

diabeteszeitung

7. Jahrgang • Nr. 11 • 7820 • 18. November 2022

Herausgegeben von der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)



Fotos: Andreas Friese, Tarik Vision – stock.adobe.com, New Africa – stock.adobe.com

Raus aus der Steinzeit

Pläne für die Digitalisierung

BERLIN. Die Digitalisierung im Gesundheitswesen läuft nicht gerade reibungslos. Doch Dr. Susanne Ozegowski sieht Chancen für den Weg heraus aus der „digitalen Steinzeit“.

Dr. Susanne Ozegowski ist seit April Leiterin der Abteilung „Digitalisierung und Innovation“ im Bundesgesundheitsministerium; vorherige berufliche Stationen waren die Techniker Krankenkasse und der Bundesverband Managed Care. Sie sagt: „Wir brauchen den Schub nach vorne.“ Sie möchte, dass die ePA bei den Menschen an-

kommt und hofft auf eine gemeinsame Vision von Digitalisierung, spricht konkret über das Gesundheitsdatennutzungsgesetz und das E-Rezept – und hat einen guten Tipp, wie im Gesundheitswesen Strom gespart werden kann. 16



INTERVIEW MIT DR. SUSANNE OZEGOWSKI

Anpassungen machen's leichter

BERLIN. Für die Zertifikate „Diabeteszentrum DDG“, „Diabetologikum DDG“ und „Klinik für Diabetespatienten geeignet DDG“ sind kürzlich aktualisierte Richtlinien in Kraft getreten. Vieles ist angepasst worden, vieles wurde erleichtert, alles auf Basis der aktuellen evidenzbasierten medizinischen Behandlungsstandards. Ein Überblick auf Seite 5

Bremse statt Fortschritt

Bundesregierung kürzt die Diabetes-Mittel um 64 Prozent

BERLIN. Ursprünglich waren im Haushaltsplan 2023 der Bundesregierung drei Millionen Euro jährlich für die Diabetes-Prävention und -Versorgung vorgesehen. Nun wurde auf die Kostenbremse getreten und die Summe um 64 Prozent gekürzt. Statt drei

Millionen jährlich kann das Bundesministerium für Gesundheit für die Diabetesbekämpfung nun nur noch 3,2 Millionen auf drei Jahre verteilt ausgeben. „Der Haushaltsentwurf bremst damit viele sinnvolle Maßnahmen zur Diabetes-Prävention und

-Versorgung brutal aus – und das durch die Hintertür“, sagt DDG-Präsident Professor Dr. med. Andreas Neu. Vergeblich hatte die DDG im Vorfeld des Haushaltsentwurfs das Gespräch mit Gesundheitsminister Karl Lauterbach gesucht.

Natürlich rückt mit der Kürzung der Finanzmittel im aktuellen Haushaltsentwurf die Konkretisierung und Umsetzung der Diabetesstrategie in immer weitere Ferne. Die DDG befürchtet außerdem eine Kostenexplosion und Versorgungsengpässe. 4

Promotion mit Rückenwind

BERLIN. Wer eine Doktorarbeit im Bereich Diabetologie plant, kann sich um ein Promotionsstipendium der DDG bewerben. Drei Stipendiatinnen erzählen, wie sie sich beworben und vom Stipendium profitiert haben. Erfreulich: Zwei der drei jungen Frauen wollen auch nach ihrer Promotion der Diabetologie treu bleiben! 17

MedTriX^{Group}

Zwei Gesellschaften, zwei Tage, zwei Beine

„Auf einem Bein kann man nicht stehen“ – DDG und DAG laden zur Herbsttagung

WIESBADEN. Aus gutem Grund findet die Diabetes Herbsttagung in diesem Jahr im Schulterschluss mit der Deutschen Gesellschaft für Angiologie (DGA) statt,

davon zeugen u.a. die vielen gemeinsamen Symposien von DDG und DGA am 25. und 26. November. Tagungspräsidenten sind PD Dr. Kilian Rittig für die DDG und

für die DGA Dr. Berthold Amann. Insgesamt können die Teilnehmenden während der hybriden Veranstaltung zwischen rund 60 Symposien und 18 Workshops wählen,

vor Ort gibt es außerdem besondere Services, z.B. für Eltern, und eine tolle Standaktion. Und: Besonders interessant sind die praxisnahen Workshops vor Ort! 11,12

Seite 9 Globaler Index für Typ-1-Diabetes

NEW YORK. Neue Daten und Erkenntnisse zur weltweiten Ausbreitung von Typ-1-Diabetes liefert ein neuer globaler Index. Ausgewiesen werden auch die „verlorenen Gesundheitsjahre“.

Die Tagung individuell planen



25.–26. November (Programm der DGA beginnt am 24.11.). Welche Veranstaltungen Sie besuchen möchten, planen Sie bequem über die Website oder die DDG App. www.herbsttagung-ddg.de

Seite 18 Katsch-Medaille für Apotheker Krüger

KREFELD. Manfred Krüger setzt sich seit Jahrzehnten dafür ein, dass Menschen mit Diabetes in der Apotheke gut betreut werden. Und auch in Bangladesch engagiert er sich schon lange. 3

5,4 Millionen Euro für DigIn2Perio

HEIDELBERG. Obwohl die Wechselwirkungen zwischen den beiden Erkrankungen längst bekannt sind, laufen Erkennung und Behandlung von Diabetes und Parodontitis in Deutschland meist getrennt. Das Projekt DigIn2Perio versucht, diese Versorgungslücke zu schließen – mit einer neuen Versorgungsform an der Schnittstelle zwischen Human- und Zahnmedizin, die im Erfolgsfall in die Regelversorgung überführt werden könnte. 3

»Zusammenarbeiten – und aufmerksam bleiben«

Gemeinsam etwas erreichen, fördern und fordern – Beispiele sind die Herbsttagung, die Unterstützung von Doktorand*innen, aber auch die Forderungen an die Politik

News & Fakten

Diabetes und Parodontitis vernetzt behandeln: das Modellprojekt Dign-2Perio; Medizin-Ticker; Streichung von Haushaltsmitteln zur Diabetes-Prävention und -Versorgung; Projektförderungen der DDG; Richtlinienanpassung bei der Zertifizierung; Diabeteszentrum MITS in Dresden; Diabetes-Charity-Gala; Podcast O-Ton Diabetologie; Umfrage für den D.U.T-Report 2023; Neuer globaler Index für Typ-1-Diabetes; Neuigkeiten aus der Diabetesforschung 3–10

Kongress aktuell

Diabetes Herbsttagung: Gut zu wissen; Workshop-Highlights von DDG und DGA; EASD: dedoc-Symposium zur Diabetes Online Community; Gewichtsverlust für die Remission unerlässlich; Interview mit Studienleiter Prof. Dr. Christoph Wanner zu aktuellen Ergebnissen der EMPA-KIDNEY-Studie 11–15

Das Interview

Dr. Susanne Ozegowski, Leiterin der Abteilung „Digitalisierung und Innovation“ im BMG 16

Im Blickpunkt

Promotion mit Rückenwind: das Promotionsförderprogramm der DDG; Porträt Manfred Krüger, Träger der Gerhardt-Katsch-Medaille 2022; Serie „Green Diabetes“: die Sicht der Industrie; Klinikum für Endokrinologie, Stoffwechsel und klinische Chemie am Universitätsklinikum Heidelberg rezertifiziert 17–21

Medizin & Markt

Berichte aus der Industrie 22–23

Forum Literatur

Metaboliten geben Risiko für Herzinsuffizienz preis; Exenatid für Kinder; GLP1-Rezeptoragonisten oder SGLT2-Hemmer?; Hybrid Closed Loop im Alltag 24–25

Kurznachrichten

Neu- oder rezertifizierte Arztpraxen; neue Diabetologinnen und Diabetologen DDG 27

Weiterbildung & Qualifikation

Diabetesberater*in DDG; Diabetesassistent*in DDG; „Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG“; Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG; Diabetespflegefachkraft DDG (Klinik); Diabetespflegefachkraft DDG (Langzeit); Wundassistent*in DDG; Seminare Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung in der Diabetologie; Fachpsycholog*in DDG; 80-Std.-Kurs Klinische Diabetologie 28–29

Job- & Praxenbörse

Stellenangebote; Nachfolge gesucht 30–31

Buntes 32

Liebe Leserinnen und Leser,

bald ist es so weit: Ende November findet die Diabetes Herbsttagung statt. Vom 25. – 26. November können Sie im RheinMain Congress Center in Wiesbaden rund 60 Symposien und 18 Workshops besuchen, sich an den Ständen über Neuigkeiten informieren, sich fachlich austauschen, neue Kontakte knüpfen und schon bestehende auffrischen. Wer nicht nach Wiesbaden kommen kann, hat die Möglichkeit, online an dieser gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Angiologie ausgerichteten Herbsttagung teilzunehmen – alle sind herzlich willkommen!

»Im Fokus der Diabetes Herbsttagung: die Zusammenarbeit von Angiologie und Diabetologie«

Das Motto der Tagung lautet: „Auf einem Bein kann man nicht stehen“ – und das aus gutem Grund, wissen die beiden Tagungspräsidenten, Dr. Berthold Amann für die DGA und PD Dr. Kilian Rittig für die DDG, und sagen: „Nur durch die fruchtbare und niederschwellige Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen können wir der zunehmenden Komplexität der Medizin und damit unseren Patient*innen gerecht werden.“ Es lohnt sich also, teilzunehmen und die Zusammenarbeit zu vertiefen! Und wer noch nicht angemeldet ist, kann dies noch ganz kurzfristig nachholen. Lesen Sie mehr über nützliche Organisations-Tools für die Tagung und die praxisnahen Workshops auf den Seiten 11 und 12.

»Promotion mit Rückenwind – mit dem Förderprogramm der DDG«

Die Tagungspräsidenten der Diabetes Herbsttagung sprechen sich mit dem Motto „Auf einem Bein kann man nicht stehen“ auch für die doppelte Ausbildung Diabetologie/Angiologie aus – die sie übrigens beide durchlaufen haben. Ein Baustein dafür



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

könnte eine Promotionsförderung der DDG sein. Drei junge Frauen schildern, wie sie von dieser Förderung profitiert haben und wie man sich bewirbt – all das auf Seite 17.

»Diabetes-Prävention und -Versorgung: Finanzielle Mittel werden stark gekürzt«

Wie wichtig es ist, aufmerksam zu sein, zeigt der Gesetzentwurf der Bundesregierung für das Haushaltsjahr 2023. Neun Mal kommt in dem über 3.000 Seiten starken Werk das Wort „Diabetes“ vor, und es ist die Rede davon, dass u.a. bestehende Versorgungsangebote weiterentwickelt werden sollen. Wer genau hinschaut, bemerkt allerdings,

dass all das mit weniger finanziellen Mitteln geschehen soll als bisher: Die Summe wurde gekürzt, nämlich von bisher drei Millionen jährlich auf nun 3,2 Millionen verteilt auf drei Jahre. Was bedeutet das für die Menschen mit Diabetes, was bedeutet das für diejenigen, die ein Risiko tragen, Diabetes zu entwickeln, was bedeutet das für unsere Arbeit? Erfahren Sie mehr dazu auf Seite 4.

»E-Rezept, ePA, Digitalstrategie – was gibt es Neues, was ist zu erwarten?«

Seit einigen Monaten ist Dr. Susanne Ozegowski Leiterin der Abteilung für Digitalisierung und Innovation im Bundesgesundheitsministerium. Wie sie mit schlechten Nachrichten umgeht – die es in ihrem Bereich ja öfter gibt –, ob es beim E-Rezept oder der digitalen Patientenakte einen Neustart gibt und wie Fachgesellschaften sich einbringen können, erklärt sie im Interview auf Seite 16.

Ganz herzlich Ihr

Prof. Dr. Andreas Neu

diabetes
zeitung

© 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: 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 die/
der Urheber*in damit einverstanden, dass ihr/sein Beitrag
ganz oder teilweise in allen Printmedien und elektronischen
Medien der MedTriX GmbH, der verbundenen Verlage sowie
Dritter veröffentlicht werden kann.

Beilagen: Lilly, diabetesDE - Deutsche Diabetes-Hilfe

www.blauer-engel.de/uz195

Dieses Druckerzeugnis wurde mit dem
Blauen Engel ausgezeichnet





Hoher Zucker, lockere Zähne: Diabetes und Parodontitis vernetzt behandeln!

„DigIn2Perio“ fördert digitale integrierte Versorgung von Menschen mit Typ-2-Diabetes und Parodontitis

HEIDELBERG. Das Zahnfleisch geht zurück, die bakterielle Entzündung greift den Kieferknochen an, die Zähne werden locker und fallen aus: Parodontitis, eine chronische Entzündung des Zahnhalteapparats, ist bei Erwachsenen die häufigste Ursache für Zahnausfall. Bei Menschen mit Typ-2-Diabetes tritt sie sogar zwei- bis dreimal häufiger auf. Das neue Projekt „DigIn2Perio“ will diesen Teufelskreis durchbrechen.

Parodontitis und ein erhöhter Blutzuckerspiegel bei Diabetes gehen oft ein bedrohliches Wechselspiel ein, dem das Projekt „Digital Integrierte Versorgung von Diabetes mellitus Typ 2 und Parodontitis“ kurz „DigIn2Perio“ den Zahn ziehen will. Unter der Leitung von Prof. Dr. Dr. STEFAN LISTL, Oberarzt in der Poliklinik für Zahnerhaltungskunde und Leiter der Sektion Translationale Gesundheitsökonomie am Universitätsklinikum Heidelberg (UKHD) setzen die Projektbeteiligten auf digitale Vernetzung der haus- und zahnärztlichen Versorgung. Verbessert werden soll

vor allem die Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit in der Regelversorgung der gesetzlichen Kassen. Das Projekt wird für vier Jahre mit rund 5,4 Millionen Euro aus dem Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gefördert.

Diabetes und Parodontitis: meist getrennt behandelt

Aktuelle Studien zeigen: Patient*innen mit Typ-2-Diabetes (T2DM) erkranken zwei- bis dreimal häufiger an Parodontitis als die Allgemeinbevölkerung. Die gefährliche Entzündung des Zahnhalteapparats bleibt dennoch häufig unentdeckt. Beson-

ders fatal ist, dass eine dauerhafte Erhöhung des Blutzuckerspiegels nicht nur das Parodontitis-Risiko steigert, sondern gleichzeitig auch ein schnelleres Fortschreiten einer Parodontitis fördert und umgekehrt – durch die anhaltenden Entzündungen bei Parodontitis werden Botenstoffe in den Körper freigesetzt, die sich negativ auf den Blutzucker auswirken und das Risiko für diabetische Komplikationen erhöhen können. Obwohl diese Wechselwirkungen längst bekannt sind, laufen Erkennung und Behandlung von Diabetes und Parodontitis in Deutschland meist getrennt voneinander ab. Das Projekt DigIn2Perio versucht, diese Versorgungslücke zu schließen – mit einer neuen Versorgungsform an der Schnittstelle zwischen Human- und Zahnmedizin. In einem digital unterstützten Screening prüfen derzeit Hausärzt*innen, ob bei Betroffenen mit Typ-2-Diabetes Verdacht auf Parodontitis besteht, während Zahnärzt*innen ihre Parodontitis-Patient*innen auf ein erhöhtes Diabetes-Risiko testen. Wird ein Fall erkannt, bei dem beides zutrifft, folgt ein beratendes Arztgespräch und eine Überweisung zur Parodontitis- bzw. Diabetes-Versorgung wird veranlasst. Das

»Screening bei Human- und Zahnmedizin«

Ergebnis des Screenings wird dann in der elektronischen Patientenakte vermerkt, um den Datenaustausch zu vereinfachen. Ob sich dieses Vorgehen zur systematischen Früherkennung eignet und inwieweit sich die Erkrankungslast bei T2DM bzw. Parodontitis bessert, untersuchen die Projektbeteiligten in zwei parallelen Studien im Hausarzt- und Zahnarztsetting, in die rund 400 Praxen in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen eingebunden sind. „Bei erhöhtem Risiko können eine elektronische Überweisung zur Mitbehandlung an die jeweilige Fachrichtung veranlasst sowie relevante Daten zu Behandlung und Therapie weitergeleitet werden“, erklärt Prof. Stefan Listl. „Für Patientinnen und Patienten kann dadurch eine zeitnahe Behandlung der jeweiligen Begleiterkrankung eingeleitet werden.“

In der „Heidelberger Studie“ wird zum einen geprüft, ob die neue Versorgungsform zur systematischen Früherkennung beider Erkrankungen sinnvoll ist, zum anderen, inwieweit sie sich von der derzeitigen Regelversorgung der gesetzlichen Krankenkassen unterscheidet. Dabei werden Faktoren wie Krankheitslast, Lebensqualität, Inanspruchnahme sowie zahn- und hausärztliche Vergütung beurteilt.

Das Ziel: Digital integrierter Ansatz wird zur Regelversorgung

„Im Erfolgsfall könnte die digital integrierte Versorgung von Diabetes mellitus Typ 2 und Parodontitis in die Regelversorgung überführt werden“, ergänzt der Projektleiter. „Dadurch würde sie zu einer medizinischen Versorgung, die allen gesetzlich Versicherten zusteht.“ Konsortialpartner des Projekts sind das aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, die Universitätsklinik Bonn und Düsseldorf sowie die Techniker Krankenkasse. Als Kooperationspartner für digitale Anwendungen ist die Phellow Seven GmbH am Projekt beteiligt.

Angela Monecke
Universitätsklinikum Heidelberg, G-BA

»Bei Typ-2-Diabetes tritt Parodontitis zwei- bis dreimal häufiger auf

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



Antihypertensiva: Morgens oder abends einnehmen?

Eine kontrollierte randomisierte Studie aus Großbritannien kam zu dem Ergebnis: Wann man die blutdrucksenkenden Medikamente einnimmt, ist egal. In einer Stellungnahme stimmt die Deutsche Hochdruckliga dem zu; mehr unter www.hochdruckliga.de.

75 %

der Bevölkerung in Deutschland finden die nächste Hausarztpraxis und 67 % die nächste öffentliche Apotheke in einem Umkreis von 1.000 Metern.

Studie zum Essverhalten bei Typ-1-Diabetes gestartet

An der Mainzer Johannes Gutenberg-Universität hat die Abteilung für Gesundheitspsychologie „DEBBI – Dysfunktionales Essverhalten und Essstörungen bei Diabetes Typ 1“ gestartet. Für die Online-Studie werden Teilnehmer*innen gesucht: soscisurvey.de/debbi.

»Fortschritt wagen« sieht anders aus

DDG: Haushaltsentwurf 2023 befeuert Engpässe in der Diabetesversorgung und Kostenexplosion im Gesundheitswesen

BERLIN. Ursprünglich waren im Haushaltsplan 2023 der Bundesregierung drei Millionen Euro jährlich für die Diabetes-Prävention und -Versorgung vorgesehen. Nun wurde auf die Kostenbremse getreten und die Summe um ganze 64 Prozent gekürzt. Gesundheitspolitik mit Weitsicht – Fehlanzeige, meint die Deutsche Diabetes Gesellschaft.

Besonders bitter: 2020 hatte sich die Bundesregierung verpflichtet, mit einer Nationalen Diabetesstrategie die Prävention zu stärken, die Versorgung zu verbessern und die Forschung zu fördern. So sollte die Überlastung des Gesundheitssystems vermieden werden, um die Diabetes-Pandemie einzudämmen und eine damit einhergehende Überlastung des Gesundheitssystems zu vermeiden. Die DDG kritisiert den mangelnden Willen der Politik, gemachte Zusagen umzusetzen und eine Gesundheitspolitik mit Weitsicht zu betreiben.

Über 8,5 Millionen Menschen in Deutschland haben einen diagnostizierten Diabetes Typ 2. Mit circa 500.000 Neuerkrankungen jährlich werden bis 2040 schätzungsweise 12 Millionen Menschen in Deutsch-

land betroffen sein. Bereits 2012 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Diabetes als pandemische nichtübertragbare Krankheit eingeschätzt und nationale Strategien zur Diabetesbewältigung angemahnt. Ein wichtiges Ziel ist es daher, die Zahl der Neuerkrankungen zu senken.

Gezielte Präventionsmaßnahmen sollen es allen Menschen in Deutschland leichter machen, sich gesund zu ernähren. Die DDG spricht sich daher bereits seit Jahren für die steuerliche Entlastung von Obst und Gemüse sowie eine Herstellerabgabe auf gesüßte Erfrischungsgetränke aus. Auch die Versorgung Millionen Erkrankter muss zukunftsicher weiterentwickelt werden: Heute schon kommen jährlich 300.000 Patientinnen und Patienten mit Diabetes ins Kranken-

haus und können immer häufiger nicht angemessen versorgt werden: Viele Krankenhäuser halten keine Fachabteilungen und Expertise für Diabetes vor.

Sinnvolle Maßnahmen werden brutal ausgebremst

Während dem Bundesministerium für Gesundheit seit dem Haushaltsjahr 2016 zusätzliche drei Millionen Euro jährlich für Maßnahmen der Diabetesbekämpfung zur Verfügung standen, sind es jetzt 3,2 Millionen Euro auf drei Jahre verteilt. „Der Haushaltsentwurf bremst damit viele sinnvolle Maßnahmen zur Diabetes-Prävention und -Versorgung aus – und das durch die Hintertür“, so DDG-Präsident Professor Dr. med. ANDREAS NEU, kommissarischer ärztlicher Direktor an der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Universitätsklinikum Tübingen.

Mit der Kürzung der Finanzmittel im aktuellen Haushaltsentwurf rückt die Konkretisierung und Umsetzung der Diabetesstrategie in immer weitere Ferne. „Wenn Maßnahmen im Kampf gegen Diabetes reduziert statt ausgebaut werden, wird das zu einer weiteren Kosten-

Das wird zu einer weiteren Kostenexplosion führen.

Barbara Bitzer
Geschäftsführerin der DDG

explosion im Gesundheitssystem führen“, kritisiert BARBARA BITZER, Geschäftsführerin der DDG. Schon heute verursacht die Krankheit 21 Milliarden Euro Kosten im deutschen Gesundheitssystem, das sind elf Prozent aller direkten Krankenversicherungsausgaben. Der überwiegende Anteil entfällt auf die Behandlung von Folgeerkrankungen durch Diabetes an Gefäßen, Herz, Nieren oder Augen. „Außerdem wird es zu Versorgungsengpässen kommen, da die stetig steigende Zahl erkrankter Menschen in Zukunft aufgrund des Fachkräftemangels nicht mehr angemessen versorgt werden kann“, kritisiert DDG-Mediensprecher Professor Dr. med. BAPTIST GALLWITZ.

Schon im Vorfeld das Gespräch mit Minister Lauterbach gesucht

Schon im Vorfeld des Haushaltsentwurfs hatte die DDG vergeblich das Gespräch mit Gesundheitsminister KARL LAUTERBACH gesucht. „Die wiederkehren-

Weil Fachkräfte fehlen, wird es zu Versorgungsengpässen kommen.

Prof. Baptist Gallwitz
Mediensprecher der DDG

Weiterführende Informationen

- **Übersicht zu den politischen Forderungen der DDG:** www.ddg.info/politik/veroeffentlichungen/gesundheitspolitische-veroeffentlichungen
- **Entwurf eines Gesetzes über die Feststellung des Bundeshaushaltsplans für das Haushaltsjahr 2023 (Haushaltsgesetz 2023):** dserver.bundestag.de/btd/20/031/2003100.pdf

den Absagen deuten darauf hin, dass das Ministerium das Problem nicht erkannt hat und die Auswirkungen der chronischen Krankheit weiter unterschätzt. Der vorliegende Haushaltsplan macht das auf dramatische Weise deutlich“, so Bitzer.

Noch wäre Zeit, die Pläne anzupassen: Die DDG-Expertinnen und Experten stehen gerne bereit, gemeinsam mit dem Bundesgesundheitsministerium über die

Maßnahmen für Prävention und Versorgung zu sprechen, die in der jetzigen, wirtschaftlich angespannten Situation unverzichtbar sind und daher zwingend finanzielle Unterstützung benötigen.

DDG/dz

Bewerbung um DDG-Projektförderungen bis 30. November

Die Fachgesellschaft unterstützt Forschungsprojekte aus verschiedenen diabetologischen Bereichen finanziell

BERLIN. Forschende Mediziner*innen und Wissenschaftler*innen können sich noch bis Ende November um eine Projektförderung der DDG für das Jahr 2023 bewerben.

Um eine Förderung bewerben können sich Forschende aus dem deutschsprachigen Raum. Dafür müssen sie Mitglied der DDG sein; für Studierende bis zum 28. Lebensjahr ist die Mitgliedschaft kostenfrei.

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 Mittel entscheidet die vom Vorstand der DDG eingesetzte Jury zur Förderung wissenschaftlicher Projekte. Gefördert werden sollen vor allem junge Antragsteller*innen.

Unterstützt werden Projekte mit bis zu 30.000 Euro.

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. Bewerben für die Adam-Heller-Projektför-

derung können sich deutschsprachige Naturwissenschaftler*innen, medizinisches Fachpersonal, Nachwuchswissenschaftler*innen und Doktorand*innen. Stifter ist die Abbott Deutschland GmbH, dotiert ist diese Förderung mit 20.000 Euro. Konkret geht es hier um Forschung, die eine besondere Relevanz für die Verbesserung und Weiterentwicklung des Stoffwechselmonitorings im Diabetesmanagement hat.

DDG/dz

Informationen zur Bewerbung und Hilfestellungen

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.

www.ddg.info/forschung/projektforderung



Auf 3,2 Millionen Euro verteilt auf drei Jahre wurden die Diabetes-Mittel gekürzt.
Foto: fotomek – stock.adobe.com

Antragstellung und Re-Zertifizierung ab sofort einfacher

Aktualisierte Richtlinien enthalten umfangreiche Anpassungen und fokussieren auf Qualität

BERLIN. Für die Zertifikate „Diabeteszentrum DDG“, „Diabetologikum DDG“ und „Klinik für Diabetespatienten geeignet DDG“ sind am 1. Oktober aktualisierte Richtlinien in Kraft getreten. Es kam zu umfangreichen Anpassungen und Erleichterungen, z.B. bei Hospitationen.

