät u. Beweg. plus e. Monother. mit Metformin d. Blutzucker nicht ausreichend senken; e. Sulfonylharnstoff, wenn Diät u. Beweg. plus e. Monother. mit e. Sulfonylharnstoff in d. höchsten vertragenen Dosis d. Blutzucker nicht ausreichend senken u. wenn Metformin aufgr. v. Gegenanz. od. Unverträglichk. nicht geeignet ist; e. PPARγ-Agonisten (d. h. e. Thiazolidindion), wenn d. Anw. e. PPARγ-Agonisten angebracht ist u. Diät u. Beweg. plus Monother. mit e. PPARγ-Agonisten d. Blutzucker nicht ausreichend senken. **Als orale 3-Fachther.** in Komb. mit: e. Sulfonylharnstoff u. Metformin, wenn Diät u. Beweg. plus e. 2-Fachther. mit diesen Arzneim. d. Blutzucker nicht ausreichend senken; e. PPARγ-Agonisten u. Metformin, wenn d. Anw. e. PPARγ-Agonisten angebracht ist u. Diät u. Beweg. plus e. 2-Fachther. mit diesen Arzneim. d. Blutzucker nicht ausreichend senken. **Zusätzl. zu Insulin (mit/ohne Metformin),** wenn Diät u. Beweg. sowie e. stabile Insulindos. d. Blutzucker nicht ausreichend senken. **VELMETIA®:** Für erw. Pat. mit Typ-2-Diabetes mellitus zusätzl. zu Diät u. Beweg. in folg. Fällen indiziert: Zur Verbes. d. Blutzuckerkontr. b. Pat., b. denen e. Monother. mit Metformin in d. höchsten vertragenen Dosis d. Blutzucker nicht ausreichend senkt od. d. bereits mit d. Komb. v. Sitagliptin u. Metformin behandelt werden; in Komb. mit e. Sulfonylharnstoff (z. B. als 3-Fachther.) od. e. PPARγ-Agonisten (d. h. e. Thiazolidindion) b. Pat., b. denen eine Komb. aus jeweils höchster vertragenen Dosis Metformin u. e. Sulfonylharnstoffs bzw. PPARγ-Agonisten nicht ausreicht, d. Blutzucker zu senken; in Komb. mit Insulin (d. h. als 3-Fachther.) b. Pat., b. denen e. stabile Insulindos. u. Metformin allein d. Blutzucker nicht ausreichend senken. **Gegenanz.:** Überempf.-keit gg. den/die Wirkstoff(e) od. e. d. sonst. Bestandt. **Zusätzl. für VELMETIA®:** Jede Art v. akut. metabol. Azidose (z. B. Laktatazidose, diabet. Ketoazidose); diabet. Präkoma; schwere Niereninsuff. (GFR < 30 ml/min); akute Erkrank., welche d. Nierenfunkt. beeinträchtigt, können (wie Dehydratation, schwere Infekt., Schock, intravask. Gabe v. jodhalt. Kontrastmitteln); akute od. chron. Erkrank., d. e. Gewebhypoxie verursachen können (wie Herz- od. Lungeninsuff., kürzl. erlittener Myokardinfarkt, Schock); Leberfunkt.-stör.; akute

Alkoholvergiftung, Alkoholismus. Stillzeit. **Vors. bei:** Pankreatitis in d. Vorgeschichte. Gleichz. Anw. von Sulfonylharnstoff od. Insulin. **Nicht anw.:** Typ-1-Diabetiker, Schwangersch. **Zusätzl. b. XELEVIA®:** Pat. mit schwerer Leberfunkt.-stör., Pat. mit Nierenfunkt.-stör. (GFR < 45 ml/min), Pat. mit einer Nierenkr. im Endstadium (GFR < 15 ml/min), einschl. derer d. Hämo- od. Peritonealdialyse benötigen. **Nicht anw.:** diabet. Ketoazidose, Stillzeit. **Zusätzl. b. VELMETIA®:** Älteren Pat. Pat. mit Risikofakt. f. Laktatazidose (wie Verschlecht. der Nierenfunkt., überm. Alkoholkonsum, Leberfunkt.-stör., schlecht eingest. Diabetes, Ketose, langes Fasten, m. Hypoxie assoziierte Erkrank., Komb. m. Arzneim., die Laktatazidose verursachen können), Komb. m. Arzneim., die die Nierenfunkt. akut beeinträchtigen können. Operationen. **Nebenw.:** XELEVIA®: **Häufig:** Hypoglykämie. Kopfschm. **Gelegentl.:** Schwindel. Obstipation. Pruritus. **Selten:** Thrombozytopenie. **Häufigkeit nicht bekannt:** Überempf.-reakt. einschl. anaphylaktischer Reakt. Interstit. Lungenkrankh. Erbr.; akute Pankreatitis; let./nicht let. hämorrhag. u. nekrotisierende Pankreatitis. Angioödem; Hautausschlag; Urtikaria; kut. Vaskulitis; exfoliat. Hauterkr. einschl. SJS; bullöses Pemphigoid. Arthralgie; Myalgie; Rückenschm.; Arthropathie. Nierenfunkt.-stör.; akutes Nierenversagen. **Zusätzl. ungeachtet e. Kausalzusammenh.:** Infekt. d. oberen Atemwege; Nasopharyngitis. Osteoarthritis. Schm. in d. Gliedmaßen. **Zusätzl. häufiger in Studien mit Kombinationsther.:** Hypoglykämien (sehr häufig mit Sulfonylharnstoffen u. Metformin); Influenza (häufig mit Insulin [mit od. ohne Metformin]); Übelk. u. Erbr. (häufig mit Metformin); Flatulenz (häufig mit Metformin od. Pioglitazon); Obstipation (häufig mit Sulfonylharnstoffen u. Metformin); periph. Ödeme (häufig mit Pioglitazon od. d. Komb. v. Pioglitazon u. Metformin); Somnolenz u. Diarrhö (gelegentl. mit Metformin), Mundtrockenh. (gelegentl. mit Insulin [mit od. ohne Metformin]). **VELMETIA®:** **Häufig:** Hypoglykämie. Übelk.; Flatulenz; Erbr. **Gelegentl.:** Somnolenz. Diarrhö; Obstipation; Schm. im Oberbauch. Pruritus. **Selten:** Thrombozytopenie. **Häufigkeit nicht bekannt:** Überempf.-keitsreakt. einschl. anaphylaktischer Reakt. Interstitielle Lungenkrankheit. Akute Pankreatitis; letale u. nicht letale hämorrhagische u. nekrotisierende Pankreatitis. Angioödem; Hautausschlag; Urtikaria; kutane Vaskulitis; exfoliative Hauterkrank. einschl. SJS; bullöses Pemphigoid. Arthralgie; Myalgie; Schm. in d. Extremitäten; Rückenschm.; Arthropathie. Nierenfunkt.-stör.; akutes Nierenversagen. **Zusätzl. in Studien in Komb. mit anderen Antidiabetika:** Hypoglykämien (sehr häufig mit Sulfonylharnstoffen od. Insulin), Obstipation (häufig mit Sulfonylharnstoffen), periphäre Ödeme (häufig mit Pioglitazon), Kopfschm. u. Mundtrockenh. (gelegentl. mit Insulin). **Zusätzl. in klin. Studien mit Sitagliptin-Monother.:** Kopfschm., Hypoglykämie, Obstipation, Schwindel; **ungeachtet e. Kausalzusammenh.:** Infekt. d. oberen Atemwege; Nasopharyngitis; Osteoarthritis. Schm. in d. Extremitäten. **Zusätzl. in klin. Studien u. nach Markteinführung mit Metformin-Monother.:** Sehr häufig: Gastrointest. Symptome (wie Übelk., Erbr., Diarrhö, Schm. im Oberbauch, Appetitverlust). Häufig: metallischer Geschmack. **Sehr selten:** Laktatazidose; Leberfunkt.-stör.; Hepatitis; Urtikaria; Erythem; Pruritus. Vitamin-B₁₂-Mangel (z. B. megaloblastäre Anämie). **Hinw.:** Vor Behandl.-beginn u. in regelm. Abständen GFR ermitteln. **Verschreibungspflichtig.** Stand: 05/2020 (XELEVIA®), 09/2020 (VELMETIA®) **Bitte lesen Sie vor Verordnung von XELEVIA® bzw. VELMETIA® die Fachinformation!** Pharmazeutischer Unternehmer: Merck Sharp & Dohme B.V. Waarderweg 39 2031 BN Haarlem Niederlande Lokaler Ansprechpartner: BERLIN-CHEMIE AG, Glienicke Weg 125, 12489 Berlin

DE-S16-2022

Journalistische Anekdoten und Feiern im Wohnzimmer

Rahmenprogramm rundet die Diabetes Herbsttagung 2022 ab

WIESBADEN. Die Diabetes Herbsttagung hat auch in diesem Jahr abseits der Symposien und Workshops sowie des wissenschaftlichen Austauschs viel zu bieten – und zeichnet sich erneut als familienfreundlicher Kongress aus. Wir werfen einen Blick auf die Highlights des Rahmenprogramms.

Schwungvoll wird es bereits bei der Eröffnungsveranstaltung am 25. November um 10.30 Uhr. Für die richtige Stimmung im RheinMain CongressCenter sorgt die Band Rumbacoustic, die das Tagungserlebnis lautstark einläutet und die Teilnehmenden auf ganz besondere Weise zum Mitmachen einlädt. Mehr wird hier nicht verraten – wer ein (musikalischer) Teil der Eröffnungsveranstaltung werden will, sollte sich den Termin im persönlichen Tagungskalender vormerken.

Journalistische Einblicke und stolze Preisträger*innen

Bei unserer Keynote werfen wir diesmal einen journalistischen Blick auf das Welt- und Tagesgeschehen. Journalist Ulrich Deppendorf, ehemaliger Chefredakteur des ARD-Hauptstadtstudios und langjähriger Moderator

des „Berichts aus Berlin“, setzt sich in seinem Impuls mit den aktuellen (Welt-)Krisen auseinander und gibt uns überraschende Einblicke in seine langjährige journalistische Arbeit im politischen Berlin.

Medienpreise: Preisträger*innen stellen ihre Arbeiten vor

Auf dem Programm steht auch die Verleihung der Medienpreise von DDG und DGA. Die DDG vergibt die Preise in diesem Jahr in den Kategorien „Sehen“, „Hören“ und „Lesen“ und zeichnet drei Journalist*innen aus, die das Thema „Inklusion und Teilhabe von Menschen mit Diabetes in der Gesellschaft“ besonders anschaulich aufbereitet haben und zeigen, welchen Herausforderungen Betroffene und deren Familien sich täglich gegenübersehen. Die DGA vergibt zwei Journalistenpreise. Erstmals sollen



alle Preisträger*innen in Kurzvideos auch selbst zu Wort kommen und ihre Arbeiten vorstellen.

Am Abend des 25. Novembers laden DDG und DGA dann zum exklusiven Gesellschaftsabend in „Das Wohnzimmer“ – eine Wiesbadener Institution. Hier ist der Name Programm! In der gemütlichen Atmosphäre eines englischen „Herrenzimmers“ oder Salons können die Teilnehmenden bei Live-Musik und einem erstklassigen Buffet den ereig-

nisreichen Kongresstag noch einmal Revue passieren lassen und Gespräche vertiefen. Tanzen ist natürlich ausdrücklich erwünscht! Wenn Sie mitfeiern möchten, seien Sie schnell, denn die Tickets für den Abend sind begrenzt.

Kinder willkommen: Betreuung für die Kleinsten

Wie bereits beim Diabetes Kongress im Mai in Berlin sind die Kinder der Tagungsteilnehmenden auch in

Wiesbaden wieder willkommen. In der professionellen Kinderbetreuung sind die Kleinsten gut aufgehoben, während Mama und/oder Papa in den Symposien sitzen, die begleitende Fachmesse besuchen oder an einem der zahlreichen Workshops teilnehmen.

Die Betreuung steht vom 24. bis 26. November zur Verfügung. Wer sie in Anspruch nehmen möchte, sollte sich bzw. das Kind bis zum 4. November anmelden. *Franziska Fey*

Gute Idee – gefördert von der DDG

Bewerbung um Projektförderungen 2023 noch bis 30.11. möglich

BERLIN. Eine gute Idee für ein Forschungsprojekt, für eine Studie – aber nicht genug Geld? Geht es um ein Forschungsvorhaben aus dem Bereich der Diabetologie, können sich Wissenschaftler*innen um eine Projektförderung der DDG bewerben – für 2023 ist das noch bis Ende November 2022 möglich.

Um eine Projektförderung bewerben können sich Forschende aus dem deutschsprachigen Raum. Voraussetzung: Sie müssen Mitglied der DDG sein, wobei für Studierende bis zum 28. Lebensjahr die Mitgliedschaft kostenfrei ist. Derzeit ist es möglich, sich auf drei verschiedene Arten der Projektförderung mit jeweils unterschiedlichem Schwerpunkt zu bewerben.

Allgemeine Projektförderung: thematisch nicht festgelegt

Die allgemeinen Projektförderungen sind thematisch nicht festgelegt und erstrecken sich auf das gesamte Gebiet der experimentellen und klinischen Diabetologie. Sie werden aus Mitteln der DDG und durch die Dr. Buding-Stiftung sowie die Deutsche Diabetes-Stiftung unterstützt. Über die Verteilung der für die Projektförderung aus dem Vermögen

der Gesellschaft und aus Spenden zur Verfügung stehenden Mittel entscheidet die vom Vorstand der DDG eingesetzte Jury zur Förderung wissenschaftlicher Projekte.

Förderung von Projekten mit bis zu 30.000 Euro möglich

In der allgemeinen Projektförderung unterstützt die DDG besonders förderungswürdige Projekte mit bis zu 30.000 Euro. Die Fördersumme hängt dabei einerseits von dem nachgewiesenen Bedarf für das einzelne Projekt und von der Bewertung durch die Jury ab. Wichtiges Kriterium für die Bewertung ist der enge Bezug des Themas zur Diabetologie. Die DDG möchte vor

allem junge Antragstellerinnen und Antragsteller fördern. Beträge über 20.000 Euro kommen nur bei einer Durchschnittsbewertung von besser als 1,5 (analog Schulnoten) in Frage. Das am höchsten bewertete Projekt soll als Hellmut-Mehnert-Projektförderung besonders gewürdigt werden.

Bewerben für die Adam-Heller-Projektförderung können sich Natur-

wissenschaftler*innen, deutschsprachiges medizinisches Fachpersonal, deutschsprachige Nachwuchswissenschaftler*innen (entsprechend der DFG-Richtlinien), deutschsprachige Doktorand*innen. Stifter ist die Abbott Deutschland GmbH, dotiert ist die Adam-Heller-Projektförderung mit 20.000 Euro.

Die Adam-Heller-Projektförderung wird vom Unternehmen Abbott

für Studien und Projekte aus der klinisch-praktischen und technologischen Diabetesforschung zu glykämischer Kontrolle und ihren Konsequenzen gestiftet.

Adam-Heller-Projektförderung: Schwerpunkt Monitoring

Konkret geht es um Forschung, die eine besondere Relevanz für die Verbesserung und Weiterentwicklung des Stoffwechselmonitorings im Diabetesmanagement hat; dabei kann es z.B. um die Vermeidung von Akutkomplikationen gehen.

Hans-Christian-Hagedorn-Projektförderung

Die Hans-Christian-Hagedorn-Projektförderung wird an eine in der klinischen oder experimentellen Diabetologie international ausgewiesene Arbeitsgruppe vergeben. Dafür bewerben können sich Arbeitsgruppenleiter*innen. Stifter ist die Novo Nordisk Pharma GmbH. Die Projektförderung ist mit 25.000 Euro dotiert. Für die Entscheidung der Jury sind dabei sowohl die Qualität des zu fördernden Projektes als auch die bisherigen Leistungen der Arbeitsgruppe, gemessen an internationalen Standards, relevant. *DDG/dz*

Informationen zur Bewerbung

Die Einreichung der vollständigen Unterlagen ist möglich bis zum 30. November 2022. Hilfestellungen finden Interessierte auf der Website der DDG in der Rubrik Wissenschaft & Forschung/Projektförderung. Dort stehen ein Antragsformular, Hinweise zur Projektförderung, Tipps zum Ausfüllen des Antrags und eine Übersicht bisher geförderter Projekte zum Download bereit.

www.ddg.info/forschung/projektfoerderung



Foto: magele-picture – stock.adobe.com

Podcast O-Ton Diabetologie geht im Oktober weiter

Erfolgreiches Podcastformat nun in Kooperation mit der DDG

WIESBADEN. Die erste Staffel des Podcasts O-Ton Diabetologie ist abgeschlossen. Wir blicken auf die bisherigen Folgen zurück mit Fokus auf dem letzten Gespräch mit Dr. Astrid Schmidt-Reinwald – und geben einen Ausblick auf die kommende Staffel.

Im Mai dieses Jahres startete die neue Podcast-Reihe O-Ton Diabetologie. In sieben Folgen haben die beiden MedTriX-Redakteure Jochen Schlabing und Günter Nuber seitdem mit zehn bekannten Persönlichkeiten aus der Diabetologie über verschiedene Facetten des Fachgebiets gesprochen. Die letzte Gesprächspartnerin der ersten Staffel war Dr. Astrid Schmidt-Reinwald, die eine diabetologische Schwerpunktpraxis in Trier führt. Ihre Praxis ist zertifizierte Fußambulanz DDG, Praxis für Psychodiabetologie und hausärztliche Versorgung sowie Akademische Lehrpraxis der Universität Mainz.

Herausforderungen für die niedergelassene Diabetologie

Im Staffelfinale spricht Dr. Schmidt-Reinwald über die komplexen Herausforderungen, vor der niedergelassene Diabetolog*innen heutzutage stehen. Sie berichtet z.B. von den Schwierigkeiten der Patientenversorgung in Pandemiezeiten sowie von der kritischen Ausbildungssituation angehender Mediziner*innen.



Dr. Astrid Schmidt-Reinwald
niedergelassene
Diabetologin, Trier
Foto: zVg

Auch spricht sie über den Wandel, der in den letzten Jahren in der Diabetologie stattgefunden hat – weg von einer rein glukozentrischen Sicht, hin zu einer Perspektive, in der die Patient*innen mehr als Ganzes gesehen werden. Dabei kommt aus ihrer Sicht der niedergelassenen Diabetologie eine große Rolle zu. Zwei besonders wichtige Themen sind für Dr. Schmidt-Reinwald die Versorgung des Diabetischen Fußsyndroms (DFS) sowie die psychologische Betreuung von Menschen mit Diabetes – beides bietet sie in ihrer Praxis an. Sie erklärt ausführlich, welchen Ansatz sie bei der Versorgung des DFS wählt und welche Schwierigkeiten der Kostendruck auch hier verursacht. Und sie berichtet, welche Aufgaben die Psycholo-

gin in ihrer Praxis übernimmt und wie wichtig diese Betreuung für ihre Patient*innen ist.

Im Oktober geht's weiter – ab dann zusammen mit der DDG

Nach dem erfolgreichen Start wird die Podcast-Reihe nun zukünftig in Kooperation mit der DDG fortge-

führt. Im Oktober startet die zweite Staffel, und dann gibt es wieder jeden zweiten Mittwoch interessante, informative und unterhaltsame Gespräche mit Köpfen aus der Diabetologie. Den Anfang machen DDG-Geschäftsführerin Barbara Bitzer/DDG-Präsident Prof. Dr. Andreas Neu. Schalten Sie ein! *Gregor Hess*

Die bisherigen Folgen, Gesprächspartner*innen und Themen von O-Ton Diabetologie:

FOLGE 1 Dr. Karsten Milek über die Schulung und Betreuung von Kindern mit Diabetes

FOLGE 2 Prof. Dr. Anette-Gabriele Ziegler über die Forschung zum Kampf gegen Typ-1-Diabetes

FOLGE 3 Vier Mitglieder der DDG-AG Nachwuchs über die Nachwuchsarbeit des Fachverbandes

FOLGE 4 Prof. Dr. Hellmut Mehnert über die Entwicklungen in der Diabetologie und sein Lebenswerk

FOLGE 5 Prof. Dr. Wolfgang Rathmann über die Epidemiologie des Diabetes

FOLGE 6 Prof. Dr. Hans Scherübl über den Zusammenhang zwischen Diabetes und Krebs

FOLGE 7 Dr. Astrid Schmidt-Reinwald über die Herausforderungen für die niedergelassene Diabetologie, die Patientenversorgung in Pandemiezeiten und die Ausbildungssituation

Die Podcast-Reihe O-Ton Diabetologie können Sie auf allen gängigen Podcast-Portalen sowie auf www.medical-tribune.de abrufen.



CKD-Progression auf direktem Weg verzögern



Zielgerichtet mit Kerendia®

CKD-Progression bei Typ-2-Diabetes verlangt mehr als Blutdruck- und Blutzuckerkontrolle.

Kerendia® – der erste Mineralokortikoid-Rezeptor-Antagonist (MRA) der neuen Generation – verzögert signifikant die CKD-Progression und senkt signifikant das kardiovaskuläre Risiko.^{1,2}

Demnächst für Sie verfügbar!

Kerendia®
finerenon

* Bayer rechnet derzeit damit, dass Kerendia® voraussichtlich in der zweiten Jahreshälfte 2022 im deutschen Markt verfügbar sein wird. Kerendia® ist indiziert zur Behandlung von chronischer Nierenerkrankung (Stadium 3 und 4 mit Albuminurie) in Verbindung mit Typ-2-Diabetes bei Erwachsenen.

1 Fachinformation Kerendia® (Stand: Februar 2022) 2 Bakris G L, et al; N Engl J Med. 2020;383:2219–2229.

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung.

Bitte melden Sie jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung über das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Website: <http://www.bfarm.de>.

Kerendia 10 mg / 20 mg Filmtabletten

Vor Verschreibung Fachinformation beachten.

Zusammensetzung: Wirkstoff: 10 mg / 20 mg Finerenon. Sonstige Bestandteile: Mikrokristalline Cellulose, Croscarmellose-Natrium, Hypromellose 2910, Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat, Natriumdodecylsulfat, Talkum, Titandioxid, Eisen(III)-oxid (E 172) (nur Kerendia 10 mg), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (nur Kerendia 20 mg). **Anwendungsgebiete:** Kerendia wird angewendet zur Behandlung von chronischer Nierenerkrankung (Stadium 3 und 4 mit Albuminurie) in Verbindung mit Typ-2-Diabetes bei Erwachsenen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile; gleichzeitige Behandlung mit starken CYP3A4-Inhibitoren, Morbus Addison. **Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen:** Bei mit Finerenon behandelten Patienten wurde Hyperkaliämie beobachtet. Risikofaktoren eine Hyperkaliämie zu entwickeln sind unter anderem niedrige eGFR, erhöhte Serumkalium-Spiegel und frühere Episoden einer Hyperkaliämie. Bei diesen Patienten ist eine engmaschigere Überwachung zu erwägen. Eine Finerenon-Behandlung sollte nicht begonnen werden bei einem Serumkalium-Wert von > 5,0 mmol/l, bei einer eGFR < 25 ml/min/1,73 m² oder bei schwerer Leberfunktionsstörung. Bei einem Serumkalium-Wert von > 5,5 mmol/l muss die Finerenon-Behandlung ausgesetzt werden. Ab einem Serumkalium-Wert von ≤ 5,0 mmol/l kann die Behandlung mit 10 mg Finerenon einmal täglich wieder aufgenommen werden. Serumkalium und eGFR müssen bei allen Patienten 4 Wochen nach Beginn bzw. Wiederaufnahme der Finerenon-Behandlung oder einer Dosiserhöhung von Finerenon erneut gemessen werden. Finerenon sollte nicht zusammen mit kaliumsparenden Diuretika, anderen Mineralokortikoid-Rezeptor-Antagonisten (MRA) und mit starken oder moderaten CYP3A4-Induktoren angewendet werden. Grapefruits oder Grapefruitsaft sollten während der Behandlung mit Finerenon nicht verzehrt werden. Finerenon sollte mit Vorsicht angewendet werden und der Serumkalium-Wert ist zu überwachen, wenn gleichzeitig Kaliumergänzungsmittel, Trimethoprim oder Trimethoprim/Sulfamethoxazol, moderate oder schwache CYP3A4-Inhibitoren angewendet werden und bei Patienten mit milder Leberfunktionsstörung. Aufgrund begrenzter klinischer Daten sollte die Finerenon-Behandlung bei Patienten mit Progression zum terminalen Nierenversagen (eGFR < 15 ml/min/1,73 m²) beendet werden. Finerenon darf während der Schwangerschaft nicht angewendet werden, es sei denn, der Nutzen für die Mutter und das Risiko für das ungeborene Kind wurden sorgfältig abgewogen. Frauen sind darauf hinzuweisen, dass sie während der Behandlung mit Finerenon nicht stillen dürfen. Dieses Arzneimittel enthält Lactose. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Hyperkaliämie. Häufig: Hyponatriämie, Hypotonie, Pruritus, glomeruläre Filtrationsrate vermindert. Gelegentlich: Hämoglobin vermindert. **Verschreibungspflichtig. Pharmazeutischer Unternehmer:** Bayer AG, 51368 Leverkusen, Deutschland. **Stand:** F/1, Februar 2022

»Große Rolle für
Niedergelassene«

DZD informiert auf allen Kanälen

Forschende des DZD präsentieren News aus der Diabetesforschung

NEUHERBERG. An allen DZD-Standorten arbeiten Wissenschaftler*innen daran, die Prävention und Therapie des Diabetes zu verbessern. Die Ergebnisse ihrer Forschung werden auf ganz verschiedene Art und Weise kommuniziert: bei einem Symposium, im Jahresbericht, in Podcasts und Fachzeitschriften – und Ende November während der Diabetes Herbsttagung.



DZD
Deutsches Zentrum
für Diabetesforschung

DIfE feiert 30-jähriges Bestehen

»Glanzstück der Leibniz-Gemeinschaft«

Unter dem Motto „Ernährung erforschen. Gesundheit stärken.“ feierte das Deutsche Institut für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke (DIfE) – Partner des DZD – am 15. September 2022 sein 30-jähriges Bestehen, u.a. mit einem wissenschaftlichen Symposium.

Ein „Glanzstück der Leibniz-Gemeinschaft“ nannte Prof. Andreas Radbruch, Sprecher der Sektion Lebenswissenschaften der Leibniz-Gemeinschaft, das DIfE in seinem Grußwort.

Für das wissenschaftliche Symposium konnte das Institut fünf Forschende gewinnen, für deren Karriereweg das DIfE ein wichtiger Wegbereiter war. Gemeinsam mit derzeit am DIfE tätigen Nachwuchswissenschaftler*innen

präsentierten sie in Tandemvorträgen ihre Forschungsarbeiten zu aktuell gesellschaftlich relevanten Ernährungsthemen:

- Darmbakterien beeinflussen das Darmkrebsrisiko | Unter dem Titel „Gut microbiome: You never eat alone“ referierten Prof. Dr. Thomas Clavel vom Universitätsklinikum Aachen und Dr. Sören Ocvirk aus der Forschungsgruppe Intestinale Mikrobiologie über die große Vielfalt an Mikroorganismen, die den menschlichen Darm besiedeln.
- Was Ernährungsmuster mit chronischen Erkrankungen zu tun haben | Prof. Dr. Ina Danquah vom Heidelberger Institut für Global Health und Dr. Franziska Jannasch aus der Abteilung

Molekulare Epidemiologie sprachen über „Ernährungsmuster im globalen Kontext – gibt es eine Lösung für alle?“. Dabei ging es auch darum, was Ernährungsmuster mit chronischen Erkrankungen zu tun haben.

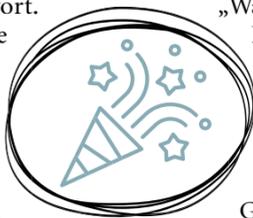
- Die Rolle des Gehirns bei der Regulation des Körpergewichts | Prof. Dr. Paul Pfluger vom Helmholtz Zentrum München und Dr. Rachel Lippert, Leiterin der Nachwuchsgruppe Neuronale Schaltkreise, präsentierte das Thema „Warum werden wir dick? Alles Kopfsache?“.

■ Was Vitamine & Co. über Gesundheit und Krankheit verraten | Prof. Dr. Marc Birringer von der Hochschule Fulda und Prof. Dr. Tilman Grune als Vertretung für die

kurzfristig verhinderte Referentin Dr. Daniela Weber aus der Abteilung Molekulare Toxikologie nahmen das Publikum mit auf eine „Spurensuche im Reich der Mikronährstoffe“.

- Neue Strategien gegen Osteoporose und Übergewicht | Der letzte wissenschaftliche Vortrag an diesem Tag handelte „Von ‚Dickmacher-Genen‘ und unerwarteten Fetteinlagerungen“ und wurde von Dr. Thomas Ambrosi von der Stanford University School of Medicine und Dr. Heike Vogel, Leiterin der Forschungsgruppe Genetik der Adipositas, präsentiert.

Tiefer in die Inhalte der Vorträge einsteigen können Sie auf www.dzd-ev.de, Kurzlink: bit.ly/3xCieye. *DZD/dz*



DZD-Jahresbericht: Zahlen, Fakten, Highlights

Das Deutsche Zentrum für Diabetesforschung hat den Jahresbericht 2021 veröffentlicht. Auf 64 Seiten präsentiert der Bericht Zahlen, Daten und Fakten rund um das DZD. Weitere Themen sind Berichte aus den sieben Forschungsschwerpunkten (Academies), Highlights aus der Diabetesforschung und der aktuelle Stand der Multicenter-Studien.

Das vergangene Jahr war ein besonders erfolgreiches für das Deutsche Zentrum für Diabetesforschung (DZD). Es wurde durch den

Wissenschaftlichen Beirat sowie durch unabhängige, externe Gutachter*innen evaluiert und als „outstanding“ bewertet. Das DZD habe herausragende Beiträge auf dem Gebiet des Diabetes geleistet, die international große Anerkennung gefunden haben, urteilten die Gutachter*innen. Ein besonderer Schwerpunkt des Jahresberichts 2021 liegt auf der Vorstellung einiger ausgewählter Forschungs-High-

lights aus dem Jahr 2021. So zeigte die Auswertung einer DZD-Multicenter-Studie, dass eine intensive Lebensstil-Intervention mit viel Bewegung Menschen mit einer Vorstufe des Diabetes hilft, ihre Blutzuckerwerte zu verbessern und so einen Typ-2-Diabetes

hinauszuzögern oder gar zu vermeiden. Zudem haben DZD-Forscher*innen einen bisher unbekanntem Rezeptor entdeckt, der neue Möglichkeiten zur medikamentösen Behandlung von Diabetes schaffen könnte.

Das Nachwuchsförderprogramm DXD NEXT hilft talentierten Nachwuchswissenschaftler*innen sich fortzubilden, zu vernetzen und die nächsten Karriereschritte zu gehen. Im Jahresbericht werden die vielfältigen Angebote und Aktivitäten wie die DZD International Diabetes Research School vorgestellt.

Der Bericht kann heruntergeladen werden auf www.dzd-ev.de. *DZD*



Forschung an Pankreasinseln

Die detaillierte Charakterisierung menschlicher Pankreasinseln ist der Schlüssel zur Aufklärung der Pathophysiologie aller Formen von Diabetes mellitus, einschließlich der häufigsten Form, dem Typ-2-Diabetes (T2D). Dazu ist kürzlich ein Übersichtsartikel erschienen, an dem DZD-Forscher Prof. Dr. Michele Solimena beteiligt waren.

Der Zugang zu Pankreasinseln ist begrenzt, und Pankreasgewebe für die Inselgewinnung kann entweder von verstorbenen oder hirntoten Organspendern oder von Patienten, die sich einer Pankreatektomie unterziehen, gewonnen werden. Hinzu kommt, dass unterschiedliche Protokolle für die Gewinnung von Inselzellen deren molekulare Profile und Funktion erheblich beeinflussen.

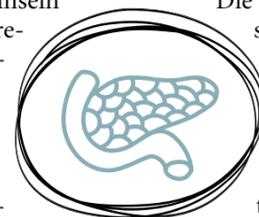
Diese Faktoren in Verbindung mit der Heterogenität der Individuen führen zu analytischen Herausforderungen, um echte Krankheitspathologie oder Unterschiede zwischen menschlichen Spendern von experimentellem Rauschen zu unterscheiden. Diese und andere Themen werden in einem neuen Übersichtsartikel behandelt, den ein Team renommierter Expert*innen, darunter Prof. Dr. Michele Solimena (Paul-Langerhans-Institut

Dresden und Deutsches Zentrum für Diabetesforschung) veröffentlicht hat.

„Mit unserem perspektivischen Artikel wollten wir die aktuelle wissenschaftliche Situation in Bezug auf die Möglichkeiten beleuchten, die mit der Verwendung von Pankreasinseln für das Verständnis von T2D verbunden sind, gleichzeitig aber auch deren Grenzen im Auge behalten.“

Die Verfügbarkeit zusätzlicher Inselquellen, leistungsfähigerer und zuverlässigerer technologischer Plattformen für die standardisierte Generierung quantitativer Inseldaten sowie die Implementierung transparenter und koordinierter Interaktionsmodelle für die gemeinsame Nutzung von Proben und die Integration von Datensätzen bieten neue Möglichkeiten, solche kausalen Mechanismen aufzudecken und noch vor dem Ausbruch der Krankheit zu bekämpfen. Dies ist besonders aktuell in Anbetracht der jüngsten Identifizierung verschiedener Prädiabetes- und T2D-Cluster, die für eine präzisere molekulare Taxonomie sprechen, einschließlich derjenigen der Inselzellen“, schließt Michele Solimena.

Originalpublikation: Gloyn AL et al. *Nature Metabolism* 2022; 4: 970-977; doi: 10.1038/s42255-022-00607-8. *DZD, dz*



Podcast zum Thema Transplantation

In einer Episode des diabinfo-Podcasts erklärt Prof. Dr. Barbara Ludwig, in welchen Situationen Transplantationen der Bauchspeicheldrüse und der Inselzellen infrage kommen und welche Möglichkeiten aktuell bereits angewendet werden.

Nach der Transplantation der Bauchspeicheldrüse oder der Inselzellen normalisiert sich der Stoffwechsel der Patientinnen und Patienten, sodass der Körper wieder eigenes Insulin produziert. Allerdings ist nach der Transplantation eine dauerhafte Einnahme von Immunsuppressiva notwendig, zudem werden nicht ausreichend Organe gespendet. Im

Podcast erklärt Prof. Dr. Ludwig auch, an welchen alternativen Therapiemöglichkeiten aktuell geforscht wird und welche davon aussichtsreich sind.

Barbara Ludwig ist Oberärztin am Uniklinikum Dresden und leitet dort die Spezialambulanz für Typ-1-Diabetes. Zudem lehrt sie an der Technischen Universität Dresden und leitet eine Forschungsgruppe am Paul-Langerhans-Institut Dresden (PLID); das PLID ist Partner im DZD. Diese und weitere Podcast-Episoden sind erreichbar über die Mediathek von www.diabinfo.de sowie über die gängigen Streamingdienste. *diabinfo.de, dz*



MEINE HALTUNG ZU INSULIN



STABIL!
Für eine gleichmäßige
glykämische
Einstellung[‡]

STABIL GEHT'S ENTSPANNTER: MIT TRESIBA®

● **Robustes Wirkprofil[‡]**
mit geringer Variabilität und
hoher Alltagsfreundlichkeit^{‡,*}

● **Geringerer Dosisbedarf**
im Vergleich zu Insulin glargin^{3,4,+},
budgetfreundliche Verordnung[†]

‡ Insulin degludec weist ein lang wirkendes, flaches und stabiles Wirkprofil mit geringer Variabilität von Tag zu Tag auf (letzteres untersucht in pharmakologischen Studien mit Typ 1 Diabetes).^{1,2} Das klinische Steady State von Insulin degludec wird nach 2–3 Tagen der Anwendung erreicht.^{1,2} * Wenn die Anwendung zur gleichen Tageszeit nicht möglich ist, ermöglicht Tresiba® eine flexible Anpassung des Zeitpunkts der Anwendung. Es müssen immer mindestens 8 Stunden zwischen den Injektionen liegen.¹ Es liegen keine klinischen Erfahrungen über die Flexibilität des Dosierungszeitpunkts von Tresiba® bei Kindern und Jugendlichen vor.¹ † Geringerer Dosisbedarf versus Insulin glargin 100 E/ml (Metaanalyse auf Basis der BEGIN Phase 3a Studien (ohne Flex-Studienarm) bei vormals insulinnaiven Menschen mit Typ 2 Diabetes (post-hoc Analyse))³ und 300 E/ml (bei vormals insulinnaiven Menschen mit Typ 2 Diabetes in Woche 24 (post-hoc Analyse))⁴ ‡ Tresiba® ist aufgrund des im 2. AMNOG-Prozesses festgelegten Erstattungsbetrages therapiekostengleich zu Humaninsulin und deshalb wirtschaftlich, sofern die Verordnung eines Basalinsulins angezeigt ist. 1. Fachinformation Tresiba®, aktueller Stand. 2. Heise et al. Diabetes Obes Metab 2017;19:1032–1039. 3. Vora J et al. Diabetes Ther 2014;5:435–446. 4. Rosenstock J et al. Diabetes Care 2018;41:2147–2154.

Tresiba® 200 Einheiten/ml Injektionslösung im Fertigen (FlexTouch®), Tresiba® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Patrone (Penfill®). Wirkstoff: Insulin degludec. Zusammensetzung: Arzneilich wirksamer Bestandteil: 100/200 E/ml Insulin degludec, gentechnisch hergestellt in Saccharomyces cerevisiae mit Hilfe von rekombinanter DNS. Sonstige Bestandteile: Glycerol, Metacresol, Phenol, Zinkacetat, Salzsäure (zur Einstellung des pH-Werts), Natriumhydroxid (zur Einstellung des pH-Werts), Wasser für Injektionszwecke. Anwendungsgebiete: Diabetes mellitus bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab dem Alter von 1 Jahr. Bei Typ 2 Diabetes auch in Kombination mit oralen Antidiabetika, GLP-1-Rezeptoragonisten und schnell wirkenden Insulinen. Bei Typ 1 Diabetes immer Kombination mit schnell wirkendem Insulin. Art der Anwendung: Nur zur s.c. Injektion. Tresiba® steht in 2 Stärken zur Verfügung. Unterscheidung anhand der Farben des Etiketts und der Packung beachten. Die Dosisanzeige zeigt stets die Anzahl der Einheiten, daher darf keine Dosisumrechnung bei Umstellung der Stärke vorgenommen werden. Aus dem Fertigen darf die Lösung nicht mit einer Spritze aufgezogen werden. Falls klinisch notwendig, kann eine Behandlung mit Tresiba® während der Schwangerschaft in Betracht gezogen werden. Eine engmaschige Überwachung der Blutzuckereinstellung wird empfohlen und die Insulinosis sollte individuell angepasst werden. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen Insulin degludec oder einen der sonstigen Bestandteile. Vorsicht bei der Kombination mit Pioglitazon (Spontanmeldungen von Herzinsuffizienz). Es liegen keine Daten über die Anwendung von Tresiba® bei Kindern unter 1 Jahr vor. Es ist nicht bekannt, ob Insulin degludec in die Muttermilch übergeht. Nebenwirkungen: Hypoglykämien. Ödeme zu Beginn der Behandlung. Reaktionen an der Injektionsstelle (Rötung, Schwellung, Entzündungen, Juckreiz und Blutergüsse). Lipodystrophie und kutane Amyloidose an der Injektionsstelle. Allergische Reaktionen, potenziell allergische Reaktionen, Urtikaria und Ausschläge; sehr selten generalisierte Überempfindlichkeitsreaktionen, die lebensbedrohlich sein können. Bei schneller Verbesserung der Blutzuckereinstellung vorübergehende Verschlechterung der diabet. Retinopathie. Warnhinweise: Verwenden Sie nur klare, farblose Lösung. Darf nur von einer Person verwendet werden. Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. Verschreibungspflichtig. Novo Nordisk A/S, Novo Allé, 2880 Bagsvaerd, Dänemark. Stand: Januar 2022



Deutsche Diabetesforschung in Stockholm stark wie noch nie

Höchste europäische Auszeichnungen für fünf DDG-Mitglieder



Claude-Bernard-Medaille

Prof. Dr. Michael Nauck
Ruhr-Universität Bochum

Prof. Dr. Michael Nauck wurde für sein Lebenswerk mit dem höchsten Preis der EASD ausgezeichnet (siehe S. 3). Sein Forschungsinteresse galt immer dem Inkretineffekt, der ihn bis heute begeistert. Das Therapieprinzip der GLP1-Rezeptoragonisten hat der Diabetologe entscheidend mitentwickelt und damit die Diabetestherapie revolutioniert.



Novo Nordisk Foundation Diabetes Prize for Excellence

**Prof. Dr. Anette-Gabriele
Ziegler**
Helmholtz Zentrum München,
DZD-Partner

Kaum ein Name ist so mit der Erforschung der Typ-1-Diabetes-Entstehung verbunden wie Prof. Dr. Anette-Gabriele Ziegler. Den Preis erhielt sie für ihre herausragenden Leistungen zum Verständnis des Diabetes und seiner Krankheitsmechanismen.



Hier geht es
zum Kurz-
video über Prof.
Dr. Anette Ziegler.



EASD-/EFSD-Diabetes-Forschungspreis

Prof. Dr. Othmar Moser
Universität Bayreuth



Sportlich aktiv sein mit Typ-1-Diabetes, ohne dass der Glukosewert gefährlich absinkt oder steigt – geht das? Menschen mit Typ-1-Diabetes neue Möglichkeiten für risikofreie sportliche Aktivitäten bieten: Das ist das Ziel von Prof. Dr. Othmar Moser. Hierfür testet er eine bereits entwickelte App. Sie signalisiert, wie viele Gramm Kohlenhydrate die Sportlerin oder der Sportler zu sich nehmen sollte, um den Glukosespiegel zu stabilisieren. Für sein Forschungsprojekt wurde Moser vor Kurzem ausgezeichnet.



Lilly Centennial Anniversary Prize

**Prof. Dr. med. Dr. h. c.
Matthias Tschöp**

Helmholtz-Zentrum München

Für seine Forschungsarbeiten zur Entdeckung und Entwicklung von Darmhormon-Polyagonisten für die Behandlung des Typ-2-Diabetes erhielt der wissenschaftliche Geschäftsführer des Helmholtz-Zentrums München den Lilly Centennial Anniversary Prize, der in diesem Jahr zum ersten Mal von der EASD vergeben wurde.



Oskar-Minkowski-Preis

Prof. Dr. Martin Heni
Universitätsklinikum Ulm

Welche Rolle spielt das Gehirn bei der Entwicklung einer Insulinresistenz? Bis heute gibt es keine Therapie dagegen. Professor Dr. Martin Heni ging gemeinsam mit seinem Team genau dieser spannenden Frage nach und konnte erstmals zeigen, dass mit dem SGLT2-Hemmer Empagliflozin die Insulinresistenz des Gehirns behandelt werden kann – mit positiven Effekten auf den Stoffwechsel des gesamten Körpers.



Morgagni-Preis

PD Dr. Olga Ramich

Deutsches Institut für Ernährungs-
forschungheni, Partner im DZD

Dr. Olga Ramich, Leiterin der Forschungsgruppe Molekulare Ernährungsmedizin am DIfE, erhielt den Preis für ihre Arbeit zu den Auswirkungen der zirkadianen Uhr auf die ernährungsbedingte Regulation des Stoffwechsels und die damit verbundene Entstehung von Adipositas und Diabetes. Ihre Forschungsergebnisse können helfen, diesen Erkrankungen vorzubeugen.

In den nächsten Ausgaben der dz: mehr über die Preisträger*innen und ihre Arbeiten

Was macht ein sportlicher Professor, wenn er keinen Sport macht? Wie tickt die zirkadiane Uhr einer Diabetologin? Und wann ruft man eine Konzertärztin? In den nächsten Ausgaben der diabeteszeitung erwarten Sie viele spannende Einblicke in das Leben der ausgezeichneten Forschenden. Bis dahin lehnen Sie sich am besten zurück und starten das Video über Prof. Dr. Anette-Gabriele Ziegler, das beim EASD-Kongress gezeigt wurde (siehe QR-Code).

Neue Strategien für schwache Herzen

SGLT2-Inhibitoren und Finerenon erweitern die Therapiemöglichkeiten

STOCKHOLM. Die Prävalenz der Herzinsuffizienz beträgt in der Allgemeinbevölkerung 2 %, bei älteren Menschen ist allerdings schon jeder fünfte betroffen. Ein wachsender Anteil von ihnen hat Typ-2-Diabetes.

In einer alternden Gesellschaft mit immer mehr Menschen mit Typ-2-Diabetes nimmt insbesondere der Anteil von Personen mit Herzinsuffizienz und erhaltener Ejektionsfraktion (HFpEF) zu, erklärte Professor Dr. LARS LUND vom Karolinska-Institut Stockholm. Den Anteil dieser Form der Herzinsuffizienz mit einer linksventrikulären Ejektionsfraktion (LVEF) von ≥ 50 % schätzt man bislang auf 30 %. Eine Herzinsuffizienz mit mild reduzierter Ejektionsfraktion (HFmrEF, LVEF 41–49 %) weisen etwa 20 % der Patient*innen auf, bei etwa der Hälfte ist es eine Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion (HFrEF, LVEF ≤ 40 %). Inhibitoren der Natrium-Glukose-Cotransporter 2 (SGLT2) sind die ersten Medikamente, die bei HFpEF wirksam sind, betonte der Kardiologe. Gleichzeitig ist ihre Wirksamkeit auch bei HFrEF und HFmrEF belegt. Bei HFpEF im Zusammenhang mit einer Adipositas ist außerdem die Kombination von Diät und aerobem Training wirksam.¹ Überhaupt ist die Basis der Therapie der HFpEF immer die Behandlung der Komorbiditäten wie Adipositas, chronische Nierenerkrankung und Typ-2-Diabetes, erklärte Prof. Lund. SGLT2-Inhibitoren reduzieren das Auftreten des kardiovaskulären kombinierten Endpunkts aus kardiovaskulär bedingtem Tod und stationärer Behandlung wegen Herzinsuffizienz bei HFpEF unabhängig vom Vorhandensein eines Diabetes, betonte Professor Dr. NORBERT MARX.²

SGLT2-Inhibitoren beeinflussen auch Gefäße und Hämodynamik

Darüber hinaus wurde die Häufigkeit einer ersten Hospitalisierung bzw. eines kardiovaskulären Todes infolge einer HFpEF reduziert.³ Der Kardiologe erläuterte, dass ein Effekt der SGLT2-Inhibitoren möglicherweise in der selektiven Reduktion der interstitiellen Flüssigkeit liegt, was zu einer nur begrenzten neurohormonellen Stimulation führt, die sonst als Antwort auf eine intravasculäre Volumenkontraktion mit herkömmlichen Diuretika erfolgt.

„Aber auch hämodynamische Effekte scheinen eine Rolle zu spielen“, sagte Prof. Marx. So wurde für Empagliflozin eine akute Verbesserung in hämodynamischen Parametern der diastolischen Funktion gezeigt.⁴ Mithilfe einer Druckmessung direkt in der Lungenarterie konnte gezeigt werden, dass der Pulmonalarterien-Druck unter Empagliflozin-Therapie unabhängig von der Therapie mit Schleifendiuretika immer weiter abnimmt.⁵ SGLT2-Inhibitoren haben also neben metabolischen, kardialen

und renalen Effekten auch einen Einfluss auf Gefäße und Hämodynamik.

Seit Kurzem ist darüber hinaus der nicht-steroidale und selektive Mineralokortikoidrezeptor-Antagonist (MRA) Finerenon zugelassen. Bei Patient*innen mit chronischer Nierenerkrankung im Zusammenhang

mit Typ-2-Diabetes verzögerte die Substanz zusätzlich zur bisherigen diabetischen Therapie signifikant die Progression der Niereninsuffizienz.⁶ Außerdem konnte belegt werden, dass Finerenon bei Niereninsuffizienz und HFpEF oder HFmrEF die Zeit bis zum Eintreten eines kardiovaskulären Ereignisses (kardio-

vaskulärer Tod, nicht-tödlicher Myokardinfarkt, nicht-tödlicher Schlaganfall oder Hospitalisierung wegen Herzinsuffizienz) verlängert.⁷ *Friederike Klein*



SGLT2-Inhibitoren wie auch der Wirkstoff Finerenon schützen das Herz.

Foto: Pashalnatov/gettyimages

3. Vaduaganathan M et al. Lancet 2022; 400: 757–767; doi: 10.1016/S0140-6736(22)01429-5
4. Rau M et al. Cardiovasc Diabetol 2021; 20: 6; doi: 10.1186/s12933-020-01175-5
5. Nassif ME et al. Circulation 2021; 143: 1673–1686; doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.120.052503
6. Bakris GB et al. N Engl J Med 2020; 383: 2219–2229; doi: 10.1056/NEJMoa2025845
7. Pitt B et al. N Engl J Med 2021; 385: 2252–2263; doi: 10.1056/NEJMoa2110956

Einfach Toujeo®

Insulintherapie mit starkem Sicherheitsprofil^{1,2}



EINFACH STABIL

Flacheres Wirkprofil³ für einen gleichmäßigeren Blutzuckerspiegel über den ganzen Tag vs. LANTUS®⁴

EINFACH SICHERER

In der Einstellphase* geringere Rate an bestätigten Hypoglykämien < 54 mg/dl ($< 3,0$ mmol/l) unter Toujeo® vs. Insulin degludec 100 E/ml bei insulin-naiven Typ-2-Diabetespatienten zu jeder Tageszeit**⁵

Einfach von Anfang an!

Toujeo®
Insulin glargin 300 E/ml

* Die Dauer der Einstellphase war in der BRIGHT-Studie⁶ definiert als Behandlungswochen 0–12; ** Hypoglykämien in der Einstellphase: In der Einstellphase* waren die Raten an bestätigten Hypoglykämien zu jeder Tageszeit (24h) mit Toujeo® signifikant um 23% (≤ 70 mg/dl [$\leq 3,9$ mmol/l]) bzw. signifikant um 43% (< 54 mg/dl [$< 3,0$ mmol/l]) geringer als mit Insulin degludec 100 E/ml. Die Raten von bestätigten (≤ 70 mg/dl [$\leq 3,9$ mmol/l]) nächtlichen (00:00–05:59 Uhr) Hypoglykämien waren in der Einstellphase* mit Toujeo® signifikant um 35% geringer als mit Insulin degludec 100 E/ml bzw. vergleichbar (< 54 mg/dl [$< 3,0$ mmol/l]). Weitere Ergebnisse zu Hypoglykämien: In der Einstellphase* signifikant geringere Inzidenz an bestätigten Hypoglykämien (≤ 70 mg/dl [$\leq 3,9$ mmol/l]) bzw. < 54 mg/dl [$< 3,0$ mmol/l]) zu jeder Tageszeit (24h) und vergleichbare Inzidenz nächtlicher (00:00–05:59 Uhr) bestätigter Hypoglykämien jeder Art. Vergleichbare Inzidenz und Rate an Hypoglykämien während der Erhaltungphase (Behandlungswochen 13–24) und der gesamten 24-wöchigen Studiendauer.

1 Ritzel R et al. Diabetes Obes Metab 2015; 9: 859–67; 2 Danne T et al. Diabetes Obes Metab 2020; 22: 1880–5; 3 Toujeo® Fachinformation, Stand Juli 2020; 4 Bergenstal RM et al. Diabetes Care 2017; 40: 554–60; 5 Rosenstock J et al. Diabetes Care 2018; 41: 2147–54.

Toujeo® 300 Einheiten/ml SoloStar®, Injektionslösung in einem Fertigpen - Toujeo® 300 Einheiten/ml DoubleStar™, Injektionslösung in einem Fertigpen
Wirkstoff: Insulin glargin. Zusammens.: 300 Einheiten Insulin glargin/ml (entsprechend 10,91 mg) SoloStar-Pen: Ein Pen enthält 1,5 ml Injektionslösung, entsprechend 450 Einheiten. DoubleStar-Pen: Ein Pen enthält 3 ml Injektionslösung, entsprechend 900 Einheiten. Sonst. Bestandt.: Zinkchlorid, Metacresol (Ph.Eur.), Glycerol, Salzsäure, Natriumhydroxid, Wasser für Injektionszwecke. Anw.-Geb.: Diabetes mellitus bei Erwachsenen, Jugendlichen u. Kindern ab 6 Jahren. Gegenanz.: Überempfindlichkeit gegen d. Wirkstoff/sonstige Bestandt. Warnhinw. u. Vorsichtsm.: Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. Nur in diesem Pen anwenden, sonst kann schwere Überdosierung auftreten. Nur klare und farblose Lösungen verwenden. Nebenwirk.: Immunsyst.: Selten allerg. Reaktionen. Stoffwechsel/Ernährungsstör.: Sehr häufig Hypoglykämie. Nervensyst.: Sehr selten Geschmacksstör. Augen: Selten Sehstörungen, Retinopathie. Haut/Unterhautzellgeweb.: Häufig Lipohypertrophie, gelegentl. Lipodystrophie, nicht bekannt kutane Amyloidose. Skelettmusk./Bindegew./Knochen: Sehr selten Myalgie. Allg./Verabr.ort: Häufig Reakt. o. d. Einstichstelle, selten Ödeme. Verschreibungspflichtig. Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, D 65926 Frankfurt am Main, Deutschland. Stand: Juli 2020

Lantus® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Patrone - Lantus® SoloStar® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einem Fertigpen - Lantus® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Durchstechflasche
Wirkstoff: Insulin glargin. Zusammens.: 1 ml enthält 100 Einheiten Insulin glargin (entsprechend 3,64 mg). Sonstige Bestandteile: Zinkchlorid, m-Cresol, Glycerol, HCl, NaOH, Wasser für Injektionszwecke, (Durchstechflasche 10 ml: Polysorbat 20). Anw.-Geb.: Zur Behandlung von Diabetes mellitus bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern im Alter von 2 Jahren und älter. Gegenanz.: Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder einem der sonstigen Bestandteile. Warnhinw. u. Vorsichtsm.: Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. Nur klare und farblose Lösung verwenden. Lantus® SoloStar: Nur Nadeln verwenden, die für SoloStar geeignet sind. Nebenwirkungen: Erk. des Immunsystems: Selten: Allerg. Reaktionen. Stoffwechsel, Ernähr.: Sehr häufig: Hypoglykämie. Erk. des Nervensystems: Sehr selten: Geschmacksstörungen. Augenerkr.: Selten: Sehstörungen, Retinopathie. Haut, Unterhautzellgew.: Häufig: Reaktionen an der Einstichstelle, Lipohypertrophie, gelegentl. Lipodystrophie. Nicht bekannt: kutane Amyloidose. Skelettmuskulatur-, Bindegewebs- und Knochenkr.: Sehr selten: Myalgie. Allgemeine Erk. und Beschwerden am Verabreichungsrt.: Häufig: Reaktion an der Einstichstelle, selten: Ödeme. Im Allgemeinen ist das Sicherheitsprofil bei Kindern und Jugendlichen (≤ 18 Jahre) ähnlich dem bei Erwachsenen. Verschreibungspflichtig. Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, D-65926 Frankfurt am Main, Deutschland. Stand: Juli 2020

sanofi

Abnehmen oder Diabetes? Sie haben die Wahl!

Betroffene sollten Chance der Remission kennen

Wissen, was man isst – und einmal in der Woche wiegen.

STOCKHOLM. Wenn Übergewichtige die Diagnose Typ-2-Diabetes erhalten, sollten sie darüber aufgeklärt werden, dass es eine Möglichkeit gibt, ihre Erkrankung wieder rückgängig zu machen. Wer zu Lebensstil-Interventionen motiviert werden kann, hat gute Chancen, nicht nur Kilos zu verlieren, sondern auch den Stoffwechsel zu normalisieren.

Sie müssen es natürlich wollen“, betonte Professor Dr. ROY TAYLOR von der Universität Newcastle in Großbritannien. Dazu solltet man Betroffenen aber auch klar die Möglichkeit geben zu wählen: sich weiter müde und schlapp fühlen, Medikamente einnehmen müssen und die Risiken von diabetesassoziierten Komplikationen eingehen oder – mit einiger Mühe – das alles wieder loswerden. Als Mitautor der DiRECT-Studie empfiehlt er den Einsatz von Formula-Flüssignahrung für die erste Zeit der Gewichtsabnahme. Das nehme

den Betroffenen einen guten Teil des Stresses: Es müssen keine geeigneten Nahrungsmittel gekauft und zubereitet werden und man kommt nicht ständig in den Konflikt, mehr und andere Dinge essen zu wollen.

„Die beste Diät ist die, die man befolgen kann“

Analog der Intervention in der DiRECT-Studie^{1,2} empfiehlt Taylor für die Gewichtsabnahme eine Kalorienrestriktion auf etwa 800 kcal/Tag. „Wenn erst einmal die ersten schwierigen Tage vorbei sind, ist das leichter als gedacht. Damit hat man

keinen großen Hunger“, versprach er – gab aber auch zu: „Es ist etwas langweilig.“

Bei der Rückkehr zu einer normalen Ernährung nach zwölf bis 16 Wochen sollten die Menschen gut betreut werden. Man sollte erfragen, welche Präferenzen sie haben, z. B. bei Obst und Gemüse, und einen Aufbauplan zusammenstellen, der die Mengen der Nahrungsmittel vorgibt, damit das neue Gewicht gehalten werden kann. Auch andere Gewichtsreduktionsdiäten können in Betracht gezogen werden – entscheidend ist, das zu finden, was Betroffene durchhalten können. „Der eine findet es einfacher, Kohlenhydrate wegzulassen, ein anderer reduziert lieber Fett und wieder andere bevorzugen das intermittierende Fasten“, meinte Taylor. „Die beste Diät ist die, die man befolgen kann.“

Körperliche Aktivität kann zur absoluten Gewichtsabnahme allerdings

nur wenig beitragen, stellte Professor Dr. DOMINIK PESTA von der translationalen Stoffwechsel-Forschungsgruppe im Institut für Luft- und Raumfahrtmedizin in Köln klar. „Training ist nicht zwangsweise für eine Gewichtsverlust nötig“, sagte er und ergänzte „leider“. Aber Bewegung kann etwas anderes bieten: Aerobes Training hilft, viszerales Fett abzubauen, der Muskelaufbau wird gefördert und das Herz belastbarer. Zudem hilft es, Appetit und Sättigungsgefühl zu regulieren. Nach dem Gewichtsverlust ist körperliche Aktivität zudem extrem wichtig, um das erreichte Körpergewichts zu halten.

Wichtig ist, die richtige Art der Betätigung zu finden, ergänzte Professor Dr. RICHARD BRACKEN, Sportwissenschaftler von der Swansea Universität in Großbritannien. Er empfahl, den Betroffenen verschiedene Alternativen zu nennen und zu hören, was sie gerne tun würden. Zudem forderte er einen Sinneswandel: weg von den strikten Regeln wie dreimal wöchentlich eine Stunde moderat intensives aerobes Training hin zu mehr alltagsrelevanten Bewegungsmöglichkeiten – von der Gartenarbeit bis zum Fußweg zur

Arbeit. „Die Bewegung muss in den Alltag integriert werden“, betonte er.

Schritte zählen – aber besser keine Kalorien

Das „Tracking“ der eigenen Aktivitäten, z. B. mit einem Schrittzähler, kann bei vielen Personen zur Motivation beitragen. „Der Durchschnitt liegt weltweit bei 5.000 Schritten pro Tag. Schon mit 2.000 Schritten mehr wurden relevante Gesundheitseffekte berichtet“, erklärte Prof. Pesta. Vorsichtig sollte man dagegen mit dem Kalorienzählen sein, ergänzte Prof. Taylor: „Das ist nicht vereinbar mit einem gesunden oder glücklichen Leben.“ Wichtig könne es sein zu lernen, was in welchen Nahrungsmitteln enthalten ist. Entscheidend für die Selbstkontrolle bei einer Lebensstilintervention wegen Übergewicht sei es in jedem Fall, sich wöchentlich zu wiegen und das Gewicht zu notieren.

Friederike Klein

58th EASD Annual Meeting, Stockholm

1. Lean ME et al. Lancet 2018; 391: 541–551; doi: 10.1016/S0140-6736(17)33102-1

2. Lean MEJ et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2019; 7: 344–355; doi: 10.1016/S2213-8587(19)30068-3

»Um abzunehmen, braucht es kein Training, eine Ernährungsumstellung aber schon«



Diabetes hat ein epigenetisches Gedächtnis

DNA-Methylierung als neues Werkzeug für die Präzisionsmedizin

STOCKHOLM. Das Risiko, einen Typ-2-Diabetes zu entwickeln, ist von vielen Faktoren abhängig. Hierzu zählen beispielsweise das Alter, genetische Risikofaktoren, intrauterine Einflüsse und nicht zuletzt Ernährung, Übergewicht sowie körperliche Aktivität. Auch eine fehlgesteuerte Regulierung durch epigenetische Mechanismen scheint eine Rolle zu spielen. Das lässt sich klinisch möglicherweise nutzen.

Epigenetische Regulationen umfassen im Wesentlichen drei Mechanismen“, erklärte Professor Dr. CHARLOTTE LING vom Zentrum für Epigenetik und Diabetes der Universität von Lund in Schweden:

- DNA-Methylierung
- Nicht-codierende RNA
- Histonveränderungen

Denkbar ist eine Veränderung dieser epigenetischen Mechanismen infolge des Diabetes. Oder die Diabetes-Risikofaktoren führen zu epigenetischen Veränderungen, die letztlich die Entstehung eines Typ-2-Diabetes begünstigen. Wie epigenetische Veränderungen und Diabetes zusammenhängen, untersucht Prof. Lings

Arbeitsgruppe anhand der DNA-Methylierung. Sie fand in humanem Muskelgewebe von Menschen mit Diabetes während der Differenzierung von Myoblasten zu Myotuben mehr als doppelt so viele DNA-Methylierungsveränderungen wie bei Menschen mit normaler Glukosetoleranz. „Das spricht für ein epigenetisches Gedächtnis bei Diabetes“, meinte Ling.

Wurde mit diesen Proben in vitro ein Typ-2-Diabetes nachgeahmt, kam es zu einem Abschalten des Regulators VPS39, der für Autophagie und Lysosomenfunktion eine Rolle spielt. Ling beobachtete in vitro daraufhin eine reduzierte Myogenese. Die Folge sei eine verstärkte Insulinresistenz und eine verschlechterte Muskelqualität, meinte sie und hofft, die Regulation von VPS39 könne ein neuer therapeutischer Ansatz bei Typ-2-Diabetes sein.

Interessant könnte auch die Entwicklung von blutbasierten epigenetischen Biomarkern für die Therapiesteuerung bei Typ-2-Diabetes sein. Untersucht wurde das bereits für Metformin, auf das etwa 30 %

der Behandelten nicht ansprechen und das bei 20–30 % zu intolerablen gastrointestinalen Nebenwirkungen führt.¹ Es ließen sich in einer genomweiten Analyse bei neu diagnostizierten Menschen mit Typ-2-Diabetes elf DNA-Abschnitte mit Methylierungsvarianten detektieren, die mit dem Risiko assoziiert waren, nicht auf Metformin anzusprechen.