Die Richtlinien-Anpassungen für die Zertifikate berücksichtigen die aktuellen evidenzbasierten medizinischen Behandlungsstandards, teilt die DDG mit. Erleichtert wurden Antragstellung und Re-Zertifizierung. Nachfolgend die wichtigsten Änderungen:

Diabeteszentrum & Diabetologikum:

- Hospitationen: Die Entfernungsregel entfällt. Hospitationen von Mitgliedern des Diabetesteam, die sich noch in Weiterbildung befinden, werden anerkennungsfähig. Das heißt: Hospitationen zum Erwerb der Anerkennung Diabetolog*in DDG, Diabetesberater*in DDG oder Diabetesassistent*in DDG sind doppelt anerkennungsfähig – für

die Weiterbildung und für die Zertifizierung der Einrichtung.

- Passive Hospitationen können ab der 2. Re-Zertifizierung durch Teilnahme am QSW-Workshop „Ersatz passive Hospitation“ des jährlichen DDG-Kongresses ersetzt werden.
- Kooperationsverträge entfallen und werden durch eine Visualisierung des individuellen Schnittstellenmanagements ersetzt, das sich als Notfallplan im Praxis- bzw. Klinikalltag nutzen lässt.
- Einrichtungen mit mehreren Standorten oder Berufsausübungsgemeinschaften können die Zertifizierung über ein gemeinsames Formular beantragen (kombinierter Antrag statt mehrerer Einzelanträge, die Mehrfacheinreichung von Unterlagen erübrigt sich demnach).
- Mehrzentren-Anerkennungen werden günstiger.
- Bei Personalwechseln innerhalb des Anerkennungszeitraums, die zum Verlust der Anerkennung

»Hospitationen: Entfernungregel entfällt«

führen würden, dürfen zur Aufrechterhaltung der Gültigkeit auch Fachärzt*innen oder medizinisches Assistenzpersonal in

diabetologischer Weiterbildung kurz vor erfolgreichem Abschluss (< 6 Monate) berücksichtigt werden.

- Das Einreichen von Wiederholungsanträgen über das Zertifizierungsportal wird deutlich bequemer durch ein vorausgefülltes Antragsformular und den Verzicht auf die erneute Einreichung nichtverjährender Dokumente, z.B. der Qualifizierungsurkunden für das Diabetes-Fachpersonal.

Klinik für Diabetespatienten geeignet

- Verbesserung der Strukturqualität durch verpflichtende Anstellung eines/einer DM-versierten Arztes/Ärztin in der Klinik.
- Das modulare Grundcurriculum zur Schulung der diabetesversierten Pflegekräfte kann als Präsenz- oder Online-Fortbildung durchgeführt werden. Auffrischungen sind ebenfalls digital möglich.
- Präzisierung der Qualifizierungsanforderung für Pflegende: Es sind mindestens 2 VZ diabetesversierte Pflegekräfte/Station oder 1 VZ/20 Betten vorzuhalten.
- Das Darlegen der Fallzahlen mit neu entdecktem Diabetes, aufgeschlüsselt nach Diabetes-Typ, wird verpflichtend, ermöglicht eine bessere Datenauswertung sowie Sicherstellung der transsektoralen Weiterbehandlung.
- Wiederholungsanträge sind über das Zertifizierungsportal mit reduziertem Dokumentennachweis möglich (s. o.).

„Auch Richtlinien müssen sich Veränderungen in der Versorgung anpassen und praktikable Lösungen regelhaft machen. Dies ist gelungen!“, erklärt Prof. Dr. DIRK MÜLLER-WIELAND vom Ausschuss QSW.

DDG/amo

Hier geht es zu den Zertifizierungen:

www.ddg.info/behandlung/zertifizierung



Gelebte Translation in besonderer Architektur

Diabetes-Zentrum MITS nimmt in Dresden den Betrieb auf

DRESDEN. Im Oktober wurde das neue Zentrum für Metabolisch-Immunologische Erkrankungen und Therapietechnologien Sachsen (MITS) der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden und des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden offiziell eröffnet. Woran wird in dem Zentrum künftig geforscht?

Der hochmoderne Forschungsneubau gibt Expert*innen der Inneren Medizin, der Endokrinologie, der Immunologie, der Chirurgie, der Transplantationsmedizin, der

Zellbiologie und der Materialwissenschaften eine neue Arbeitsstätte. Bund und Land haben den Neubau mit Investitionen über 35 Millionen Euro finanziert.

Forschung am Bioreaktor mit Betazellen vom Schwein

Im Zentrum werden auch die wissenschaftlichen Arbeiten am Bioreaktor fortgeführt: „Man kann ihn sich wie einen Herzschrittmacher vorstellen. Eine kleine Dose von fünf bis sechs Zentimetern Durchmesser, die auf das Bauchfell, also unter die Haut, transplantiert wird“, sagt Prof.

STEFAN R. BORNSTEIN, Sprecher des MITS. In der Dose sind Betazellen z.B. vom Schwein verpackt und vor den Abwehrmechanismen des menschlichen Körpers geschützt. Der Reaktor kann selbstständig nach Bedarf Insulin produzieren und an den Körper abgeben.

Darüber hinaus ist es das Ziel der Expert*innen im MITS, Folgeerkrankungen zu verhindern und die Regeneration der Zellfunktionen zu ermöglichen. „Und wir wollen die neuen Technologien und Therapien auch an den Patientinnen und Patienten anwenden“, so Prof. Bornstein.

Davon, dass das Zentrum translational ausgerichtet ist, profitiert auch Prof. MICHELE SOLIMENA, Sprecher des Paul-Langerhans-Instituts Dresden am DZD und Professor für Molekulare Diabetologie an der Medizinischen Fakultät Dresden. Mit seinem Team erforscht er die Funktionsweise der Betazellen und verschiedene Forschungsgruppen arbeiten bereits



daran, die im Bioreaktor eingesetzten Zellen weiter zu verbessern.

dz/TU Dresden

Kay-Sölve Richter: »Nicht jeder Typ-2-Patient hat undiszipliniert gelebt!«

Diabetes-Charity-Gala mit Stars, Influencer*innen und viel Aufklärung | Keynote von TV-Journalistin

BERLIN. Sie heißen „Ketoazidose-Präventionsprogramm aus Sachsen“, „Awareness-kampagne #SagEsLaut“ und Notfalltelefon „Dia-Engel“. So vielseitig und originell wie diese Projektideen präsentierten sich auch die diesjährige Diabetes-Charity-Gala mit rund 300 Gästen, darunter TV-Stars und Influencer*innen, Vertreter*innen aus Politik und Industrie sowie jede Menge spürbarer Diabetes-Aufklärung.



1: Schauspielerin Tanja Wedhorn mit Dr. Jens Kröger, diabetesDE. Sie zeigte sich beeindruckt von den vielen ideenreichen Projekten, er stellte Forderungen an die Politik, z.B. die Zuckersteuer auf Süßgetränke.



2. Die beiden Preisträger*innen des Thomas-Fuchsberger-Preises (M.). 3: Auch die Politik mischte sich unter die Gäste, hier: MdB Dietrich Monstadt, CDU (2.v.l.).



Fotos: ©diabetesDE/Hasskarl, ©diabetesDE/Jeske, Christian Duda, MedTriX Deutschland

Seit sie sich mit Diabetes befasste, sei ihr bewusst geworden, dass Menschen mit einer chronischen Erkrankung „die stärksten der Welt sind, und was sie den ganzen Tag leisten müssen“: CHARLOTTE „LOTTIE“ MELLAHN ist Moderatorin, Podcasterin und Schauspielerin aus Berlin – und besser bekannt als VISA VIE. Durch eine Corona-Infektion ist sie seit knapp einem Jahr selbst an Typ-1-Diabetes erkrankt, geht offen damit um, klärt auf.

Auf der Bühne wird aufgeräumt – mit Vorurteilen

Lotti alias Visa Vie war eine der Influencer*innen, die wie auch TikTok-Star FIORELLA während der Gala auf der Bühne standen und so dem Event viel Reichweite bescherten: Fotos und Kurzvideos aus dem TIPI am Kanzleramt wurden im Netz sofort geliked und geteilt. Auf Facebook, Instagram, Twitter, YouTube und TikTok berichten diese jungen Stars der sozialen Medien aus ihrem Diabetesleben, erreichen mitunter bis zu 170.000 Follower*innen. Sie machen Mut und tragen aktiv zur Entstigmatisierung des Diabetes bei. Die Online-Community rund um den Typ-1-Diabetes habe in den letzten Jahren „einen wahnsinnigen Sprung erlebt“, erklärte NICOLE MATTIG-FABIAN, Geschäftsführerin von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe. „Relativ sparsam“ gingen dagegen Typ-2-Patient*innen mit den sozialen Medien um. Wegen der



Prominente Projektpat*innen wie Sportmoderator-Legende Waldemar Hartmann (3.v.l.) übergaben die Schecks gemeinsam mit den Vertreter*innen der spendenden Firmen. Knapp 100.000 Euro kamen zusammen.

»Typ 2? Ich schäme mich nicht«

Vorurteile: Hättest du dich mal mehr bewegt, gesünder gegessen, dann wärst du nicht krank. Heute sagen sie aber: „Jetzt reicht’s. Wir wehren uns gegen die Stigmatisierung!“ – und zwar auch auf Social-Media-Kanälen. „Es werden immer mehr und wir sind sehr glücklich über diese Bewegung“, so Mattig-Fabian. Inzwischen würden sich Influencer*innen aus dem Typ-1- auch mit jenen aus dem Typ-2-Bereich vernetzen.

TV-Journalistin KAY-SÖLVE RICHTER räumte ebenfalls mit einem Diabetes-Klischee auf: „Nicht jeder Typ-2-Patient hat undiszipliniert gelebt!“, betonte sie und erhielt spontanen Zwischenapplaus.

HARRY WIJNVOORD, der zusammen mit ANDREA BALLSCHUH moderierte, erklärte: „Ich schäme mich nicht, weil ich Diabetes Typ 2 habe, auch wenn ich vorher Falsches gemacht habe, aber es waren die Gene: Mein Vater, mein Bruder jetzt auch – alles Typ-2er. Ich habe keine Angst vor Schuldzuweisungen, da stehe ich drüber.“ Die Kampagne #SagEsLaut findet er stark. Einer der „Lautsprecher“ ist ANDREAS WARTHA. Seit sei-

ner Typ-2-Diagnose hat er 35 Kilo abgenommen, muss seither keine Tabletten mehr nehmen. Die Politik forderte er auf, die Mehrwertsteuer für Obst und Gemüse zu senken. Dass ein gesundes Ernährungsverhalten schon in Kita und Schule beginnen muss, betonte Dr. JENS KRÖGER, Vorstandsvorsitzender von

diabetesDE. „Es muss cool sein, Wasser zu trinken und nicht Limo!“

Gala-Höhepunkt: die Verleihung des Fuchsberger-Preises

Höhepunkt war die Verleihung des Thomas-Fuchsberger-Preises. Mit dabei: JENNIFER und JULIEN, die Kinder von von THOMAS FUCHSBERGER, der 2010 verstarb. Erstmals ging der Preis an zwei Projekte: an CHRISTA MISCHKE, die das Diabetes-Journal als Hörbuch ehrenamtlich einliest, und an Dr. MARTIN HOLDER für die bundesweite Ketoazidose-Präventionskampagne. Die Laudatio hielt Schauspielerin TANJA WEDHORN, deren Vater wegen seines Diabetes an der Dialyse war. „Ich bin so beeindruckt“, sagte sie über die vielen Initiativen. Das Preisgeld von 10.000 Euro stiftete die MedTriX Group. Knapp 100.000 Euro kamen an Spenden zusammen, die an das „Ketoazidose-Projekt aus Sachsen“, an #SagEsLaut und das Notfalltelefon „Dia-Engel“ gehen. Die Diabetes-Charity-Gala wurde unterstützt von MedTriX, Abbott, Dexcom, IKK classic, Medtronic, Melitta, Wort & Bild und Boehringer Ingelheim. *Angela Monecke*



Andreas Wartha ist ein sog. „Lautsprecher“ der Kampagne #SagEsLaut. Moderator Harry Wijnvoord findet dieses Projekt stark.

Deine Diabetes-Stimme

Um die Menschen mit Typ-2-Diabetes ist es in den sozialen Medien eher ruhig. Ängste, Scham vor Schuldzuweisungen und Stigmatisierung sind groß. Diesen Patient*innen mehr Sichtbarkeit zu geben, ist das Ziel der Awareness-Kampagne #SagEsLaut.

Alle Infos gibt es unter diabetesstimme.de.



In bester Gesellschaft: das MedTriX-Team bei der Gala im TIPI, mit Nicole Mattig-Fabian, diabetesDE, (3.v.l., vorne), Birgit Härtle, Boehringer Ingelheim (1. v.l., vorne), Ariane Schmidt und Anselm Bellia von Doctolib (2. u. 3. v. rechts).



Diabetologie trifft Leistungssport: Prof. Dr. Andreas Neu, DDG-Präsident (r.) mit Lauf-Ass Daniel Schnelting und dessen Frau Christina.

NovoPen® 6 & NovoPen Echo® Plus – digital und smart



Smartpens – ideale Partner für innovative Insuline von Novo Nordisk

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

DE22NPe00031



Für mehr Informationen einfach den QR-Code scannen oder die Website aufrufen:
www.novonordiskpro.de/diabetes/novopen.html

NovoPen® 6))
NovoPen Echo® Plus))

Die zweite Staffel von »O-Ton Diabetologie« ist gestartet

Neue Folgen des Podcastformats mit Gesprächspartnern aus der Diabetologie sind verfügbar



WIESBADEN. Die DDG-Geschäftsführerin Barbara Bitzer und der Präsident der Fachgesellschaft, Prof. Dr. Andreas Neu, sind die ersten beiden Gäste der neuen Staffel des informativen und unterhaltsamen Podcastformats O-Ton Diabetologie.

Podcasts haben mittlerweile einen festen Platz in der Medienlandschaft. Zu allen möglichen (und auch unmöglichen) Themen wird in mindestens einer Podcastreihe gesprochen und debattiert. Für den Bereich der Diabetologie war dieses auditive Format in Deutschland bislang aber eher noch Neuland – zumindest für die Zielgruppe von Personen, die sich beruflich damit beschäftigen.

DDG seit der zweiten Staffel Kooperationspartner

Diese Lücke schließt seit Mai dieses Jahres das Podcastformat O-Ton Diabetologie. In den sieben Folgen der ersten Staffel haben die beiden MedTriX-Redakteure GÜNTER NUBER und JOCHEN SCHLABING informative und unterhaltsame Gespräche mit ihren Gästen geführt. Seit dem Start der zweiten Staffel von O-Ton Diabetologie im Oktober ist

nun auch die DDG als Kooperationspartner der Podcastreihe mit an Bord.

Barbara Bitzer: Verhältnisprävention vorantreiben

Zu Gast in der insgesamt achten Folge war BARBARA BITZER, DDG-Geschäftsführerin und Sprecherin der Deutschen Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK). Qua Amt ist Barbara Bitzer somit die richtige Ansprechpartnerin für die Frage, wie die steigende Inzidenz des Typ-2-Diabetes in Deutschland gestoppt werden kann. Hauptthema

»Wie die steigende Typ-2-Inzidenz stoppen?«



Prof. Dr. Andreas Neu und Barbara Bitzer waren die ersten Gäste der neuen Staffel.

Fotos: Dirk Michael Deckbar

des Gesprächs war daher die Frage, wie man es den Menschen leichter machen kann, gesünder zu leben, um so die weitere Verbreitung des Typ-2-Diabetes einzudämmen – Stichwort Verhältnisprävention. Und welche Forderungen Bitzer diesbezüglich an die Politik stellt. Sie erzählt außerdem, welchen persönlichen Bezug sie zum Diabetes hat, womit sie sich im Rahmen ihrer Arbeit für DDG und DANK beschäftigt und welche Vorhaben nun anstehen. Außerdem verrät sie, wie es ihr gelingt, von ihren vielen beruflichen

Aufgaben zu entspannen und einen Ausgleich zu finden.

Prof. Dr. Andreas Neu über sein Amt und die Herausforderungen

Ebenfalls Gesprächspartner in der zweiten Staffel war DDG-Präsident Prof. Dr. ANDREAS NEU. Er zieht nach eineinhalb Jahren DDG-Präsidentschaft, die stark von der Corona-Pandemie und dem Regierungswechsel beeinflusst wurde, ein Zwischenfazit. Er berichtet, wie er sich in sein Amt eingefunden hat, vor welchen Herausforderun-

gen die Fachgesellschaft steht und gibt einen Zwischenstand zu den gesteckten Zielen – etwa zur Umsetzung der Nationalen Diabetes-Strategie, zur Implementierung von Schulgesundheitsfachkräften, zur Förderung des diabetologischen Nachwuchses und zur Weiterentwicklung der Digitalisierung. Ein Schwerpunkt des Gesprächs liegt auf der Ketoazidose-Prävention und der dazugehörigen DDG-Kampagne, bei der er und sein Team außergewöhnliche Unterstützung vom Vater einer seiner jungen Patientinnen bekommen hat. Außerdem spricht der Kinderdiabetologe über seine langjährige Arbeit am Uniklinikum Tübingen, verrät, womit er seine Freizeit ausfüllt und wie er sich fit hält.

Ausblick – und: Wo sind die Podcast-Folgen zu finden?

Nächste Gäste bei O-Ton Diabetologie sind Prof. Dr. BERNHARD KULZER, erster Vorsitzender der DDG AG Diabetes & Psychologie, und Dr. NIKOLAUS SCHEPER, BVND Vorstandsvorsitzender. Die Folgen sind verfügbar unter www.medicaltribune.de sowie bei allen gängigen Podcastcatcher-Anbietern. Gregor Hess

Daten sammeln für die »Zukunftsguckerei«

Umfrage für den D.U.T-Report 2023 läuft noch bis zum 1. Dezember

BAD MERGENTHEIM. Zum fünften Mal seit 2018 werden für den Digitalisierungs- und Technologiereport Diabetes (D.U.T-Report) Diabetolog*innen befragt; in diesem Jahr zudem Berater*innen und Assistent*innen. Durchgeführt wird die Umfrage vom Zukunftsboard Digitalisierung (zd) und dem Forschungsinstitut der Diabetes Akademie Bad Mergentheim (FIDAM) zusammen mit vielen Kooperationspartnern. Was ist Sinn und Zweck der Umfrage? Psychologe Prof. Dr. Bernhard Kulzer, einer der Initiatoren und Mitglied im zd, gibt Auskunft.

Was sind die wichtigsten Fragen und was hat sich seit Beginn der Umfragen im Jahr 2018 geändert?

Prof. Dr. Bernd Kulzer: Eine Reihe von Fragen stellen wir jedes Jahr erneut, um über die Jahre einen Trend berechnen zu können. So können wir z.B. feststellen, wie der Anteil von CGM, Insulinpumpen oder AID-Systemen zunimmt. Auch fragen wir regelmäßig ab, wie neue Technologien und digitale Anwendungen wie Telemedizin, Apps oder die elektronische Patientenakte aktuell und in fünf Jahren hinsichtlich ihrer Bedeutung und Nutzung eingeschätzt werden. Hier konnten wir in den letzten Jahren teilweise sehr bedeutsame Verschiebungen in der Einschätzung durch die Befragten feststellen oder im Gegenteil auch interessanterweise keinen wirklichen Digitalisierungsschub als Folge der Covid-19-Pandemie.

INTERVIEW



Prof. Dr. Bernhard Kulzer
Bad Mergentheim
Leiter FIDAM
Foto: Ludwig Niethammer

Mehr als die Hälfte aller Fragen stellen wir jedoch jedes Jahr neu. Dieses Jahr versuchen wir, vor allem die Umsetzung der neuen Technologien im Praxisalltag und mögliche Barrieren zu erfragen. Wir möchten z.B. erfahren, wie sich AID-Systeme auf Praxisabläufe auswirken: Wie häufig z.B. lehnen Menschen mit Diabetes diese Therapieoption ab, kommen nicht damit zurecht oder brechen

ab? Und wie viele Nutzer*innen können damit ihre Glukoseeinstellung verbessern und haben einen deutlichen Nutzen? Auch beleuchten wir die zukünftige Nutzung von CGM oder von Insulinpumpen für Menschen mit Typ-2-Diabetes. Ein weiterer Schwerpunkt der Befragung liegt darauf, herauszufinden, welche Personen besonders von neuen Technologien, digitalen Anwendungen profitieren und für welche sie eher nicht so gut geeignet sind. Also alles Fragen, die versuchen, ein aktuelles und zukünftiges Bild der Diabetologie in Hinblick auf neue Technologien und die Digitalisierung zu skizzieren und den diabetologischen Einrichtungen einen Eindruck davon zu verschaffen, wie der aktuelle Stand der Digitalisierung und neuer Technologien ist und wohin die Reise in den nächsten Jahren gehen könnte.

Diabetolog*innen werden seit fünf Jahren befragt. Was hat sich in dieser Zeit an ihren Einstellungen zur Diabetes-Technologie verändert?

Schon 2018 gaben 67 % der befragten Diabetolog*innen an, eine positive Einstellung zur Digitalisierung zu haben. Dies ist in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen: 2021 hatten 81,9 % eine positive Einstellung, 14,8 % waren neutral und nur

Umfrage für den D.U.T-Report: Noch bis 1. Dezember mitmachen.

Neben Diabetolog*innen werden in diesem Jahr auch Diabetesberater*innen/-assistent*innen befragt.

de.research.net/r/DUT2023_Aerzte_FIDAM



de.research.net/r/DUT2023_DB_FIDAM



3,3 % lehnten sie ab. In der allgemeinen Bevölkerung gibt es viel mehr Gegner der Digitalisierung. Durch unsere weiteren Umfrageergebnisse können wir diese Ergebnisse auch erklären: Die meisten Diabetologen erwarten, dass die fortschreitende Digitalisierung die Therapieergebnisse deutlich verbessert und 64 % der Befragten glaubten 2021, dass sich damit diabetesbezogene Belastungen reduzieren.

Welches Ziel verfolgen die Initiatoren (zd, FIDAM) und ihre Kooperationspartner?

Als wir 2018 das Zukunftsboard Diabetes gründeten, in dem verschiedenste Professionen aus der Diabetologie, der Krankenkassen und auch Betroffene vertreten sind, hatten wir festgestellt, dass es kaum verlässliche Daten zu dem Ausmaß der Nutzung von neuen Technologien in Deutschland gab und auch die Einstellung von Diabetolog*innen zu neuen

Technologien eine Black Box war. Durch unsere Befragungen wollten wir eine Grundlage für unsere Arbeit – die „Zukunftsguckerei“ – schaffen und zugleich Diabetolog*innen eine Orientierung geben, wie ihre Kolleg*innen denken und wie sie die zukünftige Entwicklung einschätzen. Gleichzeitig fanden wir es reizvoll, dieselben oder ähnliche Fragen auch Menschen mit Diabetes und Diabetesberater*innen/-assistent*innen zu stellen. Damit bekommen wir eine Art 360°-Grad-Betrachtung der Digitalisierung im Bereich Diabetologie und interessante Vergleiche zwischen den verschiedenen befragten Gruppen. Eine wichtige Erkenntnis ist z.B., dass Menschen mit Diabetes neuen Technologien aufgeschlossener gegenüberstehen als Diabetolog*innen.

Interview: Nicole Finkenauer

Alle bisherigen Umfragen und Reports: www.dut-report.de

Viele Menschen mit TD1 sterben früher

Neuer globaler Index liefert aktuelle Daten zum Typ-1-Diabetes

NEW YORK. Neue Daten und Erkenntnisse zur weltweiten Ausbreitung von Typ-1-Diabetes und deren Folgen auf die Gesundheit in einzelnen Ländern liefert erstmals ein neuer globaler Index. Dessen Einführung gab die JDRF, eine internationale Forschungsorganisation und Interessenvertretung für Diabetes mellitus Typ 1, im September bekannt.

Weltweit sind fast neun Millionen Menschen von Typ-1-Diabetes betroffen. Die Autoimmunerkrankung zählt zu den chronischen Erkrankungen, die sich am schnellsten ausbreiten. Bestimmte Faktoren, wie eine familiäre Vorbelastung, können das Risiko erhöhen. Knapp 341.000 Menschen sind hierzulande an Typ-1-Diabetes erkrankt, von ihnen sind etwa 32.000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. Mit dem T1D-Index als neuem Tool werden nun erstmals die Auswirkungen von Typ-1-Diabetes auf die Gesundheit in den Ländern der Welt untersucht. Anhand dieser Daten wurden auf nationaler Ebene zudem umsetzbare Maßnahmen

identifiziert, mit der sich die Diabetesversorgung verbessern lässt; dazu zählen eine frühzeitige Diagnose, ein uneingeschränkter medizinischer Zugang für alle Betroffenen und eine bessere Finanzierung der Diabetesforschung (zu Präventions-, Therapie- und Heilungsmöglichkeiten). Für das Tool wurden die Ergebnisse einer globalen Umfrage mit mehr als 500 Endokrinolog*innen und 400 Veröffentlichungen in Fachzeitschriften ausgewertet. Das Ziel: neue Erkenntnisse zum Typ-1-Diabetes sowohl weltweit als auch auf Länderebene zu gewinnen. Der T1D-Index und dessen Ergebnisse wurden in „The Lancet Diabetes and Endocrinology“¹ veröffentlicht.