Mit einem Methylierungs-Risikoscore basierend auf diesen elf Methylierungsstellen ließ sich das Ansprechen relativ gut vorhersagen: Die Area under the Curve (AUC) lag in der ROC-Analyse (ROC für

»Ist der Subtyp auch enthalten?«

receiver operating characteristic) bei 0,80. Vier weitere DNA-Methylierungsstellen waren mit dem Risiko für schwere Nebenwirkungen assoziiert. Ein entsprechender Risikoscore für die Entwicklung einer Intoleranz basierend auf den vier damit assoziierten Methylierungsstellen ergab eine AUC von 0,89, sagte Ling. „Es spricht also einiges dafür, epigene-

tische Biomarker für die Präzisionsmedizin bei Menschen mit Typ-2-Diabetes zu nutzen.“

Die Expertin stellte außerdem fest: „Möglicherweise kann die DNA-Methylierung auch Auskunft über den Diabetes-Subtyp geben.“ Zwischen SIDD (Severe Insulin Deficient Diabetes), SIRD (Severe Insulin Resistant Diabetes), MOD (Mild Obesity-Related Diabetes) und MARD (Mild Age-Related Diabetes) bestehen im epigenetischen Methylierungsmuster deutliche Unterschiede, was die Sinnhaftigkeit dieser neuen Einteilung zusätzlich unterstützt.²

Dabei ließen sich innerhalb der Subgruppen spezifische Methylierungs-Risikoscores entwickeln, die das Risiko für diabetesassoziierte Komplikationen vorhersagen können – ebenfalls eine potenzielle klinische Anwendung der DNA-Methylierungsanalyse. *fk*



Die DNA kann zeigen, ob das Risiko besteht, nicht auf Metformin anzusprechen.

Foto: Ozgu Arslan/gettyimages

58th EASD Annual Meeting, Stockholm

1. García-Calzón S et al. Sci Transl Med 2020; 12: eaaz1803; doi: 10.1126/scitranslmed.aaz1803

2. Schrader S et al. Diabetes Care 2022; 45: 1621–1630; doi: 10.2337/dc21-2489

DIABETES HERBSTTAGUNG 2022
51. DGA-JAHRESTAGUNG

Diabetologie & Angiologie –

Auf einem Bein kann
man nicht stehen

Jetzt anmelden!

25. – 26.11.2022
RMCC Wiesbaden
Präsenz & online

Das Programm
der DGA findet
bereits ab dem
24.11.2022
statt.

 **DIABETES
HERBSTTAGUNG**
DDG 2022 in Kooperation mit

 **DGA**
Deutsche Gesellschaft für Angiologie
Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V.

www.herbsttagung-ddg.de



© Wiesbaden Congress & Marketing GmbH/Foto: Thomas Ott


**DIABETES
HERBSTTAGUNG
2022 DDG**

**Jetzt
anmelden!**
 herbsttagung-ddg.de


Gemeinsam auf beiden Beinen unterwegs

Highlights aus dem Programm von DGA und DDG im Überblick

WIESBADEN. „Wir wollen, dass mehr diabeteskranke Menschen mit beiden Füßen, beiden Beinen leben. Das geht nur, wenn Spezialistinnen und Spezialisten für Diabetes und für Durchblutungsstörungen eng zusammenarbeiten“, sagte Tagungspräsident Dr. Berthold Amann im Interview zur Tagung (s. Ausgabe 9/2022). Gemeinsam, so ergänzte sein Präsidenten-Kollege PD Dr. Kilian Rittig, wolle man die Rate der Amputationen bei Menschen mit Diabetes senken. Wie

das Motto „Auf einem Bein kann man nicht stehen“ mit Leben gefüllt wird, zeigen u.a. die gemeinsamen Symposien von DDG und Deutscher Gesellschaft für Angiologie (DGA). Drei dieser Symposien werden hier ausführlich vorgestellt, und schon jetzt können Sie sie mit dem Planer auf www.herbsttagung-ddg.de auf Ihre persönliche Agenda setzen. Der Kongress findet vom 25.–26. November statt; das Programm der DGA startet schon am 24. November.

Gemeinsame Symposien von DDG und DAG

**virtuell und
vor Ort**

Diabetologie und Angiologie – A marriage in heaven?

**Vorsitzende: PD Dr. Kilian Rittig, Frankfurt/Oder, Dr. Berthold Amann, Berlin
Freitag, 25. November 2022, 14.45–16.15 Uhr**

Diabetologie und Angiologie sind zwei Spezialgebiete der Inneren Medizin, die viele gemeinsame Patient*innen betreuen: Geschätzt 7 bis 8 Millionen Menschen in Deutschland sind an Diabetes erkrankt, um die 8 Millionen Menschen leiden an einer Durchblutungsstörung der Beine (pAVK), die im Extremfall zur Amputation eines oder beider Beine führt, und 80 % aller Amputationen werden bei Menschen mit Diabetes notwendig – die Schnittmenge ist groß, und mit unserer alternden Bevölkerung werden zukünftig noch mehr Menschen unter beiden Erkrankungen leiden.

Es ist klar, dass die Ärztinnen und Ärzte, die in der Angiologie oder in der Diabetologie tätig sind, viel von den jeweils anderen wissen müssen und lernen können. Und die Doppelqualifikation als Spezialist*in für Diabetologie und Angiologie ist zukunfts-trächtig!

In diesem Symposium werden Kolleginnen und Kollegen das Thema „Diabetologie und Angiologie – A marriage in heaven“ aus unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchten. Dr. Johannes Hering, Ennepetal, berichtet farblich aus seinem Alltag als niedergelassener Angiologe und Diabetologe und von dem schlussendlich erfolgreichen Weg. Am

Anfang dieses Weges standen einige Fragen: Wie kann ich mit beiden Qualifikationen niedergelassen tätig sein? Wie profitieren diabetes- und gefäßkranke Patient*innen von meiner doppelten Qualifikation? Das ist spannend für alle, die sich auf die ambulante Komplettversorgung des gefäßkranken Menschen mit Diabetes ausrichten wollen. Aus der Perspektive des Kliniklers beleuchtet Dr. Markus Schneider, Koblenz, die stationäre Versorgung des gefäßkranken und an Diabetes erkrankten Menschen. Er wird erklären, warum die Versorgung des Diabetischen Fußsyndroms die Doppelqualifikation für Gefäßmedizin und Diabetologie aus seiner Sicht fast zwingend erfordert. PD Dr. Kilian Rittig, einer der Tagungspräsidenten, ist ebenfalls doppelt qualifiziert und berichtet – auch augenzwinkernd – von den Folgen seines Doppellebens ...

Für die Zukunft außerordentlich relevant ist die Verankerung in den medizinischen Fakultäten – hier wird Prof. Hans-Peter Hammes, Mannheim, auf Grundlage seiner langjährigen Expertise über die Zukunft der „Angiodiabetologie“ an den Hochschulen sprechen. Gerade für den Nachwuchs der beiden Fächer werden in diesem Symposium spannende Perspektiven aufgezeigt.

Gemeinsame Symposien von DDG und DGA

**virtuell und
vor Ort**

Überwachung der peripheren Gefäße: Wer, wann, wie und wie oft?

**Vorsitzender: PD Dr. med. Ludwig Caspary, Hannover
Freitag, 25. November 2022, 08.30–10.05 Uhr**

Auf einem Bein kann man nicht stehen – so das Motto des gemeinsamen Kongresses von DGA und DDG. Durchblutungsstörungen sind die Hauptursache für Amputationen bei Menschen, die an Diabetes erkrankt sind, und in diesem hochaktuellen Symposium geht es um die richtige Diagnostik der Durchblutung – beim richtigen Patienten/der richtigen Patientin, zur richtigen Zeit, mit den richtigen Methoden.

PD Dr. Lutz Caspary, langjährig als Angiologe in Hannover niedergelassen, fasst die Empfehlungen zusammen und zeigt die prognostische Bedeutung des Gefäßstatus auf.

Wie man von der Diagnose zur Therapie kommt, stellt Prof. Dr. Hans Krankenberg, Harburg, am Beispiel einer Angioplastie (PTA) von verschlossenen Unterschenkelarterien bei einem Patienten mit DFS dar, und zwar live mit Interventionsbildern und -videos!

Wie wir besser über die Sektoren zusammenarbeiten, und was der neue DRG-Katalog für die Versorgung gefäßkranker Patientinnen und Patienten bedeutet, werden uns Christian Jacobs, Siegburg, und Robert Schneider (Spitzenverband Fachärzte Deutschland) darstellen, und Vorträge über EBM-Neuigkeiten (Dr. Matthias Erbe, Frankfurt/Main) und Hybrid-DRGs runden das Symposium ab. Es spricht damit insbesondere niedergelassene Kolleginnen und Kollegen aus Angiologie und Diabetologie an.

Typ-1-Diabetes

**virtuell und
vor Ort**

Forschung aus Betroffenenperspektive in der Typ-1-Diabetologie: Bedeutung, Chancen, Grenzen und Herausforderungen

**Vorsitzende: Dr. phil. Bettina Berger, Witten/
Herdecke, und Prof. Dr. Othmar Moser, Bayreuth
Freitag, 25. November 2022, 8.30–10.00 Uhr**

Das Symposium widmet sich der Frage, welche Beiträge eine Forschung leisten kann, die aus der Perspektive der Betroffenen konzipiert wird. Ist diese in der Lage, sich der Komplexität der Fragestellungen anzunehmen und zugleich eine Sprache zu wählen, die Menschen mit Typ-1-Diabetes als auch deren Diabetes-Team unterstützt? Welche neuen Lösungszugänge für die Komplexität des Alltagslebens können so entwickelt werden? Dargestellt werden aus erster Hand aktuelle wissenschaftliche Ergebnisse, und es wird erklärt, wie Evidenz

vereinfacht, aber nicht trivialisiert zu den Menschen mit Typ-1-Diabetes getragen werden kann. Prof. Othmar Moser erklärt, wie bei Therapieanpassungen zu physischer Aktivität und Sport vorgegangen werden sollte, um die multipotente Intervention „Bewegung“ als Standardversorgung zu integrieren. Dr. Martin Tauschmann beschäftigt sich mit der Frage, wie es sein kann, dass sich Menschen mit Typ-1-Diabetes selbstständig Closed-Loop-Systeme bauen, ohne um „Erlaubnis“ zu fragen. Dr. Bettina Berger referiert, wie Menschen mit Typ-1-Diabetes ohne glykämische Achterbahnfahrten fasten können, und bei Prof. Kinga Howorka geht es darum, welche Ansprüche an die zukünftige Versorgung gestellt werden müssen und wie der Patient/die Patientin mitentscheiden kann.

Digitalisierung/Technologie

**virtuell und
vor Ort**

AID-Systeme im Praxisalltag

**Vorsitzende: Dr. Guido Freckmann, Ulm, und Sandra Schlüter, Northeim
DDG Symposium, Freitag, 25. November 2022, 16.30–18.00 Uhr**

Immer mehr Systeme zur Automatischen Insulin-Dosierung (AID) sind auf dem Markt erhältlich. Die Systeme unterscheiden sich im Design, bei den Algorithmen und Startbedingungen. Außerdem gibt es neben kompletten Systemen auch Einzelkomponenten, die zu einem AID-System zusammengesetzt werden.

Wie aber unterscheiden sich die Systeme in Bezug auf Funktion und Spezifikation? Was kann der jeweilige Algorithmus, was muss wie angepasst werden, um bestimmte Probleme bei der Nutzung im Alltag zu beheben? Und vor allem: Wie starten wir mit unseren Patientinnen und Patienten?

Was jetzt alle Diabetes-Teams benötigen, ist ein profundes Grundwissen zu den verfügbaren AID-Systemen. Dieses Grundwissen möchte das Symposium der AGDT vermitteln. Die Vorträge sind praktisch orientiert. Bei Dr. Stefan Pleus, Ulm, geht es um „AID – BGM, CGM, Pumpe: Was muss ich wissen?“. Diabetesberaterin Claudia Sahn, Gilching, gibt Hinweise, für welche Patient*innen ein AID-System geeignet ist, und Heiko Peuscher, Ulm, zeigt die Möglichkeiten und Chancen der AID-Simulation auf. Tief in die Praxis steigt Sandra Schlüter, Northeim, ein: Bei ihr kann man an Beispielen mehr über AID-Systeme lernen.

Gemeinsame Symposien von DDG und DGA

**virtuell und
vor Ort**

Endovaskuläre Therapie des DFS – Lessons learned!

**Vorsitzende: Dr. Britta Heilmeier, München,
Dr. Stefan Betge, Salzgitter, Dr. Ralf Langhoff, Berlin
Samstag, 26. November 2022, 09.00–10.30 Uhr**

In diesem Symposium dreht sich alles um die Wiederherstellung der Durchblutung bei gefäßkranken Patient*innen mit Diabetes. Ohne ausreichende Durchblutung können Wunden bei einem DFS nicht abheilen. Eine Durchblutungsverbesserung erhält Beine – und damit Leben. Heute wird vor allem die endovaskuläre Therapie (PTA) zur Revaskularisation eingesetzt, und auch nach Versagen von operativen Behandlungen kann eine Angioplastie noch erfolgreich sein. „Interventionelle Therapie

des DFS: Geht nicht – gibt's nicht!“ ist deshalb der Titel der Präsentation über die aktuellen endovaskulären Therapien von PD Dr. Andrej Schmidt, Leipzig. Wie sicher ist die PTA bei Menschen mit und ohne Diabetes? Genau damit beschäftigt sich Prof. Grigorios Korosoglou, Weinheim. Auch geht es um Spezialformen der diabetischen Angiopathie. Über „pAVK oder Diabetes?“ spricht Prof. Dr. Erwin Blessing, Karlsbad, über „Mediasklerose – The silent killer!“ PD Dr. Peter Lanzer, Bitterfeld-Wolfen. Ein Highlight ist eine von Dr. Ralf Langhoff, Berlin, live kommentierte Angioplastie bei einem Patienten mit schwersten, diabetesbedingten Gefäßverschlüssen, der ohne Durchblutungsverbesserung eine Amputation erleiden wird.

Adipositas per magna muss nicht sein

Bariatrische Operation kann sich auch schon bei BMI < 35 lohnen

BERLIN. Der Begriff „Ultima Ratio“ sollte im Zusammenhang mit chirurgischen Maßnahmen zur Gewichtsreduktion heute eigentlich passé sein. Denn Menschen mit Typ-2-Diabetes können auch bei noch relativ mild ausgeprägter Adipositas bereits deutlich profitieren.

Dazu berichtete Professor Dr. ARCO BUETER von der Klinik für Viszeralchirurgie am Spital Männedorf von seinen Erfahrungen aus der Schweiz. Hier ist die bariatrische Operation seit letztem Jahr normale Pflichtleistung der Krankenkassen, wenn der BMI zwischen 30 und 35 kg/m² liegt und die Therapieziele beim Typ-2-Diabetes über zwölf Monate nicht erreicht werden, was an einem HbA_{1c}-Wert von über 8 % festgemacht wird.

Anstoß für die Entscheidung war eine Metaanalyse von elf kontrollierten randomisierten Studien aus dem Jahr 2016, in der bariatrische Operationen bei Personen mit einem BMI < 35 kg/m² mit Lebens-

stilinterventionen plus Medikamenten verglichen wurden.¹ Hier zeigte sich, dass die Patienten mit einem BMI von 30–35 kg/m² hinsichtlich des HbA_{1c}-Wertes genauso profitieren wie Adipöse mit einem BMI > 35 kg/m². Schon damals kam ein internationales Expertenteam aufgrund der Evidenz zu dem Schluss, dass bereits bei einem BMI von 30–35 kg/m² eine Operation erwogen werden kann, wenn die Ziele der Diabetestherapie nicht erreicht werden. Inzwischen liegen auch 5-Jahres-Ergebnisse vor, nach denen 51 % der Patienten nach einem Magen-Bypass immer noch einen HbA_{1c}-Wert < 7 % hatten – 22,4 % hatten ohne antidiabetische Medikation einen HbA_{1c}-Wert ≤ 6 %.² Auch erste 10-Jahres-Ergebnisse aus einem Zentrum in Rom zeigen einen hohen Anteil von Patienten (37,5 %), die auch nach diesem langen Zeitraum immer noch keine antidiabetischen Medikamente benötigen.³

Nach dieser Evidenzlage stellt sich eigentlich nur noch die Frage, was

das beste Zeitfenster für die bariatrische Chirurgie ist. Um dies festzustellen, wurde in der Schweiz ein Komitee aus einem Chirurgen und Ethiker*innen, Ökonom*innen, Epidemiolog*innen und Medizinrechtler*innen eingesetzt. Die Gruppe kam zu dem Schluss, dass bariatrische Operationen auch bei einem BMI zwischen 30 und 35 kg/m² nicht nur klinisch von Vorteil sein können, sondern unter dem Strich auch kostensparend sind.

„Wenn Sie in der Schweiz den richtigen Knopf drücken wollen, müssen Sie immer mit Kosteneinsparungen kommen, das hilft“, sagte dazu Prof. Bueter.

Bariatrische Operationen nun im Pflichtleistungskatalog

Das vorher praktizierte Vorgehen, erst ein bis zwei Jahre vergebliche konservative Therapie zu fordern, sei somit nicht unbedingt gerechtfertigt. Eine daraufhin gegründete

Taskforce hat dann erreicht, dass die bariatrischen Operationen in den Pflichtleistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen wurden. Wichtigstes Argument war auch hier die enorme Kostenersparnis.

„Wichtig war den Krankenkassen dabei, dass die Zuweisung zur Chirurgie immer durch einen Endokrinologen erfolgen muss und die Indikation interdisziplinär in Boards gestellt wird“, erklärte der Referent. „Zudem darf der Eingriff nur in entsprechenden Referenzzentren durchgeführt werden.“

Metabolische Chirurgie ist aus seiner Sicht weder „Ultima Ratio“ – „diese Diskussion müssen wir endlich hinter uns lassen“ – noch muss sie in jedem Fall so früh wie möglich erfolgen, so Prof. Büter. „Sie sollte aber fester Bestandteil der Therapiealgorithmen bei Typ-2-Diabetes und Adipositas sein und auch schon bei einem BMI zwischen 30 und 35 kg/m² in Erwägung gezogen werden.“

Maria Weiß

Diabetes Kongress 2022

1. Cummings DE et al. Diabetes Care 2016; 39: 924-933; doi: 10.2337/dc16-0350

2. Schauer PR et al. N Engl J Med 2017; 376: 641-651; doi: 10.1056/NEJMoa1600869

3. Mingrone G et al. Lancet 2021; 10271 (397): 293-304; doi: 10.1016/S0140-6736(20)32649-0

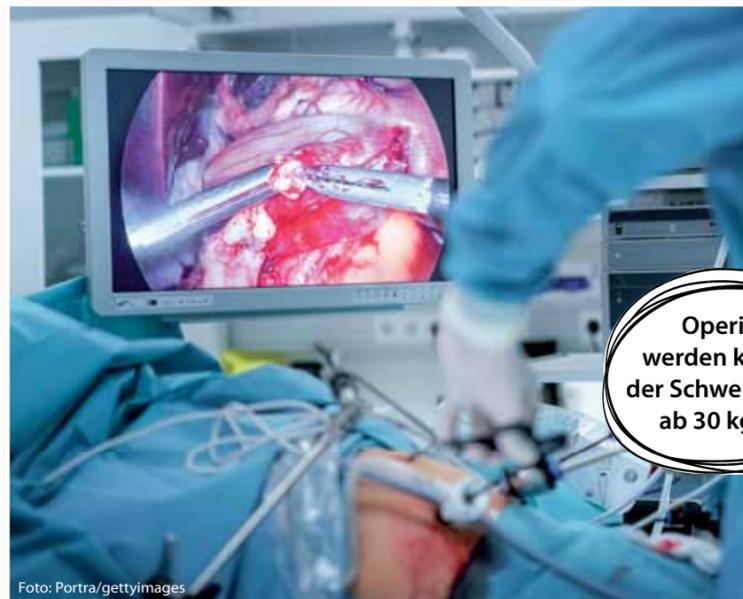


Foto: Portra/Gettyimages

Operiert werden kann in der Schweiz schon ab 30 kg/m².

»Was ist das beste Zeitfenster für die OP?«

»Wir haben ein klares Alleinstellungsmerkmal«

Die Nachfrage ist groß – trotzdem sollten Diabetolog*innen die Selbstfürsorge nicht vernachlässigen

BERLIN. Wer Menschen mit Diabetes betreut, möchte gute Arbeit leisten und wünscht sich dafür Sicherheit, gute Bezahlung und Bestätigung. Damit das nachhaltig gelingt, muss man aber auch das eigene psychische und soziale Wohlergehen im Blick behalten.

Um die Zukunft der Diabetologie macht sich Dr. MATTHIAS KALTHEUNER, Diabetologe aus Leverkusen und Geschäftsführer von winDiab, wenig Sorgen: „Wir sind in der ambulanten Diabetologie High-End-Leistungserbringer und haben mit unseren Kompetenzen ein klares Alleinstellungsmerkmal.“ Dies gelte beispielsweise für den Umgang mit Diabetestechnologie, deren Vielfalt immer weiter wächst und mit der Angehörige anderer Fachgruppen oftmals klar überfordert sind: „Unsere pädagogische Methodik macht uns kaum einer nach.“

Für die Versorgung unverzichtbar seien aber auch die kommunikativen Fähigkeiten von Diabetolog*innen: „Ich glaube, die meisten anderen Fachgruppen kämen mit unserer

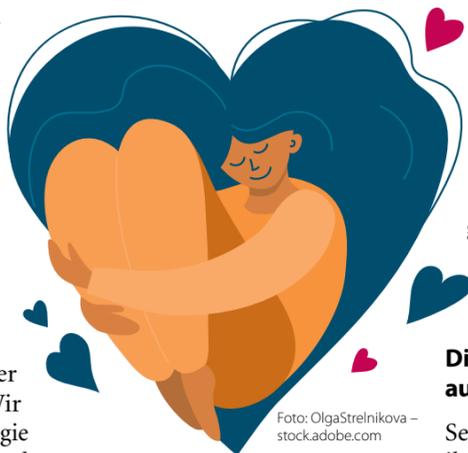


Foto: OlgaStrelnikova - stock.adobe.com

Kostenträger sich dieses Bedarfs bewusst sind.“

Dies spiegelt sich in der sehr variablen Honorarstruktur, sagte der Diabetologe mit Blick auf ein Controlling-Projekt des Berufsverbandes der diabetologischen Schwerpunktpraxen in Nordrhein (BdSN): „Der Wert einer Arztstunde reicht von 50 bis 180 Euro pro Stunde.“

Diabetolog*innen müssen auch auf sich selbst aufpassen

Selbstständige müssten aufgrund ihres unternehmerischen Risikos höhere Einkommen erzielen als angestellte Ärzt*innen, zumal neben der eigentlichen ärztlichen Tätigkeit auch Zeit für die Nachbearbeitung von Sprechstunden, Management, Fortbildung und Außenkontakte zu berücksichtigen ist. Um die berechtigten Forderungen nach außen zu tragen, sind aus Dr. Kalthheuners Sicht gute Kontakte zu den Krankenkassen und in die Selbstverwaltung deshalb ebenso wichtig wie die Mitgliedschaft im Berufsverband.

Berufliche Zufriedenheit hängt natürlich nicht allein von der Höhe des Honorars ab. So sieht Dr. Kalthheuner große Bestätigung und Wertschätzung durch die Patient*innen, die Arbeit in der Diabetespraxis sei deshalb alles andere als ein unbefriedigender Job: Mit den meisten Patienten könne man gut zurechtkommen, „und wenn sie etwas anders machen als wir es wollen, dann haben sie in der Regel gute Gründe dafür“. Allerdings könne es auch sehr belastend sein, sich den ganzen Tag hindurch mit dem Kummer anderer Leute zu beschäftigen. „Wir müssen deshalb auch auf uns selbst aufpassen“, fand Dr. Kalthheuner.

Doch genau dieser Punkt gibt ihm Anlass zur Sorge: „Selbstfürsorge ist ein großes Thema, doch wir reden einfach nicht darüber“, kritisierte er. Wer sein psychisches und soziales

Wohlergehen vernachlässige, sei stärker gefährdet für Burnout, Depressionen oder Alkoholabusus. Und wenn Referent*innen bei Kongressen oder Studienautor*innen ihrer Familie für deren Geduld und Verständnis danken, dann sei das eigentlich nur ein Zeichen dafür, dass sie sich zu wenig um ihre Partner*innen und Kinder kümmern.

Ohne den Unternehmer läuft nun einmal nichts ...

Dabei ist Selbstfürsorge auch aus unternehmerischer Sicht unverzichtbar: „Der Unternehmer ist schließlich das Wichtigste in einem Unternehmen, ohne ihn läuft nun einmal nichts“, betonte Dr. Kalthheuner, der seinen Kolleg*innen gleichzeitig dazu riet, sich rechtzeitig um Nachfolger*innen zu kümmern, außerdem den Nachwuchs auszubilden und auch aufgeschlossen für die Delegation und Substitution von Leistungen an nicht-ärztliches Personal zu sein: „Wir können die Arbeit sonst nicht bewältigen und dabei selbst gesund bleiben!“ Antje Thiel

Diabetes Kongress 2022

»Die Arbeit kann belastend sein«

Könnten helfen: GLP1-Rezeptoragonisten

Medikamente gegen die nicht-alkoholische Fettleber sind endlich in Sicht

LAUSANNE. Nicht-alkoholische Fettlebererkrankungen werden weltweit immer häufiger. In den USA lassen sich heute bereits 25 % der Lebertransplantationen auf sie zurückführen – im Vergleich zu 5 % vor 20 Jahren. Bislang gibt es keine effektive Therapie. Das könnte sich aber bald ändern.

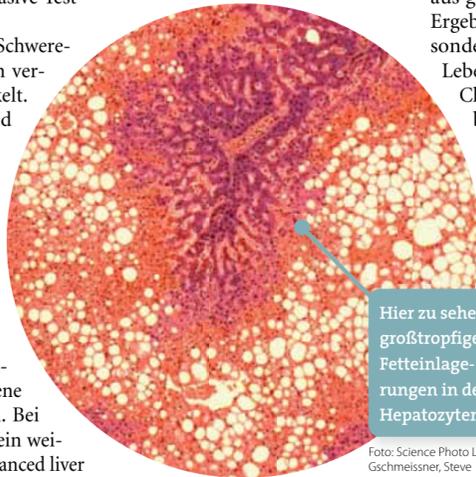
Experten gehen davon aus, dass 25 % der Weltbevölkerung eine nicht-alkoholische Fettlebererkrankung (NAFLD) aufweisen – in den meisten hochentwickelten Ländern sind es bereits 30 %. Dabei besteht ein enger Zusammenhang mit Adipositas und Typ-2-Diabetes. Europäische und asiatisch-pazifische Leitlinien sprechen sich daher für ein Screening bei dieser Personengruppe aus. Aber auch schlankere Menschen können betroffen sein. Aufgrund der weiten Verbreitung der NAFLD droht in den nächsten Jahren eine deutlich erhöhte Rate an dekompensierter Leberzirrhose und hepatozellulären Karzinomen (HCC), schreiben neun Experten unter Federführung von JEAN-FRANCOIS DUFOUR vom Centre des Maladies Digestives in Lausanne, Schweiz. Sie haben die neuesten Entwicklungen auf dem Feld der Fettlebererkrankungen zusammengetragen. Zur Abgrenzung einer Fettleber-Hepatitis (NASH) von einer reinen

Steatose gilt die Leberbiopsie als Standard. Auch der Schwere- und Fibrosegrad kann damit bestimmt werden. Da nicht bei allen Menschen mit NAFLD-Verdacht eine Biopsie durchgeführt werden kann und sollte, sind nicht-invasive Testmethoden wichtig.

Für die Bestimmung des Schweregrads der Fibrose wurden verschiedene Scores entwickelt. Dazu gehören direkte und indirekte Fibrosemarker, die vor allem in Kombination aussagefähig sind. Eine Möglichkeit ist der FIB-4, der die indirekten Fibrosemarker AST, ALT und Thrombozytenzahl mit dem Alter kombiniert. Zumindest lässt sich damit mit relativ hoher Sicherheit eine fortgeschrittene Erkrankung ausschließen. Bei positivem Ergebnis kann ein weiterer Test wie der ELF (enhanced liver

fibrosis) oder eine transiente Elastografie durchgeführt werden, um die Anzahl der Biopsien zu beschränken. Solche nicht-invasiven Tests sind auch wichtig, um die Progression und den Effekt von Therapien in klinischen Studien zu überprüfen.

Die beste Evidenz für eine wirksame Therapie besteht zurzeit für Lebensstilinterventionen wie Gewichtsreduktion, mediterrane Ernährung und vermehrte Bewegung. Schon ein Gewichtsverlust von 5–10 %



Hier zu sehen: großtropfige Fetteinlagerungen in den Hepatozyten

Foto: Science Photo Library/Gschmeissner, Steve

des Ausgangsgewichts plus moderate Bewegung kann den histologischen Befund bei NASH deutlich verbessern. Enthält die mediterrane Kost besonders viel Polyphenole aus grünen Pflanzen, scheinen die Ergebnisse noch besser zu sein. Besonders ungünstig sind gezuckerte Lebensmittel, gesättigte Fette und Cholesterin, ultraprozessierte Lebensmittel und Getränke, rotes und verarbeitetes Fleisch.

Zugelassene Medikamente zur Behandlung der NAFLD gibt es bisher noch nicht – die Pipeline ist aber voll und es laufen viele Studien mit unterschiedlichen Substanzklassen und Angriffspunkten. Ein aussichtsreicher Kandidat mit metabolischem Angriffspunkt ist

»Ergebnisse von fünf Phase-3-Studien erwartet«

der PPAR*-Agonist Lanifibranor. Auch GLP1-Rezeptoragonisten wie Semaglutid könnten hilfreich sein. Direkt in der Leber greifen der THR** β -Agonist Resmetirom oder der selektive Farnesoid-X-Rezeptoragonist Obeticholsäure an. Allein in den nächsten sechs Jahren werden die Ergebnisse von fünf Phase-3-Studien erwartet, viele weitere Substanzen werden in frühen Phase-2-Studien getestet.

Metformin reduziert das Risiko für ein hepatozelluläres Karzinom

Synergistisch wirkende Kombinationstherapien mit verschiedenen Angriffspunkten sind nach Einschätzung der Experten am aussichtsreichsten. Ein Ziel der Therapie ist die Prävention eines hepatozellulären Karzinoms, das auch bei NAFLD-Patienten ohne Zirrhose drohen kann. Für einige Medikamente wie Metformin, Statine und Low-Dose-ASS ist eine Reduktion des Risikos gezeigt worden. Das Gleiche gilt für Kaffeekonsum und regelmäßige körperliche Bewegung.

Maria Weiß

* Peroxisom-Proliferator-aktivierter Rezeptor
** thyroid hormone receptor, Schilddrüsenhormonrezeptor

Dufour JF et al. Gut 2022; doi: 10.1136/gutjnl-2021-326874

So helfen NovoPen® 6 & NovoPen Echo® Plus, Ressourcen zu schonen



4–5 Jahre Lebenszeit^{1,2}



Verwendung mit **Insulinpatronen aus Glas**



Restentleerte Glaspatronen können **recycelt** werden



Vermeidung von **Kunststoffmüll**

- Dosis und Zeit seit der letzten Injektion werden auf dem Gerät angezeigt²
- Automatische Speicherung des Injektionsverlaufs der letzten 3 Monate (bis zu 800 Injektionen)^{1,2}
- Kabellose Übertragung der Injektionsdaten über Near Field Communication Technology (NFC) \square auf Smartphone und Computer in der Praxis²

3 Jahre Garantie



**NovoPen® 6 & NovoPen Echo® Plus
Ideale Partner für eine Therapie**

1. NovoPen® 6 / NovoPen Echo® Plus Design Specification / Verification Report (Data on File)
2. NovoPen® 6 / NovoPen Echo® Plus Gebrauchsinformation

NovoPen® und NovoPen Echo® sind eingetragene Marken der Novo Nordisk A/S, Dänemark.

Ein Blick in die Zukunft

Metabolomanalyse verrät Risiko für mehrere Krankheiten

BERLIN. Wie können Menschen, die ein besonders hohes Risiko für eine bestimmte Krankheit tragen, möglichst früh entdeckt werden? Wissenschaftler*innen u.a. des Berlin Institute of Health ist es gelungen, das Risiko für mehrere Erkrankungen – darunter Diabetes – gleichzeitig zu berechnen. Die Grundlage dafür: die Auswertung von Blutwerten von 168 Metaboliten und von über 100.000 Krankengeschichten – und künstliche Intelligenz.