Viermal schnellerer Anstieg seit dem Jahr 2000

Mit dem neuen Index kann die Anzahl an Menschen berechnet werden, die vorzeitig an diabetesbedingten

Vier Handlungsfelder zu Prävention, Behandlung und Heilungschancen des Typ-1-Diabetes

- **Frühzeitige Diagnose:** Die Aus- und Weiterbildung medizinischer Fachkräfte soll verbessert werden. Laut Index könnten 2040, sofern alle Erkrankten ab 2023 eine frühzeitige T1D-Diagnose erhalten, 668.000 Menschen weiter am Leben sein.
- **Insulin und Blutzuckerteststreifen:** Diese müssen uneingeschränkt zugänglich sein. Setzt man dies ab 2023 um, könnten bis 2040 1,98 Millionen Patient*innen mehr leben.
- **Insulinpumpen und kontinuierliche Glukosemessung (CGM):** Alle

Komplikationen des T1D verstorben sind. Auch die „verlorenen Gesundheitsjahre“, die durch Krankheit, Behinderung oder vorzeitigen Tod aufgrund dieser Diabetesform verursacht wurden, sind so feststellbar. Die Ergebnisse des Index zur Krankheitsprognose des Typ-1-Diabetes zeigen, dass im Jahr 2022 mit weltweit mehr als 3,86 Millionen vorzeitigen Todesfällen und durchschnittlich 32 „verlorenen Gesundheitsjahren“ pro T1D-Patient*in zu rechnen ist, sofern die Diagnose schon im Alter von 10 Jahren gestellt wurde. Seit 2000 ist zudem die Prävalenz von Typ-1-Diabetes viermal schneller angestiegen als das weltweite Bevölkerungswachstum.

Betroffenen mit T1D sollten uneingeschränkter Zugang zu neuen Diabetes-Technologien erhalten, die Glukoseüberwachung und Insulinabgabe automatisieren. 673.000 Personen könnten demnach 2040 mehr am Leben bleiben, wenn ab 2023 alle Menschen mit T1D Zugang zu der verfügbaren Technologie hätten.

- **Vorbeugung und Heilung:** Investitionen und Forschung bei Prävention, Behandlung und Heilungsmöglichkeiten müssen verstärkt werden. Nach Berechnungen des Index könnten so 890.000 Menschen im Jahr 2040 mehr leben.



deration (IDF) und Beyond Type 1 entwickelt.

Weitere Faktoren: Kosten, Psyche, Lebensqualität

In künftigen Publikationen wird der Index um die Auswirkungen von T1D auf Kosten, psychische Gesundheit und Lebensqualität erweitert. Die Daten sollen dann auch auf regionaler und demografischer Ebene aufgeschlüsselt zugänglich sein. *amo*

1. Gregory GA et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2022 ; 10: 741-760 ; doi : 10.1016/S2213-8587(22)00218-2

Hier geht es direkt zum T1D-Index:

 www.t1dindex.org

»T1D-Index: beste Prognose«

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 Gewebeglukosewerten 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

Forschen – gemeinsam und vernetzt

Wie vernetzt die Wissenschaftler*innen des DZD arbeiten, wird z.B. in Studien sichtbar

NEUHERBERG. An allen DZD-Standorten arbeiten Wissenschaftler*innen daran, Prävention und Therapie des Diabetes zu verbessern und greifen dabei z.B. auf eine gemeinsame Forschungsinfrastruktur zurück. Außerdem haben alle DZD-Forschenden noch ihre eigenen Netzwerke. Alle aktuellen Nachrichten aus dem DZD finden Sie auch im DZD-Newsletter und auf dzd-ev.de.

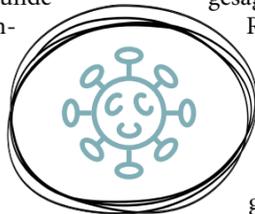


DZD
Deutsches Zentrum
für Diabetesforschung

Im Pandemiejahr 2020: mehr Beinamputationen

Im COVID-19-Pandemiejahr 2020 waren weniger Menschen aufgrund einer koronaren Herzerkrankung, eines Herzinfarktes oder eines Diabetischen Fußes im Krankenhaus als in den Vorjahren. Allerdings stieg die Zahl der Menschen mit Diabetes, die wegen einer Beinamputation (oberhalb des Fußknöchels) eingewiesen wurden, deutlich an.

Menschen mit Diabetes sind während der COVID-19-Pandemie seltener zu Ärzt*innen gegangen. Darauf deuten mehrere Studien hin. Gründe hierfür könnten u.a. die eingeschränkte medizinische Versorgung während der COVID-19-Pandemie, die Angst vor einer COVID-19-Infektion, die Weigerung, eine Klinik aufzusuchen, die mangelnde Bereitschaft, sich in ein Krankenhaus einweisen zu lassen sowie ein unzureichendes Diabetes-Selbstmanagement aufgrund von Demotivation bei sozialer Distanzierung in Verbindung mit fehlender oder begrenzter medizinischer Unterstützung sein. Forscher*innen von DDZ und DZD haben analysiert, wie die Hospitalisierung und Sterblichkeit von Menschen mit und ohne Diabetes in Deutschland während des COVID-19-Pandemiejahres 2020 im Vergleich zu 2017–2019 war. Dafür werteten sie die Daten einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse mit 3,2 Millionen Versicherten aus.



Das Forscherteam schätzte die alters- und geschlechtsstandardisierten Raten von Sterblichkeit, Krankenhausaufenthalten gesamt sowie aufgrund von koronarer Herzerkrankung, akutem Herzinfarkt, Schlaganfall, DFS sowie von Beinamputationen und Amputationen unterhalb des Fußknöchels bei Menschen mit und ohne Diabetes. Die erwarteten Raten für das Jahr 2020 wurden mithilfe einer Poisson-Regression auf der Grundlage der Ergebnisse aus den Jahren 2017–2019 vorhergesagt und mit den beobachteten Raten verglichen. Dabei zeigte sich, dass die Hospitalisierungsrate für Beinamputation bei Menschen mit Diabetes deutlich erhöht war. Die Hospitalisierungsrate gesamt sowie aufgrund einer koronaren Herzerkrankung, eines Herzinfarktes oder wegen Diabetischem Fußsyndrom war jedoch deutlich niedriger. Die Mortalität und die Hospitalisierungsrate wegen eines Schlaganfalls blieben dagegen nahezu unverändert. Der Anstieg der Krankenhausaufenthalte aufgrund von Beinamputationen bei Menschen mit Diabetes bei gleichzeitigem Rückgang von Einlieferungen wegen des Diabetischen Fußsyndroms bedarf besonderer Aufmerksamkeit, betonen die Autor*innen der Studie. *DZD/dz*

Narres et al. Eur J Epidemiol 2022; 37: 587–590; doi.org/10.1007/s10654-022-00865-6

diabinfo.de – interessant auch für Fachkreise

Das Portal diabinfo.de informiert aktuell und neutral über Diabetes; die Inhalte sind wissenschaftlich geprüft. Die Zielgruppe: Menschen mit Diabetes und alle Interessierten – aber auch alle, die beruflich mit Diabetes zu tun haben, werden hier fündig.

Im Bereich „Informationen für Fachkreise“ gibt es ein großes Angebot. Besonders interessant ist die Rubrik „Forschung“, die einen Überblick über derzeit laufende Studien bietet.

Für die tägliche Arbeit können Ärzt*innen und Praxispersonal im Download-Center Informationen zur Weitergabe an Patient*innen (z.B. Checklisten zu Spritzstellen und zur richtigen Fußpflege, Notfall-Dokumente, Merkblätter für Neudiagnostizierte) herunterladen. Nützlich



sind auch die Materialien für die Arbeit mit Personen, die nicht Deutsch sprechen (Übersetzungshilfen, Anamnesebögen, Medikationspläne). Es gibt Informationen in Türkisch, Polnisch, Russisch und auch auf Ukrainisch.

Auch ein Blick in die Info-Ecke lohnt sich. Geboten werden hier zum Beispiel Informationen auf Ukrainisch, Präsentationsvorlagen, eine Liste der Podcasts und Videos und Finder, z.B. für Fachkliniken, Selbsthilfegruppen, Sportgruppen. Apotheker*innen können ebenfalls im Download-Bereich auf die Arbeitsmaterialien der Kommission Apotheker in der Diabetologie (BAK/DDG) zugreifen; dort gibt es Checklisten und die Standardarbeitsanweisungen zu verschiedenen Themen für die Beratung von Patient*innen in der Apotheke. *mf*

Vernetzte Arbeit für eine Welt ohne Diabetes

Eine Welt ohne Diabetes: Daran arbeiten Forschende des DZD-Partners Helmholtz Zentrum München – Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt. Nicht im Alleingang, sondern indem sie synergetisch mit Universitäten, Kliniken und Pharmaunternehmen zusammenarbeiten.

Das Fundament einer Welt ohne Diabetes besteht aus drei Säulen: Früherkennung, Prävention und Therapie. Das Institut für Diabetesforschung (IDF) am Helmholtz Zentrum München arbeitet daran, diese drei Stellschrauben zu optimieren, legt den Fokus auf Typ-1-Diabetes und forscht, eingebettet in ein internationales Netzwerk, an neuen Präventionsansätzen, die den Ausbruch der Erkrankung hinauszögern oder verhindern. Als tragender Teil von GPPAD – die Globale Plattform zur Prävention des Autoimmunen Diabetes – koordiniert das IDF



von München aus den internationalen Zusammenschluss akademischer Forschungseinrichtungen und Kliniken in Europa. GPPAD agiert an sieben Standorten in Schweden, Großbritannien, Polen, Belgien sowie Hannover, Dresden und München.

Seit der Gründung 2015 entsteht mit GPPAD eine internationale Infrastruktur für wissenschaftliche Studien. Ziel ist es, zunächst ein erhöhtes Typ-1-Diabetes Risiko bei Säuglingen zu erkennen (Frederik-Studie). Ist dies der Fall, können Familien mit ihren Kindern an klinischen Studien mit neuen, potenziell präventiven Therapien teilnehmen (SINTIA-Studie und POInT-Studie). Um den wissenschaftlichen Fortschritt voranzutreiben, stellt GPPAD pseudonymisierte Daten innerhalb seiner Daten- und Biobank zur Verfügung. Derzeit sind dort Daten von 150.000 Personen verfügbar. *Helmholtz Zentrum München*

Mehr Ketoazidosen: Was ist zu tun?

Während der COVID-19-Pandemie haben deutlich mehr Kinder und Jugendliche bei der Diagnose eines Typ-1-Diabetes bereits eine diabetische Ketoazidose entwickelt als in den Vorjahren. Das ist das Ergebnis einer internationalen, multizentrischen Studie mit DZD-Beteiligung, die jetzt in *Lancet Diabetes Endocrinology* erschienen ist.

Während der COVID-19-Pandemie beobachteten Diabeteszentren weltweit eine erhöhte Prävalenz der diabetischen Ketoazidose bei der Diagnose von T1D. Forscher*innen des DZD untersuchten gemeinsam mit internationalen Kolleg*innen, ob diese Zahl stärker gestiegen ist, als zu erwarten war. Dazu analysierten sie die diabetischen Ketoazidosen vor und während der Pandemie.

Das Team wertete die Daten 13 nationaler Diabetesregister aus (Australien, Österreich, Dänemark, Deutschland, Italien, Luxemburg, Neuseeland, Norwegen, Schweden, Slowenien, Tschechien, Colorado/USA, Wales). Die Studienkohorte umfasste 104.290 Kinder und Jugendliche im Alter von 6 Monaten bis unter 18 Jahren, bei denen zwischen dem 1. Januar 2006 und dem 31. Dezember 2021 T1D diagnostiziert wurde. Von 2006 bis 2019



hatten 23.775 von 87.228 Kinder eine diabetische Ketoazidose bei der Diagnose von T1D (27,3 %). Der mittlere jährliche Anstieg der Prävalenz der diabetischen Ketoazidose in der Gesamtkohorte von 2006 bis 2019 betrug 1,6 %. Während der Pandemie lagen die Zahlen deutlich über den vorhergesagten Prävalenzen. Im Jahr 2020 betrug die bereinigte beobachtete Prävalenz der diabetischen Ketoazidose 39,4 % (vorhergesagt: 32,5 %) und 38,9 % im Jahr 2021 (vorhergesagt: 33,0 %).

„Die steigende Prävalenz der diabetischen Ketoazidose bei der Diagnose von Typ-1-Diabetes bei Kindern ist ein globales Problem. Bereits vor der COVID-19-Pandemie hat sich Prävalenz erhöht. Während der Pandemie ist sie noch mal deutlich stärker gestiegen“, fasst DZD-Wissenschaftler Prof. Reinhard W. Holl, Ulm, die Ergebnisse zusammen. Die Autor*innen der Studie weisen darauf hin, dass eine umfassende Aufklärung über die klassischen Symptome des T1D im Kindesalter helfen könnte, das Bewusstsein zu schärfen. Zudem könnten z.B. Screening-Programme für Inselautoantikörper bei Kindern helfen, die Zahl gefährlicher Entgleisungen zu senken. *DZD/dz*

Birkebaek et al. *Lancet Diabetes & Endocrinology* 2022. doi: 10.1016/S2213-8587(22)00246-7

Gut zu wissen!

Nützliches Tipps und Hinweise für die Diabetes Herbsttagung 2022

WIESBADEN. Die 16. Diabetes Herbsttagung findet als Hybrid-Veranstaltung statt, und zwar im Schluß mit der Deutschen Gesellschaft für Angiologie (DGA). Was erwartet die Teilnehmenden, und wie lässt sich die Tagung passgenau organisieren?

A – wie DDG App

Die Diabetes Herbsttagung 2022 mit wenigen Klicks: Mit der kostenfreien DDG App können Sie sich jederzeit und papierlos über das Tagungsprogramm informieren, sich Ihr persönliches Programm zusammenstellen – und Sie bleiben auch im Vorfeld der Tagung immer auf dem Laufenden. Die App steht für Android und iOS zur Verfügung (s. QR-Codes unten).

K – wie Kinderbetreuung

Wir unterstützen die Vereinbarkeit von Familie und Beruf! Damit auch Eltern die Möglichkeit zur Fort- und Weiterbildung nutzen können, übernehmen wir die Betreuung für Kinder zwischen drei und zwölf Jahren nach Voranmeldung. Natürlich kostenfrei.

N – wie Nachwuchsförderung

Eines unserer Herzentemen! Die AG Nachwuchs der DDG hat ein Stipendiatenprogramm für 80 Studierende der Medizin zusammengestellt. Die Studierenden können die Tagung kostenfrei besuchen – und mit vielen unserer Fachleute in Kontakt kommen. Sie erkennen die „jungen Wilden“ an den Buttons mit dem Logo der AG Nachwuchs.

S – wie Schritt für Schritt zur Nachhaltigkeit

Wir versuchen, bei jeder Tagung und jedem Kongress umweltbewusster zu handeln. Angefangen bei Kongress-taschen und Kulis aus recycelten PET-Flaschen über papierfreie Kongresskommunikation (wir verzichten auf den Komplettdruck des wissenschaftlichen Programms und verwenden stattdessen die Tagungs-App), stellen

die Heizung ein paar Grad herunter und sammeln die Badges für die Namensschilder wieder ein. Diese werden desinfiziert und wiederverwendet. Kleine Schritte vielleicht, aber jeder Schritt ist einer nach vorn. So werden wir Stück für Stück besser.

S – wie Standaktion

Die DDG Standaktionen sind in jedem Jahr ein großes Vergnügen. Sie sorgen für Unterhaltung zwischen den Symposien und regen zum Aus-

tausch an. In diesem Jahr ist unsere Aktion dem 20. Jubiläum der AG Diabetes & Migration gewidmet. Wie gut kennen Sie sich mit Essen verschiedener Kulturräume aus? Testen Sie Ihr Wissen – wir sind schon gespannt, wie gut Sie sich auskennen! Zu gewinnen gibt's natürlich auch etwas – wir sagen nur: „Scharf auf die Diabetologie“.

W – Feiern im „Wohnzimmer“

Am Abend des 25. Novembers lädt

die DGA zum Gesellschaftsabend in „Das Wohnzimmer“ – eine Wiesbadener Institution. In der gemütlichen Atmosphäre eines englischen „Herrenzimmers“ oder Salons können die Teilnehmenden bei Live-Musik und einem erstklassigen Buffet den ereignisreichen Kongress-tag Revue passieren lassen und Gespräche vertiefen. Die Tickets sind begrenzt! Die Anmeldung für den Abend erfolgt bei der Anmeldung zur Tagung. *DDG/dz*



Die Stipendiat*innen tragen während der Diabetes Herbsttagung einen Button mit dem Logo der AG Nachwuchs – so kommt man leicht ins Gespräch!
Foto: Edel

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



Die 16. Diabetes Herbsttagung – alles Wichtige auf einen Blick

- **Wann? | Wo?** 25.–26. November; das Programm der DGA beginnt schon am 24. November | RheinMain Congress Center Wiesbaden, außerdem Online-Teilnahme möglich
- **Für wen?** Interessierte aus Ärzteschaft, Wissenschaft, Diabetesberatung sowie aus weiteren Besuchsgruppen
- **Programmplanung:** Individuelle Planung oder Programm als PDF über herbsttagung-ddg.de/Programm oder über die App der DDG für Smartphone und Tablet. Mit der App auch Teilnahme an Live-Votings während des Kongresses.



Anmeldung: noch möglich unter www.herbsttagung-ddg.de/registrierung



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 anw.:** 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. **Gefahr:** Dysurie; Kreatinin im Blut erhöht; glomeruläre Filtrationsrate vermind. **Selten:** Diabet. Ketoazidose. **Häufig, 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)

DE-STE-00074



© Wiesbaden Congress & Marketing GmbH/Foto: Thomas Ott


**DIABETES
HERBSTTAGUNG
2022 DDG**

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


Diabetologie ganz praktisch: die Workshops der Herbsttagung

Erfahrungsaustausch und Diskussionen stehen im Mittelpunkt

WIESBADEN. Lust auf praxisnahe Weiterbildung? Stärken Sie Ihre Fähigkeiten und Kompetenzen mit dem vielfältigen Workshop-Angebot aus den Bereichen Angiologie, Komorbiditäten, Digitalisierung/Technologie, Adipositas und Typ-1-Diabetes – Beispiele finden Sie auf dieser Seite. In kleinen Gruppen von max. 32 Teilnehmenden vermitteln Expert*innen detailliertes Wissen. Bitte beachten Sie,

dass die Kosten zusätzlich zur Tagungsgebühr pro Workshop 40 Euro betragen. Alle 18 Workshops finden in Präsenz statt. *So können Sie sich anmelden:* Wenn Sie sich für die Tagung registrieren, erstellen Sie ein Benutzerkonto. Über dieses Konto können Sie auch Buchungen für die Workshops vornehmen. Einen Überblick über alle Workshops finden Sie unter www.herbsttagung-ddg.de/programm.

Komorbiditäten

 Teilnahme nur
vor Ort möglich

Verbandstechniken und Dokumentation beim DFS

Workshop wird geleitet von: **Anna Edel, Milena Rausch und Katja Stölzel (alle Iserlohn)**
Freitag, 25. November 2022, 8.30–10.00 Uhr

„Was haben Flip-Flops, Sushi und Frau Antje in der Behandlung von DFS zu suchen? Bewährte, kreative Verbandstechniken und deren Dokumentation“ – darum geht es in diesem Workshop, in den praktische Übungen integriert sind. Vorgestellt wird, wie schwierige Verbandssituationen beim DFS mit einfachen und relativ kostengünstigen Mitteln gemeistert werden können. Im Workshop sollen die Technik für Verbände für plantare Ulcera, Zehenläsionen und Fersendekubitus und auch besondere Kompressionstechniken vermittelt werden. Wann wird welche

Technik angewendet und warum? Das soll diskutiert werden, und gerne teilen Anna Edel, Milena Rausch und Katja Stölzel ihre Erfahrungen aus der Fußambulanz. Anna Edel ist seit 2019 als Ärztin in Weiterbildung in der Diabetologischen Fußambulanz der Praxis Kiwitt-Kortemeier unter der Leitung von Claus Kiwitt-Kortemeier tätig. Sie ist Mitglied der AG-Nachwuchs und AG-Fuß. Gemeinsam mit Katja Stölzel und Milena Rausch, den Wundassistentinnen der Praxis, bietet sie diesen Workshop als Präsenzveranstaltung „zum Mitmachen und Mitnehmen“ an.

Angiologie

 Teilnahme nur
vor Ort möglich

Simulatorentraining

Workshop wird geleitet von: **Dr. Bernd Krabbe, Steinfurt**
Freitag, 25. November 2022, 14.45–16.15 Uhr

Der Workshop bietet einen Einstieg in die interventionelle Therapie der arteriellen Verschlusskrankheit der Becken- und Beinarterien und richtet sich an Teilnehmende, die mit peripheren Interventionen beginnen möchten oder schon erste Erfahrungen gesammelt

haben. Am Simulator können verschiedene endovaskuläre Techniken wie das Sondieren von Gefäßabgängen und Stenosen, Manöver wie z.B. ein Cross-over-Zugang sowie PTA und Stentimplantation geübt werden. Das Schwierigkeitslevel ist individuell variabel.

Typ-1-Diabetes

 Teilnahme nur
vor Ort möglich

Insulinpumpentherapie für Beginnende

Workshop wird geleitet von: **Dr. Dorothea Reichert, Landau**
Freitag, 25. November 2022, 16.30–18.00 Uhr

Die Insulinpumpentherapie ist eine der wesentlichen Behandlungsformen des Typ-1-Diabetes und verbreitet sich rasch. Und gerade vor dem Hintergrund der technischen Fortschritte in diesem Bereich ist die Kenntnis der Basics der Pumpentherapie heute für jede/jeden Diabetesbehandler*in unverzichtbar. Im Workshop werden die wesentlichen Basics zum Start einer Pumpentherapie, zur Findung von Basis und Bolus, zur Nutzung des Bolusrechners und zu den Grundprinzipien der Auswertung der digi-

talten Pumpendaten dargestellt. Einblicke in Bolustypen und Basalratenvariationen werden nicht fehlen. Aber auch einen Überblick zu technischen Neuerungen und deren Einsatz wird der Workshop geben. Ziel ist es nicht, die technischen Details einzelner Pumpenmodelle zu erlernen, sondern das medizinische Handwerkzeug, um Menschen mit Diabetes und Pumpentherapie fachlich begleiten zu können. Dr. Dorothea Reichert ist in einer Gemeinschaftspraxis (Zertifiziertes Diabetologikum DDG) tätig.

Digitalisierung/Technologie

 Teilnahme nur
vor Ort möglich

DiGA-Workshop

Workshop wird geleitet von:
Prof. Dr. Peter Schwarz, Dresden
Freitag, 25. November 2022, 8.30–10.00 Uhr

Was zeichnet eine DiGA aus? Wie erfolgt das Zulassungsverfahren? Und wie verschreibe ich eine DiGA? Antworten auf diese Fragen werden zu Beginn des Workshops vermittelt. Danach folgt der praktische Teil, in dem in Gruppenarbeit ein Überblick über alle im Diabetessektor zur Verfügung stehenden DiGAs gegeben wird. An

Fallbeispielen werden Unterschiede und Indikationen der verschiedenen DiGAs herausgearbeitet sowie bereits gesammelte Erfahrungen mit DiGAs ausgetauscht. Ziel ist es, dass alle Teilnehmende nach dem Workshop sicher eine DiGA auswählen und verschreiben können. Ein Schwerpunkt von Prof. Dr. Peter Schwarz' Arbeit am Paul-Langerhans-Institut am Universitätsklinikum Dresden ist die Prävention des Diabetes, ein weiterer Fokus liegt auf der Konzeption innovativer Versorgungsmodelle unter besonderer Berücksichtigung von eHealth und Telemedizin.

Typ-1-Diabetes

 Teilnahme nur
vor Ort möglich

Insulinpumpentherapie für Beginnende

Workshop wird geleitet von:
Dr. Dorothea Reichert, Landau
Freitag, 25. November 2022, 16.30–18.00 Uhr

Im Workshop werden die Basics zum Start einer Pumpentherapie dargestellt, außerdem die Grundprinzipien der Auswertung der digitalen Pumpendaten. Der Workshop

gibt außerdem Einblicke in Bolustypen und einen Überblick über technische Neuerungen und deren Einsatz. Ziel ist es nicht, die technischen Details einzelner Pumpenmodelle zu erlernen, sondern das medizinische Handwerkzeug, um Patient*innen fachlich begleiten zu können. Dr. Dorothea Reichert ist in einer Gemeinschaftspraxis (Zertifiziertes Diabetologikum DDG) tätig.

Jahresfortbildung der Podolog*innen

 Teilnahme nur
vor Ort möglich

Multiprofessionelle Fortbildung zum Diabetischen Fuß Teil I bis III

Workshops werden geleitet von: **Doris Schöning, Gregor Berges (beide Rheine), Kerstin Skodell, Hüfingen**
Samstag, 26. November 2022, 9.00–10.30, 10.45–12.15 und 14.15–15.45 Uhr

Im ersten Teil der dreiteiligen Workshop-Reihe geht es um „Podologie – Konzepte zur Ulkusprävention“ im zweiten Teil steht die „Prävention durch eine schuhtechnische Versorgung beim Diabetischen Fußsyndrom“ im

Mittelpunkt, und im dritten Teil beschäftigen sich die Teilnehmenden mit der Prävention des Diabetischen Fußsyndroms aus podologischer Sicht. Zielgruppe sind alle aus dem Versorgungsteam des Diabetischen Fußes (Podolog*innen, Mitarbeiter*innen aus ambulanten/stationären Diabeteszentren/Ärzt*innen). Nach dem Besuch aller drei Workshops können die Bescheinigungen bei der DDG vorgelegt werden; die Teilnehmenden erhalten dann die „Jahresfortbildungsbescheinigung Diabetischer Fuß der DDG“.

Adipositas

 Teilnahme nur
vor Ort möglich

Bariatrische Chirurgie: Postoperatives Ernährungsmanagement

Workshop wird geleitet von: **N.N.**
Samstag, 26. November 2022, 10.45–12.15 Uhr

Die Zahl der bariatrischen Eingriffe hat in den letzten Jahren mehr und mehr zugenommen und zusätzlich zur Indikation der Gewichtsabnahme stehen die therapeutischen Optionen der metabolischen Erkrankungen immer mehr im Mittelpunkt.