Vorbeugen ist besser als heilen: Dieses Motto im Hinterkopf hatten die Wissenschaftler*innen vom Berlin Institute of Health in der Charité (BIH), der Charité – Universitätsmedizin Berlin und vom University College London, als sie Einblick in den riesigen Datenschatz der UK Biobank erhielten. Die britische Studie verfolgt seit über 15 Jahren das Schicksal von mehr als 500.000 Teilnehmer*innen. Weil alle Briten seit den 1990er-Jahren eine elektronische Patientenakte besitzen, lässt sich hier – pseudonym – die Entwicklung von Krankheiten über lange Zeiträume beobachten.

Kürzlich hatte die UK Biobank ein immenses Datenpaket veröffentlicht: Die zum Teil über 15 Jahre alten, tiefgekühlten Blutproben der Teilnehmer*innen waren mittels Kernspinspektroskopie auf

ihren Gehalt von 168 Stoffwechselprodukten untersucht worden. Gemessen wurden Substanzen wie Cholesterin oder Blutzucker, aber auch Moleküle, die weniger bekannt sind und auch seltener bestimmt werden. „Jüngste Studien haben gezeigt, dass einzelne Stoffwechselprodukte – oder Metaboliten – für die Entwicklung einer Vielzahl von Krankheiten relevant sind. Wir haben vermutet, dass die Kombination mehrerer verschiedener Metaboliten Hinweise auf das Risiko für verschiedene Krankheiten gleichzeitig liefern könnte. Und das wollten wir untersuchen“, erklärt Jakob Steinfeldt,

»Metaboliten geben Hinweise«

Assistenzarzt an der Medizinischen Klinik für Kardiologie am Charité Campus Benjamin Franklin.

Mit künstlicher Intelligenz Krankheitsrisiko berechnet

Die Wissenschaftler*innen untersuchten daraufhin gemeinsam mit Kolleg*innen vom Digital Health Center des BIH die Daten der Teilnehmer*innen auf 24 häufige Krankheiten, darunter Stoffwechselstörungen wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Leiden wie Herzinfarkt und Herzmuskelschwäche, aber auch neurologische Krankheiten wie Parkinson, Muskelerkrankungen oder verschiedene Krebsleiden. Für jede der 24 Krankheiten ermittelten sie zunächst, welche Teilnehmer*innen im Verlauf der Studie daran erkrankt waren und kombinierten dies anschließend mit der Zusammensetzung der Metaboliten im Blutserum, dem Metabolom, das vor Ausbruch der Krankheit entnommen worden war. Daraus errechneten sie mithilfe von künstlicher Intelligenz ein Modell, das die Wahrscheinlichkeit, mit der eine bestimmte Metaboliten-Kombination im Blut eine zukünftige Krankheit vorhersagt, berechnet.

„Wir haben die Metaboliten-Profile auf ihre Vorhersagekraft geprüft und

mit herkömmlichen Methoden zur Risikoberechnung verglichen“, berichtet Thore Bürgel, Doktorand im Digital Health Center des BIH. „Dabei hat sich gezeigt, dass die Profile die Risikovorhersage für die Mehrheit der untersuchten Krankheiten verbesserten, wenn wir sie mit der Information über das Alter und das biologische Geschlecht der Teilnehmenden kombinierten.“

Ziel: Rechtzeitig das Risiko erkennen und vorbeugen

So konnte die Kombination aus Alter, biologischem Geschlecht und Metabolom das Risiko für Diabetes oder eine Herzmuskelschwäche besser vorhersagen als etablierte Risikomodelle, die auf einer herkömmlichen Bestimmung des Blutzuckers oder des Cholesterins im Blut basieren. Mit Kosten von unter 20 Euro ist die Untersuchung des Metaboloms zudem relativ günstig. „Das ist deshalb interessant, weil wir mit dem Metabolom das Risiko für viele Krankheiten gleichzeitig abschätzen können“, erklärt Professor Ulf Landmesser, Direktor der Medizinischen Klinik für Kardiologie am Charité Campus Benjamin Franklin. „Natürlich würden wir nach einer „Risikowarnung“ aufgrund von Auffäl-



igkeiten im Blut den Patienten oder die Patientin weiter untersuchen, bevor wir eingreifen. Dennoch ist das genau die Richtung, in die wir auch mit dem neuen Friede Springer Kardiovaskulären Präventionszentrum gehen wollen: Die Menschen motivieren, sich ab einem bestimmten Alter regelmäßig untersuchen zu lassen, um im Falle eines Falles rechtzeitig vorbeugen zu können.“ Und er fügt hinzu: „Bei ihrem Auto machen die meisten das ja auch.“

dz

Pressemitteilung des Berlin Institute of Health in der Charité (BIH)

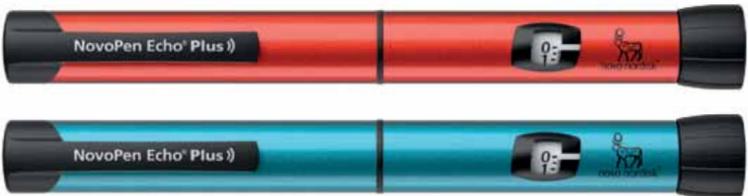
Bürgel T et al. Nat Med 2022; doi: 10.1038/s41591-022-01980-3y

NovoPen® 6



- Maximale Dosis 60 Einheiten²
- Dosierschritte: 1 Einheit²

NovoPen Echo® Plus



- Maximale Dosis 30 Einheiten²
- Dosierschritte: 0,5 Einheiten²
- Kombination von Blutzuckerprofilen und Insulindaten ermöglicht gezieltere und individuellere Therapie
- Kein Batteriewechsel, kein Aufladen²
- Umweltschonend, da wiederverwendbar²
- Gleiche Erstattung – gleicher Preis wie NovoPen® 5 und NovoPen Echo®



Plus:
Wie mit Insulinen von Novo Nordisk





Foto: Vadim Pastuh – stock.adobe.com

»Sensible Suche nach Verstärkung«

Wie Praxen ihre Stellenanzeigen diskriminierungsfrei gestalten

BERLIN. Jung, dynamisch, belastbar – Arbeitgeber*innen, die in ihren Stellenanzeigen mit solchen Wörtern jonglieren, verschrecken potenzielle Bewerber*innen. Je nach Fall verstoßen sie sogar gegen ein Gesetz. Was muss alles beachtet werden?

Wer bei der Formulierung von Stellenanzeigen nicht aufpasst, macht sich juristisch leicht angreifbar. Das zeigt etwa ein Urteil des Landesarbeitsgerichts Schleswig-Holstein: Der Kläger hatte sich auf eine Stelle beworben, die ausgeschrieben war mit den Worten: „Sekretärin gesucht!“ Seine Bewerbung wurde mit der Begründung abgelehnt, es werde eine „Dame“ gewünscht. Vor Gericht erstritt der Mann drei Bruttomonatsgehälter wegen Geschlechtsdiskriminierung.

Gleichbehandlungsgesetz verbietet Benachteiligung

Von den juristischen Risiken abgesehen, verschrecken Praxisleitungen fähige potenzielle Mitarbeitende, wenn sie den Eindruck erwecken, hinsichtlich Geschlecht, Alter, sexueller Orientierung, Gesundheit oder Herkunft sei nicht jede*r erwünscht. Stattdessen sollten sie versuchen, möglichst vielfältige Interessenten anzusprechen. Wie das gelingt, erklärt die Antidiskriminierungsstelle der Bundesregierung in einem Leitfaden (s. Link).

Grundsätzlich verbietet das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz direkte und indirekte Diskriminierung

– d.h. auch Regelungen, die zunächst neutral scheinen, mittelbar aber doch benachteiligend wirken.

! Geschlecht

Auch wenn ein Beruf statistisch fast nur von Frauen oder Männern ausgeübt wird, dürfen Arbeitgeber*innen nicht vergessen, die Stellenanzeige an alle Geschlechter zu richten. Mit einer männlichen und weiblichen Formulierung wie „Medizinische/r Fachangestellte/r“ ist es aber noch nicht getan: Nach einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 2017 gibt es mehr als nur zwei Geschlechter, die rechtlich anerkannt werden müssen. Es sei davon auszugehen, dass dies auch die Anforderungen an Stellenausschreibungen beeinflusse, schreibt die Antidiskriminierungsstelle. Um auch inter- oder transgeschlechtliche Personen anzusprechen, können Praxisleitungen z.B. Gendergap

Indizien für Diskriminierung

Wollen abgelehnte Fachkräfte wegen einer möglichen Diskriminierung klagen, müssen sie die Benachteiligung nicht vollständig nachweisen. Es genügt, wenn sie überzeugende Indizien vorlegen – vorausgesetzt, sie sind überhaupt für die Stelle qualifiziert. Als mögliche Indizien listet die Antidiskriminierungsstelle in ihrem Leitfaden auf:

- Stellenanzeigen, die bestimmte Personengruppen explizit ausschließen
- Stellenanzeigen, die sich gezielt an einen Personenkreis richten, wodurch bestimmte Gruppen explizit nicht angesprochen werden
- Fragen im Bewerbungsgespräch, die eine Diskriminierungsabsicht vermuten lassen
- diskriminierende Aussagen, die in der Ablehnungsbegründung oder Vorabankunft getätigt werden
- Entscheidung für eine Person, die schlechter qualifiziert ist als andere Bewerber
- diskriminierende (öffentliche) Äußerungen von Personen, die den jeweiligen Arbeitgeber repräsentieren

oder -sternchen verwenden. Auch die Ergänzung „(m/w/d)“ hinter der Berufsbezeichnung ist zulässig. Alternativ bieten sich neutrale Formulierungen wie „Fachkraft“ an, aus denen keine Geschlechtsidentität hervorgeht.

Die Regel gilt für jede Personenbezeichnung, nicht nur für die Nennung des Berufs. Nur in Ausnahmefällen dürfen Stellen geschlechtsspezifisch vergeben werden, etwa wenn die Intimsphäre einer Geschlechtsgruppe gewahrt werden soll.

! Alter

Stellenausschreibungen dürfen weder Altersgrenzen definieren noch einen bestimmten Alterswunsch formulieren – auch nicht indirekt. Selbst das bestehende Team sollte nicht ausdrücklich als jung beschrieben werden. Die Worte „frisch aus der Ausbildung“ oder „Young Professionals“ können ebenfalls als Indiz einer Diskriminierung gewertet werden. An die Berufserfahrung von Bewerber*innen dürfen Arbeitgeber*innen hingegen begründete Anforderungen stellen.

! Gesundheit

Nur in wenigen Fällen trägt eine chronische Erkrankung oder eine Behinderung dazu bei, dass eine Person für eine Tätigkeit weniger

geeignet ist als andere. Praxisleitungen sollten daher gründlich abwägen, ob sie körperliche oder mentale Ansprüche formulieren wollen – in jedem Fall sollten diese gut begründet sein. Als ungerechtfertigte und unzulässige Anforderung listet die Antidiskriminierungsstelle etwa auf: „Sie sind körperlich fit“ oder „Wir suchen Personen mit hoher Belastbarkeit für die Finanzverwaltung“. Als sachgerecht gilt hingegen: „Die gesundheitliche Eignung für die Ausübung eines Gesundheits- und Krankenpflegerberufs ist bei schweren körperlichen Einschränkungen nicht gegeben.“

! Herkunft

Dass Bewerber nicht aufgrund von Nationalität, Hautfarbe oder Herkunft benachteiligt werden dürfen, ist selbstverständlich. Aber auch Anforderungen an die Sprachkenntnisse können indirekt diskriminieren. Wer aber sachlich begründen kann, dass ein bestimmtes Sprachniveau vorliegen muss, kann in der Ausschreibung z.B. „Sprachniveau C2 des Gemeinsamen europäischen Referenzrahmens für Sprachen (GER)“ verlangen. Auch „sehr gute Deutschkenntnisse“ können gefordert werden. Eine sachgerechte Begründung wäre z.B. häufiger Patientenkontakt. *Isabel Aulehla*

Der Leitfaden:

bit.ly/leitfaden_einstellung

»Körperliche oder mentale Ansprüche sollten unbedingt gut begründet sein«

Entwarnung für Praxisgemeinschaften

Bei gemeinsamem Büro- oder Reinigungspersonal fällt nur in bestimmten Fällen Umsatzsteuer an

HANNOVER. Das Finanzamt sah eine hausärztliche Praxisgemeinschaft in der Umsatzsteuerpflicht, weil eine gemeinsame Bürokraft beschäftigt wurde. Vor Gericht hatte dies aber keinen Bestand.

Ärztliche Tätigkeiten sind grundsätzlich von der Umsatzsteuer befreit. Geht es aber um Leistungen, die in Praxisgemeinschaften von gemeinsamem Personal erbracht werden, ist die Situation etwas komplexer. Ein Urteil des Finanz-

gerichts Hannover hat nun Klarheit geschaffen.

Zwei Allgemeinmediziner beschäftigten in ihrer Praxisgemeinschaft eine Büro- und Rezeptionskraft für organisatorische Aufgaben. Sie überwachte Zahlungsvorgänge, rechnete mit den privaten Krankenversicherungen ab, vergab Termine und schrieb Arztberichte.

Außerdem hatte die Praxis Verträge mit „freien Mitarbeiter*innen“ geschlossen, etwa einer Krankengymnastin, einem Heilpraktiker

und einer Psychologin. Sie führten in den Räumlichkeiten Kurse zu Muskelentspannung und Schmerzbewältigung durch. Die Praxis rechnete diese Leistungen für sie mit den Krankenkassen ab. Auch eine Raumpflegerin war eingestellt.

Buchführung steuerpflichtig, aber finanziell irrelevant

Das Finanzamt bewertete Buchführung, Abrechnung, Praxisorganisation, Muskelentspannungstraining und Raumpfleger als umsatzsteuer-

pflichtig. Dagegen klagte die Praxis erfolgreich. Das Gericht setzte die Umsatzsteuer auf null herab.

Leistungen, die gegenüber den Mitgliedern einer Praxisgemeinschaft erbracht werden, seien steuerfrei, sofern diese eine heilberufliche Tätigkeit ausüben. Bedingung sei allerdings, dass die Leistungen unmittelbar der Ausübung der jeweiligen Tätigkeit dienen. Bei Aufgaben rund um die Praxisorganisation und das Verfassen von Arztbriefen sah das Gericht dies als gegeben.

Nicht so jedoch bei Buchführung und Abrechnung – der Umsatz daraus sei jedoch so gering, dass die Steuer entfalle.

Die Reinigungsleistungen der Raumpflegerin seien eine notwendige Vorstufe für das Erbringen von Heilbehandlungen und somit ebenfalls steuerfrei. Auch die Tätigkeiten der freien Mitarbeiter*innen dienten unmittelbar der Tätigkeit der Ärzte. *IsA*

Urteil des Finanzgerichts Hannover vom 11. November 2021, Az.: 5 K 62/19

»Geht nicht? Gibt's nicht!«

Ulrike Thurm über Teamwork – und Erfolge, die daraus entstehen

BERLIN. Seit Jahrzehnten engagiert sich Ulrike Thurm im Bereich „Diabetes und Sport“, ist Mitautorin der Diabetes- und Sport-Fibel, der CGM- und Insulinpumpenfibel und des CGM-Schulungsprogramms Spectrum. Nun hat sie das Bundesverdienstkreuz bekommen, womit ihr großes Engagement auch außerhalb der Diabetes-Szene gewürdigt wird. Ein Gespräch über Disziplin und Teamwork – der Sport läuft als roter Faden immer mit, für Ulrike Thurm geht es einfach nicht ohne ...

❓ Frau Thurm, was ist eigentlich Ihre liebste Sportart?

Thurm: Ich bin Marathonläuferin, Rettungstaucherin, war lange Jahre Fußballerin bis hinauf in die Verbandsliga. Dann habe ich so ein bisschen Tennis gespielt, bin auf Inlinern unterwegs, fahre viel Fahrrad. Wie sich das für Sportstudenten gehört: Man macht alles so ein bisschen und nichts so richtig. Für den Profi-Bereich hat es bei mir nicht gereicht. Aber alles, was mit Bewegung zu tun hat, kann mich begeistern. Natürlich mache ich am liebsten selbst Sport, aber ich begleite auch Sportlerinnen und Sportler, z.B. aus dem Telemedizin-Projekt Challenge D. Und wenn dann Timur Oruz in der Hockey-Nationalmannschaft spielt oder die Fußballerin Sandra Starke am Ende der Saison als Double-Siegerin gefeiert wird, schaue ich auch gerne mal zu.

❓ 1985, gegen Ende Ihres Sportstudiums, bekamen Sie die Diagnose Typ-1-Diabetes. Wie war das damals?

Thurm: Ich habe irgendwann 10,12 Liter am Tag getrunken, habe viel Gewicht verloren und gemerkt, dass meine sportliche Leistung trotz Intensivierung des Trainings immer schlechter wurde. Ich bin zum Arzt, bekam die Diagnose, und meine erste Frage war natürlich: Kann ich weiterhin Sport machen? Das wurde damals bedingt bejaht, im moderaten Umfang ginge das auf jeden Fall ... Das war für mich der Anlass, zu sagen: Geht nicht? Gibt's nicht! Ich habe mich sehr reingekniet, auch beruflich, habe meine Staatsexamensarbeit zu dem Thema geschrieben. Und dann ist es uns im Lauf der Jahre gelungen, ein paar Verbote zu kippen, z.B. mit unserer Studie in Papua-Neuguinea das weltweite Tauchverbot für Menschen mit Typ-1-Diabetes. Auch auf der Vincent-Pyramide, auf über 4.000 Metern, haben wir eine Studie gemacht und geschaut, wie in der großen Höhe und bei niedrigen Temperaturen Blutzuckermessgeräte funktionieren. So konnten wir zeigen: Mit der richtigen Einstellung kann ein Mensch mit Typ-1-Diabetes jeden Sport machen, und zwar in der Dauer, Intensität und auf dem Leistungsniveau, wie er das eben möchte.

❓ Sie sprechen von „uns“ – wer sind Ihre Mitstreiter*innen?

INTERVIEW



Ulrike Thurm
Diabetesberaterin,
Vorsitzende der IDAA
Foto: Nils Bornemann

Thurm: Im Jahr 1990 habe ich ja die deutsche Sektion der IDAA, also der International Diabetic Athletes Association, gegründet, und darüber habe ich schnell sehr viele Mitstreiter und Mitstreiterinnen gefunden.

❓ Nach Ihrem Abschluss konnten Sie aber nicht als Sportlehrerin arbeiten ...

Thurm: Nein, das ging damals nicht, und deshalb habe ich umgeschwitten. Meine Staatsexamensarbeit über Sport und Diabetes wurde 1987 auf dem DDG-Kongress in Aachen ausgestellt. Dort habe ich Professor Berger aus Düsseldorf getroffen, der weltweit Vorreiter war im Bereich Diabetes und Sport. Er hat mich gefragt, ob ich nicht Lust hätte, bei ihm in der Abteilung zu arbeiten – und ich habe zugesagt. Ich habe dann noch die Ausbildung zur Krankenschwester und zur Diabetesberaterin gemacht.

Ich war damals einfach zur richtigen Zeit am richtigen Ort und habe mit Professor Berger den richtigen Menschen getroffen, der es mir ermöglicht hat, diese Projekte durchzuführen und damit ganz vielen Sportlerinnen und Sportlern den Weg zu ebnet. Die Schulung hat eine große Rolle gespielt, und es hat sich gezeigt: Wenn man Sportlerinnen und Sportler entsprechend schult, sind ihnen keine Grenzen gesetzt, bis hin zum Leistungs- und zum Profisport.

❓ Was raten Sie Menschen, die Typ-1-Diabetes haben und intensiv Sport treiben möchten?

Thurm: Da gibt es keine pauschalen Tipps. Beim Fußball gibt es wechselnde Kraft-Ausdauer-Belastungen, beim Tennis ist nicht klar, wie lange ein Match dauern wird ... Ironman-Athleten und Profi-Golfer brauchen wieder ganz andere Tipps. Man muss sich die Therapie ganz individuell anschauen und auch beachten,

welche Art und Menge an Kohlenhydraten erforderlich sind. Deswegen haben wir auch das Projekt Challenge D ins Leben gerufen, wo wir mit der Charité und Professor Moser vom Institut für Sportwissenschaft an der Universität Bayreuth die Profi-Sportlerinnen und -Sportler mitbetreuen und die Einstellung optimal an die jeweiligen Trainingsgegebenheiten und Wettkämpfe anpassen. Das zu erreichen, ist immer Teamarbeit. Dabei gibt man ganz viel, bekommt von den Sportlern aber auch ganz viel zurück – und das ist einfach wunderschön.

❓ Wie gehen Sportlerinnen und Sportler grundsätzlich mit der Herausforderung Typ-1-Diabetes um?

Thurm: Ich denke, dass wir Sportler und Sportlerinnen es vielleicht manchmal ein bisschen leichter haben, mit dem Typ-1-Diabetes umzugehen.

Jeder, der im Sport auf einem gewissen Leistungsniveau unterwegs ist, ist extrem diszipliniert, extrem strukturiert. Das ist eine sehr gute Voraussetzung dafür, mit dem Typ-1-Diabetes gut zurechtzukommen. Sportlerinnen und Sportler, die wirklich erfolgreich sein wollen, wissen, dass ihr Körper ihr Kapital ist. Es hat für sie allerhöchste Priorität, ihre Diabetes-einstellung so zu optimieren, dass sie Erfolg haben können. Und mit einer wirklich sehr guten Diabeseinstellung kann man noch einmal ein paar Prozent mehr an Leistung herauskitzeln, das zeigen auch die Studien von Professor Moser.

❓ Was war seit Ihrer Diagnose 1985 der größte Fortschritt in der Diabetes-Technologie?

Thurm: Die kontinuierlichen Glukosemesssysteme. Das ist wirklich die Revolution in der Diabetologie,

»Da war ich erst einmal sprachlos«

gerade auch beim Sport. Ein kurzer Blick auf das CGM-Display oder auf die Uhr genügt, danach kann man die Therapie punktgenau anpassen. Es ist möglich, Sportprofile einzustellen, und damit in Wettkampfsituationen weitgehend zu hohe und zu niedrige Werte vermeiden und sich einfach komplett auf den Wettkampf zu konzentrieren ... Das ist wirklich eine so unglaubliche Verbesserung der Lebensqualität – das ist Wahnsinn!

❓ Wie könnte das Leben mit Diabetes noch mehr erleichtert werden?

Thurm: Ich denke, es ist es ganz entscheidend – und damit schließt sich der Kreis zu Professor Berger – dass Menschen für diese Systeme eine entsprechende Schulung bekommen. Es reicht nicht, das Gerät anzulegen, sondern man muss auch wissen, wie man aufgrund der Information, die einem das CGM-System liefert, die Therapie anpassen kann. Da braucht es wirklich sehr viel individualisierte Schulung.

Aber: Die Praxen können die Schulung mit dem CGM-Schulungsprogramm Spectrum noch nicht abrechnen. Wenn die Praxen die Möglichkeit hätten, diese zeitaufwendige Schulung abzurechnen, wäre das sehr hilfreich.

❓ Im August haben Sie für Ihr Engagement im Bereich „Diabetes und Sport“ das Bundesverdienstkreuz bekommen. Was bedeutet Ihnen diese Auszeichnung?

Thurm: Das ist für mich eine unglaubliche Ehrung und eine Aus-

zeichnung für die Betreuung von Sportlern und Sportlerinnen mit Typ-1-Diabetes. Für die CGM- und Insulinpumpenfibel haben Dr. Bernhard Gehr und ich den Heinrich-Sauer-Preis bekommen, und auf der Diabetes Charity Gala im letzten Jahr wurde Challenge D als Spendenprojekt ausgewählt. Das waren schon herausragende Ehrungen und Würdigungen. Aber wenn dann da mit Ulrike Grothe eine Senatorin steht und sagt: Die Bundesrepublik Deutschland bedankt sich bei Ihnen für Ihre Verdienste für Volk und Vaterland – das ist noch einmal etwas ganz anderes. Da war ich – und das bin ich selten – erst einmal wirklich sprachlos und musste ein paar Mal schlucken. Das ist ein Moment und das sind Sätze, die ich nie in meinem Leben vergessen werde.

Aber die Ehrung gebührt natürlich nicht nur mir, sondern dem gesamten Team. Das ist an erster Stelle Professor Othmar Moser mit seinem Team, natürlich auch das Team der Charité – und am allerwichtigsten die Sportlerinnen und Sportler mit Typ-1-Diabetes. Ohne deren Leidenschaft, ohne deren Ausdauer, Begeisterungsfähigkeit, Teamfähigkeit, Unterstützung hätte ich diese Auszeichnung nie erhalten. Ich bin absoluter Mannschafts- und Teamsportler, und eine solche Leistung kann immer nur ein Team vollbringen.

❓ Welche Reaktionen haben Sie bekommen? Und wo bewahren Sie das Bundesverdienstkreuz auf?

Thurm: Es kam extrem viele extrem positive Reaktionen. Die Wertschätzung, die mir von hochrangigen Diabetologinnen und Diabetologen, von Kolleginnen aus dem Diabetesberaterinnen-Bereich und von unzähligen Patientinnen und Patienten und der ganzen Community entgegengebracht wurde, war unglaublich. Noch hat das Bundesverdienstkreuz keinen festen Platz.

Manchmal nehme ich es mit zu Veranstaltungen, weil doch viele es einmal anschauen möchten.

Aber es wird definitiv einen schönen Platz bekommen!

Interview: Nicole Finkenauer



Beim EASD-Run in Barcelona über 5 km war Ulrike Thurm natürlich auch dabei!

Foto: Ulrike Thurm

nachgefragt

STECKBRIEF

- **Name:** Ulrike Thurm
- **Typ-1-Diabetes seit:** 1985
- **Therapie:** DIY-Closed-Loop-System
- **Beruf:** Sportlehrerin, Krankenschwester, Diabetesberaterin
- **Hobby:** Sport in allen Facetten

Mehr über Ulrike Thurm auf:
www.diabetes-anker.de



Was den Läusen schadet ...

Neue Chancen in der Therapie von Diabetes und Morbus Parkinson



von Liesa Regner-Nelke

Man kann auch Läuse und Flöhe haben.“ Dieses Sprichwort nutze ich gerne bei Patient*innen, die verzweifelt auf der Suche nach einer allumfassenden Diagnose sind, die ihre vielseitigen Beschwerden erklärt. Schließlich finden sich häufig unterschiedliche Erkrankungen, die jeweils ihren Beitrag zu den Symptomen leisten. Doch der Vergleich hinkt zugegeben etwas. Wenn das Sprichwort bei dem zufälligen, gemeinsamen Vorkommen von Gicht und einem Magen-Darm-Infekt vielleicht noch Anwendung finden kann, so wird es spätestens den komplexen Auswirkungen chronischer Erkrankungen, die den gesamten Organismus beeinflussen, nicht mehr gerecht. Laden die Läuse die Flöhe zur gemeinsamen Sause ein, ist im Nachhinein schwer nachzuvollziehen wer zuerst da war und wen es zuerst zu bekämpfen gilt.

Diabetes beschleunigt Morbus Parkinson

Ähnlich können chronische Erkrankungen wie Diabetes mellitus das Auftreten zahlreicher anderer Erkrankungen bedingen, beispielsweise in Form von Folgeschäden, die durch einen erhöhten Blutzucker entstehen, wie Polyneuropathien

oder Retinopathien. In den letzten Jahren wurde die Rolle von Diabetes mellitus im Zusammenhang mit neurodegenerativen Erkrankungen vermehrt untersucht. So gehen Wissenschaftler*innen nicht mehr davon aus, dass Diabetes mellitus nicht nur zu einem früheren Beginn derartiger Erkrankungen beiträgt, sondern auch zur Geschwindigkeit des Fortschreitens und der Ausprägung selbiger. Morbus Parkinson ist die zweithäufigste neurodegenerative Erkrankung weltweit und nimmt weiter zu. In mehreren epidemiologischen Studien konnte ein Zusammenhang zwischen Diabetes mellitus und Morbus Parkinson festgestellt werden. Dabei wurde in den meisten Studien Diabetes mellitus Typ 2 untersucht. In einer Fall-Kontroll-Studie zeigten sich bei den Proband*innen mit Diabetes mel-

litus Typ 2 und Morbus Parkinson ein schnellerer Abbau der motorischen Funktion, weniger zerebrale Dopamin-Transporter-Bindungen und stärkere kognitive Einschränkungen im Vergleich mit den Kontrollen ohne Typ-2-Diabetes. Ein Beispiel für die Interaktion der beiden Erkrankungen bildet das Hormon Amylin, welches bei erhöhtem Blutzucker mit Insulin aus den Betazellen des Pankreas freigegeben wird. Nach Kreuzung der Blut-Hirn-Schranke kann es den Amylin-Rezeptor aktivieren, welcher unter anderem in die Regulation des Dopamin-Signalwegs eingebunden ist. Darüber hinaus bildet Amylin Aggregate, also Verklumpungen, mit dem Amyloid Beta-Protein, welche wiederum mit Gedächtniseinschränkungen im Rahmen von Morbus Parkinson in Verbindung gebracht werden.

Gegenseitiger Einfluss bietet auch Chancen

Das Zusammenspiel der beiden Erkrankungen bildet jedoch keine Ein-

»Hat Insulin neuroprotektive Effekte?«

bahnstraße. Morbus Parkinson, dass von Forscher*innen auch als Systemerkrankung gewertet wird, die den gesamten Körper und nicht nur das Gehirn beeinflusst, hat ebenso Auswirkungen auf die Blutzuckerregulation. Zum Beispiel zeigen sich Hinweise darauf, dass Dopamin, das eine zentrale Rolle in der Pathogenese des Morbus Parkinson spielt, Einfluss auf die Betazellen des Pankreas hat. Im Kampf gegen neurodegenerative Erkrankungen plädieren Forscher*innen für eine breitere Therapie und damit auch der Behandlung von Diagnosen, die den Krankheitsverlauf beeinflussen wie Diabetes mellitus. Blutzucker-Therapien, zum Beispiel Insulin, zeigen vielversprechende Ergebnisse bei der Behandlung von Morbus Parkinson und das auch bei Patient*innen ohne Diabetes mellitus. So werden Insulin neuroprotektive Effekte zugesprochen. Umgekehrt werden Medikamente zur Behandlung von Morbus Parkinson in der Therapie des Diabe-

tes mellitus untersucht. Bereits 2009 wurde in den Vereinigten Staaten der Dopamin-Agonist Bromocriptin für die Behandlung von Diabetes mellitus Typ 2 zugelassen. Durch die erhöhte morgendliche, hypothalamische Dopaminaktivität kommt es zu einer verbesserten Insulinsensitivität und Verminderung des Blutzuckers. Auch Cabergolin zeigte sich in Studien wirksam, ist aber bisher noch nicht für die Therapie des Diabetes mellitus zugelassen.

Der gegenseitige Einfluss der Erkrankungen bildet somit auch die Chance für neue, breitere Therapiemöglichkeiten. Was den Läusen schadet ist somit auch für die Flöhe nicht verträglich. Vielleicht lassen sich durch diesen Ansatz in Zukunft zwei Fliegen, oder besser, zwei Parasiten mit einer Klappe schlagen.

Liesa Regner-Nelke

1. De Julius A et al. Neural Regen Res 2022 Mar; 17(3): 523-533; doi: 10.4103/1673-5374.320965

2. Labandeira CM et al. Neural Regen Res 2022 Aug; 17(8): 1652-1658; doi: 10.4103/1673-5374.332122

3. Kabir MT et al. Environ Sci Pollut Res Int 2022 Jul; 29(31): 46385-46404; doi: 10.1007/s11356-022-20445-1

Der Body-Mass-Index greift zu kurz

G-BA will Vorgaben für das DMP Adipositas pünktlich erstellen

BERLIN. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen hat seine Berichte zum Stand der medizinischen Erkenntnisse bei der Diagnostik und Therapie von Adipositas vorgelegt. Auf dieser Basis berät nun der Gemeinsame Bundesausschuss die Anforderungen an ein DMP.