Dabei sind im Laufe der Zeit verschiedene Operationstechniken etabliert worden, die verschiedene Ansprüche an die Nachsorge stellen. Ziel dieses Workshops soll es sein, Anliegen von bariatrisch operierten Patient*innen verstehen zu können und die Grundwerkzeuge der Ernährungstherapie anzuwenden und damit Patient*innen in ihren Fragestellungen beratend zur Seite zu stehen.

DIABETES HERBSTTAGUNG 2022
51. DGA-JAHRESTAGUNG

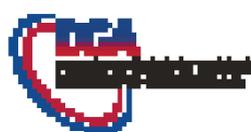
Diabetologie & Angiologie –

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.



www.herbsttagung-ddg.de

Emotionaler Halt und praktische Unterstützung aus dem Netz

Wie sich Peer Support in Zeiten der Corona-Pandemie organisiert

STOCKHOLM. Die Hintergründe und Aktivitäten von Menschen in der Diabetes Online Community mögen unterschiedlich sein. Doch sie alle sind davon überzeugt, dass Diabetesteam ihre Patient*innen ermutigen sollen, Kontakt zu „Diabuddies“ zu suchen.

Es ist noch nicht lange her, dass Veranstaltungen wie der EASD-Kongress nur Fachpersonal offenstanden. Doch inzwischen ermöglichen immer mehr Kongresse Menschen mit Diabetes, an fachlichen Sitzungen teilzunehmen und mitzudiskutieren. „Der erste Docday fand beim EASD-Kongress 2015 in Stockholm statt“, erinnerte sich dedoc-Gründer **BASTIAN HAUCK** aus Berlin. „Doch da durften wir als Menschen mit Diabetes nicht offiziell am Kongress teilnehmen.“

2022: regulär dabei und überschwänglich begrüßt

In diesem Jahr war das dedoc-Symposium eine reguläre Sitzung im Hauptprogramm des Kongresses – und die 128 Teilnehmenden wurden von EASD-Vizepräsidentin Professor **CHANTAL MATHIEU** von der Katholischen Universität Leuven (Belgien) überschwänglich begrüßt: „Heute sind Sie hier, mitten unter uns, wo Sie auch hingehören!“, sagte sie. „Ich hoffe, Sie werden hier beim Kongress viel herumstöbern und Fragen stellen. In der Forschung brauchen wir genau das: Menschen, die mit der Erkrankung leben und uns erklären, was das im Alltag tat-

sächlich bedeutet. Das eröffnet uns eine komplett neue Perspektive!“ Was für eine zentrale Bedeutung der Peer Support durch die Diabetes Online Community (DOC, s. Kasten) für Menschen mit Diabetes hat, verdeutlichte **ANDREA LIMBOURG** aus Paris, die seit 1997 mit Typ-1-Diabetes lebt: „Ich habe schon unmittelbar nach meiner Diagnose den Kontakt zu anderen Menschen mit Diabetes gesucht – denn ich wollte nicht allein mit meiner Erkrankung sein.“ Sie berichtete von den digitalen Anfängen in Form von einfachen Forenseiten, gefolgt von Twitter-Chats und Blogs.

In den USA nahm die Vernetzung durch Corona ebenfalls Fahrt auf. So wurde aus einer lokalen Gruppe namens „Loop & Learn“ in Südkalifornien mit etwa 100 Menschen im Verlauf der Coronazeit eine Facebook-Gruppe mit mittlerweile 5.900 Mitglieder aus den ganzen USA zählt. Und in Indonesien setzten sich Diabetes-Aktivist*innen ganz pragmatisch dafür ein, dass die Verordnungsintervalle verlängert wurden, damit Menschen mit Diabetes auch während des Lockdowns Zugang zu allen notwendigen Medikamenten und Hilfsmitteln hatten.

SALIH HENDRICKS aus Südafrika begann während der Pandemie, sich zu vernetzen: „Ich hatte gerade ein Bein verloren und saß während des Lockdowns allein zu Hause.“ Anstatt sich zu verkriechen, gründete er eine Community für amputierte Menschen mit Diabetes: „Es war phänomenal zu sehen, welche Kraft der Peer Support ihnen gegeben hat. Wir vermitteln einander, dass man sich nicht für eine Amputation schämen muss, dass es möglich ist, weiter sportlich aktiv zu sein und

»Im Peer Support steckt viel Kraft«

arbeiten zu gehen.“ Daneben leistet die Gruppe praktische oder finanzielle Hilfe.

Nicht allein zu sein mit seiner Erkrankung, ist auch für Briten **TOM DEAN**, der im Alter von 17 Jahren die Diagnose Typ-1-Diabetes erhielt, die zentrale Motivation, sich in der DOC

zu engagieren. Er ist Initiator eines wöchentlichen Diabetes-Chats, zu dem regelmäßig auch Expert*innen eingeladen werden, die dort über ihre Forschung berichten. Daneben gibt es Umfragen, Nachrichten und natürlich Raum für den persönlichen Austausch: „Bevor ich andere aus der Community kannte, fühlte ich mich sehr einsam mit meinem Diabetes. Dank meiner ‚Diabuddies‘ habe ich inzwischen gelernt, ihn zu akzeptieren.“

Antje Thiel
58th EASD Annual Meeting Stockholm



Rat, Unterstützung oder Trost aus dem Netz

Die Diabetes Online Community (DOC) ist ein loser Zusammenschluss von Menschen mit Diabetes, Behandler*innen, medizinischen Fachleuten, Stiftungen und anderen Organisationen aus der Diabeteswelt. Sie versteht sich als internationales virtuelles Zuhause für alle, die in irgendeiner Form Berührungspunkte mit der Erkrankung haben. Austausch und Vernetzung finden über Blogs, Foren und soziale Medien statt.

Ziele von DOC-Aktivist*innen sind z.B., der Stimme von Menschen mit Diabetes mehr Gewicht zu verleihen, den Zugang zu bestmöglichen Therapien zu erleichtern und patientenzentrierte medizinische Forschung zu stärken. Doch an allererster Stelle steht der Gedanke, Menschen mit Diabetes zusammenzubringen und ihnen zu vermitteln, dass sie mit ihrer Erkrankung nicht allein sind und sich jederzeit an die Community wenden können.

INFOBOX ■ Typ-2-Diabetes

Interview mit einem Hormon

„Ich bin GIP, ein vielbeschäftigtes Stoffwechsel-Talent!“

Das glukoseabhängige insulinotrope Polypeptid (GIP) ist eines der Darmhormone, die den Inkretin-Effekt steuern. Es übernimmt dabei eine wesentliche Rolle¹: Bei stoffwechselgesunden Menschen ist GIP für rund 70 % des Inkretin-Effekts verantwortlich.²

Nun kommt GIP in einem Interview zu Wort und berichtet von seinem Alltag im menschlichen Körper.

„Hallo, schön, dass Sie sich für meine Aufgaben im Stoffwechsel interessieren! Bevor es im Video in die Tiefe geht, gebe ich gerne einen kleinen Vorgeschmack: Ich bin ein richtiges Multitalent und habe neben meiner Verantwortung beim

Blutzuckermanagement¹ auch noch weitere Aufgaben. Forscher:innen aus dem In- und Ausland vermuten, dass ich auch eine Rolle beim Fettstoffwechsel, beim Appetit und bei der Nahrungsaufnahme spielen könnte.²⁻⁸ Aber selbst das ist nicht alles.“

Mehr zu meinem spannenden Arbeitsalltag erzähle ich in einem kurzen Videointerview. Also einfach den QR-Code scannen und mehr erfahren!
<https://bit.ly/3DzGgOc>



1. Nauck MA et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2016; 4 (6): 525-536
2. Nauck MA et al. Diabetes. 2019; 68(5): 897-900
3. Kim SJ et al. PLoS One. 2012; 7 (7): e40156
4. Mohammad S et al. J Biol Chem. 2011; 286 (50): 43062-43070
5. Mroz PA et al. Mol Metab. 2019; 20: 51-62
6. Adriaenssens AE et al. Cell Metab. 2019; 30 (5): 987-996.e6
7. Zhang Q et al. Cell Metab. 2021; 33 (4): 833-844.e5
8. NamKoong C et al. Res Commun. 2017; 490 (2): 247-252



Die Funktionen des Darmhormons GIP im Videointerview einfach erklärt.

PP-LD-DE-4494 November 2022

Remission: Gewichtsverlust ist das A und O

Ebenso wichtig wie eine Chemotherapie

STOCKHOLM. Metabolische Parameter normalisieren sich vor allem dann, wenn der BMI sinkt. Die damit verbundene Chance auf mehr und gesündere Lebensjahre sollte Menschen mit Typ-2-Diabetes noch viel eindringlicher vermittelt werden.

Um 10 bis 15 % sollten Menschen mit Typ-2-Diabetes ihr Körpergewicht reduzieren, damit sich Glukosewerte und andere Laborparameter normalisieren, erklärte Professor Dr. **MICHAEL LEAN** von der Universität Glasgow u.a. mit Blick auf die DIRECT-Studie von 2018. Darin hatten nach einem Jahr 46 % aller Teilnehmenden 10 kg Gewicht verloren und das Ziel der Remission ihres Typ-2-Diabetes erreicht, nach zwei Jahren lag die Quote immer noch bei 36 % und minus 8 kg. „Wer 15 kg verloren hatte, war nach einem Jahr sogar zu 86 % bzw. nach 2 Jahren zu 82 % in Re-

mission“, erklärte Prof. Lean. Damit einher ging eine deutlich verringerte Rate diabetesassoziierter kardiovaskulärer Ereignisse und Krebsfälle – und natürliche eine verbesserte Lebensqualität.

Man müsse Typ-2-Diabetes ernst nehmen, denn die 10-Jahres-Überlebensrate sei mit 50 % deutlich geringer als bei Brustkrebs (80 %) oder Non-Hodgkin-Lymphom (60 %), warnte der Experte. Ernährung und Körpergewicht seien zwar sehr intime Angelegenheiten, die sensibel adressiert werden müssten. „Aber Gewichtsverlust ist für die Remission ebenso wichtig wie eine Chemotherapie bei Krebs. Und bei Krebs würde man auch nicht über die Zusammensetzung der Chemotherapie diskutieren, so wie Menschen mit Typ-2-Diabetes gelegentlich aushandeln wollen, ob nicht doch etwas Süßes zum Tee drin ist!“

thie
58th EASD Annual Meeting Stockholm

»Nierenschutz für breite Population«

Leiter der EMPA-KIDNEY-Studie sieht Benefit der SGLT2-Hemmer für viele Patient*innen

ORLANDO. Wie gut schützen SGLT2-Hemmer die Nieren? Die international vor allem von der Nephrologie mit Spannung erwarteten Ergebnisse der EMPA-KIDNEY-Studie wurden Anfang November bei der Kidney Week 2022 der amerikanischen Nierengesellschaft (ASN) vorgestellt. Per Live-Schleife nach Orlando, Florida, sprachen wir mit Studienleiter Prof. Dr. Christoph Wanner, Würzburg, über die neuen Erkenntnisse zu Empagliflozin.

Im März ist die EMPA-KIDNEY-Studie wegen der positiven Effekte von Empagliflozin (Jardiance®) vorzeitig gestoppt worden. Deren Ergebnisse wurden im November in den USA vorgestellt. Welche CKD-Patient*innen profitieren besonders? Der primäre Endpunkt – Verringerung der Progression der Nierenerkrankung (Anmerk. d. Redaktion: terminales Nierenversagen, renal bedingter Tod, anhaltende eGFR-Abnahme auf <math>< 10 \text{ ml/min/1,73 m}^2\text{ oder eGFR-Abnahme um } \geq 40 \text{ \%}</math>) und des kardiovaskulären Todes – wurde mit einer 28-prozentigen relativen Risikoreduktion erreicht. Das Interessante ist: Dieses Ergebnis spannt sich über alle Subgruppen und ist relativ konsistent. Das gilt auch bei einer Nierenfunktion bzw. glomerulären Filtrationsrate von unter 30 ml/min/1,73 m². Hier zeigte sich die gleiche Risikoreduktion, der gleiche Benefit über die gesamte Range der Albuminurieausscheidung. Das heißt: Wir blicken auf eine ziemlich breite Population von Menschen mit einer Nierenfunktion von über 20 ml/min/1,73 m² und alle Spannen der Albuminurie – auf fast alle Patient*innen in ambulanter Behandlung, mit oder ohne Diabetes.

Eine große Überraschung ist der positive Ausgang von EMPA-KIDNEY ja nicht, nachdem schon die beiden SGLT2-Hemmer Dapagliflozin und Canagliflozin ihren klinischen Nutzen bei Patient*innen mit CKD bewiesen haben. Die Studien dazu mussten ebenfalls vorzeitig beendet werden. Was ist diesmal anders? Das Spektrum der eingeschlossenen Patient*innen ist bei EMPA-KIDNEY breiter als in den beiden vorangegangenen Studien. Bei über der Hälfte der Teilnehmenden lag kein Diabetes mellitus vor. Die häufigsten CKD bei EMPA-KIDNEY waren diabetische Nephropathien, glomeruläre und hypertensive bzw. renovaskuläre Erkrankungen.

Welche Erkenntnisse gibt es zu den wichtigsten sekundären Zielen – kardiovaskulärer Tod, Hospitalisierung wegen Herzinsuffizienz, Hospitalisierung und Tod jeder Ursache? Die Verringerung weiterer wichtiger sekundärer Endpunkte wie Kran-

kenhausaufenthalte wegen Herzinsuffizienz, kardiovaskulärem Tod oder Gesamttodesfällen war statistisch zwar nicht signifikant, die Aussagekraft wegen der geringen Zahl der beobachteten Ereignisse jedoch eingeschränkt. Betrachtet man also z. B. deren Anzahl im kardiovaskulären Endpunkt, ist diese natürlich geringer. Insgesamt gehen wir hier aber von einer gewissen Konsistenz aus: In der Zusammenschau mit allen anderen Trials würde man sehen, dass der SGLT2-Hemmer auch bei Herzinsuffizienz oder kardiovaskulärem Tod wirkt, obwohl bei diesen Subgruppen im sekundären Endpunkt nur eine nominale, also keine statistische Signifikanz, erreicht werden konnte. Dies ist sicher noch zu diskutieren. Hier muss man die Limitationen sehen: Subgruppen sind nicht ausreichend gepowert. Sehr gut ist, dass sich die Hospitalisierungsrate, unabhängig von der Klinikeinweisung, signifikant um 14 % reduziert hat. Das konnte man schon in der EMPA-REG-OUTCOME-Studie sehen.

INTERVIEW



Prof. Dr. Christoph Wanner
Leiter der Nephrologie am
Universitätsklinikum Würzburg
Foto: ukw.de

Empagliflozin wurde eigentlich zur Therapie des Typ-2-Diabetes entwickelt und wird inzwischen auch bei chronischer Herzinsuffizienz angewendet. Der SGLT2-Hemmer wirkt insulinunabhängig, senkt die Nüchtern- und postprandialen Blutglucosespiegel und führt zur Gewichtsabnahme und Blutdrucksenkung. Liegen hierzu schon Ergebnisse aus dem Studienkollektiv der EMPA-KIDNEY vor?

Gewichtsabnahme und Blutdrucksenkung haben sich auch in dieser Studienpopulation gezeigt und lagen in ähnlichen Bereichen wie in den vorangegangenen Studien.

Welche genaueren Aussagen lassen sich zu den Nierenerkrankungen treffen, die durch Diabetes verursacht wurden (diabetische Nephropathie) bzw. zu Nierenschädigungen anderer Ursache?

In der EMPA-KIDNEY Studie wurden ja, wie erwähnt, nicht nur Patient*innen mit einer diabetischen, sondern in mehr als der Hälfte der Studienteilnehmenden auch Patient*innen mit einer nicht-diabetischen Nierenerkrankung, sprich mit glomerulären und hypertensiven bzw. renovaskulären Erkrankungen, behandelt. In beiden Patientengruppen wurde der primäre Endpunkt signifikant und konsistent reduziert.

Wie sieht es bei den SGLT2-Hemmern mit der „Verordnungsfreude“ unter Ihren Kolleg*innen aus?

Das Update der KDIGO-Leitlinien vom Oktober 2022 enthält jetzt folgende 1A-Empfehlung: Patient*innen mit Typ-2-Diabetes, CKD und einer GFR von 20 ml/min pro 1,73 m² oder mehr sollten mit einem SGLT2-Hemmer behandelt werden. Das ist schon sehr nahe an der Wahrheit. Ich bekomme aber weiterhin Anrufe von Nephrolog*innen, die noch immer ungläubig auf die EMPA-KIDNEY blicken und sagen: Das betrifft ja alle meine Patient*innen in der Praxis! Man muss schon fast die Frage stellen: Wer soll SGLT2-Hemmer nicht bekommen? Zumindest bei den Nie-

»SGLT2-Hemmer: Standard of Care«

renenerkrankungen wird es hier einen Verschreibungsboom geben. Ich sehe das bereits, da wir an den nächsten Studien mit den Nachfolgesubstanzen arbeiten. SGLT2-Hemmer sind Standard of Care geworden, das stellen auch die aktuellen KDIGO-Leitlinien klar. Die Evidenz, die zudem in der Metaanalyse von 90.000 Patient*innen gezeigt wird, lässt kaum noch Überraschungen in den nächsten Jahren zu.

Was gibt es zur Sicherheit von Empagliflozin zu sagen?

Es gab eine sehr geringe Zahl von sechs Ketoazidosen. Wir wissen heute auch, dass die Genitalinfekte über die Zeit abnehmen. SGLT2-Hemmer sind eine sichere Intervention und eine populationsbasierte Therapie.

Die frühzeitige Diagnose der CKD bleibt problematisch. Was vernehmen Sie aus den Hausarztpraxen?

Bei den Allgemeinärzt*innen wird die Nierenfunktion mittlerweile ganz gut über die glomeruläre Filtrationsrate und das Kreatinin bestimmt. Woran es aber weiter fehlt, ist die Albuminuriebestimmung. Die „DEGAM-Leitlinie zur Versorgung von Patienten mit nicht-dialysepflichtiger Nierenerkrankung in der Hausarztpraxis“, die derzeit in Revision ist, enthält bereits die Kategorien zur Albuminuriebestimmung (Albumin/Kreatinin-Quotient). Es ist ein altes Thema, aber jetzt haben wir etwas Neues anzubieten! Es geht darum, die Patient*innen sichtbar zu machen und ihnen die passende Therapie zukommen zu lassen.

Kardiorenal-metabolische Erkrankungen interdisziplinär behandeln: Wunschdenken oder machbar?

Alle Fachbereiche müssen daran arbeiten, die Patient*innen spätestens ab einer Nierenleistung von 30 ml/min/1,73 m² an die Nephrologie zu überweisen. Es geht um einen Schulterschluss von Kardiologie und Diabetologie, Nephrologie und Allgemeinmedizin. Die Gespräche zwischen den Fachdisziplinen gewinnen zunehmend. Die SGLT2-Hemmer und ihr Therapieprinzip verbinden uns alle. Die Aufgabe ist riesig.

Was steht als Nächstes an?

Die EMPA KIDNEY Studie hat eine Follow-up Studienkomponente und die Patient*innen werden weitere zwei Jahre beobachtet. Uns geht es um ein Ziel: Die Betroffenen sollen nicht mehr ungebremst in Richtung Dialyse steuern müssen und mehr Lebensqualität haben.
Interview: Angela Monecke

»Die Albuminuriebestimmung in der Hausarztpraxis ist so wichtig«, betont Prof. Dr. Christoph Wanner.

Fotos: jarun011 – stock.adobe.com, Designer/gettyimages



Über die Hälfte der eingeschlossenen Nierenkranken ohne Diabetes

6.609 Personen mit einer chronischen Nierenerkrankung (CKD) nahmen an der EMPA-KIDNEY Studie teil. Im März wurde sie wegen der positiven Effekte von Empagliflozin (Jardiance®) vorzeitig beendet. Für die Studie führte man die Patient*innen nach Zufallszuteilung einer Behandlung mit Empagliflozin (10 mg/Tag) oder Placebo zu. Das Spektrum der Teilnehmenden war breiter als in den beiden vorangegangenen SGLT2-Hemmer-Studien zu Dapagliflozin (DAPA-CKD) und Canagliflozin (CREDESCENCE). Bei über der Hälfte lag kein Diabetes vor. Die häufigsten chronischen

Nierenerkrankungen waren diabetische Nephropathien (31 %), glomeruläre (25 %) und hypertensive bzw. renovaskuläre Erkrankungen (22 %). Unter der Behandlung mit Empagliflozin (Jardiance®) verringerte sich das Risiko eines Fortschreitens von CKD oder kardiovaskulärem Tod signifikant um 28 % im Vergleich zu Placebo. Die EMPA-KIDNEY-Studie wurde von Boehringer Ingelheim und Eli Lilly and Company unterstützt.

»Hospitalisierung auch signifikant reduziert«

»Wir wollen eine gemeinsame Vision von der Digitalisierung«

BMG setzt auf Partizipation und Begeisterung für die Datennutzung im Gesundheitswesen

BERLIN. Dr. Susanne Ozegowski leitet seit April dieses Jahres die Abteilung für Digitalisierung und Innovation im Bundesministerium für Gesundheit. Braucht es einen Neustart bei E-Rezept und digitaler Patientenakte? Die BMG-Abteilungsleiterin spricht über neue Ziele, Strategien und Gesetze.

? Ärger wegen der Telematik-Infrastruktur und den Konnektoren. Cyberangriffe auf Kliniken und IT-Anbieter im Gesundheitswesen. Das unsichere Online-Ident-Verfahren. Frau Dr. Ozegowski, ihr Arbeitsalltag beginnt häufig mit schlechten Nachrichten, nicht wahr?

Dr. Ozegowski: Das sehe ich anders. An diesem Platz habe ich die Chance, die Digitalisierung im Gesundheitswesen zu gestalten. Das ist jeden Tag eine tolle, spannende Aufgabe – und eine, bei der ich nicht alleine auf weiter Flur bin. In den Foren, die wir zur Digitalisierungsstrategie machen, nehme ich Begeisterung, aber auch den Bedarf wahr. Egal ob Ärzteschaft oder Industrie, alle sagen: „Bitte, lasst uns vorankommen!“ Es geht nicht, dass wir im Gesundheitswesen in der digitalen Steinzeit leben. Wir brauchen den Schub nach vorne. Das ist eine riesige Motivation und lässt einen auch darüber hinwegsehen, dass es ab und zu ein Thema gibt, bei dem man doch mal kurz stolpert.

? KBV-Chef Dr. Andreas Gassen hat einen Neustart bei der Digitalisierung gefordert. Weder die elektronische Patientenakte noch das elektronische Rezept funktionierten. Man müsse frisches Geld in die Hand nehmen und das Ganze neu aufsetzen.

Dr. Ozegowski: Den Begriff des Neustarts hat auch Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach beim Auftakt für die Digitalisierungsstrategie benutzt. Denn wir müssen uns gemeinsam darauf verständigen, wo wir hinwollen und wie wir dahin kommen. Die ePA ist hier ein Beispiel. Bei einer aktuellen Nutzerquote von 0,7 % sind wir weit weg von unserem Anspruch. So erfüllt die ePA von heute keinen Nutzen in der Versorgung. Wir müssen sie so aufsetzen, dass sie bei den Menschen ankommt.

? Wie könnte das konkret aussehen? Laut Digitalstrategie der Bundesregierung sollen im Jahr 2025 mindestens 80 % der gesetzlich Versicherten eine ePA haben.

INTERVIEW



Dr. Susanne Ozegowski
Leiterin der Abteilung für
Digitalisierung und Innovation des BMG
Foto: Andreas Friese

Dr. Ozegowski: In der Tat, das wollen wir erreichen. Und mit dem Koalitionsvertrag haben wir dafür einen Hebel in die Hand bekommen – die Opt-out-Lösung. Opt-out heißt: Nicht jeder Versicherte muss sich damit auseinandersetzen, wie man sich für die ePA registriert. Wer nicht widerspricht, bekommt eine ePA. Daneben ist sicherzustellen, dass die ePA nicht leer bleibt. Es muss die Möglichkeit geben, diese direkt zu befüllen und medizinische Daten einzusehen, damit die Akte ihren Nutzen in der Versorgung erfüllen kann.

? Der Bundesgesundheitsminister hat ein Dutzend Gesetzesvorhaben für die nächsten zwölf Monaten angekündigt, auch zur Digitalisierung. Gehört hier das Opt-out für die ePA dazu? Und was sonst noch?

Dr. Ozegowski: Das Opt-out ist mit Sicherheit ein Bestandteil. Ein anderes Thema, an dem wir gerade arbeiten, ist das Gesundheitsdaten-Nutzungsgesetz. Datenschutz ist wichtig. Aber wir müssen auch Möglichkeiten schaffen, damit Gesundheitsdaten zum Nutzen der Patientinnen und Patienten für Forschungszwecke sowie unmittelbar für die Versorgung verwendbar sind. Es gilt also, Rechtssicherheit zu schaffen. Bei

vielen Forschungsprojekten fällt es heute schwer, verbindlich zu planen, weil es viele Regelungen, aber auch Graubereiche gibt: Was darf man machen und was nicht? Das betrifft auch die Versorgung: Wer kann beispielsweise – basierend auf Gesundheitsdaten – aktiv auf Patientinnen und Patienten zugehen? Das ist heute nicht klar geregelt.

Außerdem spielt der geplante europäischen Gesundheitsdatenraum eine Rolle. Es gibt einen Entwurf der EU-Kommission für eine Verordnung, die voraussichtlich 2024 kommen wird. Mit dem Gesundheitsdaten-Nutzungsgesetz treffen wir auf nationaler Ebene Vorbereitungen für die Umsetzung. Weitere Punkte für die Gesetzgebung werden sich aus der Digitalisierungsstrategie ergeben. Deswegen besprechen wir diese so ausführlich.

? Warum macht das BMG diese Ideensammlung, deren Ergebnisse 2023 vorgelegt werden sollen? Es gibt die Digitalstrategie der Bundesregierung und die Baustellen sind doch alle bekannt.

Dr. Ozegowski: Die Digitalstrategie der Bundesregierung setzt die großen Ziele, auch für das Gesundheitswesen. Wir wollen mit den gesamten Akteuren eine gemeinsame Vision von der Digitalisierung des Gesundheitswesens schaffen. Natürlich kann das BMG Gesetze schreiben, Fristen setzen und Sanktionen androhen. Aber damit ist noch lange nicht sichergestellt, dass tatsächlich etwas draußen ankommt. Wir brauchen die Beteiligung und die Begeisterung der Akteure.

? Inwieweit sind dabei medizinische Fachgesellschaften wie beispielsweise die DDG eingebunden?

Dr. Ozegowski: Jeder Akteur, der das möchte, kann sich beteiligen. Wir hatten beispielsweise im September eine Online-Befragung, mit der man uns Input geben konnte. Wir haben für die Auftaktveranstaltung und die Fachforen sehr breit eingeladen, sowohl Wissenschaft, Fachgesellschaften der Ärzteschaft als auch Kassenärztliche Vereinigungen und Berufsverbände.

? Regelungsbedarf gab es auch bei Interoperabilität. Der Entwurf des

»Wir müssen die ePA so aufsetzen, dass sie bei den Menschen ankommt«

Krankenhauspflege-Entlastungsgesetzes droht IT-Anbietern Bußgelder an, wenn sie ihre Systeme geschlossen halten. Sie müssen eine diskriminierungsfreie Nutzung von TI-Komponenten und -diensten für die vertragsärztliche Versorgung ohne weitere Kosten zulassen. Zeigt das: Ohne rigide Maßnahmen lässt sich Interoperabilität nicht durchsetzen?
Dr. Ozegowski: Standardisierung ist eine Kernaufgabe von Regulierung und somit von Politik. Insofern ist das keine Besonderheit an dieser Stelle. Es geht darum, Wettbewerb zwischen den Praxisverwaltungssystemen und zwischen den vielen

Komponenten, die es gibt, zu ermöglichen – auch um wettbewerbliche Preise zu bekommen. Genauso wichtig ist es, Produkte mit hoher Qualität und hoher Benutzerfreundlichkeit zu haben. Darum soll der Wettbewerb nicht nur auf dem Papier stehen. Damit Ärztinnen und Ärzte tatsächlich frei entscheiden können, welches PVS sie nutzen möchten, welchen KIM-Client und welchen Konnektor.

Wichtig ist in diesem Gesetz auch die Schnittstellenregelung für das E-Rezept. Sie erlaubt es beispielsweise Apotheken, eine App anzubieten, mit der man seine Medikamente besser managen und Interaktionschecks vornehmen kann. In der jetzigen Startphase schauen wir sehr auf die E-Rezept-App der Gematik. Aber perspektivisch ist es das Ziel, – aufsetzend auf den Rezeptdaten – Mehrwertdienste für die Bürgerinnen und Bürger anzubieten.

? Und die E-Rezeptübertragung per E-Mail – tut sich da noch etwas? Oder ist das kein Weg?

Dr. Ozegowski: Es gab einen PVS-Anbieter, der es ermöglichte, dass Praxen via PVS E-Mails mit den Token direkt an Apotheken schicken konnten. Das wurde von der Datenschutzbeauftragten in Schleswig-Holstein untersagt. Das Makelverbot besagt, dass ein Patient selber entscheidet, welcher Apotheke er sein E-Rezept übergibt. Davon unbenommen brauchen wir einfache Zugangswege zum E-Rezept. Mittlerweile liegt die Marktdurchdringung der elektronischen Gesundheitskarten mit NFC-Schnittstelle bei über 50 %. Wir verpflichten mit Krankenhauspflege-Entlastungsgesetz die Krankenkassen dazu, ihre Versicherten intensiver über Bezug und Nutzung der PIN zu informieren.

? Die letzte Frage: Haben Sie auch einen Tipp zum Stromsparen?

Dr. Ozegowski: (lacht) Schneller ins Machen kommen statt langwieriger Abstimmungsschleifen in Videokonferenzen und per Mails – auf allen Ebenen des Gesundheitssystems.

Interview: Michael Reischmann

Das Gespräch fand online per Video-Schalttafel statt und wurde mithilfe eines Transkriptionsprogramms verschriftlicht. So viel Digitalisierung geht schon.

nachgefragt

»Es gilt, Rechtssicherheit für Forschungsprojekte und die Versorgung zu schaffen«



Promotion mit Rückenwind

Stipendiat*innen des Promotionsförderprogramms bekommen Geld – aber nicht nur

BERLIN. Im Fokus des Promotionsförderprogramms steht die breite Förderung des wissenschaftlichen Arbeitens in der Diabetesforschung. Wie können sich Promovierende bewerben – und wie haben drei junge Frauen von ihrem Stipendium profitiert?

Unterstützt werden durch das Promotionsförderprogramm der DDG vor allem klinisch orientierte Doktorarbeiten sowie Arbeiten im Bereich der Versorgungsforschung. Die Förderung unterstützt promotionswillige Stipendiat*innen

wie auch deren Betreuer*innen. Damit soll u.a. das Angebot, entsprechende Promotionsthemen zu vergeben, erhöht werden.

Worin besteht die Förderung?

■ Stipendiat*innen erhalten monatlich 300 Euro bei einem maxi-

malen Förderzeitraum von **sechs Monaten**.

- Betreuer*in und Stipendiat*in erhalten **freien Zugang** zu einem Diabetes Kongress und zu einer Diabetes Herbsttagung.
- Der **erfolgreiche Abschluss** der Promotion wird mit 500 Euro honoriert.
- Sollten Treffen mit Projektpartnern erforderlich sein, trägt die DDG für den gesamten Förderzeitraum maximal **Reisekosten**

in Höhe von 200 Euro. Kosten für Verbrauchsmittel werden nicht übernommen.

- Daraus resultiert eine **maximale Fördersumme** von 2.500 Euro pro Stipendiat*in.
- Eine gleichzeitige andere Förderung der Promotion oder eine

finanzierte Anstellung im Rahmen der Promotion gelten als **Ausschlusskriterien**.

Bewerben können sich Promovierende aus dem deutschsprachigen Raum. Promovierende*r und Betreuer*in sollten Mitglied der DDG sein. *nf*

 **Weitere Informationen finden Sie unter www.ddg.info/forschung/promotionsfoerderprogramm.**

Dort gibt es auch eine Vorlage für die Bewerbung zum Download. Auch interessant: Für ihre beiden Tagungen vergibt die DDG Reisestipendien.



„Nun soll die Arbeit veröffentlicht werden“

Laura Hasse hat im Rahmen ihrer Promotion an einer Studie mitgearbeitet



Laura Hasse

Foto: privat

Wie sind Sie auf das Förderprogramm aufmerksam geworden?

Laura Hasse: Nachdem ich ein Abstract im Rahmen meiner Doktorarbeit für den Jahreskongress der DDG eingereicht hatte, habe ich von dem Reisestipendium erfahren. Darüber hinaus hat mich der Betreuer meiner Doktorarbeit, PD Dr. Torben Biester, auf das Promotionsförderprogramm der DDG aufmerksam gemacht, und somit habe ich mich beworben.

Wie haben Sie von dem Stipendium profitiert?

Laura Hasse: In erster Linie ist die finanzielle Unterstützung der DDG über einen Zeitraum von sechs Mo-

natun zu erwähnen. Dafür bin ich sehr dankbar. Des Weiteren übernimmt die DDG Reisekosten für Meetings, die im Rahmen meines Projektes entstehen. So hat mich die DDG mit einem Teil meiner Reisekosten nach München, wo ich einen Vortrag beim Jahrestreffen der European Society for Pediatric Dermatology gehalten habe, unterstützt.

Was ist das Thema Ihrer Promotion?

Laura Hasse: Der Titel meiner Arbeit lautet „Pediatric Obesity and Skin Disease (PicoSkin-Study): Cutaneous findings and associated quality of life in 103

children and adolescents with obesity“. Ziel dieser Arbeit war es, bei jungen Patient*innen mit Übergewicht und Adipositas die Prävalenz, Morphologie und Ausprägung von Hautveränderungen zu erfassen und anschließend deskriptiv, statistisch auszuwerten. Insgesamt haben wir 134 Kinder und Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas im Rahmen des „KiCK“-Programmes im Kinder- und Jugendkrankenhaus „Auf der Bult“ (Hannover) untersucht. 103 Kinder und Jugendliche wurden in die Arbeit eingeschlossen. Ich habe soeben alle Daten ausgewertet und das Manuskript verfasst. Nun soll die Arbeit veröffentlicht werden.

Was interessiert Sie am Fachgebiet Diabetologie besonders?

Laura Hasse: Während der Typ-2-Diabetes als Volkskrankheit stetig zunimmt, steigt auch die Prävalenz des Typ-1-Diabetes an. Schon jetzt ist klar, dass die „Zuckerkrankheit“ für uns als zukünftige Ärzt*innen unser tägliches Brot darstellen kann. Ernährungsberatungen, Prävention und auch psychologische Beratungen spielen neben der pharmakologischen Therapie eine ebenso wichtige Rolle im Behandlungskonzept. Ich finde daher insbesondere die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit verschiedenen Fachbereichen und Berater*innen in der Diabetologie interessant.

Möchten Sie auch nach der Promotion in der Diabetologie arbeiten?

Laura Hasse: Tatsächlich hatte ich bisher nicht vor, mich rein auf die Diabetologie zu spezialisieren. Ich denke jedoch, dass die Diabetologie ein enorm wichtiger Bereich ist, welcher Ärzt*innen in sämtlichen Fachgebieten betrifft. Auch wenn ich mich vielleicht nicht auf die Diabetologie spezialisiere, bin ich mir sicher, dass ich egal in welchem Fachbereich, sei es die Dermatologie, die Innere Medizin oder Pädiatrie, noch viel mit Patient*innen mit Diabetes zu tun haben werde.

Interview: Nicole Finkenauer

Vom Doktorvater ermutigt

Viele Freiheiten durch das Stipendium



Julia Hirsch

Foto: privat

Wie sind Sie auf das Förderprogramm aufmerksam geworden?

Julia Hirsch: Ich wurde von meinem Doktorvater Prof. Dr. Stephan Herpertz auf das Förderprogramm aufmerksam gemacht. Er hat mich zu einer Bewerbung ermutigt.

Wie haben Sie davon profitiert, und was ist das Thema Ihrer Promotion?

Julia Hirsch: Die kostenfreie Teilnahme an den Diabetes-Kongressen hat einen niederschweligen Zugang zu Weiterbildungsinhalten des Fachgebiets ermöglicht und mein Interesse weiter geweckt. Natürlich spielt auch der finanzielle Aspekt eine Rolle, der Freiheiten einräumt und den Druck, neben der Doktorarbeit während des Studiums ein Einkommen zu gewährleisten, erheblich senkt. Ich habe für meine Doktorarbeit ein Jahr das Studium pausiert, da die zugrunde liegende Studie vormittags und nachmittags durchgeführt wurde und somit mit den PJ-Zeiten kollidiert wäre.

Die Promotion befasst sich mit den Unterschieden des Darmmikrobioms bei Menschen mit Dia-

betes mellitus Typ 1 mit und ohne komorbide Depression und bei gesunden Kontrollproband*innen. Mittlerweile ist zu diesem Thema eine Publikation gelungen (Petra, Herpertz et al.), und auch ich konnte meine Dissertation kürzlich einreichen.

Was interessiert Sie am Fachgebiet Diabetologie besonders?

Julia Hirsch: Die Diabetologie schließt Menschen jeden Alters ein. Sie schaut nicht nur auf ein Organ, sondern ist durch viele Organsysteme vernetzt – es ist ein interdisziplinäres Arbeiten, auch abseits der reinen Somatik. Und es ist ein Arbeitsfeld, das eine rasante Entwicklung im Bereich der Therapiemöglichkeiten hingelegt hat.

Möchten Sie nach der Promotion in der Diabetologie arbeiten?

Julia Hirsch: Absolut. Aktuell überblicke ich nur einen winzigen Teil und stehe noch ganz am Anfang meiner Ausbildung. Das Fachgebiet interessiert mich sehr, insbesondere auch die Psychodiabetologie.

Interview: Nicole Finkenauer

„Enorm motivierend“

Förderung zeigt Vielseitigkeit der Diabetologie



Irena Drozd

Foto: privat

Irena Drozd hat schon von verschiedenen Förderungen der DDG für junge Menschen profitiert. Hier erzählt sie von ihren Erfahrungen mit dem Reise- und dem Promotionsstipendium.

Das Reisestipendium ist ein tolles Förderprogramm: Die Stipendiat*innen erhalten einen freien Zugang zum Kongress sowie finanzielle Mittel zur Deckung der Reisekosten. Es werden spezielle Workshops für uns organisiert. Die Arbeitsgemeinschaft Nachwuchs gestaltet das Kongressprogramm mit und bemüht sich sehr, uns da abzuholen, wo wir stehen und uns einen guten Austausch zu ermöglichen.

Unter anderem durch die Kongresse habe ich gemerkt, dass die Forschung für mich zur Tätigkeit als Medizinerin dazugehört. Im April 2019 habe ich folglich mit meiner Doktorarbeit bei Prof. Dr. Olga Kordonouri und Prof. Dr. Karin Lange in der pädiatrischen Diabetologie angefangen, sodass ich mich auf dem Diabetes Kongress 2019 in Berlin auf meine Forschungs-

schwerpunkte, die kardiovaskulären Risikofaktoren bei Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes, konzentrieren konnte. Mittlerweile fühlen sich die DDG-Kongresse wie ein Zusammenkommen einer großen Familie an, wo man viel voneinander lernen kann sowie neue Ideen und Impulse bekommt. Im Frühjahr dieses Jahres vergab die DDG zudem die ersten Promotionsstipendien. Die Idee wurde von der AG Nachwuchs zusammen mit Prof. Dr. Andreas Neu entwickelt. Die promotionswilligen Stipendiat*innen mit Dissertation im diabetologischen Bereich sowie deren Betreuer*innen werden unterstützt. Die jungen Doktorand*innen erhalten eine finanzielle Förderung für sechs Monate, und der erfolgreiche Abschluss der Promotion wird zusätzlich honoriert, was enorm zum Dranbleiben motiviert. Während des diesjährigen Diabetes Kongresses durfte ich in einer Postersession die ersten Ergebnisse meiner Studie vorstellen, was mir sehr viel Spaß gemacht hat.

Außerdem bin ich seitdem in der AG Nachwuchs aktiv. Hier kann ich organisatorisch tätig werden und meine Ideen dazu einbringen, wie man junge Leute für das Thema Diabetes begeistert. Denn die Diabetologie ist ein Fachgebiet, das sich immer weiterentwickelt und eine Vielseitigkeit bietet, in der jeder etwas für sich finden kann.

Der Nachwuchs wird seitens der DDG aktiv gefördert. Die Förderungen zeigen mir immer wieder, dass die Entscheidung, sich zu trauen und vor knapp vier Jahren an einer Herbsttagung teilzunehmen, in die DDG „reinzuwachsen“ wissenschaftlich aktiv zu werden, die richtige war.

Ich sehe auch, dass Klinik und Forschung miteinander verzahnt sind und dass ich mir die pädiatrische Diabetologie sehr gut für meine berufliche Zukunft vorstellen kann. Für diese Einblicke sowie die Möglichkeiten der Weiterentwicklung bin ich, wie viele andere Stipendiat*innen, der DDG sehr dankbar. *Irena Drozd*

Vertrauen, Teilhabe und Kooperation

Manfred Krüger setzt sich seit Jahrzehnten für eine bessere Betreuung ein

KREFELD. Gemeinsam geht es besser. So lautet das Motto, nach dem der Krefelder Apotheker Manfred Krüger seit über 40 Jahren seine Ehrenämter ausrichtet. Für sein Engagement, mit dem er zu Qualitätsverbesserungen in der pharmazeutischen Betreuung von Diabetespatient*innen beigetragen hat, erhielt Krüger 2022 die Gerhardt-Katsch-Medaille der DDG.

Was kann ich selbst zum Erfolg meiner Diabetes-therapie beitragen und was traue ich mir zu? Das sind für Manfred Krüger Fragen, die sich Menschen mit Diabetes selbst stellen sollten, die aber auch für Ärzt*innen und Apotheker*innen zentral sind. „Die an Diabetes mellitus Erkrankten müssen zudem stets darauf vertrauen können, dass sie von qualifiziertem Fachpersonal beraten und betreut werden“, sagt der 69-jährige Apotheker aus Krefeld.

Ausgehend von dieser Prämisse hat Krüger bereits vor mehr als zwei Jahrzehnten ein Konzept für eine Diabetesversorgung entwickelt. Das setzt auf eine enge Kooperation zwischen Ärzt*innen und Apotheker*innen in der alltäglichen Kommunikation, in Arbeitsgruppen oder Qualitätszirkeln und in Abstimmung mit den Patient*innen. So sollen arzneimittelbezogene Probleme zeitnah gelöst und eine höchstmögliche Therapiesicherheit und -treue erzielt werden.

Zertifizierungskurs BAK/DDG mitentwickelt

Seine Ideen brachte Krüger ab 1999 in die neu gegründete Kommission „Einbindung des Apothekers in die Diabetesversorgung“ (heute „Apotheker in der Diabetologie“) ein, ein paritätisch besetztes Gremium der DDG und der Bundesapothekerkammer (BAK). Daraus entstand im Auftrag der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände schließlich ein Stufenkonzept zur Qualitätsverbesserung in der pharmazeutischen Betreuung von Menschen mit Diabetes.

»Wichtig: Beratung durch qualifiziertes Fachpersonal«

„Zunächst ging es darum, die Möglichkeiten und Grenzen in der Zusammenarbeit mit einer klaren Aufgabenverteilung zwischen Arztpraxen und Apotheken auszuloten, um Interessenkonflikte zu vermeiden“, berichtet Krüger. Auf dieser Grundlage sei dann ein modular aufgebautes Curriculum entstanden, das als Zertifizierungskurs BAK/DDG von den Apothekerkammern mittlerweile flächendeckend als Intensiv-Fortbildung angeboten wird und als Richtschnur für die pharmazeutische Ausbildung dient.

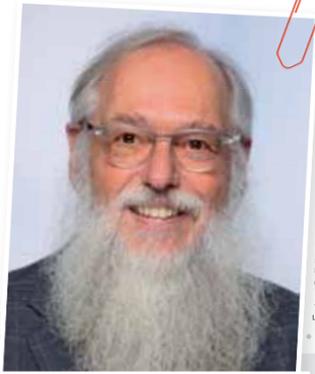
Wesentliche Schwerpunkte bilden dabei die allgemeine Gesundheitsberatung durch Apotheker*innen, unter anderem auf der Basis von Screening-Untersuchungen, sowie Empfehlungen zur Teilnahme an Präventionsangeboten oder zum Arztbesuch bei auffälligen Blutzuckerwerten, Erläuterungen zu Hilfsmitteln, wie Pens, Teststreifen, Messgeräten, Applikationshilfen, sowie eine fachkundige Beratung zu den verordneten Medikamenten.

Inzwischen haben sich bundesweit mehr als 5.000 Apotheker*innen nach dem Curriculum zertifizieren lassen. Basisfortbildungen für approbiertes und nicht-approbiertes pharmazeutisches Personal ergänzen das Angebot.

Zwei Studien belegen die Synergieeffekte der Fortbildung

„Da das Curriculum modular aufgebaut ist und fortlaufend aktualisiert wird, kann es darüber hinaus in einzelnen Bereichen wie der Arzneimittelsicherheit oder den Fachapothekerweiterbildungen genutzt werden“, betont Krüger.

Abgesehen vom positiven Feedback im täglichen Kontakt mit den Patient*innen belegen auch zwei von Manfred Krüger mit ärztlichen Kolleg*innen durchgeführte Studien zum Medikationsmanagement von Menschen



MANFRED KRÜGERS EINSATZ FÜR „NETZ“

Neben seinem Engagement für Menschen mit Diabetes ist Manfred Krüger auch Vorsitzender von NETZ. Der Verein setzt sich seit über 30 Jahren für Menschen in Bangladesch ein und erreichte 2021 mit seinen Projekten fast 150.000 Menschen, gibt z.B. Frauen Starthilfe für ein eigenes Unternehmen. Noch bis 24. Dezember läuft die Mitmach-Kochaktion „Dampf im Kessel“; mehr unter bangladesch.org.

mit Diabetes mellitus Typ 2 sowie zur Betreuung von Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 die Synergieeffekte der Fortbildungsangebote.

Möglichkeiten zur Verbesserung sind längst nicht ausgeschöpft

Die Möglichkeiten zur Verbesserung der Diabetesversorgung sind aus Sicht von Krüger dennoch längst nicht ausgeschöpft. „Vor allem bei

betagten Menschen bedarf es noch stärkerer gemeinsamer Anstrengungen unter Berücksichtigung der jeweiligen individuellen Situation und Möglichkeiten zum Selbstmanagement, um die Arzneimitteltherapiesicherheit zu fördern und eine unnötige Polymedikation zu vermeiden“, erläutert Krüger. Auch die Kommunikation über den elektronischen Medikationsplan, die elektronische Patientenakte sowie die gemeinsame Nutzung von Plattformen zum Datentransfer ließen sich noch unkomplizierter und weniger arbeitsintensiv gestalten, ist er überzeugt.

Bei seinem Engagement hat Krüger stets Wert daraufgelegt, als unabhängiger Berater für alle Seiten agieren zu können, was ihm eine Vielzahl von Ehrenämtern eingebracht hat. Inzwischen bringt er allein bei der DDG seine Expertise nicht nur in der Kommission „Apotheker in der Diabetologie BAK/DDG“ ein, sondern auch als Vorstandsmitglied des Arbeitskreises Prävention, als Verantwortlicher im Auftrag des Vorstands zur Umsetzung des oralen Glukosetoleranz-Tests, als Mitglied der Leitlinienkommission Typ-2-Diabetes für die Arzneimittelkommission der deutschen Apotheker sowie als Mitinitiator zur Neugründung einer DDG Arbeitsgruppe „Klima und Umwelt“.

Darüber hinaus ist Krüger seit über 20 Jahren in der Lehre als Tutor und Dozent im Bereich „Klinische Pharmazie“ der Pharmazeutischen Fakultäten der Universitäten Bonn und Düsseldorf aktiv.

»Bei betagten Menschen bedarf es noch stärkerer gemeinsamer Anstrengungen«

Manfred Krüger (3.v.l.) im November 2021 bei einem Frauen-Gruppentreffen der Partnerorganisation von Netz e.V., Pollisree, anlässlich der Jahresplanung 2022 in Dinajpur im Norden von Bangladesch.

Foto: Manfred Krüger



Mehrfacher Fachapotheker

Der Fachapotheker für Offizin-Pharmazie, Fachapotheker für Theoretische und Praktische Ausbildung sowie Fachapotheker für Pflegeversorgung Manfred Krüger studierte von 1972 bis 1976 Pharmazie an der Universität Bonn. Krüger ist u.a. Landesbeauftragter für Pharmazeutische Betreuung und AMTS der Apothekerkammer und des Apotheker-Verbandes Nordrhein, Mitglied der DDG Kommission „Apotheker in der Diabetologie“ und des Vorstands der AG Prävention der DDG. Seit 2018 vertritt er die Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker in den Arbeitsgruppen „Partizipative Entscheidungsfindung“ und „Nichtmedikamentöse Therapie“ der Nationalen Versorgungsleitlinie Typ-2-Diabetes.

Gerhardt-Katsch-Medaille

Mit der Gerhardt-Katsch-Medaille ehrt die Deutsche Diabetes Gesellschaft seit 1979 Persönlichkeiten, die sich in der Laienarbeit besonders verdient gemacht haben. Die Medaille wird im jährlichen Wechsel an ein in der Betreuung von Menschen mit Diabetes tätiges Mitglied des Diabetesteam (Ärzt*in, Diabetesberater*in, Psycholog*in) und Laien verliehen.

Gerhardt Katsch gilt als einer der Begründer der Diabetologie in Deutschland. Er leitete bis zu seinem Tod 1961 das Institut für Diabetes-Forschung und Behandlung in Karlsruhe bei Greifswald.

Bundesverdienstkreuz für Engagement für Bangladesch

Nicht zu vergessen sein Engagement in der Entwicklungszusammenarbeit in Bangladesch, dem er sich seit 1988 verschrieben hat. Hier konnte er erste wertvolle Erfahrungen mit partizipativer Entscheidungsfindung sammeln, die auch Eingang in seine Ideen zu einer verbesserten Diabetesversorgung gefunden haben. Für sein entwicklungspolitisches Engagement sowie für seine Aktivitäten im Kampf gegen den Diabetes hat Krüger 2007 das Bundesverdienstkreuz erhalten.

Ausgleich zu seinem unermüdlichen Einsatz im Dienste anderer findet er beim Fahrradfahren oder auch bei Treffen mit Freunden und Gleichgesinnten.

Auch wenn Krüger seiner Ehrenämter noch lange nicht überdrüssig ist, hat er entschieden, sich langsam zurückzuziehen und dabei mitzuwirken, Jüngeren den Weg in die zukunftssträchtigen Aufgaben und Verantwortlichkeiten bei der DDG und darüber hinaus zu ebnet.

Petra Spielberg

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 Fertigpen (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 Fertigpen 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 Insulindosis 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.



TRESIBA®
Insulin degludec

Hinter den Kulissen aktiv für den Klimaschutz

Industrie sieht Produktion, Verpackung und Transport als die größten Hebel

WIESBADEN. Wenn es um Müllvermeidung und ökologische Nachhaltigkeit geht, sehen Menschen mit Diabetes und auch ihre Behandlungsteams in erster Linie die Pharma- bzw. Medizinprodukte-Industrie in der Pflicht. Tatsächlich arbeiten die Unternehmen intensiv daran, weniger Diabetesmüll zu produzieren. Doch Müllvermeidung ist nur eine von vielen Facetten in ihren Nachhaltigkeitsstrategien. Viele Maßnahmen – etwa in Produktions- und Lieferprozessen – sind dem Endprodukt selbst nicht anzusehen.