In dem DMP Adipositas sollen die Patient*innen leitliniengerecht und einrichtungsübergreifend behandelt und im Umgang mit dem starken Übergewicht unterstützt werden. „Denn das derzeitige Versorgungsangebot ist unzureichend“, schreibt der G-BA. Die detaillierten Anforderungen will er – wie gesetzlich beauftragt – bis zum 31.7.2023 beschließen. „Wie erhofft gibt es wissenschaftlich belastbare Leitlinienempfehlungen zur Diagnostik einer Adipositas, zur Abgrenzung der Schweregrade und der Behandlung – sowohl für Kinder und Jugendliche als auch für Erwachsene“, teilt Karin Maag, unparteiisches Mitglied des G-BA, mit. Eine Herausforderung für die weiteren Beratungen werde es sein, den genauen Kreis der Versicherten zu definieren, die von einem struk-



Wer kommt für das DMP Adipositas in Betracht? Der G-BA berät darüber.

Foto: Prostock-Studio/gettyimages

turierten Behandlungsprogramm profitieren würden. Denn die Berichte des IQWiG zeigten, dass ein reines Abstellen auf den Body-Mass-Index zu kurz greifen würde. Für die Synopse „Adipositas – Erwachsene“ konnte das Institut die

»Belastbare Empfehlungen«

Empfehlungen aus 25 aktuellen medizinischen Leitlinien auswerten und für Kinder und Jugendliche sechs Leitlinien. Die umfassende deutsche S3-Leitlinie „Adipositas – Prävention und Therapie“ berücksichtigte das IQWiG bei den Erwachsenen allerdings nicht, „da sie aus dem Jahr 2014 stammt und dementsprechend nicht mehr den aktuellen Versorgungsstandard abbildet“ (die Deutsche Adipositas Gesellschaft, hat bereits mit einer Überarbeitung der Leitlinie begonnen).

Anhand der Auswertungen des IQWiG wird der G-BA folgende Versorgungsaspekte definieren:

- Diagnostik
- Therapieziele
- allgemeine Grundsätze der Therapie und therapeutische Maßnahmen
- Langzeitbetreuung
- Berücksichtigung von Begleiterkrankungen
- Kooperation der Versorgungssektoren
- Schulungsangebote für die DMP-Teilnehmer*innen
- Einsatz von digitalen medizinischen Anwendungen

Wenn der Bundesausschuss seine Beratungen für weitestgehend abgeschlossen hält, leitet er das gesetzlich vorgesehene Stellungsnahmeverfahren ein. Berechtigte Organisationen und Sachverständige erhalten einen Beschlussentwurf samt begründender Unterlagen. „Die Ergebnisse fließen in die weiteren Beratungen ein“ und führen ggf. zu Änderungen am Entwurf, erklärt der G-BA. Bis sich gesetzlich Versicherte in ein DMP Adipositas einschreiben können, sind noch mehrere Schritte

notwendig. Nachdem der G-BA die DMP-Anforderungen beschlossen hat, prüft das Bundesministerium für Gesundheit, ob das rechtskonform geschah. Ist dies der Fall, wird der Beschluss im Bundesanzeiger veröffentlicht und tritt in Kraft.

Krankenkassen müssen regional gültige Verträge schließen

Auf Basis der DMP-Anforderungen schließen dann Krankenkassen und ambulante und stationäre Einrichtungen regional die notwendigen Verträge. Diese müssen vom Bundesamt für Soziale Sicherung geprüft und zugelassen werden. Erst wenn das geschehen ist, können gesetzlich Versicherte – sofern sie die Einschreibekriterien für das Disease-Management-Programm erfüllen und ihre Krankenkasse das DMP anbietet – das neue Versorgungsangebot nutzen.

Nach Daten des Robert Koch-Instituts sind in Deutschland etwa 24 % der Erwachsenen (Studie aus 2013) sowie etwa 6 % der Kinder und Jugendlichen (Studie aus 2018) adipös, meldet das IQWiG.

REI

Pressemitteilungen des G-BA und des IQWiG

Dr. Heinz Schneider 1934–2022

Ein bedeutender Wissenschaftler der ostdeutschen Diabetologie ist von uns gegangen – Dr. Heinz Schneider ist am 13.08.2022 im Alter von 88 Jahren im Kreise seiner Familie in Prenzlau verstorben. Der Lebensweg von Heinz Schneider ist nicht nur medizinisch und medizinhistorisch, sondern auch gesellschaftspolitisch bedeutsam. Im Sudetenland am 7. Januar 1934 geboren, wurde er mit seiner Familie 1946 nach Dömitz in Mecklenburg ausgewiesen. Hier ging er zur Grund- und Oberschule und wurde nach der 11. Klasse Mitglied der Kasernierten Volkspolizei mit dem Ausbildungsziel Feldscher. Später gehörte er der Nationalen Volksarmee (NVA) an.

Trotz zunehmender Ablehnung des sozialistischen Regimes konnte er 1953 nach Ablegung einer Sonderreifeprüfung ein Medizinstudium in Leipzig beginnen. Nach dem Physikikum wurde er an die militärmedizinische Sektion der Universität Greifswald versetzt. Kurz vor dem Ende des Studiums wurde er aber aus politischen Gründen zwangsexmatrikuliert und musste sich „in der Produktion bewähren“.

Prägend: die Promotion bei Professor Dr. Gerhard Mohnike

Nach einem Jahr (1958/59) Arbeit in der Landwirtschaft des VEB Pharmazeutisches Werk Blankenfelde bei Berlin und der äußerst positiven Bewertung seiner Arbeit konnte er 1959 sein Medizinstudium in Greifswald erfolgreich beenden. Prägend für seine spätere Tätigkeit wurde für Heinz Schneider die Promotion zum Dr. med. (Thema: Dosis-Wirkungs-Beziehungen des Insulins) bei Professor Dr. Gerhard Mohnike, einem damals führenden Diabetologen, Nachfolger von Professor Dr. Gerhardt Katsch im Institut für Diabetes Karlsburg, Kreis



Dr. Heinz Schneider

Foto: Klaus Schlage/
Uwe Klemens, aus:
„D.N.A. 2.0 –
Nachträge zur
Autobiografie“

Greifswald, und die Tätigkeit in dem Institut von 1961 bis 1963.

Nach beruflichen Zwischenstationen wurde er 1967 Chefarzt der Bezirksdiabetesabteilung des Kreiskrankenhauses Prenzlau und Bezirksdiabetologe des Bezirkes Neubrandenburg. Dank seiner Bemühungen konnte die Betreuung der Menschen mit Diabetes mellitus in dem Territorium deutlich verbessert werden. Nach der politischen Wende blieb er bis zu seiner Pensionierung 1998 Chefarzt der Prenzlauer Diabetesabteilung. Er widmete sich in dieser Zeit auch intensiv der wissenschaftlichen Tätigkeit. So initiierte er mit der Neustrelitzer Ärztin Dr. Margot Lischinski eine Langzeitstudie bei allen in den Jahren 1962/63 neu

entdeckten Menschen mit Diabetes mellitus im Kreis Neustrelitz, die bis in die 2000er-Jahre lief und weltweite Beachtung fand. Heinz Schneider wurde durch viele Auszeichnungen geehrt, u.a. mit einer Gerhardt-Katsch-Medaille sowohl in der DDR (1987) als auch im wiedervereinigten Deutschland (1999). Über 90 wissenschaftliche Publikationen und unzählbare Vorträge sowie die Etablierung des Prenzlauer Diabetestages als angesehene Fortbildung für Ärzte bestätigen seine umfangreichen Aktivitäten. Er engagierte sich sehr beim Deutschen Diabetiker Bund, der ihm die Ehrennadel in Silber verlieh. Viele weitere Auszeichnungen und Ehrungen zeigen die nationa-

le und internationale Anerkennung von Heinz Schneider.

Nach der politischen Wende in der DDR erfolgte 1990 die ministerielle Rehabilitation und die Anerkennung als politisch Verfolgter für die Zeit der Arbeit in der Landwirtschaft durch das Innenministerium des Landes Brandenburg. Gesellschaftlich war Heinz Schneider nach der Wende im Kreis Prenzlau Leiter des Sozialausschusses und stellvertretender Kreisstaatsvorsitzender. Nach dem Ausscheiden aus dem aktiven Berufsleben widmete er sich der Aufarbeitung seiner Lebenserinnerungen. Darüber – mit zeithistorischen Reflexionen – veröffentlichte er das Buch „Die Normalität des Absurden“ (2011). Seine medizinhistorischen Forschungen fanden u.a. in dem Buch „Wegbereiter der Diabetologie in Deutschland“ (2019) ihren Niederschlag.

Mit Heinz Schneider verlieren wir einen überaus geschätzten Diabetologen, aufrechten Menschen, Kollegen und Freund.

Dr. Klaus Funke, Potsdam,
Dr. Bernd Wegner, Cottbus

»Auch gesellschaftspolitisch ist Schneiders Lebensweg bedeutsam«

»Weltweite Beachtung fand die 1962/63 gestartete Langzeitstudie«

ECHT* WAHRGENOMMEN

Nachweislich weniger Hypoglykämien¹



-72%



-56%

* DEXCOM G6 – DIE KONTINUIERLICHE GEWEBEGLUKOSEMESSUNG IN ECHTZEIT (rtCGM)
OHNE SCANNEN. OHNE STECHEN.[◇]

dexcom.de

MEDIZINISCHER KONTAKT: +49 6131 4909065
DEXCOM DEUTSCHLAND GMBH | HAIFA-ALLEE 2 | 55128 MAINZ

dexcomG6

- HOHE MESSGENAUIGKEIT ÜBER ALLE GLUKOSEBEREICHE²
- INDIVIDUELLE WARNUNGEN, PRÄDIKTIVE HYPO³-VORWARNUNG (ULS), HYPO³-SICHERHEITSALARM
- AUTOMATISCHE GLUKOSEWERTE UND WARNUNGEN KONTINUIERLICH MIT BIS ZU 10 FOLLOWERN TEILEN⁴



JETZT! ECHT* EASY:

VEREINFACHTE VERORDNUNG FÜR GESETZLICH VERSICHERTE

Mehr unter www.dexcom.com/erstattung

◇ Wenn die Warnungen zu den Geweblukosewerten und die Messwerte auf dem G6-System nicht den Symptomen oder Erwartungen entsprechen, sollte der Patient ein Blutzuckermessgerät verwenden, um Behandlungsentscheidungen zu seinem Diabetes zu treffen. | Smartphone/Smartwatch nicht im Lieferumfang enthalten. | 1 Heinemann et al. Lancet. 2018; 391(10128): 1367–1377. (rtCGM ggü. SMBG, Ergebnisse ggü. Baseline, p < 0,0001) | 2 Shah et al. Diabetes Technol Ther. 2018; 20(6): 428–433 | 3 Hypo = Hypoglykämie | 4 Zur Übertragung von Daten ist eine Internetverbindung erforderlich. Zum Folgen ist die Verwendung der Follow App erforderlich. Follower sollten die Messwerte der Dexcom G6 App oder des Empfängers vor dem Treffen von Behandlungsentscheidungen immer bestätigen. Liste kompatibler Geräte unter: www.dexcom.com/compatibility | Dexcom, Dexcom G6, Dexcom Follow sowie Dexcom Share sind eingetragene Marken von Dexcom, Inc. in den USA und können in anderen Ländern eingetragen sein. © 2022 Dexcom, Inc. Alle Rechte vorbehalten. | www.dexcom.com | +1.858.200.0200 | Dexcom, Inc. 6340 Sequence Drive San Diego, CA 92121 USA | MDSS GmbH, Schiffgraben 41, 30175 Hannover, Germany LBL019139 Rev004

Setzt das DMP die falschen Anreize?

Nur wenig valide Evidenz für die Therapie-Eskalation mit Insulin

BERLIN. Reicht bei einem Typ-2-Diabetes Metformin nicht mehr aus, sollten nach Einschätzung von Expert*innen vor allem Substanzen in den Fokus rücken, die Gefäß- und Lipidprobleme adressieren. Eine Insulintherapie hingegen sollte deutlich zurückhaltender begonnen werden.

Für den Nutzen einer Insulintherapie in Bezug auf Langzeit-Endpunkte wie Mortalität sowie mikro- und makrovaskuläre Endpunkte liegt kein ausreichend belastbarer Nachweis vor. In der Nationalen VersorgungsLeitlinie (NVL) zum Typ-2-Diabetes sowie den aktuellen Leitlinien der europäischen und amerikanischen Fachgesellschaften EASD und ADA tauche der Hinweis auf Basalinsulin daher „nur sehr dezent auf“, meinte Dr. MICHAEL JECHT von der Berliner Diabetesschwerpunktpraxis Dr. Heckhausen. Eine Insulintherapie könne zwar die HbA_{1c}-Werte senken. „Doch eine solche, sehr scharfe Einstellung reduziert die Mortalität nicht.“ Allerdings werde in der Praxis zu selten der Versuch einer Deeskalation unternommen. Dabei habe eine Studie¹ gezeigt, dass man in 54 % der Fälle durch den Einsatz des Inkretin-Mimetikums Albiglutid auf prandiale Insulingaben verzichten kann. Generell

»Stellenwert von Insulin hat sich verändert«

konnte die Anzahl der Mahlzeitenboli reduziert werden, die Teilnehmenden erreichten eine Gewichtsabnahme und erlebten deutlich weniger Hypoglykämien (57,2 % vs. 75,0 %).

Verordnungsverhalten wandelt sich

Es gilt deshalb, genau auf die individuellen Gegebenheiten zu achten: Während eine Insulintherapie in vielen Fällen in spätere Erkrankungsphasen verschoben werden kann, ist sie bei einem ausgeprägten Defizit an endogenem Insulin (severe insulin deficient diabetes, SIDD), wie es etwa 17,5 % aller neu diagnostizierten Menschen mit Typ-2-Diabetes aufweisen, früher indiziert. Immerhin zeigten Verordnungsdaten, dass sich seit Aufkommen der neuen Substanzen (DPP4-Hemmer, GLP1-Rezeptoragonisten, SGLT2-Inhibitoren) das Verordnungsverhalten in Bezug auf Insulin verändert hat. „Insulin ist beim Typ-2-Diabetes also nicht obsolet, doch sein Stellenwert hat sich verändert“, schloss Dr. Jecht.

Aus dem Plenum wurde angemerkt, dass das Disease Management Programm (DMP) für den Typ-2-Diabetes dennoch weiterhin Fehlanreize

Beim Insulin ist ein Richtungswechsel angesagt.

für einen vorzeitigen Start der Insulintherapie setzt. Allerdings zeichneten sich hierzu zumindest regional Veränderungen ab: „Wir haben in Berlin Verträge mit den Krankenkassen abgeschlossen, nach denen auch die Deeskalation bezahlt wird. Nun wollen die Kostenträger auch die Remission mit aufnehmen.“

Ähnlich äußerte sich Professor Dr. STEPHAN JACOB von der Praxis für Prävention und Therapie in Villingen: „Typ-2-Diabetes ist eigentlich eine reno-vaskuläre Erkrankung mit langem Vorlauf, mehreren Risikofaktoren und hohen Raten an Folgeerkrankungen.“ Die Artherosklerose beispielsweise entstehe bereits im prädiabetischen Stadium. Werde die Adipositas als zentraler Risikofaktor nicht adressiert, ergebe sich durch eine bloße Glukosesenkung keine Prognoseverbesserung. „Aber vor lauter Zuckergucken haben wir die Gefäß- und Lipidprobleme

vernachlässigt“, meinte Prof. Jacob. Auch die pharmazeutische Industrie sieht er in der Verantwortung. So sei Albiglutid nur 2,5 Jahre nach der Markteinführung vom Markt genommen worden, weil es keine ausreichende HbA_{1c}-Senkung erzielt hatte. „Dabei konnte es die Rate schwerer kardialer Komplikation (MACE) um 22 % gegenüber Placebo senken!“²

Betazellen sind nicht irreparabel geschädigt

Prof. Jacob forderte daher, anstelle von konventionellen Risikofaktoren wie Gewicht, Rauchstatus, HbA_{1c}, LDL-Cholesterin und Blutdruck vermehrt nephrologische und kardiologische Risikomarker (eGFR, Albuminurie, NT-proBNP) zu erfassen. Bei einem Typ-2-Diabetes nähmen die Betazellen keinen irreparablen Schaden: „Sie sind zwar dysfunktional, aber Inkretine können hier noch vieles regeln. Nach bariatrischen

»Ein bisschen Zuckerkosmetik«

Operationen lässt sich ja auch beobachten, dass Menschen gar kein Insulin mehr benötigen, die zuvor 500 IE pro Tag brauchten!“ Dies seien im Übrigen Dosierungen, bei denen viele Nebenwirkungen von Insulin nicht ausreichend untersucht seien. Prof. Jacobs Fazit: „Wer nur ein bisschen Zuckerkosmetik betreiben möchte, kann gern Insulin und Sulfonylharnstoffe verschreiben. Aber wer die Lebensqualität und die Prognose verbessern will, muss umdenken!“

Antje Thiel

Diabetes Kongress 2022

1. Rosenstock J et al. Diabetes Care 2020; 43: 2509-2518; doi: 10.2337/dc19-2316

2. Hernandez AF et al. Lancet 2018; 392: 1519-1529; doi: 10.1016/S0140-6736(18)32261-X

»Wir tun nicht genug für Blutdruck- und Lipidkontrolle bei Typ-1-Diabetes«

Mit dem Lebensalter und der Diabetesdauer steigt das kardiovaskuläre Risiko

BERLIN. Herz- und Gefäßschutz stehen bis dato vor allem in der Therapie von Menschen mit Typ-2-Diabetes im Fokus. Doch auch ein seit frühester Kindheit bestehender autoimmuner Diabetes birgt Gefahren.

Aus Sicht von Dr. MARKUS MENZEN vom Gemeinschaftskrankenhaus Bonn verdienen etliche kardiovaskuläre Risikofaktoren bei Typ-1-Diabetes mehr Aufmerksamkeit: „Zum einen eine sehr frühe Manifestation, die schon im Kindesalter u.a. zu Veränderungen am Herzmuskel führen kann. Hinzu kommt die Herausforderung, eine stabile Stoffwechsellage zu erreichen.“

So habe sich dem schwedischen Nationalen Diabetesregister zufolge die Mortalitätsrate pro 10.000 Patient*innen Jahren bei Typ-1-Diabetes zwar

seit Ende der 1990er-Jahre verbessert, liege aber dennoch deutlich über der entsprechenden Rate in der Allgemeinbevölkerung.¹ Gegenüber gleichaltrigen Kindern ohne Diabetes haben Kinder, bei denen sich im Alter von 0–10 Jahren ein Typ-1-Diabetes manifestiert, statistisch gesehen eine um mehr als 15 Jahre verkürzte Lebenserwartung. Bei einer Diagnose zwischen dem 16. und 20. Lebensjahr hingegen gehen ihnen „nur“ 10 Lebensjahre verloren. Neben instabilen Glukoseverläufen kämen – wie auch beim Typ-2-Dia-

betes – mit steigendem Lebensalter weitere Risikofaktoren wie Hypertonie und Fettstoffwechselstörungen hinzu, meinte der Experte. So seien jenseits des 40. Lebensjahres Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems die häufigste Todesursache bei Typ-1-Diabetes. Daneben scheint sich auch der immunologische Hintergrund des Typ-1-Diabetes ungünstig auf Herz und Gefäße auszuwirken.

Adipositas macht Zugewinne wieder zunichte

Vorteile ergeben sich dagegen aus dem Einsatz Ambulanter Glukoseprofile (AGP) im Rahmen der kontinuierlichen Glukosemessung (CGM): „Darin stecken mit ‚Zeit im Zielbereich‘ und ‚Glukosevariabilität‘ weitere Prädiktoren für das kardiovaskuläre Risiko – jenseits vom

HbA_{1c}-Wert. Auch die Häufigkeit von Hypoglykämien hat einen eigenen Impact“, ergänzte Dr. Menzen. Auch die Insulinpumpentherapie (CSII) habe großes Potenzial, das kardiovaskuläre Risiko zu senken. So konnte eine Beobachtungsstudie zeigen, dass die kardiovaskuläre Mortalität unter CSII deutlich geringer ausfiel als unter intensivierter konventioneller Therapie (ICT).²

Diese Zugewinne würden jedoch durch die stark steigende Prävalenz von Adipositas bei Menschen mit Typ-1-Diabetes wieder zunichte gemacht. Bei diesen Patient*innen sei das Risiko für eine Herzinsuffizienz sogar deutlich höher als beim Typ-2-Diabetes, so Dr. Menzen: „Hier geht es nicht nur um das Risiko für die gesamte Lebenszeit. Auch der Zeitpunkt, wann ein Herzinfarkt

auftritt, liegt bei Typ-1-Diabetes deutlich früher.“

Kardiovaskuläre Endpunktstudien auch für Typ-1-Diabetes

Dr. Menzens Fazit: „Wir tun noch nicht genug für die Blutdruck- und Lipidkontrolle bei Typ-1-Diabetes.“ Für eine Anpassung der Leitlinien fehle es aber an kardiovaskulären Endpunktstudien auch für den Typ-1-Diabetes. „Wir sollten das als Arbeitsauftrag an die pharmazeutische Industrie verstehen, denn hier gibt es definitiv ‚unmet needs‘. Wir können nicht einfach eine ganze Gruppe vernachlässigen!“, sagte er. *thie*

Diabetes Kongress 2022

1. Rawshani A. N Engl J Med 2017; 13; 376 (15): 1407-1418; doi: 10.1056/NEJMoa1608664

2. Steineck I et al. BMJ 2015; 350: h3234; doi: 10.1136/bmj.h3234

»Hier gibt es ‚unmet needs‘!«

Qualität im klinischen Alltag leben

Zertifizierung als Garant für eine Versorgung nach dem State of the Art

ESSEN. Mit ihrem interdisziplinären und multiprofessionellen Angebot zur Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und 2 hat die Klinik für Diabetologie am Elisabeth-Krankenhaus Essen ein Alleinstellungsmerkmal in der Region. Um die Qualität zu halten, unterzieht sich die Klinik freiwillig einem Zertifizierungsmarathon.

Das Elisabeth-Krankenhaus Essen gehört zu den wenigen Einrichtungen bundesweit, die Patient*innen mit Diabetes mellitus Typ 1 und 2 eine vollumfassende zertifizierte Betreuung anbieten können. Von der Diagnose über die Diabetesschulung bis hin zur stationären und ambulanten Behandlung sowie psychologischen Begleitung sind sowohl Kinder, Jugendliche als auch Erwachsene, einschließlich Schwangeren, in Essen gut aufgehoben. Denn das Klinikum darf sich „Zertifizierte Fußbehandlungseinrichtung DDG“, „Klinik für Diabetespatienten geeignet DDG“ und bald womöglich erneut „Zertifiziertes Diabeteszentrum Diabetologikum DDG“ nennen.

Sowohl die Diabetologie als auch das Qualitätsmanagement haben in Essen eine lange Tradition. Bereits 1984 wurden am Diabeteszentrum Patient*innen aus ganz Deutschland im Umgang mit ihrer Erkrankung geschult. Seit 1991 stellt sich die Klinik dem Qualitätsvergleich nach höchsten Ansprüchen und erhielt

»Qualitätsmanagement hat Tradition«



Dr. Angela Matena
Oberärztin am Essener Diabetologikum
Foto: Elisabeth-Krankenhaus Essen

2006 erstmals die Anerkennung als Diabetologikum DDG. Um das Niveau dauerhaft halten zu können, legt sich die Einrichtung allerdings auch mächtig ins Zeug. „Zurzeit absolvieren wir einen regelrechten Zertifizierungsmarathon“, gesteht Dr. ANGELA MATENA, Oberärztin im Essener Diabetologikum.

Aktuell bereiten die Klinik für Diabetologie und die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin ihre Rezertifizierungen für Oktober vor. Darüber hinaus wurde im Dezember 2021 die Zertifizierung zur „stationären Fußbehandlungseinrichtung DDG“ aktualisiert, die Zertifizierung des ambulanten Pendants läuft derzeit. Im März 2022 hat das 500-Betten-Haus das Siegel „Klinik für Diabetespatienten geeignet DDG“ für Patient*innen, die nicht wegen, sondern mit einem Diabetes mellitus eingeliefert werden, erneut erworben.

„Wir haben lange überlegt, ob wir dieses zusätzliche Siegel ebenfalls anstreben wollen, uns dann aber dafür entschieden, da bei uns im Schnitt 20 % aller Patient*innen mit einem Diabetes mellitus als Begleiterkrankung stationär aufgenommen werden“, sagt Dr. Matena. 15 % dieser Gruppe kämen sogar mit einem entgleisten Diabetes mellitus in die Klinik. Diese Risikopatient*innen frühzeitig herausfiltern und qualifiziert behan-

deln zu können, habe die Klinik dazu bewogen, sich um das Siegel zu bemühen.

Dr. Matena versichert, dass sowohl die Kolleg*innen als auch das nicht-ärztliche Personal das Qualitätsmanagement gleichwohl nicht als lästige Pflicht verstehen. „Uns treibt vor allem an, Qualität im klinischen Alltag zu leben“, so die Diabetologin. Die Zertifizierungen wirkten sich zudem nicht nur positiv auf die Versorgung der Patient*innen aus, sondern auch auf die Strukturen und Prozesse innerhalb der Einrichtungen.

Multiprofessionelle und interdisziplinäre Kompetenz

„Durch das kontinuierliche Qualitätsmanagement in allen Bereichen sind wir gezwungen, fortlaufend zu reflektieren, wo wir mit unserer Diabetes-Versorgung stehen“, erläutert Dr. Matena.

Dies drücke sich unter anderem aus in strukturierten Behandlungsprozessen auf der Basis von Leitlinien

»Siegel erneut erworben«

und in klaren Verfahrensanweisungen und regelmäßigen Fortbildungen für die Mitarbeiter*innen, außerdem in der Kooperation mit anderen Fachgebieten, wie der Chirurgie, Angiologie, Gefäßchirurgie, Nephrologie, Kardiologie, Gynäkologie, sowie u.a. in der Zusammenarbeit mit qualifizierten Podolog*innen und Orthopädienschuhmacher*innen. Als selbstverständlich erachtet die Klinik darüber hinaus die enge Zusammenarbeit mit den Diabetologischen Schwerpunktpraxen vor Ort. „So können wir jederzeit auf eine multiprofessionelle und interdisziplinäre Fachkompetenz zugreifen und unseren Patient*innen zu allen Fragestellungen eine Versorgung nach dem State of the Art anbieten“, betont Dr. Matena. *Petra Spielberg*



Mit viel Grün:
das Elisabeth-Krankenhaus
in Essen.

Fotos: Emir Umihanic/Elisabeth-Krankenhaus Essen - stock.adobe.com

Weltdiabetestag 2022

Attraktives virtuelles Angebot für Patient*innen am 13. und 14. November

BERLIN. Der Weltdiabetestag am 14. November wurde 1991 von der International Diabetes Federation (IDF) und der WHO als weltweiter Aktionstag ins Leben gerufen. Auch 2022 hat diabetesDE zu diesem Tag ein informatives, buntes Programm zusammengestellt.

In Deutschland wird der Weltdiabetestag seit 2009 von der Organisation diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe ausgerichtet. Im Fokus der Patientenveranstaltungen stand von Anfang an die Vermittlung von Wissen über die Krankheit Diabetes mellitus, verbunden mit Infotainment und Mitmach-Aktionen, um möglichst viele Interessierte zu erreichen. Von einem kleinen,

feinen Format mit rund 1.000 Teilnehmer*innen 2009 wuchs die Patientenveranstaltung zum Weltdiabetestag über die Jahre zu einem großen und interaktiven Event mit bis zu 7.000 Teilnehmer*innen im Jahr 2019 in Berlin an.

Wissenschaftliche Vorträge rund um die Erkrankung und ihr Management, Koch-Shows, Diabetes-Walks mit Blutzuckermessaktionen, Kinderecke, aber auch Shanty-Chor und Zumba bildeten ein Angebot für jedermann. Schirmherr ist seit 2009 immer der jeweilige Bundesgesundheitsminister.

Mehr als 10 Jahre Erfolgsgeschichte analoger Weltdiabetestage liegen hinter uns, bis Corona kam – und

damit der Schritt ins Digitale. Seit 2020 kooperieren wir zum Weltdiabetestag mit der Diabetes-Online-Community #dedoc° und dem Kirchheim-Verlag.

Vorträge und Themen-Spezial – virtuell für alle erreichbar

Auch dieses Jahr findet der Virtuelle Weltdiabetestag wieder als Gemeinschaftsveranstaltung auf der zentralen Plattform www.weltdiabetestag.de statt: Bereits am Sonntag (13. November) veranstaltet diabetesDE den Digitalen Patiententag, moderiert von Prof. Thomas Haak. Geplant sind Vorträge z.B. zu Folgeerkrankungen und zur neuesten Diabetestechnologie. Im Livestream am 13.

November ab 10.00 Uhr wird es u.a. Vorträge zu „Diabetes & Knochengesundheit“ und „Ernährungsumstellung – auf Sie abgestimmt“ geben. Im Anschluss folgt das Themen-Spezial des Kirchheim-Verlages zur



Am Weltdiabetestag blau erleuchtet: das Brandenburger Tor in Berlin.

Versorgungssituation von Menschen mit Diabetes in Deutschland.

Am Montag (14. November, Weltdiabetestag) stellt #dedoc° mit dem #docday° dann die Diabetes-Community in den Fokus: #docday° ist ein Community-Event von, für und mit Menschen mit Diabetes – und findet gleich zweimal statt: Um 16 Uhr wird die internationale Community auf Englisch begrüßt, ab 20 Uhr gibt es ein buntes Live-Programm mit Interviews, Projekten und Initiativen aus dem deutschsprachigen Raum. Der #docday° und alle Vorträge des Virtuellen Weltdiabetestages bleiben auch im Nachgang über die Plattform www.weltdiabetestag.de abrufbar. *diabetesDE/dz*

Foto: Michael Deckbar/diabetesDE

Medizin & Markt

Bald in Deutschland verfügbar: das neue rtCGM-System Dexcom G7

Kleinerer Sensor mit kürzerer Aufwärmzeit und neue, diskretere Alarmoptionen

➔ Virtueller Launch-Event – Dexcom MAINZ. Dexcom hat sein neues rtCGM-System G7 vorgestellt. Es bietet einige Modifikationen und Neuerungen gegenüber seinem Vorgänger.

Im Rahmen einer virtuellen Veranstaltung hat das Unternehmen Dexcom Anfang Oktober die Einführung des Systems Dexcom G7 zur kontinuierlichen Blutzuckermessung in Echtzeit (rtCGM) für Menschen mit Diabetes ab einem Alter von zwei Jahren in Deutschland und weiteren Ländern bekanntgegeben. Bereits im Frühjahr hat das neue System die CE-Kennzeichnung und damit die notwendige Genehmigung zum Vertrieb im EU-Raum erhalten.

Das Dexcom G7 weist laut Herstellerangaben gegenüber dem Vorgängermodell G6 einige Verbesserungen und neue Features auf: So hat sich beispielsweise die Größe des Sensors um 60 Prozent reduziert (siehe Abbildung) und dessen Aufwärmphase beträgt nun nur noch 30 Minuten, was die kürzeste Anlaufzeit aller auf dem Markt erhältlichen rtCGM-Systeme sein soll. Zum Austausch gebrauchter Sensoren hat man nun bis zu 12 Stunden Zeit. Darüber hinaus wurde die dazugehörige App für mobile Endgeräte komplett überarbeitet sowie vereinfacht – und sie verfügt über eine Integration der Diabetes-Management-Anwendung Clarity von Dexcom.

Zudem soll eine Verbindung zur Apple Watch möglich sein, die voraussichtlich in der nächsten Softwareversion gegeben sein wird. Neuerungen gibt es auch bezüglich der Optionen für die Alarminstellungen, die nun umfangreicher konfiguriert werden können und dadurch mehr Diskretion bieten sollen. Wer für das Auslesen der automatisch gesendeten Glukosemessdaten kein Smartphone oder keine Smartwatch einsetzen möchte, kann auf ein ebenfalls neu gestaltetes Empfangsgerät zurückgreifen, das kleiner ist und ein besser lesbares Display haben soll als das Adäquat beim G6.

„Seit der Markteinführung des Dexcom G6 konnten wir über 15 Milliarden Fingerstiche vermeiden und das Leben von mehr als 1,25 Millionen Menschen mit Diabetes auf der ganzen Welt verbessern. Wir freuen uns sehr, nun mit der weltweiten Markteinführung des Dexcom G7 zu beginnen, (...) mit dem wir das, was alle am G6 schätzen, noch weiter verbessern“, kommentierte Kevin Sayer, Chairman, President und CEO von Dexcom, den Launch des Systems Dexcom G7. gh



Der G7-Sensor (links) ist deutlich kleiner als beim Vorgängermodell.

Foto: Dexcom



Foto: iStock/AzmanJaka

Was die Umstellung auf Insulin lispro bewirkt

So verändern sich wichtige Zielparameter

➔ Pressemitteilung – Lilly BAD HOMBURG. Das Insulin lispro Lyumjev imitiert mit seinem besonders schnellen Wirkeintritt die physiologische Insulinwirkung noch genauer als herkömmliches Insulin lispro (Humalog). Was bedeutet das für Menschen mit Typ-2-Diabetes, die von ihrer bisherigen Bolusinsulintherapie auf Lyumjev umgestellt werden, und wie verändern sich wichtige Zielparameter der Glukosekontrolle? Dies wurde in einer aktuellen Studie untersucht, deren Ergebnisse auf dem Kongress der Association of Diabetes Care & Education Specialists präsentiert wurden. An der prospektiven Open-Label-Studie PRONTO Time in Range mit einem Behandlungsarm nahmen 176 Menschen mit Typ-2-Diabetes teil. Alle hatten seit über einem Jahr Typ-2-Diabetes und erhielten neben weiteren Medikationen seit mindestens drei Monaten eine ICT. Die Teilnehmenden wurden von ihrer gewohnten ICT auf eine Behandlung mit Lyumjev in der Formulierung U100 umgestellt. Als Basalinsulin verwendeten sie Insulin glargin. Während zu Studienbeginn nur 22 % ein CGM-System (CGM) nutzten, wurden während der Beobach-

tungszeit von 12 Wochen bei allen Teilnehmenden Glukosewerte per CGM erhoben. Diese Studie ist nach Angaben von Lilly die erste, bei der CGM-Systeme Wirksamkeitsdaten zu Lyumjev bei Menschen mit Typ-2-Diabetes lieferten. Primärer Endpunkt der Studie war die Zeit im Zielbereich von 70–180 mg/dl tagsüber (zwischen 6 und 24 Uhr). Als sekundäre Endpunkte wurden die gesamte Zeit im Zielbereich und der HbA_{1c} definiert. Zum Abschluss des Beobachtungszeitraums zeigte sich bei den Studienteilnehmer*innen eine deutliche Verbesserung mehrerer Parameter der Glukosekontrolle gegenüber den Ausgangswerten, schreibt Lilly in der Pressemitteilung. Und weiter: So hatte sich die Zeit im Zielbereich tagsüber signifikant um durchschnittlich 45 Minuten erhöht. Auch die gesamte Zeit im Zielbereich nahm zu. Dieser Anstieg war das Resultat einer Abnahme hyperglykämischer Werte, insbesondere nach den Mahlzeiten. Die Zeit im hypoglykämischen Bereich blieb dagegen unverändert. Gleichzeitig wurde eine signifikante Reduktion des HbA_{1c}-Werts von 8,2 % auf 7,8 % im Durchschnitt bei den Teilnehmenden festgestellt. dz

INFOBOX ■ Typ-2-Diabetes

Ein alter Bekannter neu entdeckt

Das Darmhormon GIP mit überraschenden Effekten

Das endogene Darmhormon GIP (glukoseabhängiges insulintropes Polypeptid) trägt maßgeblich zur Steuerung des Inkretin-Effekts in der Blutzuckerregulation des Menschen bei.¹ Nun deuten präklinische Studien darauf hin, dass GIP weitere Funktionen im Glukose- und Fettstoffwechsel haben könnte.^{2,3}

GIP regt gemeinsam mit dem Glucagon-like-Peptide-1 (GLP-1) nach einer Mahlzeit die glukoseabhängige Insulinsekretion aus den Beta-Zellen der Bauchspeicheldrüse an.¹ Diese verstärkte Insulinfreisetzung nach einer Mahlzeit ist ein entscheidender Faktor bei der Kontrolle des postprandialen Blutzuckerwertes und wird als Inkretin-Effekt bezeichnet.¹ GIP spielt dabei eine zentrale Rolle und ist bei stoffwechselgesunden Menschen für bis zu 70 % des Inkretin-Effekts verantwortlich.^{3,4}



Abb.: GIP kann den Blutzucker über zwei verschiedene Ansatzpunkte stabilisieren:^{1,5}
1. Verbessert die glukoseabhängige Insulinsekretion aus den Beta-Zellen
2. Fördert die Insulinsensitivität (präklinische Daten)

1. Nauck MA et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2016; 4 (6): 525-536
2. Finan B et al. Trends Mol Med. 2016; 22 (5): 359-376
3. Gasbjerg LS et al. Peptides. 2020; 125: 170183
4. Nauck MA et al. Diabetes. 2019; 68 (5): 897-900
5. Kim SJ, et al. PLoS One. 2012;7 (7): e40156
6. Mroz PA et al. Mol Metab. 2019; 20: 51-62
7. Adriaenssens AE, et al. Cell Metab. 2019; 30 (5): 987-996.e6
8. Zhang Q, et al. Cell Metab. 2021; 33 (4): 833-844.e5
9. Namkoong C, et al. Res Commun. 2017; 490 (2): 247-252

Sie möchten mehr über das Darmhormon GIP erfahren? Dann schauen Sie auf GIP-effekt.de vorbei!



Seit 1. Oktober: Sitagliptin-Generikum

Patente für Originalpräparate ausgelaufen

➔ Pressemitteilung – Hennig Arzneimittel FLÖRSHEIM. Das Unternehmen Hennig Arzneimittel hat zum 1. Oktober 2022 Sitagliptin Hennig eingeführt. Nach Auslaufen der Patente für die Originalpräparate mit den Handelsnamen Januvia und Xelvia stehe damit ein preisgünstiges Generikum zur Verfügung.

Sitagliptin zählt zur Wirkstoffgruppe der DPP4-Inhibitoren und ist als Monotherapie oder in Kombination mit einem weiteren Antidiabetikum, häufig Metformin, bei Menschen mit Typ-2-Diabetes zugelassen. DPP4-Inhibitoren werden eingesetzt, wenn nicht-medikamentöse Maßnahmen sowie die Gabe eines anderen An-

tidiabetikums den Blutzucker nicht ausreichend senken. Sitagliptin entfaltet seine Wirkung über die Hemmung des Enzyms Dipeptidylpeptidase-4. Dadurch bleiben der postprandial ansteigende GLP1-Spiegel und somit auch die Insulinausschüttung länger erhöht. Da Sitagliptin die Insulinausschüttung glukoseabhängig fördert, besteht nur eine geringe Gefahr einer Hypoglykämie bei Monotherapie. Zudem verhält sich Sitagliptin gewichtsneutral und lässt sich auch bei schwerer Niereninsuffizienz einsetzen. Sitagliptin Hennig ist in den drei Wirkstärken 25, 50 und 100 mg erhältlich. Es werden Packungsgrößen mit 28 und 98 Tabletten angeboten.

NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

Die Herausgeber der Zeitung übernehmen keine Verantwortung für den Inhalt dieser Seiten.

Präventions-Initiative »Cities Changing Diabetes«

Landeshauptstadt Mainz kooperiert mit Pharmaunternehmen – erste Projekte sind schon gestartet

Pressemitteilung – Landeshauptstadt Mainz
MAINZ. In Mainz sind rund acht Prozent der Einwohner*innen von Diabetes betroffen, das zeigt eine von dem Unternehmen Novo Nordisk in Auftrag gegebene Studie.¹ Damit sich daran perspektivisch etwas ändert, hat sich die Stadt der Initiative „Cities Changing Diabetes“ (CCD) des dänischen Pharmaunternehmens Novo Nordisk angeschlossen, das seinen Deutschlandsitz in Mainz hat.

Gemeinsam sollen gesundheitsfördernde Maßnahmen umgesetzt werden, die Menschen dabei helfen, Übergewicht zu vermeiden und so Diabetes vorzubeugen. Zwei Projekte, um Kinder zu mehr Bewegung anzuregen, sind bereits gestartet: die Aktion „Schulradeln“ sowie Schwimmkurse für Grundschulkindern. Perspektivisch geht es darum, weitere Möglichkeiten zur Gesundheitsförderung in Mainz bereitzustellen. Schwerpunkt der Kooperation sollen weitere Projekte für mehr Bewegung im Alltag sein. Aber auch Maßnahmen, die gesunde Ernährung fördern, sowie Aufklärungs- und Informationsangebote rund um das Thema Diabetes sind möglich. Für die Erarbeitung zielgerichteter Präventionskonzepte ist der Austausch mit den Akteur*innen in der Praxis zentral, genauso wie eine fundierte Datenbasis, die bereitgestellt wird durch die Sozialraumanalyse der Landeshauptstadt Mainz sowie durch eine detaillierte Studie zur Diabetessituation in Mainz, die im Auftrag von Novo Nordisk erstellt wurde. „Hier müssen wir sehr genau hinschauen, wo der Schuh am meisten drückt, und dann

gemeinsam passgenaue Lösungen entwickeln“, erklärt Pia VORNHOLT, Vice President Public Affairs Novo Nordisk Deutschland. Langfristig, darin sind sich die beiden CCD-Partner einig, soll es gelingen, über zielgerichtete Präventionsmaßnahmen die Diabeteskurve in Mainz abzuflachen. Hintergrund von CCD: Das Risiko, an Diabetes zu erkranken, ist in der Stadt um 40 Prozent höher als auf dem Land.² „Wir müssen bei den Städten ansetzen, wenn wir die steigenden Diabeteszahlen langfristig verringern wollen“, sagte Vornholt anlässlich der offiziellen Bekanntgabe der Zusammenarbeit zwischen dem Diabetes-Spezialisten aus Dänemark und der Landeshauptstadt Mainz am 22. September. „Genau das hat sich die Initiative Cities Changing Diabetes auf die Fahnen geschrieben: sektorenübergreifend die Lebensbedingungen in Städten verändern, damit die

Menschen dort gesünder leben und weniger Übergewicht und Diabetes entwickeln.“ Cities Changing Diabetes wurde 2014 von Novo Nordisk zusammen mit dem University College London und dem Steno Diabetes Center in Kopenhagen ins Leben gerufen. Inzwischen haben sich weltweit mehr als 40 Städte der Initiative angeschlossen. Mit der Vertragsunterzeichnung im Juli dieses Jahres ist auch Mainz mit an Bord. dz

Auftaktveranstaltung zur Kooperation im Rahmen von Cities Changing Diabetes zwischen der Landeshauptstadt Mainz und Novo Nordisk Deutschland

1 Neubauer G, Niedermeier C, Wolfenstetter K: Analyse der Diabetessituation in fünf deutschen Großstädten – Studie im Rahmen der Initiative Cities Changing Diabetes. Vorläufiger Schlussbericht. Institut für Gesundheitsökonomik (IfG), mit Unterstützung der Firma Novo Nordisk. 2021

2 Diabetes Gesellschaft, diabetesDE (Hrsg.). Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes. 2022



Dr. Eckart Lensch,
Mainzer Gesundheitsdezernent,
und Pia Vornholt,
Novo Nordisk.

Foto: Landeshauptstadt Mainz

Ein Jahr mit DBLG1 – neue Daten

Mehr „Time in Range“, nur wenige Hypoglykämien

Pressemitteilung – Diabeloop
GRENOBLE. Das Unternehmen Diabeloop hat neue Real-Life-Daten zu seinem automatischen Insulinabgabesystem (AID) DBLG1 veröffentlicht. Das System wurde vor etwas mehr als einem Jahr auf dem europäischen Markt eingeführt und seitdem kontinuierlich genutzt, wobei nur 1 % der Anwender*innen die Nutzung des Produkts abbrachen, heißt es in einer Pressemitteilung von Diabeloop.

Dabei, so das Unternehmen, wurde in den neuen Real-Life-Daten in Übereinstimmung mit schon zuvor präsentierten Daten eine signifikante Verbesserung der Time in Range (TIR) bei einer viel größeren Population beobachtet. Die Kohorte umfasst

4.162 Menschen mit Diabetes in fünf Ländern (Deutschland, Italien, Spanien, Niederlande, Schweiz). Die Verbesserung der TIR beträgt 17,6 Prozentpunkte bei der Nutzung des DBLG1 im Alltag über einen Zeitraum von einem Jahr. Dazu Professor Pierre-Yves Benhamou, CMO und Vorsitzender des wissenschaftlichen Ausschusses und des US-Beirats von Diabeloop: „Zu Beginn einer Behandlung mit DBLG1 kann man davon ausgehen, dass die empfohlenen Ergebnisse (d.h. eine TIR > 70 %, eine TBR < 4 % und ein GMI < 7 %) bei etwa der Hälfte der Patient*innen erreicht werden. Gegenwärtig liegt die Erfolgsquote bei der Standardbehandlung in Europa bei nur 27 %.“

Ein weiteres bedeutendes Ergebnis sei, dass diese Verbesserung der im Zielbereich verbrachten Zeit mit einem immer äußerst geringen Auftreten von Hypoglykämien einhergehe: 0,2 % < 54 mg/dl, 1,1 % < 70 mg/dl. Für die klinischen Ergebnisse der Nutzer*innen und ihre Lebensqualität insgesamt bedeute dies, „dass sie weniger als 20 Minuten pro Tag in Hypoglykämie verbringen, während die internationalen Empfehlungen maximal 60 Minuten entsprechen“. In der aktuellen auf dem Markt befindlichen Version des DBLG1 können Nutzer*innen ihre Mahlzeitengrößen vorkonfigurieren (klein – mittel – groß), ihre Mahlzeiten schneller eingeben und ihre Kohlenhydrataufnahme personalisieren. Auf der Grundlage der Deklaration des Glukosetrends zum Zeitpunkt der Mahlzeit und der Patientendaten empfiehlt der Algorithmus die zu verabreichende Insulindosis und steuert die postprandiale Zeitspanne.

Diabeloop gab bekannt, dass an neuen Versionen gearbeitet werde, die ein optimales Management ohne Eingaben ermöglichen. dz

»Die Verbesserung der TIR beträgt 17,6 Prozentpunkte über einen Zeitraum von einem Jahr«

Was tun, wenn die BOT ausgereizt ist?

Eine Fixkombination bietet Therapie-Optionen

Fachpressekonferenz – Sanofi
FRANKFURT. Was tun, wenn die BOT ausgereizt ist, wenn also bei Menschen mit Typ-2-Diabetes die Behandlungsziele mit einer basalunterstützten oralen Therapie nicht mehr erreicht werden können? Dann bietet sich eine Fixkombination aus Basalinsulin und GLP1-Rezeptoragonist an – in Deutschland kann dafür auf iGlarLixi (Handelsname: Suliqua®) zurückgegriffen werden.

iGlarLixi ist eine Kombination aus Insulin glargin 100 E/ml und Lixisenatid. Während einer Fachpressekonferenz stellte Professor Dr. Matthias Blüher, Leipzig, die SoliSimplify-Praxisstudie¹ vor, eine retrospektive Kohorten-Beobachtungsstudie mit Daten aus den USA. Analysiert wurden die Daten von 1.628 Erwachsenen mit Typ-2-Diabetes, die von einer BOT auf iGlarLixi oder ICT umgestellt worden waren. Im sechsmonatigen Beobachtungszeitraum sank der mittlere HbA_{1c}-Wert von 9,2 Prozent (beide Gruppen) auf 8,5 Prozent (iGlarLixi) vs. 8,4 Prozent (ICT; p = 0,0032 für Nichtunterlegenheit von iGlarLixi). Für welche Patient*innen ist iGlarLixi nun besonders geeignet? Prof. Blüher: „Tatsächlich ist es so, dass in der Praxis Suliqua schon eine Lücke füllt, vor allen Dingen für die Patienten, die nur einmal am Tag spritzen wollen, bei denen das Basalinsulin nicht ausreicht und die Mahlzeiten-Blutzuckeranstiege ein echtes Problem sind, die aber eigentlich in unserem Aufklärungsgespräch keine intensivierte Insulintherapie wünschen.“ iGlarLixi muss nur einmal täglich gespritzt werden, in einer Gabe sind 30 bis 60 Einheiten Insulin glargin mit 10 bis

20 Mikrogramm Lixisenatid möglich. Weiterer Vorteile der Fixkombination: Die Patient*innen nahmen unter iGlarLixi im Durchschnitt 0,1 kg ab, unter ICT dagegen 0,7 kg zu (p = 0,0069; zweiseitiger p-Wert für Überlegenheit von iGlarLixi). Auf Nachfrage, ob die ICT bei dem für iGlarLixi infrage kommenden Patientenkreis überhaupt noch gebraucht werden, antwortete Blüher, dass Therapieregime, die auch GLP1-Rezeptoragonisten enthalten, eine ICT viel weiter hinauszögern können und für manche Patientengruppen – z.B. ältere Menschen – eine lebenslange Therapie sein können. Das seien allerdings Erfahrungen aus der Praxis, noch nicht belegt durch Studiendaten.

Dr. Tobias Wiesner, Leipzig, ging in seinem Vortrag vor allem auf die multizentrische, randomisierte LixiLan ONE CAN-Studie² ein. In dieser Studie ging es darum, herauszufinden, ob es günstiger ist, bei der Umstellung auf iGlarLixi einmal pro Tag oder einmal pro Woche die Dosis anzupassen. Ergebnis: Als die Daten nach 26 Wochen ausgewertet wurden, zeigte sich, dass die einmal tägliche Titration ein besseres Ergebnis zur Folge hatte, bezogen auf HbA_{1c}-Senkung, Nüchternblutzuckerkontrolle und Gewicht. Wiesner: „Ich schaffe eine bessere Absenkung des HbA_{1c}-Wertes (...), ohne dass die Hypoglykämien zunehmen.“ Wiesner hob zudem hervor, dass die nur einmal tägliche Gabe von iGlarLixi Lebensqualität und Adhärenz steigere. nf

1 McCrimmon RJ et al. Diabetes 2022; 71 (Suppl. 1): 260-OR, doi: 10.22377/db22-260-OR

2 Umpierrez GE et al. Diabetes Obes Metab 2019; 21: 1305-10; doi: 10.1111/dom.13653

Neue Real-Life-Daten

Weniger schwere Hypoglykämien

Pressemitteilung – Abbott
WIESBADEN. Während der EASD-Jahrestagung gab das Unternehmen Abbott Daten aus der „Real World Evidence of FreeStyle Libre“ (RELIEF)-Studie bekannt. Aus diesen geht hervor, so Abbott, dass die Verwendung des FreeStyle Libre-Systems bei Menschen mit Typ-2-Diabetes und einmal täglicher (Basal-)Insulintherapie mit einem signifikanten Rückgang der diabetesbedingten Hospitalisierungsrate assoziiert war. Weiter heißt es, dass die retrospektive Studie der französischen Datenbank für Gesundheitsleistungen zeigt, dass bei den 5.933 Personen, die eine reine Basaltherapie erhielten, die Zahl der Krankenhausaufenthalte im Zusammenhang mit akuten Diabetesereignissen nach einem Jahr der

Anwendung des FreeStyle Libre-Systems um 67 Prozent zurückging. Um 75 Prozent sanken die Hospitalisierungen aufgrund von diabetischer Ketoazidose. Die Zahl der Einweisungen wegen schweren Hypoglykämien (Unterzuckerung) ging um 44 Prozent zurück. Ebenso belegte die Studie eine nachhaltige Senkung der Krankenhausaufenthalte im Laufe einer zweijährigen Verwendung des FreeStyle Libre-Systems. Dazu sagte Professor Jean-Pierre Riveline vom Universitätszentrum für Diabetes und Diabeteskomplikationen im Hôpital Lariboisière in Paris: „Diese Rückgänge sind mit den Beobachtungen bei der größeren Kohorte von Personen mit Typ-2-Diabetes vergleichbar, die mehrere Injektionen pro Tag erhalten.“ dz

NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

Die Herausgeber der Zeitung übernehmen keine Verantwortung für den Inhalt dieser Seiten.

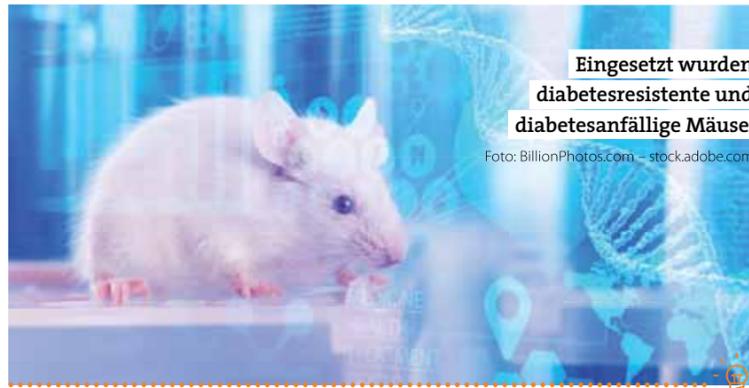
Selbstverteidigung durch Identitätsverlust

Labormäuse können durch Umprogrammierung ihre Betazellen schützen

NUTHETAL. Eine aktuelle Studie liefert neue Hinweise darauf, warum Fettleibigkeit nicht immer zu einem Typ-2-Diabetes führt. So schützt der Organismus von Mäusen Betazellen vor Funktionsverlust und Zelltod, indem er bei erhöhten Blutzuckerkonzentrationen vorübergehend die Betazellidentität verringert.

Die insulinproduzierenden Betazellen von diabetesresistenten und diabetesanfälligen Mäusen reagieren ganz gegensätzlich auf moderat gestiegene Blutglukosekonzentrationen: Während die Mäuse mit einem geringen Diabetesrisiko ein schützendes Betazell-Cluster entwickeln, reagieren die zu Diabetes neigenden Tiere mit Stress. Dies sind die Ergebnisse einer aktuellen Studie des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung (DZD). Darin untersuchten Teams der Abteilung Experimentelle Diabetologie des Deutschen Instituts für Ernährungsforschung und der Abteilung Diabetes und Regenerationsforschung des Helm-

holtz Zentrums München mithilfe von Einzelzell-RNA-Sequenzierung der Langerhans-Inseln und modernen bioinformatischen Analysen die frühen Auswirkungen einer zweitägigen Fütterung mit einer fett- und zuckerreichen (diabetogenen) Diät, nachdem sie zuvor 13 Wochen lang ketogen ernährt worden waren. Sowohl die diabetesanfälligen als auch die diabetesresistenten Mäuse (s. Kasten) besitzen sechs verschiedene Gruppen von Betazellen in ihren Langerhans'schen Inseln, die vor der Behandlung in ganz ähnlichen Verhältnissen vorkommen. Nach der diabetogenen Diät, bei der die Blutzuckerwerte beider Mäusestämme moderat anstiegen, waren dagegen gravierende Unterschiede zu sehen. Die diabetesresistenten Mäuse programmierten ihre Betazellen so um, dass Merkmale reifer Betazellen abnahmen. Sie wurden also unreifer. Dies könnte dazu führen, dass sie we-



Eingesetzt wurden diabetesresistente und diabetesanfällige Mäuse.

Foto: BillionPhotos.com - stock.adobe.com

Mäuse als genetisches Modell

Für die Studie wurden zwei verschiedene Mäusesorten verwendet, die auch in der Vergangenheit bereits häufig für die Untersuchung von Betazellfunktion und -proliferation sowie Insulinproduktion genutzt wurden. Die „New Zealand Obese“ (NZO)-Maus diente als Modell für den polygenen Diabetes mit Betazelldysfunktion, welcher der Pathophysiologie des Typ-2-Diabetes bei Menschen ähnelt. Bei ihnen kommt es zum Versagen der Inselzellen und zur Apoptose der Betazellen. Die andere Mäusepopulation setzte sich aus Mäusen mit einer B6.V-Lepob-Mutation der Pankreasinseln (OB-Mäuse) zusammen: Sie sind adipös und hochgradig insulinresistent, aufgrund ihrer adaptiven Betazellproliferation aber vor der Manifestation eines Typ-2-Diabetes geschützt.

niger Glukose aufnehmen und einige Zellen sogar die Fähigkeit erlangen, sich zu teilen, um letztendlich mehr Betazellen zu produzieren. Im Gegensatz dazu reagierten die Betazellen der zu Diabetes neigenden Maus mit Stressreaktionen, was

nach Ansicht der Autor*innen auf einen späteren Betazellverlust hinweist. Der DIfE-Bioinformatiker Dr. PASCAL GOTTMANN, der als Erstauteur für die bioinformatische Auswertung der Studie verantwortlich war, ist sich sicher: „Zukünftig wer-

den weitere neue bioinformatische Methoden benötigt, die den Sachverhalt komplexer Datensätze, wie von Einzelzell-RNA-Sequenzierungen besser erfassen können.“

Der Schlüssel: die Verringerung der Betazellidentität

Vergleicht man die in den Mäusen gewonnenen Daten mit Genen, die in bisherigen groß angelegten humanen Genomanalysen im Zusammenhang mit der Diabetesentstehung entdeckt wurden, findet sich eine Reihe von Überschneidungen. So liefert die Studie nach Einschätzung der Forschungsgruppe neue Hinweise darauf, warum Adipositas nicht immer zu einem Typ-2-Diabetes führt. Die korrespondierende Autorin Professor Dr. ANNETTE SCHÜRMAN ergänte: „Die Fähigkeit von Mäusen und vermutlich auch von Menschen, auf erhöhte Blutzuckerkonzentrationen mit einer vorübergehenden Verringerung ihrer Betazellidentität zu reagieren, scheint eine Schlüsselrolle zu spielen, um sie vor Funktionsverlust und/oder Zelltod zu schützen.“

Dr. Thilo Speckmann

1. Gottmann P et al. Diabetes 2022; 71(9): 1962-1978; doi: 10.2337/db21-1030

»Zellen vor dem Tod schützen«

MEDICAL REPORT

Metforminwirkung jetzt auch in retardierter Form

Neue Therapieoption bei Typ-2-Diabetes

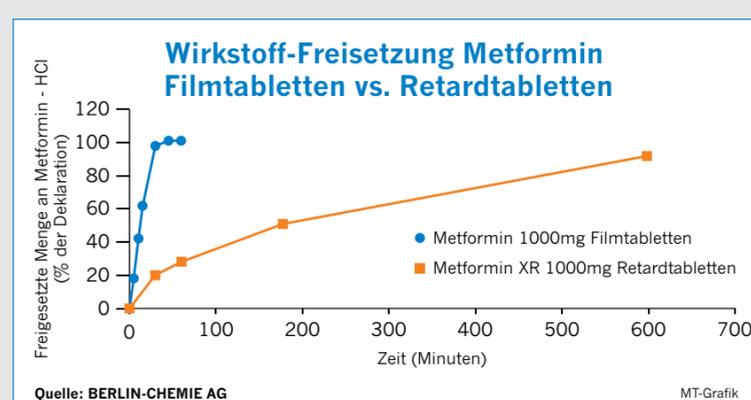
Eine ungenügende Blutzuckersenkung ist mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko sowie erhöhter Gesamtmortalität verknüpft.¹ Bei Menschen mit Typ-2-Diabetes, bei denen eine Basistherapie wie Ernährungsumstellung und Sport nicht ausreicht, um den Blutzucker in einem erforderlichen Ausmaß zu senken, soll eine medikamentöse Therapie zum Einsatz kommen.² Unter Berücksichtigung von Kontraindikationen ist bei erwachsenen Patienten*innen mit Typ-2-Diabetes Metformin die Therapie der ersten Wahl,³ vor allem aufgrund seiner effektiven HbA1c-Senkung sowie des aufgrund jahrzehntelanger Anwendung bekannten Sicherheitsprofils.² Mit der Retardform von Metformin ist es nun möglich, die erforderliche Metformindosis bis 2.000 mg nur einmal täglich, abends einzunehmen.⁴

Die Wirkstofffreisetzung bei der Retardform ist aufgrund galenischer

Eigenschaften der Matrixtablette verzögert. Der Wirkstoff Metforminhydrochlorid ist bei Siofor®-XR-Retardtabletten – XR steht für extended release – in eine Matrix aus pharmazeutischen Hilfsstoffen eingebettet. Im Gastrointestinaltrakt bildet sich eine Gelschicht, durch die der Wirkstoff sehr langsam diffundiert. Während bei einer schnellfreisetzen Metformin-Formulierung bereits nach 30 Minuten mehr als 80 % des Wirkstoffs freigesetzt sind, wird der Wirkstoff bei der Retardtablette über zehn Stunden abgegeben (Abb. 1)

Erhöhte Adhärenz

Die positiven Eigenschaften von Metformin können durch eine erhöhte Adhärenz von Patienten*innen noch stärker ausgeschöpft werden. Die Retardform von Metformin und das Einnahmeschema, das nur eine Einnahme pro Tag am Abend – sofern mit einmal täglich 2.000 mg retardiertem Metformin als maximaler Tagesdosis eine ausreichende Blut-



Die Untersuchung von Metformin 1000mg Filmtabletten wurde nach 60 Minuten beendet, da 100% des Wirkstoffs freigesetzt werden.

zuckerkontrolle erreicht wird – vorzuziehen,⁴ könnten die Therapieadhärenz der Patienten*innen im Vergleich zur Therapie mit „klassischem“ schnellfreisetzen Metformin verbessern. Daten einer schottischen retrospektiven Beobachtungsstudie und Datenanalyse von 137 erwachsenen Patienten*innen mit Typ-2-Diabetes

zeigten für Metformin XR eine mit 80 % signifikant bessere Adhärenz als mit schnellfreisetzendem Metformin IR (IR: immediate release) behandelte Patienten*innen (72 %, p = 0,0026).⁵ In einer Subanalyse mit 40 Patienten*innen mit unterdurchschnittlicher Adhärenz, die von einem schnellfreisetzen Metformin mit

zweimal täglicher Einnahme auf ein Metformin mit Retardformulierung umgestellt wurden, zeigte sich nach der Umstellung eine signifikante (p < 0,0001) Adhärenzsteigerung von 62 % auf 81 % mit positiver Wirkung auf die glykämische Kontrolle.⁵ Metformin in Retardform (Siofor®XR) ist in den Wirkstärken 500 mg, 750 mg und 1.000 mg erhältlich und stellt eine Alternative für nicht adhären Patienten*innen dar, die von einer Therapie mit Metformin profitieren würden.

1. Siegmund T, Zelihic E. Cardiovasc 2015; 15(3): 54-57 | 2. Landgraf R et al. Diabetologie 2020; 15(Suppl 1): S65-S92 | 3. DÄK, KBV, AWMF. Nationale Versorgungsleitlinie Typ-2-Diabetes – Teilpublikation der Langfassung, 2. Aufl. Version 1. 2021: 11-21 | 4. Fachinformation Siofor® XR Stand 12/18 | 5. Donnelly LA et al. Diabetes Obes Metab 2009; 11(4): 338-342. Retrospektive Beobachtungsstudie und Datenbankauswertung (DARTS) aus Schottland. Analyse von 137 auf retardiertes Metformin XR (Glucophage® XR) umgestellten Typ-2-Diabetes-Patienten*innen zeigte mit 80 % signifikant bessere Adhärenz als mit schnellfreisetzendem Metformin IR (Glucophage) behandelte Patienten*innen (72 %, p = 0,0026). Subgruppe mit 40 von Metformin IR auf XR umgestellten Patienten*innen zeigte sich im Vergleich zur Therapie mit Metformin IR (Methode des paarweisen Vergleichs, Pairwise comparison) eine um 30 % signifikant verbesserte Adhärenz (62 % zu 81 %, p = 0,001). Mittlere Dosis und glykämische Kontrolle der Metformin-XR-Gruppe waren jeweils niedriger als unter Metformin IR, Unterschiede nicht signifikant. Siofor® XR ist bioäquivalent zu Glucophage® XR.