Plastikverpackungen, Einweg-Insulinpens, Setzhilfen für CGM-Sensoren, Pumpenzubehör und Kartonagen – spricht man Menschen mit Diabetes und Diabetolog*innen auf das Thema Nachhaltigkeit an, denken die meisten zuallererst an den Diabetesmüll, der im Zusammenhang mit der Therapie in den Praxen und zu Hause bei Menschen mit Diabetes entsteht. Ihr Vertrauen in die Diabetesindustrie, an diesen vermeidbaren Müllbergen etwas zu ändern, ist allerdings nicht besonders groß (siehe dz 4 und 7-8/2022). In vereinzelt Recycling- und Rücknahmeaktionen sehen sie eher „Feigenblattaktivitäten“ denn ernsthaftes Bemühen um Nachhaltigkeit.

Wie wirksam sind Nachhaltigkeitsstrategien?

Tatsächlich lesen sich die Antworten der Unternehmen auf einen Fragenkatalog zu den Themen Müllvermeidung, ökologischer Fußabdruck und Nachhaltigkeit in weiten Strecken eher blumig-unkonkret: „Wir sind uns bewusst, dass der Kampf gegen den Klimawandel und der Schutz unseres Planeten eine Herkulesaufgabe ist. Jeder ist aufgerufen, seinen Teil dazu beizutragen. Als global tätiges Pharmaunternehmen setzen wir alles daran, unserer Verpflichtung so gut wie möglich gerecht zu werden“, heißt es da, oder: „Als einer der führenden Hersteller für Diabeteslösungen und -produkte ist es uns ein großes Anliegen, kontinuierlich unsere Produkte und Betriebsabläufe zu verbessern und einen Beitrag zur Nachhaltigkeit zu leisten.“ Man verweist bei Nachfragen auf Nachhaltigkeitsberichte, Umweltstrategien und Zertifikate zur Gemeinwohlbilanz. Derweil bewerben dieselben Unternehmen weiterhin vorrangig Einwegpens für Insuline und andere injizierbare Diabetesmedikamente, anstelle die Aufmerksamkeit auf um-

»Weniger Müll? Da antworten die Firmen eher unkonkret«

weltfreundlichere Mehrwegpens zu lenken. Die bislang initiierten Recyclingprojekte für Einwegpens erscheinen eher als kosmetische Maßnahmen, nicht als wirksame Nachhaltigkeitsstrategien. In Blutzuckermessgeräten, Insulinpumpen und Sensoren kommen unverändert fast nur Batterien statt wiederaufladbarer Akkus zum Einsatz, Setzhilfen für CGM-Sensoren sind Einwegprodukte. Dabei wäre nach Einschätzung von Diabetolog*innen und Menschen mit Diabetes mit ein bisschen gutem Willen an vielen Stellen der Einsatz langlebigerer Produkte möglich.

Dennoch wäre es unfair, der Industrie pauschal bloßes „Greenwashing“ vorzuwerfen. Denn viele ihrer Nachhaltigkeitsaktivitäten finden im Hintergrund statt und sind den einzelnen Produkten nicht unmittelbar anzumerken. So wird von Veränderungen beim Verpackungs- und Produktdesign berichtet, dank derer sich Paletten effizienter bepacken lassen. Das wiederum verringert die Umweltbelastung durch Logistik und Transport. Hierzu kann auch der Verzicht auf Lieferungen via Luftfracht beitragen – etliche der weltweit operierenden Firmen fa-

vorisieren mittlerweile den Seeweg für den Transport von Rohstoffen, Komponenten oder fertigen Produkten.

Spielraum bei Produktion, Verpackung und Transport

Auch ein veränderter Umgang mit Dienstreisen – angestoßen durch die Kontaktbeschränkungen während der Coronapandemie – schlägt sich in der Klimabilanz der Industrie nieder. Gleiches gilt für Anstrengungen für Kreislaufwirtschaft und Ressourcenschonung in den Produktionsprozessen – etwa durch die Verwendung sortenreiner, weniger

»Bitte weniger Bürokratie!«

umweltbelastender Kunststoffe, die Nutzung regenerativer Energien in den Produktionsstätten oder die lokale bzw. regionale Beschaffung von Rohstoffen und Komponenten. Tatsächlich sehen Unternehmen bei den Themenfeldern Produktion, Verpackung und Transport einen deutlich größeren Hebel zu mehr Nachhaltigkeit als bei den einzelnen Produkten. Immerhin unterliegen viele Produkte in der Diabetesversorgung strengen Hygieneauflagen und regulatorischen Vorschriften, die grundsätzlich erst einmal der Sicherheit von Menschen mit Diabetes dienen. Einwegprodukte haben hier durchaus ihren Stellenwert – und der Wunsch nach weniger Diabetesmüll sollte nicht dazu führen, dass z.B. Katheter von Insulinpumpen länger als empfohlen getragen oder Einweg-Pennadeln mehrfach verwendet werden.

Wunsch nach schlankeren bürokratischen Prozessen

Einzelne Regularien gehören aus Sicht der Industrie allerdings durchaus auf den Prüfstand. Etwa die EU-Richtlinie EU 2021/226, nach der Bedienungsanleitungen für Produkte, die im Wesentlichen von Laien benutzt werden, nicht ausschließlich in elektronischer Form vorliegen dürfen. Sie müssen auch in Papierform zur Verfügung gestellt werden – was zum weiteren Wachstum der Altpapierberge beiträgt. Auch sonst könnte man nach Einschätzung der Industrie an etlichen Stellen bürokratische Prozesse verschlanken – beispielsweise das Antragsverfahren für Nachhaltigkeits-Pilotprojekte. Daneben stehen Förderprojekte für Unternehmen, die sich nachweislich für sozial und ökologisch nachhaltiges Wirtschaften einsetzen, oben auf der Wunschliste. Insgesamt wünscht man sich pragmatischere regulatorische Lösungen, die die Besonderheiten der Branche berücksichtigen und Überbürokratisierung vermeiden – damit sich Nachhaltigkeitsziele mit der Versorgung mit modernen Medizintechnologien in Einklang bringen lassen.

Antje Thiel

Green Diabetes: Es geht weiter mit unserer Serie in der diabetes zeitung

Unser Bericht von der DiATec 2022 in Ausgabe 1-2/22 war der Startschuss für eine Beitragsreihe zur Nachhaltigkeit in der Diabetologie. Nach der Einschätzung von Patient*innen und Ärzt*innen beleuchten wir in dieser Folge die Perspektive von Pharma- und Hilfsmittelindustrie. In weiteren Beiträgen wird die Sicht von Behörden und Gesetzgebern sowie Kostenträgern folgen.

? Welchen Stellenwert haben Nachhaltigkeit, Diabetesmüll und Recycling in Ihrer Praxis?
? Haben Sie Ideen, wie sich Diabetestherapie umweltfreundlicher gestalten lässt?
@ Dann schreiben Sie uns unter diabeteszeitung@medtrix.group



Ansätze aus der Industrie: schlaue Verpackung, energiesparender Transport.

Fotos: Dvojnink/gettyimages, ArtistGNDphotography/gettyimages, Martin Barraud/gettyimages, HeliRy/gettyimages, SouthWorks gettyimages

Nachhaltigkeit: Was die Industrie aktuell unternimmt und plant

Folgende Beispiele illustrieren das breite Spektrum von Schritten, die Unternehmen der Diabetesindustrie für eine bessere Klimabilanz gehen.*

- Beim Dexcom G7 wurde die Plastikmenge beim Applikator um 20 % verringert, es entsteht 56 % weniger Verpackungsmüll und der Sensor ist um 60 % kleiner. (Dexcom)
- Der Produktionsstandort des Freestyle Libre 3 im britischen Witley entsorgt keinerlei Abfall auf Deponien, Abfälle werden recycelt, wiederverwendet, kompostiert oder thermisch verwertet. (Abbott)
- Seit 2020 werden alle Produktionsstätten weltweit zu 100 % mit Sonnen-, Wind- und Wasserkraft betrieben, Ziel ist die CO₂-Neutralität bis 2030. In Deutschland soll die Dienstwagenflotte bis 2025 auf E-Fahrzeuge umgestellt werden. (Novo Nordisk)
- Durch das Verbrennen gebrauchter Pods, deren Batterien keine Schwermetalle wie z.B. Quecksilber enthalten, wird Strom erzeugt. (Insulet)

- Es wurde eine technische Produktionsplattform für Blutzuckermessstreifen mit weniger Produktionskomponenten eingeführt. Das reduziert den ökologischen Fußabdruck um 60 %. (Roche)
- Der CO₂-Preis wird auf 100 Euro pro Tonne CO₂-Emissionen festgelegt. Das Geld wird für Investitionen verwendet, die CO₂-arme Technologien und Lösungen stärken. (Boehringer Ingelheim)
- Die MiniMed 700-Serie wird schon für künftige Software-Upgrades vorbereitet, damit neueste Pumpenfunktionen auch ohne den Austausch der physischen Pumpen verfügbar sind. (Medtronic)
- Es gibt seit 2021 in der Logistik ein Projekt zum Recycling von knapp 200.000 Datenloggern – das sind kleine Einweggeräte mit Temperatursensoren, die die Qualität der pharmazeutischen Produkte sicherstellen. (Lilly)
- Durch schlankere Contour Messgeräte-Sets werden 23 Tonnen Plastik und 353 Tonnen Papier eingespart. (Ascensia)

*nach Angaben der Unternehmen

»Den Qualitätsstandard hochhalten«

Medizinische Klinik 1 am Universitätsklinikum Heidelberg erhält Rezertifizierung „Diabeteszentrum DDG“

HEIDELBERG. „Es ist eine große Anerkennung für das gesamte Team“, sagt Prof. Dr. Julia Szendrödi, PhD, Ärztliche Direktorin der Medizinischen Klinik 1. Die Klinik für Endokrinologie, Stoffwechselkrankheiten und Klinische Chemie am Universitätsklinikum Heidelberg ist vor Kurzem als „Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG“ von der Fachgesellschaft bestätigt worden.

Mit dieser Rezertifizierung hebt die DDG erneut die Qualifikation der Mitarbeitenden, die Qualität von Laborleistungen, die erfolgreiche Schulung von Patient*innen, die Zusammenarbeit verschiedener Fachrichtungen und die Erfahrung in der Behandlung von Typ-1- und Typ-2-Diabetes, hervor.

„Diese Rezertifizierung steht für qualitativ gute Diabetestherapie nach den aktuellen Leitlinien der DDG und der europäischen Fachgesellschaft“, betont Prof. Szendrödi. Das Team sei von Anfang an begeistert von der Idee gewesen, die Rezertifizierung anzugehen, berichtet sie. Das Ziel: den Qualitätsstandard weiter hochhalten. Als Anfang des Jahres der Startschuss zur Rezertifizierung fiel, machten sich Ärzt*innen und Diabetesberater*innen gemeinsam an die Arbeit, um alle notwendigen Unterlagen zusammenzutragen und wenige Monate später den Prozess erfolgreich abzuschließen, so die

Ärztliche Direktorin. Nebenbei wurden neue Diabetesberater*innen ins Team geholt und die Weiterbildung vorangetrieben. Immer wieder kämen auch junge, interessierte Kolleg*innen auf sie zu, um die Hospitation in den anderen Kliniken zu nutzen. „Das geht sonst schon mal unter im Alltag, weil natürlich jeder ausgelastet ist“, weiß sie. Die Rezertifizierung würde einen jedoch immer wieder dazu anhalten, an diesen wichtigen Punkt zu denken. „Dafür nehmen wir uns die Zeit. Es ist toll, weil die Kolleg*innen so noch mehr Erfahrung und Expertise im Diabetesbereich bekommen und zudem

»Wir besprechen alles interdisziplinär«

neue Netzwerke geschlossen werden, um die Diabetologie in Deutschland gemeinsam voranzutreiben.“

Für die Rezertifizierung wurden alle bisherigen Standards genau überprüft und angepasst. In der Fußambulanz achtet man jetzt z.B. noch stärker auf die wichtigsten-Therapieaspekte: Wie ist der aktuelle Blutzuckerlauf? Sind alle Risikoparameter gut eingestellt? Werden die Zielwerte erreicht? Ist eine stationäre Aufnahme vielleicht hilfreicher? „Die Diabetespatienten kommen ja meist nicht nur wegen des Diabetes zu uns, sondern auch wegen anderer Komplikationen“, erklärt sie. Die größte Hürde bei der Rezertifizierung sei sicher die Corona-Pandemie gewesen. Das Klinikum bietet seither Videosprechstunden an, damit hier keine Lücke entsteht. Unterstützt wird ihre Klinik dabei von den Partnerkliniken, zu denen ein „sehr guter Kontakt“ bestehe, betont Prof. Szendrödi. In der Heidelberger Endokrinologie sind neben Fachärzt*innen auch Diabetesassistent*innen und -berater*innen sowie Podolog*innen und Wundassistent*innen tätig. Jährlich werden etwa 1.700 Patient*innen ambulant und 1.300 stationär versorgt. Die Anbindung an verschiedene Kliniken und Ein-



Foto: Universitätsklinikum Heidelberg

richtungen des Universitätsklinikums, wie das Nierenzentrum Heidelberg und die Universitäts-Augenklinik, trägt dabei zu einer umfassenden Versorgung bei, findet auch die DDG.

Bei den Visiten auch Diabetesberatung dabei

In der Abteilung von Prof. Szendrödi arbeiten vier Fachärzt*innen für Diabetologie und Endokrinologie sowie drei ausgebildete Diabetesberater*innen eng zusammen, zudem zwei zertifizierte Wundassistent*innen für das DFS in der ambulanten Sprechstunde und drei auf der Station. Jede Chefarztvisite wird von den diensthabenden Diabetesberater*innen

begleitet. Denn die stationäre Diabetestherapie werde immer gemeinsam mit den Stations- und den Oberärzt*innen, den Berater*innen und Assistent*innen durchgegangen. „Wir besprechen alles interdisziplinär. Das hat sich bewährt.“

Das Resümee von Prof. Szendrödi: „Der Zertifizierungsprozess mag für viele Kolleg*innen eine große Hürde darstellen. Er bietet aber vor allem die gute Möglichkeit, die eigenen Qualitätsstandards zu optimieren und Behandlungsabläufe neu zu strukturieren.“ Langfristig erreiche man dadurch eine hohe Patientenzufriedenheit, die sich auch in einer größeren Teamzufriedenheit widerspiegeln, betont die Ärztliche Direktorin der Klinik. *Angela Monecke*

O-Ton Diabetologie EXTRA: Guardians for Health

Wie im Podcast O-Ton Diabetologie geht es auch bei **O-Ton Diabetologie EXTRA: Guardians for Health** um aktuelle diabetologische Themen – mit besonderem Fokus auf Herz und Niere. Die Folgen mit Prof. Dr. Christoph Wanner, Dr. Jens Kröger, Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland und Dr. Petra Sandow bringen Sie auf den neuesten Stand. Guardians for Health ist eine weltweite Kampagne, die von Boehringer Ingelheim mit Unterstützung verschiedener Partner aus dem Bereich der Gesundheitsversorgung rund um das Thema Diabetes initiiert und koordiniert wird.



Hören Sie in der ersten Folge: „Diagnostik und Therapie von diabetesbedingten Nierenschäden“ mit Prof. Dr. Christoph Wanner

Der Podcast O-Ton-Diabetologie ist ein Projekt der Redaktion Wiesbaden aus der MedTriX Group mit den Medien diabetes zeitung, diabetes-anker.de und diatec journal.

MedTriX Group
we care for media solutions

extra
O-TON
Diabetologie

Medizin & Markt



Foto: iStock/AzmanJaka

Diabetes in Deutschland: vom dänischen Nachbarn lernen

Das »Steno Diabetes Center« gilt als Vorbildmodell, ist aber nicht einfach eins zu eins übertragbar

➔ **Presseveranstaltung Novo Nordisk BERLIN.** Diabetesversorgung in Deutschland – gut, besser und wie am besten? Diese Frage stand im Fokus einer Presseveranstaltung im Rahmen der gesundheitspolitischen Veranstaltungsreihe Diabetes 2030, die Novo Nordisk seit 2016 in Berlin veranstaltet. Die anwesenden Expert*innen forderten vor allem mehr Transparenz und mehr Versorgungsdaten zum Diabetes.

„Wir sind Diabetes: Eine Krankheit und doch ungleich versorgt – was können wir von unseren Nachbarn lernen?“ – Anhand konkreter Praxisbeispiele aus Dänemark nahmen Diabetesexpert*innen in einer Diskussionsrunde die Diabetesversorgung in

Deutschland kritisch unter die Lupe. Es ging um strukturierte Versorgung und Vernetzung, Digitalisierung und Patientenbeteiligung – immer mit Blick auf den dänischen Nachbarn.

ALLAN FLYVBJERG, früherer CEO Steno Diabetes Center Copenhagen, Dänemark, stellte die Vorteile des weltweit renommierten Steno Diabetes Centers Copenhagen heraus. Der dortige Versorgungsansatz gilt auch hierzulande als vorbildlich. Durch Patientenzentrierung, strukturierte Vernetzung und hohe digitale Standards gelänge es, Menschen mit Diabetes auf höchstem Niveau zu behandeln, erklärte er.

Sieben Steno Diabetes Center gibt es inzwischen in Dänemark, die als sog.

Public Private Partnerships (PPP) im ganzen Land verteilt sind. Die Organisation dieser Zentren verglich Flyvbjerg mit dem Konzept eines Flughafens: Die ankommenden Patient*innen erhalten vor Ort ihren Boarding Pass, mit dem sie ein umfangreiches, strukturiertes, multiprofessionelles Angebot nutzen können. „Die Behandlung im Steno Diabetes Center hat über Typ-1- und Typ-2-Diabetes hinweg dafür gesorgt, diabetesbedingte Erblindungen nahezu auf null und Beinamputationen um 80 Prozent zu reduzieren“, betonte er. Weitere Ergebnisse: Mehr gesunde

Lebensjahre für die Patient*innen und eine hohe Zufriedenheit.

Prof. Dr. DIETHELM TSCHÖPE, Herz- und Diabeteszentrum NRW, Bad Oeynhausen, betonte, dass wir „genau solche Leuchtturmprojekte“ benötigten, die zeigten, „dass optimierte Versorgung gelingen kann, wenn man nur den Blick weitet.“ Das dänische Modell einfach eins zu eins auf Deutschland zu übertragen, könne jedoch nicht das Ziel sein, gab er zu bedenken. Ähnlich sahen es auch die anderen Teilnehmenden. Vielmehr müsse es darum

etabliert sei. Es gebe zwar regionale Projekte, „aber keine übergeordnete Systematik“, so Tschöpe. Hinzu komme die multifaktorielle Therapie des Diabetes: „Es hört nicht bei den Füßen auf, nicht bei der Niere, nicht bei den Augen, es ist ein Organismus, der ganz häufig das Herz und die Neurologie betrifft“, führte er an. „Wir brauchen ein System, das plastisch ist, das den Menschen mit Diabetes individualisiert und für ihn die in der individuellen Patientensituation erforderliche Versorgung anbietet.“

Die Talkrunde diskutierte auch die Disease-Management-Programme (DMP). Eigentlich seien die Programme „der perfekte Ausgangspunkt“, sagte die Diabetes Bloggerin STEPHANIE HAACK: Der besagte Passagier am Flughafen, der eine bewusste Entscheidung trifft und die Kontrolle über seine Therapie behält. Diesem Bild „könnte man so viel näher kommen, wenn die Struktur etwas transparenter wäre für Menschen, die im DMP sind“, forderte sie. Noch hapere es jedoch an der Umsetzung: „Der Benefit ist für die Patient*innen nicht spürbar“. Hätte Stephanie Haack einen Wunsch frei, was sie von Dänemark auf Deutschland übertragen würde, dann wäre das der Dialog auf Augenhöhe mit den Menschen mit Diabetes. Hier könne sich Deutschland viel vom Steno Diabetes Center abschauen.



Diabetes 2030: einen Tag lang gesundheitspolitische Diskussionen in der Königlich Dänischen Botschaft in Berlin.

Fotos: Kasper Jensen



Bei der Presseveranstaltung wurde die Organisation der Steno Diabetes Center, aber auch von Gesundheitskiosken diskutiert.

gehen, einzelne Aspekte mit Vorbildfunktion in bestehenden Strukturen umzusetzen, sagte Prof. Dr. JÜRGEN WASEM, Lehrstuhl für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen. Tschöpe lobte in diesem Zusammenhang die „mustergültige Digitalisierung“ der Steno Zentren. Auch für Deutschland sieht er in der digitalen Transformation ein wichtiges Transparenz- und Verknüpfungswerkzeug, das allerdings noch nicht flächendeckend

Der Kritik am deutschen Gesundheitssystem nahm eine Aussage von Allan Flyvbjerg denn doch ein wenig den Wind aus den Segeln: „Wir haben die gleichen Probleme, Dänemark ist in Sachen Diabetesversorgung grundsätzlich nicht schlechter oder besser als Deutschland.“ *amo*

Presseveranstaltung Diabetes 2030 „Diabetesversorgung in Deutschland – gut, besser und wie am besten?“, 20. Oktober 2022, Königlich Dänische Botschaft Berlin, Novo Nordisk

Zehn Jahre Diabetestagebuch-App mySugr

Inzwischen mehr als vier Millionen Nutzer*innen weltweit

➔ **Presse-Information Roche Diabetes Care Deutschland**

MANNHEIM. Mit der Diabetesmanagement-App mySugr lässt sich der Blutzucker im Blick behalten, man kann Insulinmengen berechnen und auch eine Insulinpumpe steuern. MySugr gibt es seit mittlerweile zehn Jahren.

Seit 2017 gehört mySugr zu Roche. Nach Angaben des Unternehmens ist mySugr mit rund vier Millionen registrierten Nutzer*innen die weltweit erfolgreichste App zum Managen des Diabetes und ist eine wichtige Schnittstelle auf dem Weg zu einem

integrierten Personalisierten Diabetes Management (iPDM).

Entwickelt wurde mySugr von Menschen mit Diabetes für Menschen mit Diabetes: 2012 ist in Wien ein vierköpfiges Team an den Start gegangen, um eine App für die Bedürfnisse, Herausforderungen und Themen des Diabetesalltags zu entwickeln. „Von Beginn an war es unser Ziel, Menschen mit Diabetes einen zusätzlichen Nutzen zu bieten. Wir haben schon sehr früh damit begonnen, Therapiegeräte mit der mySugr-App zu verbinden, um den Prozess der Datenerfassung zu vereinfachen“, berichtet Michael Forisch,

Gründer von mySugr und heute Global Head of Digital Quality and Regulatory bei Roche Diabetes Care.

„2017 wagten wir den Schritt in den globalen Markt“, so Forisch. „Da Roche

»Das Ziel von Beginn an: einen zusätzlichen Nutzen bieten«

bereits seit 2014 Partner von mySugr war, wollten wir gemeinsam ein neues Kapitel aufschlagen und unser Angebot weltweit anbieten. Unsere Vision und Werte stimmten sehr gut überein und unsere Erfahrungen, gerade im ersten Jahr, waren für beide Seiten sehr wertvoll.“ Inzwischen hat sich die App von einem digitalen Tagebuch für Blutzuckerwerte hin zu einer umfassenden digitalen Lösung für das Diabetesmanagement im Alltag entwickelt. Durch die Anbindung von Blutzuckermessgeräten, wie Accu-Chek Guide, smarten Insulinpens und dem Insulinpumpensystem Accu-Chek Insight können

Menschen mit Diabetes per Smartphone ihre Therapie digital steuern und dabei alle wichtigen Daten im Blick behalten, schreibt Roche in der Pressemitteilung. Strukturierte Reports fassen dokumentierte Therapiedaten zusammen und können auf Wunsch mit dem Diabetesteam geteilt sowie besprochen werden. Zudem kann mySugr mit Apple Health und Google Fit verbunden werden. Die Basisversion der mySugr Diabetestagebuch-App kann kostenfrei im Apple App Store und über Google Play heruntergeladen werden. Mehr über die mySugr-App unter www.accu-chek.de/mySugr. *dz*

Erster Schritt zur Zulassungserweiterung

CHMP empfiehlt Lyumjev auch bei Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes

➔ Presse-Information Lilly Deutschland BAD HOMBURG. Der Ausschuss für Humanarzneimittel (CHMP) der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) hat am 13. Oktober 2022 eine Zulassungserweiterung für das Mahlzeiteninsulin Lyumjev, eine Weiterentwicklung von Insulin lispro, ausgesprochen – das gibt Lilly Deutschland bekannt. Danach wird Lyumjev jetzt auch zur Verbesserung der glykämischen Kontrolle bei Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes (T1D) im Alter von einem bis 17 Jahren empfohlen.

Basis hierfür waren die Ergebnisse der Phase-3-Studie PRONTO-Peds, in der die Wirksamkeit und Verträglichkeit von Lyumjev und Insulin lispro bei dieser Population verglichen wurden. Die gegenwärtige Indikation von Lyumjev ist auf die Behandlung von Erwachsenen mit Diabetes mellitus beschränkt.

Die Aufrechterhaltung einer guten glykämischen Kontrolle ist wichtig, um das Auftreten von Diabeteskomplikationen zu verzögern oder zu vermeiden. Mahlzeiteninsuline mit schnellem Wirkeintritt und kurzer Wirkdauer können hierzu wesentlich beitragen, indem sie postprandiale Blutzuckerspitzen reduzieren.¹ Wie Lilly in der Pressemitteilung ausführte, wurde Lyumjev mit dem Ziel entwickelt, der Insulinwirkung bei stoffwechselgesunden Menschen noch näher zu kommen als bisherige kurzwirksame Insuline.^{2,3} Hiervon können insbesondere auch Kinder und Jugendliche mit Typ-1-Diabetes profitieren, bei denen die optimale Anpassung der notwendigen intensiven Insulintherapie noch größere Herausforderungen stellt als bei Erwachsenen.⁴

Grundlage der Empfehlung des CHMP zur pädiatrischen Zulassungserweiterung von Lyumjev waren die Ergebnisse der Treat-to-Target-Studie PRONTO-Peds, in der Kinder und Jugendliche mit Typ-1-Diabetes im Alter zwischen einem und 17 Jahren neben einem Basalinsulin entweder Lyumjev oder Insulin lispro zu den Mahlzeiten erhielten.⁴ Primärer Endpunkt der Studie war die Veränderung des HbA_{1c}-Wertes nach 26 Wochen, wobei der Verum-Arm dem Kontroll-Arm nicht unterlegen war.