Pflichtangaben für Werbung in Fachkreisen
Präparate: Siofor® XR 500 mg / -750 mg / -1000 mg Retardtabletten

Siofor® XR 500 mg Retardtabletten, Siofor® XR 750 mg Retardtabletten, Siofor® XR 1000 mg Retardtabletten. Wirkstoff: Metforminhydrochlorid. Zusammensetzung: 1 Retardtablette enthält Metforminhydrochlorid 500 mg, 750 mg bzw. 1000 mg entspr. Metformin 390 mg, 585 mg bzw. 780 mg. Sonstige Bestandteile: Magnesiumstearat (Ph. Eur.) [pflanzlich], hochdisperses Siliciumdioxid, Carmellose-Natrium (Ph. Eur.), Hypermellose. Anwendungsgebiete: Therapie d. Diabetes mellitus Typ-2 bei Erwachsenen, insbes. bei Übergewicht, wenn allein durch Diät u. körperl. Betätigung keine ausr. Blutzuckereinstellung erreicht wurde; auch in Kombi. m. anderen oralen Antidiabetika o. Insulin. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit ggü. Metformin o. einem der sonst. Bestandteile; jede Art v. akuter metabol. Azidose (z. B. Laktatazidose, diabet. Ketoazidose), diabet. Präkoma; schw. Niereninsuff. (GFR < 30 ml/min); akute Zustände, die zu einer Beeinträchtigung der Nierenfkt. führen können (z. B. Dehydratation, schw. Infektionen, Schock); Erkrankungen (bes. akute o. sich verschlechternde chronische E), die zu einer Gewebshypoxie führen können (wie: dekomp. Herzinsuff., resp. Insuff., frischer Myokardinfarkt, Schock); Leberinsuff., akute Alkoholintox., Alkoholisimus. Nebenwirkungen: Sehr häufig: Durchfall, Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen o. Appetitverlust. Häufig: Geschmacksveränderungen. Sehr selten: Laktatazidose, revers. abnorm. Leberfunktionstests o. Hepatitis, niedrige Konz. v. Vit. B₁₂ im Blut, Hautausschläge wie Rötung, Juckreiz o. Quaddeln. Hinweis: Tablette im Ganzen einnehmen. Nicht zerkaue. Verschreibungspflichtig. Weitere Einzelheiten enthalten die Fach- und Gebrauchsinformation, deren Aufmerksamkeit Durchsicht empfohlen wird. BERLIN-CHEMIE AG, 12489 Berlin.

(Stand 04.21)

Effektive Therapie stabilisiert Patient*innen jahrelang

Deshalb: bei Diabetes gezielt nach Herzinsuffizienz suchen

ANN ARBOR. Die Herzinsuffizienz kann bei Menschen mit Diabetes erstes Zeichen einer kardiovaskulären Begleiterkrankung sein. Wichtig ist, sie bereits im asymptomatischen Stadium zu erkennen, um die Chance zu haben, einer Progression entgegenzuwirken. Dies gelingt u.a. via Biomarker.

Menschen mit Diabetes bzw. Prädiabetes haben ein höheres Risiko für eine Herzinsuffizienz als Stoffwechselgesunde. Kardiale Vorschäden durch Hypertonie, KHK oder Vitien sind keine Voraussetzung, dass die kardiale Pumpfunktion schwächelt, schreiben Prof. Dr. RODICA POP-BUSUI von der University of Michigan und Kolleg*innen in ihrem Konsensusreport für die American Diabetes Association. Als Risikofaktoren für eine Herzinsuffizienz nennen sie:

- lange Diabetesdauer
- schlechte glykämische Kontrolle
- unkontrollierte Hypertonie
- Hyperlipidämie
- hoher BMI
- Mikroalbuminurie
- Niereninsuffizienz
- KHK
- PAVK

Das stadiengerechte Management der Herzinsuffizienz beginnt schon vor deren Auftreten im Stadium A, in dem „nur“ ein hohes Risiko für die Erkrankung besteht. Modifizierbare Faktoren wie die Glykämie müssen optimal kontrolliert werden, um die kardiale Gefahr zu minimieren.

Das Stadium B entspricht der Prä-Herzinsuffizienz. Zwar sind die Betroffenen weiterhin beschwerdefrei, doch weisen sie bereits strukturelle bzw. funktionelle kardiale Auffälligkeiten oder erhöhte Spiegel der Biomarker BNP, NT-proBNP oder hochsensitives (hs) Troponin auf.

Mindestens einmal pro Jahr kardiale Biomarker messen

Um die Entwicklung und Progression einer Herzinsuffizienz rechtzeitig zu erfassen, sollte man die Biomarker sowohl im Stadium A als auch im Stadium B mindestens einmal im Jahr messen. Als obere Referenzwerte gelten ein BNP ≥ 50 pg/ml NT-proBNP ≥ 125 pg/ml und ein hs-Troponin oberhalb der 99. Perzentile. Die Parameter müssen immer im Kontext einer sorgfältigen klinischen Evaluation betrachtet werden, erinnern die Konsensusautoren. Sind sie erhöht, folgt die kardiale Bildgebung. Die Stadien C und D umfassen die symptomatische Herzinsuffizienz mit Belastungsdyspnoe bis Orthopnoe, Ödemen, Gewichtszunahme, körperlicher Schwäche und Fatigue. Ob und in welchem Ausmaß diese

Symptome vorliegen, muss regelmäßig erfasst werden.

Zur Laboranalytik gehören Blutbild, Urinanalyse, Serum-Elektrolyte, Harnstoff-Stickstoff im Blut, Serum-Kreatinin, Glukose, HbA_{1c}, Nüchtern-Lipidprofil, Leberfunktionstest, Eisenspiegel und TSH. Bei allen Patient*innen mit Dyspnoe sollten zudem die kardialen Biomarker bestimmt werden. Denn ein normales BNP oder NT-proBNP schließt eine dekompensierte Herzinsuffizienz aus.

Nach obstruktiver KHK als Ursache suchen

Empfohlen werden zudem ein Thorax-Röntgen (Herzgröße, Kongestion) und ein 12-Kanal-EKG. Eine transthorakale Echokardiografie gehört ebenfalls dazu. Sie kann Infor-

mationen zur Ursache beisteuern und zwischen Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion (HFrEF) und erhaltener (preserved) EF (HFpEF) unterscheiden. Außerdem raten die Autor*innen dazu, nach einer obstruktiven KHK zu suchen.

Die Empfehlungen zum Management der Herzinsuffizienz bei Diabetespatient*innen unterscheiden sich im Prinzip nicht von denen der Herzinsuffizienz im Allgemeinen. Basis der Therapie sind die Modifikationen des Lebensstils (Ernährung, Alkohol- und Nikotinkonsum, Bewegung) und die optimale Einstellung von Risikofaktoren.

Eine medikamentöse Behandlung kann bereits in den asymptomatischen Stadien A und B indiziert sein. Bei reduzierter linksventrikulä-

rer Ejektionsfraktion bietet sich die Gabe von ACE-Inhibitoren oder Betablockern an, da sie die Progression verlangsamen. Zudem kann man überlegen, ob man die Patient*innen auf einen SGLT2-Inhibitor einstellt. Eine effektive Therapie bietet Betroffenen im Stadium B die Chance, über viele Jahre stabil zu bleiben, schreiben die Expert*innen.

Liegt eine Hypertonie vor, sind ACE-Hemmer und Angiotensinrezeptorblocker zu bevorzugen, insbesondere bei gleichzeitiger Albuminurie und/oder KHK. In Bezug auf die medikamentöse Behandlung der manifesten Herzinsuffizienz (Stadien C und D) verweisen die Konsensusautoren auf die etablierten Leitlinien. Diese sehen einen Angiotensinrezeptor-Nepriylsin-Inhibitor (ARNI), alternativ dazu auch einen ACE-Hemmer oder Angiotensinrezeptorblocker vor. Dazu kommen idealerweise ein Betablocker und ein Mineralokortikoidrezeptorantagonist.

Bei allen Menschen mit Diabetes mit symptomatischer Herzinsuffizienz gehört ein SGLT2-Hemmer in den Behandlungsplan. Ist die glykämische Kontrolle unzureichend, gibt man einen GLP1-Agonisten, Metformin oder beides hinzu, dann auch Insulin. DPP4-Inhibitoren oder Thiazolidindione werden für Diabetiker*innen mit Herzinsuffizienz nicht empfohlen. Grundsätzlich ist bei manifester Herzinsuffizienz oder hohem Risiko dafür ein kontinuierliches Glukosemonitoring anzuraten. *Dr. Angelika Bischoff*

Pop-Busui R et al. Diabetes Care 2022; doi: 10.2337/dci22-0014



»Frühzeitige Maßnahmen können unerwünschte Ereignisse verhindern«

Koloskopie ohne Hindernisse

So gelingt die Darmreinigung für Menschen mit Diabetes

LEVERKUSEN. Typ-2-Diabetes ist eine der häufigsten Ursachen für eine mangelhafte Koloskopiequalität. Dabei kann die Darmreinigung durchaus gelingen, wenn einige Besonderheiten beachtet werden. Darauf weisen Prof. Dr. Henning Ernst Adamek vom Klinikum Leverkusen und Kollegen hin.

Die Gründe für das schlechtere Reinigungsergebnis von Menschen mit Diabetes sind nicht vollständig geklärt. Wahrscheinlich spielt aber eine verzögerte gastrointestinale Motilität eine Rolle, die etwa infolge einer autonomen Neuropathie oder auch bei rezidivierenden Hyperglykämien auftreten kann. Zu den bekannten Risikofaktoren für eine

unzureichende Darmvorbereitung gehören außerdem erhöhte Werte für HbA_{1c} und Nüchternblutzucker, längere Diabetesdauer sowie das Vorliegen von Folgeerkrankungen. Bestimmte Medikamente können ebenfalls die gastrointestinale Transitzeit beeinflussen, etwa GLP1-Rezeptoragonisten. Zudem scheinen Ernährungsgewohnheiten für das Ergebnis der Darmreinigung von Bedeutung zu sein.

Keine salinischen Präparate bei Nierenerkrankungen

Bei der Wahl des Darmreinigungspräparats gibt es für Typ-2-Diabetiker*innen Besonderheiten. Unter salinischen Reinigungslösungen mit Natriumphosphat oder -pi-

cosulfat versucht der Körper, den erhöhten osmotischen Druck im Darm durch den Einstrom von Wasser aus dem umliegenden Gewebe auszugleichen. Das kann zu Störungen des Wasser- und Elektrolythaushalts führen, die vor allem bei Vorerkrankungen von Herz und Nieren relevant sind. Insbesondere bei eingeschränkter Nierenfunktion oder unter einer Therapie mit ACE-Hemmern sollte man andere Präparate nutzen.

PEG-Lösungen werden wegen des höheren Trinkvolumens und ihres Geschmacks generell schlechter akzeptiert, was aber durch die Aufteilung in zwei verschiedene Trinkperioden im Abstand von mehreren Stunden verbessert werden kann. Prof. Adamek und Team empfehlen

die Split-Dosis generell für Menschen mit Diabetes mit einer verzögerten Transitzeit.

Ein individuelles Vorbereitungsgespräch eine Woche vor der Darmspiegelung – mit Bildmaterial und Aufklärung über potenzielle Nebenwirkungen der Trinklösungen – verbessert das Abführergebnis. Dabei sollte auch ein Ernährungsplan für die Tage vor der Endoskopie erstellt

werden. Die früher propagierte Flüssigkost am Vortag ist nicht nötig. Stattdessen sollten die Patient*innen drei bis vier Tage vor der Untersuchung ballaststoffarm essen und eine geplante Menge an Kohlenhydraten zu sich nehmen. Eine Beschränkung auf Flüssigkeiten ist ab acht Stunden vor der Koloskopie erforderlich.

Um Hypoglykämien zu vermeiden, sollten orale Antidiabetika am Vortag ausgesetzt und/oder das Basalinsulin halbiert werden. Am Tag der Koloskopie sind beide tabu, genau wie kurzwirksames Insulin, das erst nach Wiederaufnahme der Ernährung erlaubt ist. Eine engmaschige Blutzuckerkontrolle wird empfohlen. *rft*

Adamek HE et al. Z Gastroenterol 2022; 60: 784-789; doi: 10.1055/a-1791-1627

»Flüssigkost am Vortag ist nicht nötig«

Neu- oder re-zertifizierte Kliniken und Arztpraxen

(im Zeitraum 25.08. bis 21.09.2022)

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 0		
Gesundheitszentrum Bitterfeld/Wolfen gGmbH	06749 Bitterfeld	Klinik für Diabetespatienten geeignet DDG
PLZ 1		
Diabetesschwerpunktpraxis Dres. Fleige/Weissenborn	12357 Berlin	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
St. Josefs-Krankenhaus Potsdam-Sanssouci	14471 Potsdam	Klinik für Diabetespatienten geeignet DDG
Klinikum Frankfurt (Oder), Med. Klinik IV für Innere Medizin, Angiologie, Diabetologie	15236 Frankfurt (Oder)	Fußbehandlungseinrichtung DDG
PLZ 2		
Asklepios Klinik Nord, Innere Medizin I	22417 Hamburg	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
PLZ 3		
St. Johannisstift Ev. Krankenhaus Paderborn GmbH, Fußambulanz	33102 Paderborn	Fußbehandlungseinrichtung DDG

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 3		
Klinikum Bielefeld gem. GmbH, Universitätsklinik für Diabetologie und Endokrinologie, Allgemeine Innere Medizin	33604 Bielefeld	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
PLZ 4		
Diabetologische Schwerpunktpraxis Jurica/Eckey	44803 Bochum	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
PLZ 5		
Diabetesschwerpunktpraxis Köln West Dr. med. Jörn Kugler/Dr. med. Michael Hiemer/Dr. med. Christoph Feldmann	50858 Köln	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Kreis-Klinikum Siegen GmbH	57076 Siegen	Klinik für Diabetespatienten geeignet DDG
Gesundheitszentrum am Nordberg, Diabetologie	59192 Bergkamen	Fußbehandlungseinrichtung DDG
PLZ 6		
Klinikum Worms, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	67550 Worms	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG

Noch kein DDG-Mitglied?

Überzeugen Sie sich von den Vorteilen!



Foto: iStock/Infadel

- Sie erhalten stark vergünstigte Eintrittspreise sowohl für den Diabetes Kongress als auch für die Diabetes Herbsttagung.
- Sie erhalten 10 x im Jahr kostenlos die diabetes zeitung der DDG.
- Als Ordentliches oder Förderndes Mitglied erhalten Sie kostenlos eine der folgenden Zeitschriften:
 - Diabetologie und Stoffwechsel
 - Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes
- Sie erhalten zu Sonderkonditionen die Zeitschriften:
 - Der Diabetologe
 - Diabetes, Stoffwechsel und Herz
 - Diabetes-Journal
- Sie können sich für die Arztsuche registrieren.
- Sie nehmen teil am diabetologischen Diskurs und sind immer aktuell informiert.

Zweck der Gesellschaft ist die Unterstützung der wissenschaftlichen und praktischen Arbeit zur Erforschung, Prävention und Behandlung des Diabetes mellitus insbesondere durch folgende Tätigkeiten:

- Vereinigung aller auf dem Gebiet des Diabetes tätigen Forscher*innen, Ärzt*innen und des Fachpersonals
- Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses
- Förderung der Forschung in der Diabetologie
- Veranstaltung wissenschaftlicher Tagungen
- Förderung gesundheitspolitischer Aktivitäten und Interessenvertretung
- Öffentlichkeitsarbeit
- Aus- und Fortbildung



Ihr Ansprechpartner in der Geschäftsstelle ist:
Torben Henke
 Tel.: 030 / 3 11 69 37 15
 E-Mail: henke@ddg.info

Immer auf dem Laufenden DDG Social Media

Verpassen Sie keine News und wichtigen Informationen aus dem breiten Spektrum der Diabetologie. Vernetzen Sie sich auf unseren Kanälen Twitter, Facebook, YouTube, Xing und LinkedIn und erhalten Sie aus erster Hand wichtige News, Spannendes aus der Wissenschaft und Veranstaltungstipps.

Fotos: blankstock – stock.adobe.com, fotomowo – stock.adobe.com

Wir gratulieren den neuen Diabetologinnen und Diabetologen DDG und wünschen ihnen viel Erfolg!

- Dr. med. Srishti Bansal, Berlin
- Vlara Mchais, Goch
- Lilianna Schimmelpfenning, Eichwalde
- Dr. med. Felix Lechner, Neusäß
- Dr. med. Katarina Braune, Berlin

Forschung

Forschungsnetzwerk Diabetes



BERLIN. Gemeinsam mit dem DZD hat die DDG das „Forschungsnetzwerk“ etabliert. Wir laden Sie herzlich ein, sich über aktuelle Forschungsaktivitäten zu informieren und mit Kolleg*innen für neue Projekte, Initiativen oder Kooperationen in Kontakt zu treten.



Weitere Informationen finden Sie unter:
<https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/forschung/forschungsnetzwerk-diabetes>



Fotos: iStock/Shams Suleymanova, Parknot Architect – stock.adobe.com

Fortbildung DDG

Digitalisierung und Diabetestechnologie

Nach der außerordentlich großen Resonanz in den letzten Jahren, möchte Sie die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) auch in diesem Jahr verstärkt als Partner bei der digitalen Transformation begleiten und unterstützen.

„Wie sieht die digitale Praxis aus? Was muss ich wissen zu Datenschutz und Datensicherheit? Welche Fragen habe ich an den Datenschutzexperten vor Ort? Pro und Contra Cloud. Was bringt die Zukunft: Videosprechstunde, Telemedizin, Gesundheits-Apps, Closed Loop, Künstliche Intelligenz. Freuen Sie sich besonders auf die neuen Themenblöcke **AID-Systeme** sowie **Cybercrime**. Wie unterscheide ich eine gute von einer weniger guten Diabetesmanagement-Software?“ Diese und weitere Fragen werden wir im Rahmen der Fortbildung Digitalisierung und Diabetestechnologie mit Ihnen und anerkannten Experten erörtern. Melden Sie sich **kostenfrei online** oder per **Fax** an!

Übrigens: Die Fortbildungsveranstaltung ist auch für Ihr Praxisteam geeignet. Gerne können sich Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ebenfalls kostenfrei anmelden. Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme!

CME-Punkte werden beantragt

Präsenztermine: **kostenfrei**

Sa. 05.11.2022 Hannover

H+ Hotel Hannover

Zeit: 8.30 – 16.00 Uhr

#WirBleibenZuhause und bilden uns fort!

Webinar am 16.11.22

16.30h – 19.30h

Tagungsprogramm:

Zeit	Vortrag
08:30 – 09:00	Registrierung, Begrüßungsimbiss
09:00 – 09:05	Begrüßung durch die wiss. Leitung und Vorstellung der Veranstaltung
09:05 – 09:50	Die digitale Praxis – Fluch oder Segen
09:50 – 10:40	Spannungsfeld Datenschutz für das Diabetesteam in der täglichen Praxis
10:40 – 11:00	Kaffeepause
11:00 – 12:00	Ausleseprogramme durch die Brille des Datenschutzes
12:00 – 13:00	Mittagspause
13:00 – 13:45	AID-Systeme – Mensch oder Algorrhythmen
13:45 – 14:30	Datenmanagement im Praxisalltag Auslesesysteme und Datenverarbeitung
14:30 – 14:45	Kaffeepause
14:45 – 15:45	Cybercrime – Ein Thema für die Praxis? Blick in die Zukunft
15:45 – 16:00	Diskussion und Verabschiedung (Feedback & Lernerfolgskontrolle)

Foto: Song_about_summer – stockadobe.com

Anmeldung und Programm unter: medical-tribune.de/ddg-fortbildungen-2022

Organisation:



Mit freundlicher Unterstützung:



Anmeldung online unter:
[medical-tribune.de/
ddg-fortbildungen-2022](http://medical-tribune.de/ddg-fortbildungen-2022)



Ich melde mich für folgenden Termin an:

05.11.2022 Hannover

(bitte ankreuzen)

Oder per Fax: +49 89 1250 40209 80

Name, Vorname E-Mail

Straße/Hausnummer PLZ/Ort

Datum, Unterschrift

Fortbildungsbedingungen Wenn Sie sich für eine kostenlose Fortbildung anmelden, werden Ihre Angaben aus dem Anmeldeformular inklusive der von Ihnen dort angegebenen Kontaktdaten zwecks Bearbeitung der Anmeldung und für den Fall von Anschlussfragen bei uns gespeichert. Nach der Veranstaltung wird Ihre Teilnahme zur Erfassung der Fortbildungspunkte mittels Ihrer EFN über den „Elektronischen Informationsverteiler (EIV)“ an die Bundesärztekammer gemeldet.
Datenschutz Die MedTriX GmbH ist ein Unternehmen der Süddeutscher Verlag Mediengruppe. Die MedTriX GmbH verarbeitet Ihre mit diesem Formular übermittelten personenbezogenen Daten für die Anmeldung zur genannten Fortbildungsveranstaltung, um Sie über das Fortbildungsprogramm zu informieren und Sie per E-Mail, telefonisch oder per Post kontaktieren. Eine Weitergabe Ihrer Daten an Dritte erfolgt lediglich an die vorstehend unter Ziffer 1 genannten Dritten (Bundesärztekammer). Die vorstehende Verarbeitung (Nutzung und Weitergabe) der im Rahmen der Anmeldung eingegebenen Daten erfolgt somit zum Zwecke der Erfüllung des Vertrages über die gebuchte Fortbildung und damit auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO. Ferner werden Ihre personenbezogenen Daten von uns, unseren Dienstleistern sowie unseren Sponsoren und anderen ausgewählten Unternehmen für Marketingzwecke genutzt, um interne Marktforschung zu betreiben und Sie über für Sie relevante Produkte und Dienstleistungen zu informieren. Die Nutzung Ihrer Daten zu Marketingzwecken erfolgt auf der Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO. **Sie können der Datenverarbeitung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dazu reicht eine formlose Mitteilung per E-Mail an mt-datenschutz@medtrix.group.** Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitungsvorgänge bleibt vom Widerruf unberührt. Zwingende gesetzliche Bestimmungen – insbesondere Aufbewahrungsfristen

DDG 10/2022

Angebote zur DDG Weiterbildung

Durch die steigende Zahl der Diabeteserkrankungen in den letzten Jahrzehnten haben sich spezialisierte Berufsbilder in der Diabetologie etabliert, für die die DDG als Fachgesellschaft qualitativ hochwertige und umfassende Weiterbildungen anbietet.

NEUES FORTBILDUNGSANGEBOT

Workshopreihe auf der DDG Herbsttagung zum
»Diabetischen Fußsyndrom aus Sicht der Podologie«

Zielgruppe: alle Berufsgruppen im Behandlungsteam des DFS

www.herbsttagung-ddg.de/workshops.html

Diabetesberater*in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
238	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108 ☎ Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	<i>Aufbauqualifikation für Diabetesassistent*innen</i> 1. Block: 24.10. – 04.11.2022 2. Block: 21.02. – 04.03.2023 3. Block: 12.06. – 23.06.2023 4. Block: 25.09. – 06.10.2023
239	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108 ☎ Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 21.11. – 02.12.2022 2. Block: 16.01. – 27.01.2023 3. Block: 11.04. – 22.04.2023 4. Block: 26.06. – 07.07.2023 5. Block: 21.08. – 01.09.2023 6. Block: 06.11. – 17.11.2023
242	Diabetes Zentrum Thüringen e.V. Am Klinikum 1, Gebäude A, 07740 Jena ☎ Tel.: 03641 9324346 ☎ Fax: 03641 9324347 nadine.kuniss@med.uni-jena.de www.diabetes-thueringen.de	1. Block: 09.01. – 20.01.2023 2. Block: 13.03. – 24.03.2023 3. Block: 26.06. – 07.07.2023 4. Block: 21.08. – 01.09.2023 5. Block: 16.10. – 27.10.2023 6. Block: 08.01. – 19.01.2024
243	Wannsee-Akademie Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin ☎ Tel.: 030 80686-040 ☎ Fax: 030 80686-404 akademie@wannseeschule.de www.wannseepakademie.de	1. Block: 16.01. – 27.01.2023 2. Block: 13.03. – 24.03.2023 3. Block: 02.05. – 15.05.2023 4. Block: 04.09. – 22.09.2023 5. Block: 13.11. – 24.11.2023 6. Block: 19.02. – 01.03.2024
244	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108 ☎ Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 30.01. – 10.02.2023 2. Block: 20.03. – 31.03.2023 3. Block: 30.05. – 10.06.2023 4. Block: 09.10. – 20.10.2023 5. Block: 04.12. – 15.12.2023 6. Block: 22.01. – 02.02.2024
245	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941 5696-22 ☎ Fax: 0941 5696-38 info@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	<i>Aufbauqualifikation für Diabetesassistent*innen</i> 1. Block: 06.02. – 17.02.2023 2. Block: 17.04. – 28.04.2023 3. Block: 17.07. – 28.07.2023 4. Block: 04.12. – 15.12.2023
246	Diabetes-Akademie Bad Mergentheim e.V. Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim ☎ Tel.: 07931/594 165 ☎ Fax: 07931/77 50 boehm@diabetes-zentrum.de www.diabetes-akademie.de	1. Onlinewoche: 27.02. – 03.03.2023 2. Präsenzwoche: 06.03. – 10.03.2023 3. Präsenzwoche: 17.04. – 21.04.2023 4. Onlinewoche: 24.04. – 28.04.2023 5. Präsenzwoche: 10.07. – 14.07.2023 6. Onlinewoche: 17.07. – 21.07.2023 7. Präsenzwoche: 11.09. – 15.09.2023 8. Onlinewoche: 18.09. – 22.09.2023 9. Präsenzwoche: 20.11. – 24.11.2023 10. Präsenzwoche: 08.01. – 12.01.2024 11. Präsenzwoche: 15.01. – 19.01.2024 12. Präsenzwoche: 11.03. – 15.03.2024
247	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108 ☎ Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 24.04. – 06.05.2023 2. Block: 10.07. – 21.07.2023 3. Block: 16.10. – 27.10.2023 4. Block: 08.01. – 19.01.2024 5. Block: 26.02. – 08.03.2024 6. Block: 15.04. – 26.04.2024
248	Diabetes-Akademie Südostbayern Bürgerwaldstr. 1, 83278 Traunstein ☎ Tel.: 0861 20401041 ☎ Fax: 0861 909807 68 info@diabetesakademie.net www.diabetesakademie.net	1. Block: 01.06. – 17.06.2023 2. Block: 04.09. – 16.09.2023 3. Block: 20.11. – 02.12.2023 4. Block: 26.02. – 02.03.2024 5. Block: 08.04. – 20.04.2024 6. Block: 03.06. – 07.06.2024
250	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108 ☎ Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	<i>Aufbauqualifikation für Diabetesassistent*innen</i> 1. Block: 23.10. – 03.11.2023 2. Block: 05.02. – 16.02.2024 3. Block: 03.06. – 14.06.2024 4. Block: 30.09. – 11.10.2024

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
NN Trier	Mutterhaus der Borromäerinnen e.V. OA Feldstraße 16, 54290 Trier ☎ Tel.: 0651 947-3160 ☎ Fax: 0651 947-2205 schule@mutterhaus.de www.mutterhaus.de	1. Block: 06.11. – 18.11.2023 2. Block: 15.01. – 27.01.2024 3. Block: 15.04. – 27.04.2024 4. Block: 01.07. – 13.07.2024 5. Block: 16.09. – 28.09.2024 6. Block: 09.12. – 21.12.2024
NN Rheine 4	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108 ☎ Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 20.11. – 01.12.2023 2. Block: 04.03. – 15.03.2024 3. Block: 21.05. – 01.06.2024 4. Block: 01.07. – 12.07.2024 5. Block: 26.08. – 06.09.2024 6. Block: 04.11. – 15.11.2024
NN Regensburg	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941 5696-22 ☎ Fax: 0941 5696-38 info@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	weitere Termine folgen

Kosten: Die Kosten für die Weiterbildung betragen 3.400,- € Teilnahmegebühr für den regulären Kurs und 2.850,- € für den verkürzten Kurs, zzgl. 300,- € Anmeldegebühren sowie 200,- € Prüfungsgebühr, ohne Material- und Reisekosten.

Anmeldeverfahren: Bitte senden Sie die Unterlagen an: Deutsche Diabetes Gesellschaft, Abteilung Weiterbildung, Albrechtstraße 9, 10117 Berlin, Tel.: 030/3 11 69 37-18 oder an weiterbildung@ddg.info

Weitere Informationen finden Sie auf

www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung-diabetesberaterin-diabetesberater

Fit für die Weiterbildung – Vorbereitungsseminar des VDBD

Weiterbildungsort	Kurstermine	Kosten
VDBD AKADEMIE Habersaathstr. 31, 10115 Berlin ☎ Tel.: 030 847122-492 fortbildung@vdbd-akademie.de www.vdbd-akademie.de	05.11.2022	VDBD-Mitglieder: 85,- € Nicht-Mitglieder: 170,- €

**ACHTUNG
Online-Angebot**

Weitere Informationen finden Sie auf

www.vdbd-akademie.de/seminar/details/vorbereitungskurs-fit-fuer-die-weiterbildung-18/

Diabetesassistent*in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine	Kosten
53	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	1. Block: 14.11. – 25.11.2022 2. Block: 30.01. – 10.02.2023	1.655,- €*
29	UKGM Universitäres Diabeteszentrum Mittelhessen Diabeteschulungszentrum, Med. Klinik und Poliklinik III Klinikstrasse 33, 35392 Gießen ☎ Tel.: 0641/985 42887 jutta.liersch@innere.med.uni-giessen.de www.udzm.de	1. Block 09.01. – 13.01.2023 2. Block 06.02. – 10.02.2023 3. Block 22.05. – 16.05.2023 4. Block 12.06. – 16.06.2023 5. Block 01.07. – 02.07.2023	1.350,- €*
17	AND Saar Bezirksstr. 122, 66663 Merzig/Besseringen ☎ Tel.: 06861/76061, ☎ Fax: 06861/72244 info@heimes-diabetes.de http://www.ddg-saar.de	1. Block: 16.01. – 28.01.2023 2. Block: 20.03. – 01.04.2023	1.700,- €*
105	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108, ☎ Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 17.04. – 28.04.2023 2. Block: 24.07. – 04.08.2023	1.655,- €*
12	Diabetes Zentrum Thüringen e.V. c/o Universitätsklinikum Jena Am Klinikum 1, Gebäude A, 07740 Jena ☎ Tel.: 03641 9324346, ☎ Fax: 03641 9324347 nadine.kuniss@med.uni-jena.de www.diabetes-thueringen.de	1. Block: 05.06. – 16.06.2023 2. Block: 27.11. – 08.12.2023	1.300,- €*
106	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108, ☎ Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 28.08. – 08.09.2023 2. Block: 27.11. – 08.12.2023	1.655,- €*
28	Diabeteszentrum am Elisabeth-Krankenhaus Essen Klara-Kopp-Weg 1, 45138 Essen ☎ Tel.: 0208/30542818, ☎ Tel.: 0202/897 4592 a.meier@contilia.de https://www.contilia.de/karriere/contilia-akademie/aktuelle-lehrgaenge.html	1. Block: 18.09. – 29.09.2023 2. Block: 08.01. – 20.01.2024	1.550,- €*

* inkl. Prüfungs- und Zertifikatsgebühr

Anmeldung: Die Bewerbungsunterlagen sind an die jeweilige Weiterbildungsstätte zu senden.

Hier erhalten Sie auch Auskunft über das Bewerbungsverfahren.

Weitere Informationen finden Sie auf www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung-diabetesassistentin-ddg/-diabetesassistent

➔ Train-the-Trainer-Seminar „Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG“

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
7	Deutsche Diabetes Gesellschaft Albrechtstr. 9, 10117 Berlin ☎ Tel.: 030 311 69 37 18 weiterbildung@ddg.info	12.11.2022

Neue Möglichkeit zur Qualifizierung im Train-the-Trainer-Seminar zur „Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG“ am 12.11.2022 online

 <https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/baq-train-the-trainer-seminar-07>

Weitere Informationen sowie das Anmeldeformular finden Sie auf www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung/fuer-medizinisches-assistenzpersonal/basisqualifikation-diabetes-pflege-train-the-trainer-seminar

➔ Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
BaQ_KÖ_05	Krankenhaus St. Hildegardis Elke Breet, Bachemer Str. 29-33, 50931 Köln Diabetesberatung.Koeln@malteser.org	08.11. + 09.11.2022
BaQ_Co_06	REGIOMED-Akademie Ort: REGIOMED-Kliniken Coburg Nicole Freund, Gustav-Hirschfeld-Ring 3, 96450 Coburg ☎ Tel.: 09561 22-7355 ☎ Fax: 09561 22-7354 nicole.freund@regiomed-kliniken.de	09.11. + 10.11.2022
BaQ_BW_06	Asklepios Bildungszentrum Nordhessen Ort: Asklepios Klinikum Schwalmstadt, Diabetes Schulungsraum Julia Steklow, Laustraße 37, 34537 Bad Wildungen ☎ Tel.: 05621 795 24 13 j.steklow@asklepios.com	16.11. + 17.11.2022
BaQ_RB_10	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	20.04. + 21.04.2023

Seminare zur „Basisqualifikation DDG“ sind im Rahmen der Zertifizierung „Klinik für Diabetespatienten geeignet“ für die Schulung der Pflegekräfte anerkannt!

Trainerteams bieten in gemeinsamer Absprache gerne diese Qualifikation im digitalen oder präsenten Inhouse-Format an! Wir informieren Sie gerne!

 weiterbildung@ddg.info

Weitere Informationen finden Sie auf

www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung-basisqualifikation-diabetes-pflege

➔ Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Klinik)

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine	Kosten
13	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108, ☎ Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de, www.afg-rheine.de	1. Block: 20.03 – 24.03.2023 2. Block: 22.05 – 26.05.2023	990,- € zzgl. Gebühren für Anmeldung, Prüfung, Material 260,- €

Anmeldung: Die Bewerbungsunterlagen sind an die jeweilige Weiterbildungsstätte zu senden. Hier erhalten Sie auch Auskunft über das Bewerbungsverfahren.

Weitere Informationen finden Sie auf www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung/fuer-medizinisches-assistenzpersonal/diabetes-pflegefachkraft-ddg-klinik

➔ Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Langzeit)

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine	Kosten
1	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108 ☎ Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	19.06.2023 Präsenz 21.06.2023 Präsenz 24.08.2023 online 25.08.2023 online 12.10.2023 online 13.10.2023 online 25.10.2023 Präsenz 27.10.2023 Präsenz	1.270,- € inkl. Lehrgangsgebühr (1.000,- €) und Material- und Prüfungsgebühr (270,- €)

Anmeldung: Die Bewerbungsunterlagen sind an die jeweilige Weiterbildungsstätte zu senden. Hier erhalten Sie auch Auskunft über das Bewerbungsverfahren.

Weitere Informationen finden Sie auf www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung/fuer-medizinisches-assistenzpersonal/diabetes-pflegefachkraft-ddg-fuer-die-langzeitpflege

➔ Wundassistent*in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
61	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Rheine Frankenburgstr. 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/421101 ☎ Fax: 05971/421116 www.afg-rheine.de	24.10. – 29.10.2022
19	Karl Borromäus Schule am Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen Feldstraße 16, 54290 Trier ☎ Tel.: 0651 947-0 ☎ Fax: 0651 947-2205 schule@mutterhaus.de www.mutterhaus.de	07.11. – 11.11.2022

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
9	Diabetes-Akademie Bad Mergentheim Theodor-Klotzbücher-Str. 12, 97980 Bad Mergentheim ☎ Tel.: 07931/8015 ☎ Fax: 07931/7750 diabetes.akademie@diabetes-zentrum.de www.diabe+es-akademie.de	21.11. – 25.11.2022
24	Diabetes Zentrum Thüringen e.V. (Universitätsklinikum Jena, Klinik für Innere Medizin III, FB Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen) Am Klinikum 1, Gebäude A, 07743 Jena ☎ Tel.: 03641 9324346 ☎ Fax: 03641 9324342 nadine.kuniss@med.uni-jena.de www.diabetes-thueringen.de	1. Block: 26.04. – 28.04.2023 2. Block: 03.05. – 05.05.2023
17	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941 5696-22 ☎ Fax: 0941 5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	12.06. – 16.06.2023
25	Diabetes Zentrum Thüringen e.V. (Universitätsklinikum Jena, Klinik für Innere Medizin III, FB Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen) Am Klinikum 1, Gebäude A, 07743 Jena ☎ Tel.: 03641 9324346 ☎ Fax: 03641 9324342 nadine.kuniss@med.uni-jena.de www.diabetes-thueringen.de	1. Block: 06.09. – 08.09.2023 2. Block: 13.09. – 15.09.2023

Kosten: Die Kosten des Kurses betragen 700,- € inkl. Material und Prüfungsgebühr.

Anmeldung: Die Bewerbungsunterlagen sind an die jeweilige Weiterbildungsstätte zu senden. Hier erhalten Sie auch Auskunft über das Bewerbungsverfahren.

Weitere Termine und Infos finden Sie auf www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung-wundassistentin/-wundassistent

➔ Seminare Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung in der Diabetologie

Kurs	Termine	Tagungsort	Kosten
Dr. rer. medic. Nicola Haller medipäd Am Bühl 7 1/2, 86199 Augsburg ☎ Tel.: 0175 4004901 dr.nicola.haller@medi-paed.de www.medi-paed.de	25.11. – 28.11.2022 10.02. – 13.02.2023 14.04. – 17.04.2023 23.06. – 26.06.2023 15.09. – 18.09.2023 24.11. – 27.11.2023	Tagungsräume im Hotel am alten Park Augsburg	Kursunterlagen und Tagungsgetränke im Preis enthalten CME-Punkte > 30, je nach Ärztekammer
Dipl. Psych. Susan Clever Psychol. Psychotherapeutin/Psycho-diabetologie Fachpsychologien (DDG) Med. Psych. Consultancy Palmaille 35, 22767 Hamburg Info und Anmeldung per Mail: ☎ Tel.: 01709/226067 susan9woods@aol.com www.diabetespraxisblankenese.de	Termine direkt anfragen!	Diabetespraxis Blankenese Blankeneser Bahnhofstraße 23, 22587 Hamburg	700,- € zzgl. MwSt.
willms.coaching Wilhelm-Busch-Str. 19, 37083 Göttingen ☎ Tel.: 0551 7974741 ☎ Fax: 0551 29213514 office@willmscoaching.de www.willmscoaching.de	Online-Termine: 20.10. – 21.10 und 03.11. – 04.11.2022 24.11. – 25.11 und 08.12. – 09.12.2022 19.01. – 20.01. und 02.02. – 03.02.2023 23.03. – 24.03. und 30.03. – 31.03.2023 27.04. – 28.04. und 11.05. – 12.05.2023 Schwerpunkt Pädiatrie (online): 26.01. – 27.01 und 09.02. – 10.02.2023		720,- € Fortbildungspunkte der Ärztekammer werden erteilt
Akademie Luftiku(r)s e.V. Iburger Str. 187, 49082 Osnabrück ☎ Tel.: 0174 619 3869 akademieluftikurs@gmail.com www.akademie-luftikurs.de	29.11. – 02.12.2022 Termine direkt anfragen!	Bischöfliches Priesterseminar Große Domsfreiheit 5, 49074 Osnabrück	600,- € Bei Anmeldung ab 4 Wochen vor dem Termin 30,- € zusätzlich. Verpflegung und Übernachtung sind nicht im Preis enthalten.

➔ Fachpsycholog*in DDG

Aktuelle Termine, Onlineanmeldung und weitere Informationen zu der Weiterbildung zum Fachpsychologen bzw. zur Fachpsychologin finden Sie direkt auf der Webseite www.diabetes-psychologie.de

➔ 80-Std.-Kurs Klinische Diabetologie

Aktuelle Termine, Onlineanmeldung und weitere Informationen zu der Weiterbildung zum 80-Std.-Kurs Klinische Diabetologie finden Sie direkt auf der Webseite www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung/fuer-aerzte-psychologen-apotheker/erkennung-als-diabetologin-ddg/-diabetologie-ddg/kurs-klinische-diabetologie



Weitere Informationen und Anmeldung unter:
<https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung>



Die DDG Job- und Praxenbörse

Sie suchen eine Stelle, einen Mitarbeiter oder einen Nachfolger bzw. Mieter für Ihre Praxis? Dann nutzen Sie den kostenlosen Service unter <https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung/jobborse>

STELLENANGEBOTE

Bottrop, 15.09.2022

Diabetesassistent*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: DIADOCTO Diabetes Schwerpunktpraxis
- Adresse: Hochstraße 48, 46236 Bottrop
- Ansprechpartnerin: Nurten Acevit, 02041/26782, personal@diadocto.de
- Website: www.diadocto.de

Bottrop, 15.09.2022

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: DIADOCTO Diabetes Schwerpunktpraxis
- Adresse: Hochstraße 48, 46236 Bottrop
- Ansprechpartnerin: Nurten Acevit, 02041/26782, personal@diadocto.de
- Website: www.diadocto.de

Nürnberg, 13.09.2022

Oberarzt*in (w/m/d) mit Zusatzqualifikation Diabetologie

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Klinikum Nürnberg Nord - Klinik für Neugeborene, Kinder und Jugendliche, Standort Süd
- Adresse: Breslauer Straße 201, 90471 Nürnberg
- Ansprechpartner: Prof. Dr. Christoph Fusch, 0911/398-5107, Melanie.Stoll@klinikum-nuernberg.de
- Website: www.klinikum-nuernberg.de

Hamburg, 14.09.2022

Diabetesberater*in/Diabetesassistent*in (w/m/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis für Endokrinologie und Diabetologie
- Adresse: Max-Brauer-Allee 52, 22765 Hamburg
- Ansprechpartner: Dr. med. Matthias Epe, 040 8700017-0, bewerbung@praxis-epe.de
- Website: www.praxis-epe.de
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Wir sind eine Diabetes-Schwerpunktpraxis (Praxis für Endokrinologie und Diabetologie) in zentraler, gut erreichbarer Lage Hamburgs – direkt am Bahnhof Altona. Wir schulen und beraten pro Quartal ca. 1.500 Menschen mit allen Formen des Diabetes und arbeiten dabei „Hand in Hand“. Wir suchen Sie! Es erwartet Sie eine abwechslungsreiche und verantwortungsvolle Tätigkeit in einer professionellen und zugleich von familiärer und wertschätzender Atmosphäre geprägten Praxis.

Heilbronn, 13.09.2022

Facharzt*in (m/w/d) für Innere Medizin – Diabetologie

- Arbeitsbeginn: 01.10.2022
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: SLK-Kliniken Heilbronn GmbH
- Adresse: Am Gesundbrunnen 20-26, 74078 Heilbronn
- Ansprechpartner: Sven Möller, 07131/49-44122, jobs@slk-kliniken.de
- Website: www.slk-kliniken.de
- Über uns: Das Klinikum Heilbronn ist Teil der medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg. Die Klinik besitzt eine ausgewiesene Expertise auf dem Gebiet der Endokrinologie und Diabetologie und ist DDG zertifiziertes Diabetologikum (Typ-1- und Typ-2-Diabetes-mellitus) und DDG zertifizierte ambulante und stationäre Fußbehandlungseinrichtung. Wir arbeiten im Hause mit Neurochirurgen und HNO-Kollegen (mit monatlicher Hypophysen/Schädelbasiskonferenz), mit Gefäßchirurgen, Fußchirurgen, Radiologen, Angiologen, Podologen, orthopädischen Schuhmachern (i.R. einer monatlichen multidisziplinären „Fuß AG“), mit der Kinderklinik (Kinderdiabetologie und Kinderendokrinologie) und Frauenklinik (Gestationsdiabetes und T-1/2-Diabetes sowie unseren Kardiologen (zertifiziertes Hypertoniezentrum) eng zusammen.
- Ihr Profil:
 - eine abgeschlossene Facharzt Ausbildung Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie, gerne auch in der Endokrinologie
 - Expertise in der eigenständigen Durchführung von Sprechstunden und Konsilen, Behandlung des diabetischen Fußsyndroms, endokrinologische Stimulations- und Suppressionstests
 - Begeisterung für das Fachgebiet und hohe Motivation
 - Deutsche Approbation – sehr gute Deutschkenntnisse (mindestens C1)
 - Patienten- und qualitätsorientierte Arbeitsweise
 - ein hohes Maß an Sozialkompetenz und Teamfähigkeit
- Für Rückfragen und Vorabinformationen steht Ihnen unser Klinikdirektor Herr Prof. Dr. med. Uwe Weickert unter Telefon 07131/49-23001 gerne zur Verfügung.

Friedrichsdorf, 13.09.2022

Facharzt*in Allgemeinmedizin/Innere Medizin (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis im Taunus-Carré
- Adresse: Wilhelmstraße 23 (Ärztelhaus), 61381 Friedrichsdorf
- Ansprechpartner: Kai Götte, 0172/6802228, k.goette@praxis-hochtaunus.de
- Website: www.praxis-hochtaunus.de
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Anstellung und Praxisübernahme – ertragsstarke Hausarzt-Praxis/Diabetologische Schwerpunktpraxis. Sie sind FÄ/FA für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin und suchen nicht nur einen „Job“? Wir bieten ab Oktober 2022 eine Anstellung in Teil- oder Vollzeit. Es besteht die Möglichkeit, die Zusatzbezeichnung Diabetologie (LÄK) zu erwerben. Sie werden für eine Praxisübernahme (Medizin + Abrechnung + SGB V + Praxis-Organisation) fit gemacht! Die schrittweise Übernahme der modernen und sehr ertragsstarken hausärztlichen Praxis mit dem Schwerpunkt Prävention und Diabetes in Bad Homburg/Friedrichsdorf in den nächsten 5–10 Jahren ist Ihre Option. Sie passen zu uns, wenn Sie Menschen mögen und engagiert, kommunikativ, verantwortungsbewusst, lernbegeistert und ein Team-Player sind. Unsere Praxis hat 2 Kassenzulassungen und ist technisch gut ausgestattet (POC-Labor, Sono Abdomen/Schilddrüse und Gefäße, EKG, LuFu, ABI-Messung).

Berlin, 13.09.2022

Diätassistent*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetespraxis Prenzlauer Berg
- Adresse: Prenzlauer Allee 146, 10409 Berlin
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Edith Öhrig-Pohl, 030/4458207, kontakt@diabetespraxis-prenzlauerberg.de
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Für unsere diabetologische Schwerpunktpraxis in Berlin suchen wir ab sofort eine Diätassistent*in/Ökotropholog*in/Ernährungsberater*in zur Ergänzung unseres Beraterteams. Wir bieten Ihnen ein unbefristetes Arbeitsverhältnis in einem tollen Team, eine leistungsgerechte Vergütung sowie Möglichkeiten der Fort- und Weiterbildung. Sie verfügen über Interesse in der Beratung adipöser Patienten bzw. Patienten mit metabolischem Syndrom und konnten bereits Studienerfahrungen sammeln? Dann freuen wir uns auf Ihre Kontaktaufnahme, bevorzugt per E-Mail.

Berlin, 12.09.2022

Diätassistent*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetespraxis Prenzlauer Berg
- Adresse: Prenzlauer Allee 146, 10409 Berlin
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Edith Öhrig-Pohl, 030/4458207, kontakt@diabetespraxis-prenzlauerberg.de
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Für unsere diabetologische Schwerpunktpraxis in Berlin suchen wir ab sofort eine Diätassistent*in/Ökotropholog*in/Ernährungsberater*in zur Ergänzung unseres Beraterteams. Wir bieten Ihnen ein unbefristetes Arbeitsverhältnis in einem tollen Team, eine leistungsgerechte Vergütung sowie Möglichkeiten der Fort- und Weiterbildung. Sie verfügen über Interesse in der Beratung adipöser Patienten bzw. Patienten mit metabolischem Syndrom und konnten bereits Studienerfahrungen sammeln? Dann freuen wir uns auf Ihre Kontaktaufnahme, bevorzugt per E-Mail.

Bonn, 12.09.2022

Diabetesberater*in (w/m/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Gemeinschaftspraxis Plittersdorf
- Adresse: Plittersdorfer Straße 210, 53173 Bonn
- Ansprechpartnerin: Elke Granzin, 0228/357181, praxis-plittersdorf@t-online.de
- Website: www.gemeinschaftspraxis-plittersdorf.de/
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Zur Erweiterung unseres Angebotes suchen wir eine/n engagierte/n Diabetesberater*in in Teilzeit oder Vollzeit für unsere diabetologische Schwerpunktpraxis in Bonn – Bad-Godesberg. Zu den Aufgaben gehören Betreuung von Gestationsdiabetiker*innen, Typ-1- und Typ-2-Diabetiker*innen mit/ohne Insulinpumpen und Sensoren. Beratung, Vorbereitung und Durchführung von Einzel- oder Gruppenschulungen mit zertifiziertem Schulungsprogramm. Bewerbung bitte per E-Mail.

Stuttgart, 09.09.2022

Ärzt*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.11.2022
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: EDZS Stuttgart
- Adresse: Sophienstraße 40, 70178 Stuttgart
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Berit Feldmann, 0711/4708980, feldmann@edzs.de
- Website: www.edzs.de

Berlin, 08.09.2022

Wundexpert*in (w/m/d) DDG/ICW

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Schwerpunktpraxis „Diabetes mit Herz“
- Adresse: Waidmannsluster Damm 41, 13509 Berlin
- Ansprechpartner: Dr. med. Fabian Scholz, 0151/51441980, drscholz@diabetespraxis.berlin
- Website: www.diabetes-mit-herz.de
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Das Diabetologikum „Diabetes mit Herz“ von Dr. Scholz in Berlin-Reinickendorf sucht ab sofort eine/n Wundexpertin/en mit Berufserfahrung. Der Stundenumfang beträgt zwischen 30 und 38,5/Woche. Die Bezahlung orientiert sich am Manteltarifvertrag für MFA. Die Einstufung erfolgt nach absolvierten Berufsjahren. Bei reiner Wundtätigkeit werden Sie in die TG 3 eingestuft, wenn Sie bereit sind, 38,5 Wochenstunden zu arbeiten und dabei auch Tätigkeiten der/des MFA zu übernehmen (bspw. Empfang, Blutentnahme etc.), erhalten Sie TG 4. Wir bieten Ihnen eine freundliche und wertschätzende Arbeitsatmosphäre und angenehme Arbeitsbedingungen. Sie arbeiten selbstständig und werden dabei von dem ärztlichen Leiter der Arztpraxis unterstützt. Zu Ihren Aufgaben gehört neben der Wundbehandlung (Vor-/Nachbereitung) die Organisation der ambulanten Versorgung/Anbindung an die Pflegedienste, Fotodokumentation und Aufbereitung der Instrumente. Bitte scheuen Sie sich nicht, einfach eine Bewerbung zu schicken, gerne klären wir alle Fragen im persönlichen Gespräch.

Augsburg, 07.09.2022

Diabetesberater*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Diabetespraxis Augsburg
- Adresse: Maximilianstraße 19, 86150 Augsburg
- Ansprechpartner: Prof. Dr. Johannes Jacobi, 0821/30790, info@diabetespraxis-augsburg.de
- Website: www.diabetespraxis-augsburg.de
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Für unsere diabetologische Schwerpunktpraxis im Herzen von Augsburg suchen wir eine/n engagierte/n Diabetesberater*in in Teilzeit. Wir bieten ein attraktives und modernes Arbeitsumfeld mit flexiblen Arbeitszeiten und der Möglichkeit der Fort- und Weiterbildung in einem eingespielten Team. Bewerbungen bitte per E-Mail.

Lörrach, 06.09.2022

Weiterbildung zum/zur Diabetesberater*in (w/m/d)

- Arbeitsbeginn: 06.09.2022
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Kliniken des Landkreises Lörrach GmbH
- Adresse: Spitalstraße 25, 79539 Lörrach
- Ansprechpartner: Dr. med. Michael Maraun, 07622/395-0 oder 07622/395-1281, sch-diabeteszentrum@klinloe.de
- Website: www.klinloe.de/home.html
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Für das Diabeteszentrum der Klinik für Innere Medizin im Kreiskrankenhaus Schopfheim suchen wir in Vollzeit 100 % zum nächstmöglichen Zeitpunkt unbefristet eine/n Mitarbeiter*in zur Weiterbildung zum/zur Diabetesberater*in (w/m/d), Kennziffer S 722 MTD Diab. Im Kreiskrankenhaus Schopfheim ist der Bereich der Diabetologie für den gesamten Landkreis konzentriert. Die Diabetologie versorgt ca. 1.000 stationäre Patient*innen pro Jahr. Angegliedert sind eine große Insulinpumpenambulanz und eine Schwangerenambulanz. Das Diabeteszentrum Schopfheim hat die Anerkennung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) zur Behandlung von Typ-1- und Typ-2-Diabetiker*innen.
- Wir bieten:
 - Vergütung Ihrer Arbeitsleistung je nach Ihrer Ausbildung und Einsatz nach TVöD sowie Übernahme der Weiterbildungskosten
 - Mitarbeit in einem motivierten, multiprofessionellen Team und ein angenehmes Arbeitsklima, familienfreundliche, geregelte Arbeitszeiten
- Ihre Aufgaben:
 - Mitarbeit bei stationären Gruppenschulungen für Typ-1- und Typ-2-Diabetiker*innen
 - Mitarbeit bei Insulinpumpen- und Auffrischungsschulungen
 - Mitarbeit in unserer Versorgung von diabeteskranken Patient*innen im Kreiskrankenhaus Schopfheim
 - Teilnahme an einer zertifizierten Umschulung zum/zur Diabetesberater*in
- Wir wünschen uns:
 - Abgeschlossene Ausbildung zum/zur Diätassistent*in, Altenpfleger*in, medizinischen/m Fachangestellten oder Gesundheits- und Krankenpfleger*in
 - Wunsch nach einer Umschulung zum Diabetesberater
 - Ausgeprägte soziale und kommunikative Kompetenz, pädagogisches Geschick
 - Flexibilität und Aufgeschlossenheit für Veränderungsprozesse sowie aktives Herangehen an neue Herausforderungen
- Wir freuen uns über Ihre aussagekräftige Bewerbung unter Angabe der Kennziffer. Bitte bewerben Sie sich ausschließlich online über unser Bewerberportal www.klinloe.de/karriere/stellenangebote/s-722-mtd-diab.html oder senden Sie uns eine zusammengefügte PDF-Datei an bewerbung@klinloe.de



Weitere Angebote unter:

<https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/jobboerse>



Sie möchten auch eine Anzeige in der diabeteszeitung schalten? Kein Problem! Das können Sie ganz einfach online auf www.ddg.info/jobboerse. Für DDG Mitglieder ist dieser Service kostenlos.

Ihre Ansprechpartnerin in der DDG Geschäftsstelle ist:
Daniela Wilberg
E-Mail: service@ddg.info

Foto: Brad Pict - stock.adobe.com

STELLENANGEBOTE

Berlin, 04.09.2022

Diabetesberater*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis am Spreebogen – Kardiologie, Angiologie und Diabetologie
- Adresse: Alt Moabit 101B, 10559 Berlin
- Ansprechpartnerin: Susanne Kuehne, 0178/7267451, s.kuehne@kardiologie-spreebogen.de
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Diabetologisch - kardiologische und angiologische Gemeinschaftspraxis im Zentrum Berlins sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n qualifizierte/n Diabetesberater*in in Teil- oder Vollzeit. Als diabetologische Schwerpunktpraxis decken wir die Behandlung sämtlicher Diabetesformen inkl. neuer Diabetestechnologie ab. Zu Ihren Aufgaben gehört entsprechend die selbstständige Beratung sowie Vorbereitung, Durchführung und Evaluation von Schulungen mit zertifizierten Schulungsprogrammen. Es erwarten Sie ein nettes, junges Team, eine kollegiale Atmosphäre und flexible Arbeitszeiten. Wir freuen uns auf Ihre aussagekräftige Bewerbung!

Bad Soden am Taunus, 01.09.2022

Diätassistent*in/Diabetesassistent*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
 - Voraussichtliche Dauer: unbefristet
 - Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
 - Veröffentlicht von: varisano Krankenhaus Bad Soden
 - Adresse: Kronberger Straße 36, 65812 Bad Soden am Taunus
 - Ansprechpartner: Prof. Dr. med. Clemens Jaeger, 06196/657401, bewerbungen-mtk@varisano.de
 - Website: www.varisano.de/krankenhaus-bad-soden
 - Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Wir suchen an unserem Klinikstandort Bad Soden für unsere medizinische Klinik II mit Schwerpunkt Gastroenterologie und Diabetologie unter der Leitung von Chefarzt Prof. Dr. Clemens Jaeger zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n Diätassistent*in/Diabetesassistent*in (m/w/d) in Vollzeit (prinzipiell auch Teilzeit mit mindestens 20 Stunden möglich) als zunächst Elternzeitvertretung für 24 Monate mit der Option auf anschließende Übernahme in ein unbefristetes Anstellungsverhältnis.
 - Ihre Aufgaben:
 - Individuelle Betreuung und Beratung unserer Patienten mit unterschiedlichen Formen des Diabetes mellitus und Ernährungsberatung zu den in der Klinik behandelten gastroenterologischen, chirurgischen und onkologischen Krankheitsbildern
 - Mitwirkung in dem aktuellen Projekt „Mangelernährung“ mit standardisiertem Scoring, Assessment und individueller Ernährungsberatung einschließlich Auswertung von Ernährungsprotokollen, Anwendung von Scoresystemen etc.
 - die Fort- und Weiterbildung des Pflegepersonals zu diabetologischen und ernährungsrelevanten Themen
 - Wir erwarten von Ihnen:
 - Sie sind bereits Diätassistent*in und/oder Diabetesassistent*in DDG (m/w/d) und Sie verfügen bereits über Erfahrungen in der Diabetologie und/oder Ernährungsmedizin.
 - Sie sind kommunikationsstark, teamfähig, kollegial und haben Freude an der Arbeit mit Patient*innen.
 - Sie verfügen über gute EDV-Kenntnisse.
 - Sie möchten aktiv und kreativ die weitere Zukunft in einem motivierten Team mitgestalten.
 - Wir bieten Ihnen:
 - ein modernes und innovationsfreudiges Umfeld
 - ein verantwortungsvolles und abwechslungsreiches Aufgabengebiet mit einem hohen Maß an Gestaltungspotenzial
 - flache Hierarchien und schnelle Entscheidungswege
 - eine kollegiale Arbeitsatmosphäre mit qualifizierten, multiprofessionellen Teams
 - eine leistungsgerechte, attraktive Vergütung
 - Privatpatienten-Komfort durch kostenfreie Mitarbeiter-Zusatzversicherung
 - Qualitrain-Firmenfitness-Angebot mit Arbeitgeberzuschuss
 - einen Arbeitsplatz in einer anspruchsvollen Region mit vielen Freizeitmöglichkeiten, kulturellen Angeboten und einer guten Verkehrsanbindung und Parkplätzen
- Sie fühlen sich angesprochen? Dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbungsunterlagen per E-Mail (im pdf-Format).

NACHFOLGE GESUCHT

Bindlach, 15.08.2022

Allgemeinmedizin/Internist/Diabetologie (m/w/d)

- Praxisbezeichnung: Gemeinschaftspraxis/Diabetologische Schwerpunktpraxis Dres. med. Hefner
- Adresse: Künßbergweg 2, 95463 Bindlach
- Ansprechpartner: Dr. med. Hans-Joachim Hefner, 099208/255, dres.med.hefner@onlinemed.de
- Website: www.diabetes-bindlach.de
- Beschreibung: Wir sind eine hausärztliche Gemeinschaftspraxis mit diabetologischem Schwerpunkt, stadtnah, und suchen einen Nachfolger.

Schifferstadt, 19.07.2022

Allgemeinmediziner*in/hausärztliche/r Internist*in in DSP (m/w/d)

- Praxisbezeichnung: Praxis Dr. Martin Quinttus und Dr. Christian Rolf
- Adresse: Rehbachstraße 23, 67105 Schifferstadt
- Ansprechpartner: Dr. med. Christian Rolf, 06235/98484, team@diabetes-schifferstadt.de
- Website: www.diabetes-schifferstadt.de
- Beschreibung: Nachfolger gesucht ab 2023 oder 2024 für fachübergreifende Gemeinschaftspraxis (hausärztlicher Allgemeinmediziner und fachärztlicher Internist/Diabetologe DDG). Die Praxis ist als Diabetologikum DDG zertifiziert und verfügt über eine diabetologische Fußambulanz und ein Schulungszentrum mit zwei Diabetesberaterinnen und zwei Wundexpertinnen. Diabetologische Vorkenntnisse sind nicht zwingend erforderlich.



Weitere Nachfolgesuche jetzt online finden:
www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung/jobboerse/nachfolger

MEDICAL TRIBUNE

Jetzt kostenlos abonnieren
bit.ly/316X6Dz

DiabetesLetter für Fachärzt:innen

Medical Tribune hält Sie auf dem Laufenden!

Der DiabetesLetter der Medical Tribune ist speziell auf den Informationsbedarf von diabetologisch tätigen und interessierten Ärzt:innen ausgerichtet und verschafft einen raschen sowie nachhaltigen Überblick.

Wohin bewegt sich die Diabetologie?
Der DiabetesLetter für Haus- und Fachärzt:innen informiert Sie über:

- aktuelle Kongresse der Diabetologie
- Diabetestechnologie und Digitalisierung
- Kongress-Highlights im Video-Format
- interdisziplinäre Ansätze
- Neuigkeiten aus der internationalen Literatur



Diesen Newsletter auf bit.ly/316X6Dz jetzt kostenlos abonnieren.



Versand zweiwöchentlich

BUNTES

Ein Pixi-Buch, das weiterhilft

Diabetes anschaulich erklärt

NEUHERBERG. Viele Menschen, ob groß oder klein, wissen nur wenig darüber, was es bedeutet, wenn ein Kind Diabetes hat. In einem neuen Pixi-Buch werden die Grundlagen erklärt.

In Kindersendungen wie der „Sendung mit der Maus“ oder „logo!“ Dinge einmal grundlegend erklärt bekommen – dafür sind viele Erwachsene insgeheim sehr dankbar. Und so ist auch das neue Pixi-Buch „Finn hat Diabetes“ eben nicht nur für Kinder eine tolle Gelegenheit, mehr über Typ-1-Diabetes zu erfahren. Das kleine Buch, ganz klassisch im Pixi-Format von 10 x 10 cm, schafft es auf 24 Seiten, Kindern mit Typ-

1-Diabetes, ihren Freund*innen in Kindergarten und Schule, aber auch Erwachsenen aus der Familie oder aus anderen Lebensbereichen, mit Bildern und kurzen Texten anschaulich zu erklären, welche Symptome auftreten können und was im Körper geschieht. Außerdem wird aufgezeigt, dass Kinder mit Diabetes genauso leistungsfähig sind wie Kinder ohne Diabetes. Finn z.B. möchte so gerne an der Kinderolympiade beim Sommerfest seines Kindergartens teilnehmen – und freut sich sehr, als er als erster über die Ziellinie läuft!

Am Buch mitgearbeitet haben außer Illustratorin Steffi Krohmann und Autorin Petra Klose das Institut für Diabetes Forschung am Helmholtz Zentrum München, das Kinder- und Jugendkrankenhaus Auf der Bult, das Zentrum für Regenerative Therapien Dres-

Mit dabei

An „Finn hat Diabetes“ haben viele mitgearbeitet – u.a. das Helmholtz Zentrum München.

Fotos: © Carlsen Verlag GmbH

den, das nationale Diabetesinformationsportal diabinfo.de, das Deutsche Zentrum für Diabetesforschung, das Forschungsnetzwerk Fr1da, der AOK Bundesverband und der Deutsche Diabetiker Bund. So können alle, die das Buch lesen, vorlesen oder weitergeben, sicher sein, dass die Informationen darin verlässlich sind.

Mehr über das Pixi-Buch „Finn hat Diabetes“ erfahren Sie auf www.diabinfo.de.



+++ Die nächste Ausgabe der diabeteszeitung erscheint am 18. November +++