In der Presse-Information schildert das Herstellerunternehmen Lilly die Ergebnisse der Studie: Lyumjev ermöglichte gegenüber dem Vergleichspräparat eine signifikant stärkere Reduktion der morgens und abends eine Stunde nach dem Essen gemessenen postprandialen Glukosewerte. Auch der durchschnittliche tägliche Glukosewert eine Stunde nach einer Mahlzeit war bei Lyumjev niedriger als beim herkömmlichen Insulin lispro. Zudem reduzierte Lyumjev die täglichen Glukoseexkursionen in der Zeit vor einer Mahlzeit bis eine Stunde danach signifikant stärker als Insulin lispro.⁴ Zwischen beiden Gruppen ergaben sich über den Studienzeitraum keine signifikanten Unterschiede im Hinblick auf die benötigte Dosis an Basal-

Bolus- oder Gesamtinsulin. Auch im Hinblick auf das Auftreten schwerer Hypoglykämien zeigten sich keine signifikanten Differenzen. Bei einer geringen Zahl der Teilnehmer (4,7 %) kam es zu mindestens einer Reaktion an der Injektionsstelle, was in der Lyumjev-Gruppe mit 7,9 % häufiger der Fall war als im Vergleichsarm (2,7 %).⁴

„Wir freuen uns sehr, dass Lyumjev nach seiner Zulassung bei Erwachsenen mit Diabetes mellitus nun auch eine Empfehlung für den Einsatz bei Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes erhalten hat, deren Therapie für sie und ihre Familien oft eine große Herausforderung darstellt“, sagte Alfonso Ponce-Ibarra, Director Medical Affairs Diabetes bei Lilly Deutschland.

Die positive Stellungnahme ist der erste behördliche Schritt in Richtung Zulassungserweiterung von Lyumjev in Europa. Sie wird jetzt für die endgültige Entscheidung an die Europäische Kommission weitergeleitet, die über die Zulassung der neuen Indikation in der Europäischen Union entscheiden wird. Die Kommission trifft ihre Entscheidung im Allgemeinen innerhalb von zwei Monaten, nachdem der CHMP seine Empfehlung ausgesprochen hat. dz

»Grundlage der Empfehlung war die PRONTO-Peds-Studie«

1. International Diabetes Federation (IDF), <https://www.idf.org/e-library/guidelines/82-management-of-postmeal-glucose.html>, abgerufen am 04. Februar 2020.

2. Fachinformation Lyumjev, aktueller Stand.

3. Heise T et al. Diabetes Obes Metab. 2020; 22(10): 1789-1798; doi: 10.1111/dom.14094

4. Wadwa RP et al. Diabetes Obes Metab. 2022 Aug 24; Epub ahead of print. doi: 10.1111/dom.14849

D.U.T-Report: Diabetesberater*innen zum zweiten Mal mit dabei

Befragung für Digitalisierungs- und Technologiereport Diabetes 2023

➔ Presse-Information Berlin-Chemie BERLIN/BAD MERGENTHEIM. Finden Automated-Insulin-Delivery(AID)-Systeme eine immer breitere Anwendung, konnte sich die Videosprechstunde in den Praxisablauf integrieren und werden die neuen DiGA (Digitale Gesundheitsanwendungen) genutzt? In den letzten Jahren hat sich in der Digitalisierung der Diabetologie viel getan und Trends haben sich fast schon zu Standards entwickelt. In der fünften Befragung für den Digitalisierungs- und Technologiereport Diabetes 2023 (D.U.T-Report) rückt neben der Meinung der Diabetologen*innen nun zum zweiten Mal die der Diabetesberater*innen in den Fokus. Noch bis zum 1. Dezember kann man an der Umfrage des Forschungsinstituts Diabetes-Akademie Bad Mergentheim (FIDAM) teilnehmen.

„Die vermehrte Anwendung von neuen und komplexeren Technologien in der Therapie verändert die Aufgaben von Diabetolog*innen und Diabetesberater*innen. Denn die Diabetestherapie wird zunehmend digitaler“, so Prof. Dr. Bernhard Kulzer,

Forschungsinstitut Diabetes-Akademie Bad Mergentheim (FIDAM) und Mitherausgeber des D.U.T-Reports. „Diabetesberater*innen stehen vor immer neuen Herausforderungen in ihrem Berufsalltag, deshalb ist es uns auch so wichtig, die Meinung und Einstellung dieser Berufsgruppe zum zweiten Mal zu erfragen.“ Die Ergebnisse der Umfrage werden wieder wichtige Erkenntnisse zum Stand der Digitalisierung in der Diabetologie liefern und um einen neuen Blickwinkel ergänzen, erklärt der Forscher. Die bundesweite Befragung von Diabetolog*innen und erstmalig auch Diabetesberater*innen aus Klinik und Praxis findet in Kooperation mit den folgenden diabetologischen Verbänden statt: Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V. (BVND), Bundesverband Klinischer Diabetes-Einrichtungen e.V. (BVKD), Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD), Verband der niedergelassenen Diabetologen Niedersachsens e.V. (VNDN), Wissenschaftliches Institut der niedergelassenen Diabetologen (winDiab). Die Befragung wird

vom Forschungsinstitut Diabetes-Akademie Bad Mergentheim (FIDAM) durchgeführt, die Ergebnisse werden im Digitalisierungs- und Technologiereport Diabetes 2023 veröffentlicht.

Der D.U.T-Report hat sich in den letzten Jahren mit seinen Artikeln zu relevanten digitalen Themen in der Diabetologie und seinen Umfragen zu einem Standardwerk in Sachen Digitalisierung in der Diabetologie entwickelt: Im D.U.T-Report 2019 standen die Einstellungen der Diabetolog*innen im Fokus, 2020 und 2022 wurden auch Patient*innen befragt, der D.U.T-Report 2021 und nun auch der D.U.T-Report 2023 nehmen die Diabetesberater*innen in den Blick.

Ein Interview mit Prof. Bernhard Kulzer zu weiteren Aspekten der Umfrage und des D.U.T-Reports lesen Sie auf Seite 8. An der Umfrage teilnehmen können Diabetolog*innen unter de.research.net/r/DUT2023_Aerzte_PR, Diabetesberater*innen unter de.research.net/r/DUT2023_DB_PR. Die QR-Codes zu diesen Links finden Sie ebenfalls auf Seite 8. dz

Neue Möglichkeiten bei Netzhauterkrankungen

Jetzt zugelassen: Vabysmo für die Behandlung von nAMD und DMÖ

➔ Roche Pharma

GRENZACH-WYHLEN. Der bi-spezifische Antikörper Faricimab (Vabysmo) wurde durch die Europäische Kommission für die Behandlung der neovaskulären altersabhängigen Makuladegeneration (nAMD) und des diabetischen Makulaödems (DMÖ) zugelassen und ist direkt als First-Line-Therapie einsetzbar. Beide Netzhauterkrankungen zählen weltweit zu den häufigsten Ursachen für den Verlust der Sehkraft.¹ Vabysmo ist der erste bi-spezifische monoklonale Antikörper, der speziell für die intravitreale Anwendung entwickelt wurde.

Durch seinen bi-spezifischen Wirkansatz bindet Vabysmo nicht nur den bekannten vaskulären endothelialen Wachstumsfaktor VEGF-A, sondern zusätzlich Angiopoietin-2 (Ang-2). So werden zeitgleich zwei verschiedene Signalwege gehemmt, die für multifaktorielle pathologische Prozesse bei retinalen Erkrankungen verantwortlich sind.^{1,2} Durch die synergistische Hemmung von VEGF-A und Ang-2 wird die anti-inflammatorische und gefäßstabilisierende Wirkung

verstärkt.^{1,2} Die Zulassungsstudien zeigen über zwei Jahre konsistent, dass Patient*innen, die mit Vabysmo in Abständen von bis zu 4 Monaten behandelt wurden, eine vergleichbare Verbesserung der Sehschärfe erzielten wie Patient*innen, die alle zwei Monate mit Aflibercept behandelt wurden.³⁻⁶ Nach den ersten vier monatlichen Injektionen konnten im weiteren Therapieverlauf drei von vier Patient*innen mit nAMD oder DMÖ Behandlungsintervalle von 3 bis 4 Monaten erreichen.^{3,4} Damit hat Vabysmo das Potenzial, die Belastung für Patient*innen deutlich zu reduzieren, schreibt Roche in seiner Pressemitteilung. dz

1. Fachinformation Vabysmo®, aktueller Stand

2. Heier JS et al. Retina 2021; 41:1-19; doi: 10.1097/IAE.0000000000003003

3. Heier JS et al. Lancet 2022; 399: 729-740; doi: 10.1016/S0140-6736(22)00010-1

4. Wykoff CC et al. Lancet 2022; 399: 741-755; doi: 10.1016/S0140-6736(22)00018-6

5. Khanani AM. Jahrestagung der American Society of Retina Specialists (ASRS), New York City, NY, USA, 13. - 16. Juli 2022

6. Eichenbaum D. Jahrestagung der American Society of Retina Specialists (ASRS), New York City, NY, USA, 13. - 16. Juli 2022

In Europa auf dem Markt

Das CGM-System Eversense E3 ist verfügbar

➔ Presse-Info Ascensia Diabetes Care

BASEL. Ascensia Diabetes Care, exklusiver Vertriebspartner für die Eversense-Systeme zur kontinuierlichen Glukosemessung (CGM), gibt bekannt, dass es die erste europäische Markteinführung von Eversense E3 abgeschlossen hat.

Hintergrund: Nach der Markteinführung in den USA im April 2022 wird das CGM-System Eversense E3 seit August schrittweise in ganz Europa eingeführt, entsprechend dem Zeitplan, der mit der CE-Kennzeichnung im Juni angekündigt wurde. Das System sei mittlerweile in den Einführungsmärkten Deutschland, der Schweiz, Polen, Italien, Spanien, Norwegen, Schweden, den Niederlanden und Andorra verfügbar. In der Pressemitteilung führt Ascensia Diabetes Care aus, dass Eversense E3 auf den Vorteilen des zuvor erhältlichen CGM-Systems Eversense XL aufbaue – es biete jedoch weitere Verbesserungen zugunsten der Benutzerfreundlichkeit. Zu diesen Verbesserungen gehörten eine reduzierte Kalibrierungshäufigkeit, eine verbesserte Beständigkeit des Sensors und die nicht-invasive Anwendung, die es den Benutzer*innen ermöglicht, ohne eine Prüfung des Glukosespiegels durch eine Blutzucker-

ckermessung Behandlungsentscheidungen zu treffen.

Konkret angeführt werden u.a. folgende Vorteile des Eversense E3: – Es gebe Menschen mit Diabetes eine Langzeit-CGM-Option mit einer Tragedauer des Sensors von bis zu 6 Monaten – was bedeute, dass im günstigsten Fall nur zwei Eingriffe pro Jahr nötig seien, um Sensoren einzusetzen/zu entfernen. – Es biete eine außergewöhnliche Genauigkeit (mittlere absolute relative Abweichung (MARD) von 8,5 %).¹ – Es eröffne die Möglichkeit, Behandlungsentscheidungen ohne Blutzuckermessung zu treffen, da das System die Kennzeichnung „nicht ergänzend“ erhalten habe. – Es verfüge über einen vollständig implantierbaren fluoreszenzbasierten Sensor mit einem abnehmbaren intelligenten Sender**, der am Körper getragen werde, diskrete Vibrationswarnungen gebe und Daten an eine mobile App übertrage. Ascensia ist auch Hersteller des Systemportfolios CONTOUR. dz

* Gesamt-MARD-Auswertung im Vergleich zu YSI für Blutzuckerspiegel zw. 40 und 400 mg/dl

** Es werden keine Glukosedenaten erzeugt, wenn der Sender entfernt wird.

1. Garg S. et al. Diabetes Technol Ther 2021; 24(2): 1-9; doi: 10.1089/dia.2021.0182

NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

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

Blutproben geben das Risiko für Herzinsuffizienz preis

Indikatoren sind bestimmte Metaboliten des Zucker- und Fettstoffwechsels

PISA. Kardiovaskuläre Probleme gehören zu den Folgen eines Typ-2-Diabetes. Warnhinweise für einige Herzerkrankungen lassen sich offenbar schon Jahre vorher finden – im Blut.

Inhibitoren des Natrium-Glukose-Transporters 2 (SGLT2), sogenannte Gliflozine, senken nicht nur die Blutzuckerkonzentration bei Patient*innen mit Typ-2-Diabetes, sondern auch das Risiko für Herz- und Niereninsuffizienz. Das liegt vermutlich daran, dass diese Substanzen – abgesehen davon, dass sie die Glukoseresorption verringern – auch den Stoffwechsel in Richtung Lipolyse verschieben. Dieser Effekt tritt wohl schon innerhalb weniger Wochen ein. Wie die Ergebnisse langfristig aussehen, ist aber unbekannt.

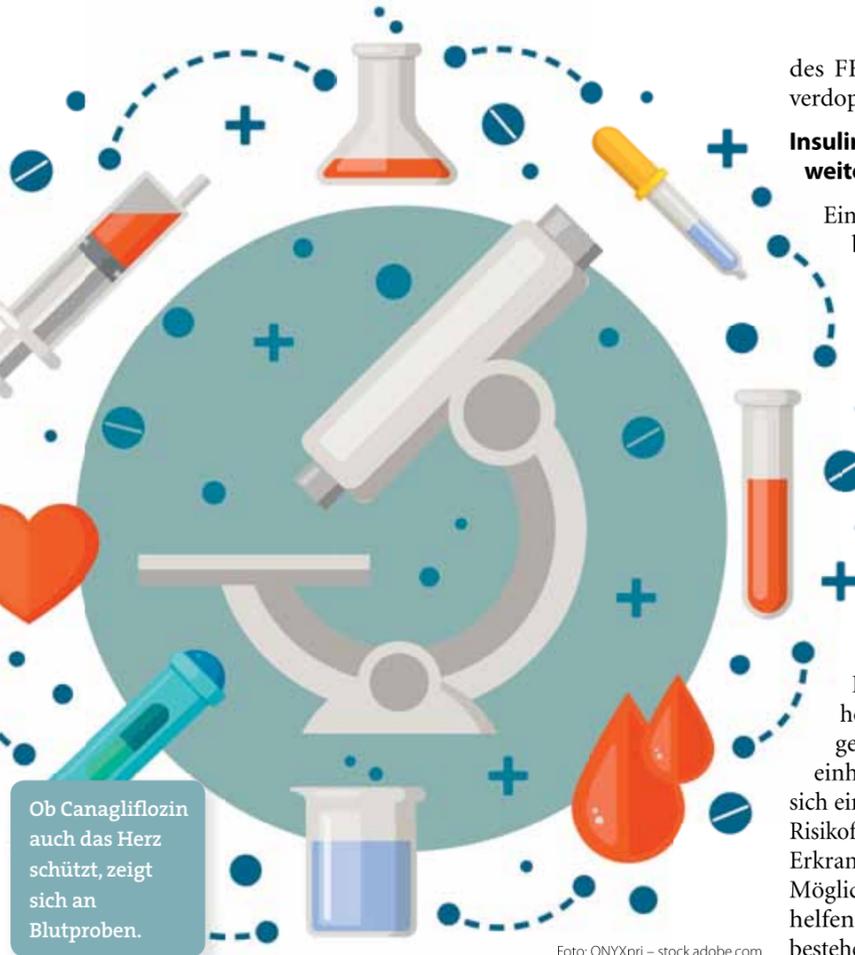
Aussagekräftige Marker: freie Fettsäuren und Glycerol

Um mehr Licht ins Dunkel zu bringen, haben Wissenschaftler*innen die Ergebnisse der CANVAS-Studie noch einmal herangezogen. Diese hatte die Behandlung eines Typ-2-Diabetes mit Canagliflozin auch im Hinblick auf die kardiovaskuläre Gesundheit untersucht. Aus den Daten ermittelte das internationale Team um Professor Dr. ELE FERRANNINI vom CNR Institut für klinische Physiologie in Pisa nun gezielt die Häufigkeit von Herzinsuffizienzen, Herzinfarkten und kardiovaskulären Todesfällen – und setzte diese in Bezug zu verschiedenen Stoffwechselparametern, die sich in eingelagerten Blutproben der Proband*innen finden ließen. Dabei erwiesen sich

zwei Marker als besonders aussagekräftig: die freien Fettsäuren und die Glycerol-Konzentration. Neben den Follow-up-Daten der Studie stand den Autor*innen Nüchternblut von 3.581 Teilnehmenden zur Verfügung. Dieses war vor Studieneinschluss eingefroren worden. Für den Großteil der Patient*innen lagen zudem weitere Proben vor, die nach einem oder zwei Jahren genommen worden waren. 136 Personen bekamen im Verlauf der Studie eine Herzinsuffizienz, die eine stationäre Aufnahme erforderlich machte. Im Median geschah dies nach 3,3 Jahren, und die Betroffenen hatten bereits zu Beginn auffällig niedrigere Konzentrationen an freien Fettsäuren (FFA) im Blut als die übrigen Teilnehmenden.

Vor allem Proband*innen, die schon in der Vergangenheit eine hospitalisierungspflichtige Herzinsuffizienz

»Die Basis: 3.581 Blutproben«



(hHF) hatten, liefen Gefahr, während des Follow-ups eine erneute Episode zu entwickeln. Obwohl nur 13 % der gesamten Kohorte eine entsprechende Anamnese hatten, entfiel jede dritte hHF auf diese Patient*innen. Ihr Risiko war damit fast 3,6-mal höher als bei den übrigen Teilnehmenden. Auch die

FFA-Spiegel lagen bei den stationär Behandelten im Mittel nur bei 416 $\mu\text{mol/l}$, während vorerkrankte Proband*innen ohne neue hHF im Schnitt 504 $\mu\text{mol/l}$ im Blut hatten. Unterm Strich ließ sich mit dem Rechenmodell der Autorengruppe prognostizieren, dass sich das Risiko für eine hHF mit jeder Abnahme

des FFA-Spiegels um 172 $\mu\text{mol/l}$ verdoppelt.

Insulintherapie als weiterer Risikofaktor

Einen Zusammenhang in derselben Größenordnung fanden Prof. Ferrannini und seine Kolleg*innen, als sie die Proben derjenigen untersuchten, die an einer kardiovaskulären Erkrankung (271 Personen) oder aus einem anderen Grund (127 Personen) verstorben waren. Patient*innen mit hohen FFA-Werten traf es seltener als solche mit niedrigen. Zudem entpuppte sich der Glycerol-Gehalt als weiterer Prädiktor. Dabei schädeten hohe Werte allerdings und gingen mit einer Risikohöherung einher. Unabhängig davon erwies sich eine Insulintherapie als weiterer Risikofaktor für hHF, kardiovaskuläre Erkrankungen oder Versterben.

Möglicherweise, so die Autor*innen, helfen höhere FFA-Level bei einer bestehenden HF, das Myokard besser mit Energie zu versorgen und weitere Schäden zumindest zu verzögern. Da die Spiegel bei den Probanden mit Canagliflozin-Therapie deutlich stärker anstiegen als im Placeboarm, könnte der Wirkstoff diesen Einfluss verstärken. Um dies zu belegen, waren die Daten nicht aussagekräftig genug. *Dr. Daniela Erhard*

Ferrannini E et al. Diabetes Care 2022; 45: 1833-1899; doi: 10.2337/dc21-2398

Foto: ONYXprj – stockadobe.com

Weitere Option für Kinder und Jugendliche mit Typ-2-Diabetes

Wöchentliche Exenatid-Injektionen verbessern die Blutzuckerkontrolle

NEW HAVEN. Kinder und Jugendliche mit Typ-2-Diabetes, die auf eine Lebensstilumstellung und gängige Antidiabetika nur unzureichend ansprechen, profitieren von der zusätzlichen Behandlung mit dem GLP1(Glucagon-like Peptide-1)-Rezeptoragonist Exenatid. Zu diesem Ergebnis kommt eine internationale Studie.

Kinder und Jugendliche mit Typ-2-Diabetes sprechen zunächst meist gut auf Metformin an, die Monotherapie verliert jedoch bei etwa jedem/ jeder Zweiten innerhalb eines Jahres ihre Wirkung, berichtet Professor Dr. WILLIAM TAMBORLANE, Direktor der Abteilung für pädiatrische Endokrinologie an der Yale-Universität in New Haven,



Foto: adrenalina pura – stockadobe.com

Connecticut. Bei der anschließenden Therapieeskalation mit Insulin stellen z.B. das Hypoglykämierisiko, die exzessive Gewichtszunahme sowie die schlechte Therapieadhärenz Herausforderungen dar. Ebenfalls zur Add-on-Therapie des Typ-2-Diabetes im Kindes- und Jugendalter zugelassen ist der GLP1-Rezeptoragonist Liraglutid, der aber einmal täglich injiziert werden muss.

Exenatid hat diesen Nachteil nicht: Für Erwachsene gibt es den GLP1-Rezeptoragonisten bereits als einmal wöchentlich applizierbare Zubereitung. Ob auch Heranwachsende davon profitieren, untersuchte Prof. Tamborlane gemeinsam mit weiteren Forschenden im Rahmen einer Phase-3-Studie.

An der Untersuchung beteiligten sich 27 Zentren in sechs Ländern. Das Studienkollektiv umfasste 83 Kinder und Jugendliche mit Typ-2-Diabetes im Alter zwischen 10 und unter 18 Jahren. Gemäß Randomisierung erhielten 59 Studienteilnehmende einmal pro Woche eine Exenatid-, die übrigen 24 eine Placebo-Injektion. Den primären Studienendpunkt bildete die Veränderung des HbA_{1c}-Werts nach 24 Therapiewochen. Die Veränderung des Nüchternblutzuckers, des Körpergewichts und des Blutdrucks waren weitere Effektivitätsparameter. Ferner analysierten die Forschenden die Sicherheit und Verträglichkeit des Präparats.

Zwölf Prozent der Studienteilnehmenden hatten im Vorfeld keine Antidiabetika erhalten und 38 Prozent wurden sowohl mit Metformin als auch mit Insulin behandelt. Ins-

gesamt absolvierten 72 Heranwachsende – 49 der Exenatid- und 23 der Placebogruppe – die 24-wöchige Behandlungsphase. Danach waren die mit Exenatid Behandelten signifikant im Vorteil: Unter dem GLP1-Rezeptoragonisten hatte der sogenannte Least Squares Mean des HbA_{1c}-Werts um 0,36 % ab-, unter Placebo um 0,49 % zugenommen ($p = 0,012$). Numerische, aber nicht signifikante Behandlungsvorteile unter Exenatid stellten die Forschenden bei Nüchternblutzucker, systolischem Blutdruck sowie dem Körpergewicht fest. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen erlitten 61 % der mit Exenatid

behandelten Jugendlichen und 74 % aus der Kontrollgruppe. Schwere Hypoglykämien wurden in keiner Therapiegruppe beobachtet.

Von der FDA bereits für Kinder und Jugendliche zugelassen

Exenatid als einmal wöchentliche Add-on-Therapie zu Lebensstilinterventionen mit oder ohne Metformin bzw. Insulin ist effektiv und wird von Heranwachsenden gut vertragen, unterstreicht Prof. Tamborlane. Auf der Basis dieser Studienergebnisse wurde das Depotpräparat bereits von der US-amerikanischen Food and Drug Administration (FDA) zur Therapie des Typ-2-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen zwischen 10 und 18 Jahren zusätzlich zu Diät und Bewegung zugelassen. *Dr. Judith Lorenz*

Tamborlane WW et al. Diabetes Care 2022; 45(8): 1833-1840. doi: 10.2337/dc21-2275

»HbA_{1c}-Wert deutlich gesenkt«

Erst das kardiovaskuläre Risiko abgrenzen – dann entscheiden

GLP1-Rezeptoragonisten oder SGLT2-Hemmer? Forschende schauen genau hin



MELBOURNE. Sowohl GLP1 (Glucagon-Like Peptide 1)-Rezeptoragonisten als auch SGLT2 (Sodium dependent Glucose Co-transporter 2)-Hemmer schützen Menschen mit Typ-2-Diabetes wirksam vor Herz-Kreislauf-Komplikationen. Bei Hochrisikokonstellation sind SGLT2-Hemmer vermutlich den GLP1-Rezeptoragonisten überlegen, fand ein australisches Forscherteam heraus.

GLP1-Rezeptoragonisten und SGLT2-Hemmer haben die Therapie des Typ-2-Diabetes revolutioniert, berichtet Dr. JULIAN SACRE vom Baker Heart and Diabetes Institute in Melbourne: Gegenwärtig empfehlen die Leitlinien beide Antidiabetika-Wirkstoffklassen für Personen mit manifesten atherosklerotischen kardiovaskulären Erkrankungen oder Herzinsuffizienz bzw. hohem Risiko hierfür. Die SGLT2-Hemmer gelten laut Leitlinien dabei besonders im Hinblick auf die Hospitalisation aufgrund einer Herzinsuffizienz (HH) sowie

im Hinblick auf das Voranschreiten einer chronischen Niereninsuffizienz als protektiv. Menschen mit Typ-2-Diabetes weisen allerdings in der Regel eine komplexe Risikokonstellation auf, so der Forscher weiter. Insbesondere ist es bei den

»Schwierig: Risikofaktoren, die überlappen«

Betroffenen oft schwierig, angesichts überlappender Risikofaktoren das Risiko für kardiovaskuläre Major-Ereignisse (MACE), also die Kombination aus Myokardinfarkt, Schlaganfall oder kardiovaskulärem Tod, vom Risiko für Herzinsuffizienz- und Niereninsuffizienz abzugrenzen. Beispielsweise können laut Leitlinien bei einem vorangegangenen Herzinfarkt sowohl GLP1-Rezeptoragonisten als auch SGLT2-Hemmer eingesetzt werden. Nimmt man bei dieser Vorbelastung ein höheres HH-Risiko an, spräche dies für eine Bevorzugung der

SGLT2-Hemmer. Die starke Evidenz aus verschiedenen kardiovaskulären Outcome-Studien spricht dagegen für eine Bevorzugung der GLP1-Rezeptoragonisten.

MACE- und Herzinsuffizienz-Risiko abgrenzen

Nach Ansicht der Autor*innen sei es daher wünschenswert, das MACE- und das HH-Risiko genauer voneinander abgrenzen zu können. Wie gut dies mithilfe zweier spezifischer Risikoscores gelingt, prüften sie anhand einer Metaanalyse von Daten dreier placebokontrollierter kardiovaskulärer Outcome-Studien – SAVOR, DECLARE und EMPAREG. In allen Untersuchungen waren zwei verschiedene kardiovaskuläre Risikoscores erhoben worden: Der „TIMI (Thrombolysis in Myocardial Infarction)-Score for Secondary Prevention (TRS-2°P)“ sagt spezifisch das MACE-Risiko voraus, der „TIMI Risk Score for Heart Failure in Diabetes (TRS-HFDM)“ dagegen das HH-Risiko.

In einem ersten Analyseschritt gingen die Forschenden der Frage nach, wie gut die beiden Scores Patientensubgruppen mit höherer relativer MACE- bzw. HH-Frequenz unterscheiden können. Anschließend berechneten sie anhand der gepoolten Inzidenzraten der Placeboarme sowie der bekannten Effektgrößen der beiden Wirkstoffklassen die Behandlungseffekte. Hierbei gingen sie davon aus, dass GLP1-Rezeptoragonisten das MACE- und das HH-Risiko um 14 bzw. 11 % und dass SGLT2-Hemmer das MACE- und

das HH-Risiko um 10 bzw. 32 % senken. Die Auswertung des MACE-spezifischen TRS-2°P-Risikoscores ergab: Die HH-Inzidenzrate war in allen Risikokategorien niedriger als die MACE-Rate, nahm aber von 19 % in der Niedrig- auf 51 % in der Hochrisikokategorie zu. Ähnliches beobachteten die Forschenden bezüglich des HH-spezifischen TRS-HFDM: Die HH-Rate betrug bei den Personen mit niedrigem oder intermediärem HH-Risiko 18 % der MACE-Rate, bei den Personen mit dem höchstem HH-Risiko dagegen 61 %.

Bei hohem Herz-Kreislauf-Risiko haben SGLT2-Hemmer Vorteile

Die Simulation der Therapieeffekte zeigte: Bei Personen mit niedrigem oder mäßigem MACE- oder HH-Risiko schützten beide Wirkstoffklassen gleichermaßen vor kardiovaskulären Ereignissen. Mit zunehmendem höherem Risiko waren dagegen die SGLT2-Hemmer den GLP1-Rezeptoragonisten überlegen.

Das Fazit der Forschenden: Mit steigendem kardiovaskulärem Risiko nimmt das HH-Risiko im Vergleich zum MACE-Risiko überproportional zu. Sie gehen daher davon aus, dass sowohl Patient*innen mit Diabetes und mit hohem MACE-Risiko als auch (aber nicht ausschließlich) mit hohem HH-Risiko von SGLT2-Hemmern profitieren, und fordern deshalb eine entsprechende Überprüfung der Leitlinienempfehlungen.

Dr. Judith Lorenz

Sacre JW et al. Diabetes Care 2022; 45(8): 1900–1906. doi: 10.2337/dc21-1929

Hybrid Closed Loop: Was geschieht außerhalb von Studien?

Weniger glykämische Entgleisungen durch automatisierte Systeme

BOSTON. Halbautomatisierte kombinierte Devices scheinen separaten Geräten überlegen zu sein. Ein Allheilmittel sind sie aber nicht.

Geräte, die kontinuierlich den Glukosespiegel überwachen und/oder bedarfsgerecht Insulin dosieren, erleichtern Menschen mit Typ-1-Diabetes nicht nur das Leben. Sie reduzieren Studien zufolge auch Glukoseschwankungen besser, als dies mittels Fingerpicks und Pen möglich wäre – vor allem, wenn Kontrolle, Dosierung und Insulinabgabe automatisch und gekoppelt ablaufen. Die aktuell verfügbaren und zugelassenen Hybrid-Closed-Loop-Systeme (HCLS) regulieren den basalen Insulinbedarf komplett allein. Ohne die Disziplin der Nutzer*innen geht es aber auch mit ihnen nicht: Vor dem

Essen oder dem Sport muss die Dosis immer noch angepasst werden. Das mag im Rahmen von Studien funktionieren – doch führen die Geräte auch im „normalen“ Alltag zu einer besseren glykämischen Kontrolle als eine kontinuierliche Glukosemessung (CGM), kombiniert mit einer intensivierten Insulintherapie (ICT) oder einer separaten Insulinpumpe?

Dieser Frage gingen Forschende um die Epidemiologin und Datenanalytikerin Dr. NUDRAT NOOR von der T1D-Exchange-Initiative in Boston nach. Aus der organisations-eigenen Datenbank identifizierten die Wissenschaftler*innen 28.019 Personen im Alter ab 6 Jahren, die seit mindestens einem Jahr mit Typ-1-Diabetes lebten. Die meisten von ihnen verwendeten entweder die ICT plus CGM (13.613 Perso-

nen) oder eine Pumpe plus CGM (12.306 Personen). Lediglich 2.047 Kinder, Jugendliche und Erwachsene nutzten ein kommerzielles HCLS-Loop, die selbstgebaute Systeme einsetzten, waren von der Analyse ausgeschlossen.

Das Ergebnis der Analyse: Die HCLS-Nutzer*innen hatten tatsächlich signifikant niedrigere glykämische Werte: Der aktuellste HbA_{1c}-Wert lag um durchschnittlich 0,5 Prozentpunkte niedriger als bei denjenigen, die die Pumpe verwendeten. Gegenüber denjenigen, die ihr Insulin selbst in-

jizierten, betrug die Differenz sogar 0,8 Prozentpunkte. Das galt für alle Altersklassen.

Analog dazu waren die Glukosekurven der HCLS-Anwender*innen im mindestens 14-tägigen Studienzeitraum deutlich stabiler. Sie erreichten im Schnitt 60 % Glukosewerte im Zielbereich von 70–180 mg/dl, in den anderen Gruppen lag die Zeit im Zielbereich hingegen lediglich bei 52 % (Pumpe plus CGM) bzw. 50 % (ICT plus CGM). Hyperglykämien kamen in allen Gruppen häufiger vor als Hypoglykämien. Nutzer*innen von HCLS verbrachten umgerechnet 47 Stunden bzw. 14 % der Zeit im Bereich über 250 mg/dl und nur 5,4 Stunden (1,6 %) im hypoglykämischen Be-



reich unter 70 mg/dl. In der Gruppe mit Insulinpumpe summierten sich die Hyperglykämien auf durchschnittlich 22 % (73,9 Stunden), die Hypoglykämien auf 2,0 % (6,7 Stunden); ähnlich sah es bei den ICT-Anwender*innen aus. DE

Noor N et al. Diabetes Care 2022; 45: e118-e119; doi: 10.2337/dc22-0329

»60 % Werte im Zielbereich«

MEDICAL REPORT

Mehr Fokus auf Herz- und Gefäßschutz

Leitlinien umsetzen und Präventionsgedanken bei Typ-2-Diabetes leben

Beim Typ-2-Diabetes reicht die Blutzuckersenkung allein häufig nicht aus, um die Therapieziele zu erreichen. Insbesondere kardiovaskuläre Risikofaktoren machen es erforderlich, dass Typ-2-Diabetes interdisziplinär adressiert wird. Eine aktuelle Umfrage unter unseren Leser*innen zeigt, dass 70 % von ihnen Risikofaktoren des Typ-2-Diabetes bereits im Blick haben und ihre Patient*innen gezielt darauf screenen.* Doch der Prävention von Folgeerkrankungen wird bei der Hälfte der Befragten keine hohe Priorität zugeordnet – trotz der potenziellen Folgen wie Myokardinfarkt und Schlaganfall.¹ Substanzen wie GLP1-Rezeptoragonisten (GLP1-RA) punkten vor allem mit der Aussicht auf einen starken Gewichtsverlust (56 %), gefolgt von ihrer nachweislichen Reduktion kardiovaskulärer Risiken (53 %).*



Typ-2-Diabetes erhöht das Risiko für eine atherosklerotisch kardiovaskuläre Erkrankung (ASCVD).^{1,3}

Als systemische Erkrankung ist Typ-2-Diabetes ein Treiber von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, darunter insbesondere atherosklerotisch kardiovaskuläre Erkrankungen (ASCVD).² Mittlerweile hat sich in der Diabetes-Therapie der Fokus von der alleinigen Blutzuckersenkung auf den Schutz von Herz und Gefäßen erweitert. Dies spiegelt sich nicht nur in den internationalen Leitlinien,² sondern auch in der aktuellen Nationalen VersorgungsLeitlinie (NVL) Typ-2-Diabetes³ wider, die zu enger fachdisziplinübergreifender Zusammenarbeit rät. Für Menschen mit Typ-2-Diabetes und hohem kardiovaskulärem Risiko werden darin unter anderem GLP1-Rezeptoragonisten (RA) wie Semaglutid s.c. (Ozempic[®],

1 x pro Woche) empfohlen.^{2,3} Wie diese Empfehlungen im Praxisalltag (Klinik und Praxis) umgesetzt werden, war Gegenstand einer Umfrage, an der 105 Ärztinnen und Ärzte aus Allgemeinmedizin (68,2 %), Innerer Medizin (29,4 %), Diabetologie (21,2 %) und anderen Fachbereichen (7,1 %) teilnahmen.*

Partizipative Entscheidungsfindung im Fokus der Therapie

Die Umfrage zeigt, dass die aktuelle NVL zur Therapie des Typ-2-Diabetes³ in den meisten Einrichtungen bereits gut umgesetzt wird.* Dies gilt insbesondere für die Empfehlung zur partizipativen Entscheidungsfindung,

die für 70 % der Befragten Grundlage der Therapiewahl darstellt. Für noch mehr Ärztinnen und Ärzte (81 %) steht – neben der Wirksamkeit der Therapie – die Akzeptanz und Therapiezufriedenheit der Patient*innen im Vordergrund. Laut den Ärzt*innen legen diese wiederum mehrheitlich (57 %) großen Wert auf eine kontinuierliche Begleitung und Kontrolle ihrer Erkrankung.

Gefäßschutz noch nicht zentraler Bestandteil der Therapie

Die Prävention von Folgeerkrankungen hingegen habe für Patient*innen mit 48 % geringeren Stellenwert.* Auch bei ihren Behandlungsteams

steht sie – entgegen der Leitlinienempfehlung – nicht an erster Stelle: So gab eine große Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte (70 %) zwar an, nach der Basisdiagnostik Risikofaktoren zu erfragen und auf weitere Erkrankungen zu screenen. Dennoch ist für 35 % die glykämische Kontrolle weiterhin oberstes Therapieziel. Einige (15 %) der Befragten gaben sogar an, sich um weitere Risikofaktoren erst nach erfolgreicher Senkung von Blutzuckerwerten und Körpergewicht zu kümmern.

Dabei ist eine frühzeitige Therapie von entscheidender Bedeutung, wenn es um die Vermeidung der ASCVD (Kasten) als ernst zu nehmende Be-

gleiterkrankung des Typ-2-Diabetes geht. Etliche große Studien, darunter SUSTAIN 6,⁴ belegen die Chancen einer multifaktoriellen Therapie mit GLP1-RA für die Senkung des kardiovaskulären Risikos. Doch genau diese Risikoreduktion ist nur für 53 % der Befragten ein wichtiger Grund für den Einsatz von GLP1-RA.* Die Mehrheit (56 %) verordnet die Substanz vor allem wegen der Chance auf einen signifikanten Gewichtsverlust. 71 % der befragten Ärztinnen und Ärzte haben außerdem beobachtet, dass ein solcher Gewichtsverlust Patient*innen motiviert, ihren Lebensstil zu verändern, was ihre langfristige Prognose verbessern kann.

ASCVD-Risiko reduzieren und Gefäße schützen

Typ-2-Diabetes erhöht das Risiko für eine atherosklerotisch kardiovaskuläre Erkrankung (ASCVD), wie zum Beispiel für einen Myokardinfarkt oder einen Schlaganfall.¹ Mit einem aktuellen Webseitenaufruf informiert Novo Nordisk über die wichtigsten Risikofaktoren und wie das Risiko für ASCVD mit einer leitliniengerechten Therapie – u. a. durch rechtzeitige Gabe von GLP1-RA, wie Semaglutid, oder SGLT2-Inhibitoren – verringert werden kann.^{2,4}



Einfach registrieren, einloggen und informieren.

Wünsche für die Therapie von Typ-2-Diabetes

Leitliniengerechte Therapieansätze lassen sich umso erfolgreicher in den Behandlungsablauf integrieren, je besser Ärztinnen und Ärzte sich fachgruppenübergreifend austau-

schen und abstimmen. Dies ist den Befragten offenbar bewusst, denn 55 % von ihnen gaben an, sich einen stärkeren Austausch mit anderen Fachgruppen zu wünschen.*

41 % der Teilnehmer*innen tauschen sich bereits regelmäßig in interdisziplinären Runden aus. Auch für ihre Patient*innen erachten die Befragten den gegenseitigen Austausch als

wichtig: 49 % wünschen sich mehr Begleitprogramme bzw. Anlaufstellen für Menschen mit Diabetes.

Auf der Wunschliste für neue Behandlungsoptionen stehen multifaktorielle Therapien, die nicht nur den Blutzucker senken, sondern auch Herz und Gefäße schützen, bei den Befragten mit 78 % an erster Stelle. Wirkstoffe, die den HbA_{1c}-Wert noch stärker reduzieren, wünschen sich 30 % der Befragten.

Tatsächlich sind solche Therapieoptionen bereits vorhanden: GLP1-RA wie Semaglutid senken nachweislich sowohl den HbA_{1c}-Wert, das kardiovaskuläre Risiko als auch das Gewicht.⁵

1. Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2022; https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/user_upload/Gesundheitsbericht_2022_final.pdf (abgerufen am 21.09.2022)
2. ADA Standards of Medical Care Leitlinie 9. Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: Standards of Medical Care in Diabetes – 2022; Diabetes Care 2022; 45 (Suppl. 1): S125-S143
3. NVL Typ-2-Diabetes 2021, 2. Auflage, Version 1; AWMF-Register-Nr. nvl-001
4. Marso SP et al. N Engl J Med 2016; 375: 1834-1844; untersucht wurden Typ-2-Diabetiker mit hohem kardiovaskulären Risiko. Primärer kombinierter Endpunkt war die Zeit der Randomisierung bis zum ersten Auftreten eines schweren unerwünschten kardiovaskulären Ereignisses (MACE): kardiovaskulärer Tod, nicht-tödlicher Myokardinfarkt oder nicht-tödlicher Schlaganfall. Die Studie war als Nichtüberlegenheitsstudie, nicht als Überlegenheitsstudie gepowert, somit war die Überlegenheitsprüfung nicht präspezifiziert.
5. Fachinformation Ozempic[®], aktueller Stand

Fazit: Mehr Fokus auf kardiovaskuläre Prävention*

- ▶ Zentrale Elemente der NVL Typ-2-Diabetes werden bereits gut in der Praxis umgesetzt, insbesondere die partizipative Entscheidungsfindung.
- ▶ Multifaktorielle Therapien, die neben HbA_{1c}-Wert auch Gewicht und kardiovaskuläre Risiken reduzieren können, sind noch nicht überall etabliert bzw. bekannt. Der Einsatz findet oft noch zu zögerlich statt.
- ▶ Es gibt Bedarf an einer intensiveren Aufklärung der Patient*innen über kardiovaskuläre Risiken. Hierbei sollte auch die Prävention von Folgeerkrankungen stärker fokussiert werden.
- ▶ Der Wunsch nach einer stärkeren interdisziplinären Vernetzung und einem Austausch ist groß – mit dem Ziel, die Therapie der Patient*innen gemeinsam mit den Fachkolleg*innen zu optimieren.

* Die Umfrage wurde mit einem beigelegten Fragebogen in der diabetes zeitung Ausgabe Nr. 06/2022 und dem Online-Befragungstool „SurveyMonkey“ in Zusammenarbeit mit Novo Nordisk vom 29.6.–31.7.2022 (Fragebogen) bzw. 20.6.–31.7.2022 (online) durchgeführt. Bei allen Fragen waren Mehrfachnennungen möglich. Insgesamt haben 105 Ärztinnen und Ärzte an der Befragung teilgenommen.

Ozempic[®] 0,25 mg Injektionslösung im Fertigpen. Ozempic[®] 0,5 mg Injektionslösung im Fertigpen. Ozempic[®] 1 mg Injektionslösung im Fertigpen. Ozempic[®] 2 mg Injektionslösung im Fertigpen.

Wirkstoff: Semaglutid. **Zusammensetzung:** Arzneilich wirksamer Bestandteil: 0,25/0,5/1/2 mg Semaglutid. Analogon zu humanem Glucagon-like peptide-1 (GLP-1), gentechnisch hergestellt durch rekombinante DNS-Technologie in *Saccharomyces cerevisiae* Zellen. **Sonstige Bestandteile:** Natriummonohydrogenphosphat-Dihydrat, Propylenglycol, Phenol, Salzsäure (zur Einstellung des pH-Wertes), Natriumhydroxid (zur Einstellung des pH-Wertes), Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Behandlung des unzureichend kontrollierten Diabetes mellitus Typ 2 bei Erwachsenen als Zusatz zu Diät und körperlicher Aktivität. Als Monotherapie, wenn die Anwendung von Metformin aufgrund einer Unverträglichkeit oder Kontraindikationen ungeeignet ist. Zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung des Diabetes mellitus. Für Studienergebnisse hinsichtlich Kombinationen, Auswirkungen auf die glykämische Kontrolle und kardiovaskuläre Ereignisse, siehe Abschnitte 4.4, 4.5 und 5.1 der Fachinformation. **Art der Anwendung:** Zur subkutanen Injektion in das Abdomen, den Oberschenkel oder den Oberarm. Ozempic[®] darf nicht intravenös oder intramuskulär angewendet werden. Einmal wöchentlich zu einem beliebigen Zeitpunkt zu oder unabhängig von den Mahlzeiten. Tag der wöchentlichen Anwendung kann bei Bedarf gewechselt werden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Semaglutid oder einen der sonstigen Bestandteile. Nicht während der Schwangerschaft und Stillzeit anwenden. **Warnhinweise:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. Den Pen nicht mit aufgeschraubter Nadel aufbewahren. Darf nur von einer Person verwendet werden. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Übelkeit, Durchfall, Hypoglykämie (bei gleichzeitiger Anwendung mit Sulfonylharnstoff oder Insulin). Häufig: Erbrechen, Hypoglykämie (bei gleichzeitiger Anwendung mit oralen Antidiabetika außer Sulfonylharnstoff oder Insulin), Verdauungsstörung, Magenschleimhautentzündung („Gastritis“), Sodbrennen („gastroösophageale Refluxkrankheit“ (GERD)), Magenschmerzen, aufgeblähter Bauch, Verstopfung, Aufstoßen, Gallensteine, Schwindel, Müdigkeit, Gewichtsverlust, geringerer Appetit, Blähungen (Flatulenz), Erhöhung von Pankreasenzymen (wie Lipase und Amylase). Gelegentlich: Änderungen des Geschmacksempfindens, schneller Puls, Reaktionen an der Injektionsstelle (z. B. Ausschlag, Hautreizung), allergische Reaktionen (z. B. Hautausschlag, Jucken). Schwerwiegend: Komplikationen bei diabetischer Retinopathie (häufig), akute Pankreatitis (gelegentlich), anaphylaktische Reaktionen (selten), Angioödem (selten). **Verschreibungspflichtig.** Novo Nordisk A/S, Novo Allé, 2880 Bagsvaerd, Dänemark. Stand: September 2022

Ozempic[®] ist eine eingetragene Marke der Novo Nordisk A/S, Dänemark.

Neu- oder re-zertifizierte Kliniken und Arztpraxen

(im Zeitraum 22.09. bis 20.10.2022)

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 0		
HELIOS Weißeritztal-Kliniken GmbH Klinikum Freital, Innere Medizin III / Klinik für Diabetologie	01705 Freital	Zertifiziertes Diabetologikum DDG
Harzklinikum Dorothea Christiane Erleben, Standort Quedlinburg Klinik für Innere Medizin	06484 Quedlinburg	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
PLZ 1		
Charité Campus Virchow, Diabeteszentrum für Kinder- und Jugendmedizin	13353 Berlin	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
DRK Kliniken Berlin Mitte, Klinik für Innere Medizin/ Schwerpunkt Diabetologie & Angiologie	13359 Berlin	Fußbehandlungseinrichtung DDG
MVZ im Märkischen Viertel Dr. med. Gerd Hollmann	13439 Berlin	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Internistische Facharztpraxis für Diabetes Dr. med. Angela Weber-Albl	13507 Berlin	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diabeteschwerpunktpraxis Hennigsdorf	16761 Hennigsdorf	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Helios Kliniken Schwerin, Allgemeine Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie	19055 Schwerin	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
PLZ 2		
Agaplesion Diakonieklinikum Rotenburg, II. Medizinische Klinik, Diabetologie	27356 Rotenburg	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Klinikum Bremen-Nord, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	28755 Bremen	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
PLZ 3		
Diabetologische Praxis Dr. med. Gregor Dreesen	34471 Volkmarsen	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Diabeteszentrum Magdeburg/Haldensleben, Betriebsstätte Magdeburg	39124 Magdeburg	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diabeteszentrum Magdeburg/ Haldensleben, Standort Haldensleben	39340 Haldensleben	Fußbehandlungseinrichtung DDG
PLZ 4		
Hausarztpraxis Dr. med. Arne Krüger & Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. Wellner-Wielowiejski	44534 Lünen	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Diabetes- und Stoffwechselfachpraxis Bochum Dr. med. Babette Lorra	44869 Bochum	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Elisabeth-Krankenhaus Essen GmbH, Diabetologische Fußambulanz	45138 Essen	Fußbehandlungseinrichtung DDG
St. Vinzenz-Hospital Dinslaken, Innere Medizin/ Diabetologie	46535 Dinslaken	Fußbehandlungseinrichtung DDG

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 4		
Schwerpunktpraxis für Diabetes und Ernährungsmedizin, Dr. med. Winfried Keuthage	48153 Münster	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Herz-Jesu-Krankenhaus Münster-Hiltrup, Klinik für Innere Medizin	48165 Münster	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
PLZ 5		
Krankenhaus Maria Hilf GmbH	54550 Daun	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Praxis Dr. med. Sibylle Brunk-Loch	55743 Idar-Oberstein	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
PLZ 6		
St. Vincenz Krankenhaus Limburg, Interdisziplinäres Diabeteszentrum	65549 Limburg	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis, Gemeinschaftspraxis Dr. B. Meyer-Bender und Barbara Meyer	67459 Böhl-Iggelheim	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
PLZ 7		
SLK-Kliniken Heilbronn GmbH, Medizinische Klinik II	74078 Heilbronn	Zertifiziertes Diabetologikum DDG
Klinikum Landkreis Tuttlingen gGmbH, Diabetologie	78532 Tuttlingen	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Evangelisches Diakoniekrankenhaus	79110 Freiburg im Breisgau	Klinik für Diabetespatienten geeignet DDG
PLZ 8		
Fachklinik Gaißach, Zentrum für chronische Erkrankungen Kinder - Jugendliche - Eltern	83674 Gaißach	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Endokrinologikum Ulm MVZ	89073 Ulm	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Sektion Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie	89075 Ulm	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
PLZ 9		
Gemeinschaftspraxis Dres. Sauerbeck/Sisi	90408 Nürnberg	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Medic-Center Ziegelstein	90411 Nürnberg	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Nieren & Diabetes Zentrum Ansbach	91522 Ansbach	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
MVZ DiaMedicum Würzburg	97072 Würzburg	Fußbehandlungseinrichtung DDG

Noch kein DDG-Mitglied?

Überzeugen Sie sich von den Vorteilen!



- 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.

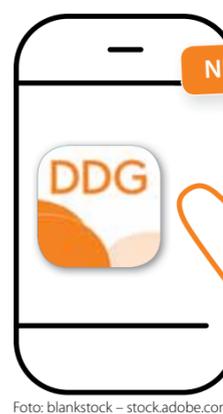
Ihr Ansprechpartner in der Geschäftsstelle ist:
Torben Henke
 Tel.: 030/3 11 69 37 15
 E-Mail: henke@ddg.info

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, Arzt*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

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

Dr. med. Eva Latus, Stuttgart
 Dr. med. Dany Christine Wieländer, Leipzig
 Hanna Keister, Berlin; Jan van der Eijk, Heidelberg
 Dr. med. Maïke Dohrn, Nürnberg; Dr. med. Mihaela Feciu, Vechelde
 Dr. med. Ariane Montrobert, Mülheim an der Ruhr
 Dima Ismail, Iserlohn; Uta Werner, Hildesheim



NEU! Für Smartphone und Tablet

Die DDG App

Die DDG App bietet Ihnen kostenfrei, schnell und bequem alles Wichtige rund um die Deutsche Diabetes Gesellschaft direkt auf Ihr Smartphone oder Tablet. Neben ganzjährigen News können Sie sich auch über das Programm des Diabetes Kongresses und der Diabetes Herbsttagung informieren und am Live-Voting während des Kongresses teilnehmen.

Foto: blankstock - stockadobe.com

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.

ATTRAKTIVES FORTBILDUNGSANGEBOT

Workshop-Reihe auf der DDG Herbsttagung zum »Diabetischen Fußsyndrom aus Sicht der Podologie«

Zielgruppe: alle Berufsgruppen im Behandlungsteam des DFS

www.herbsttagung-ddg.de/programm

Diabetesberater*in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
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.wannseeakademie.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. Onlinewoche: 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: 05.06. – 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
249	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
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
251	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
252	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

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

ACHTUNG – noch Plätze frei! Im Kurs 29 Diabetesassistent*in DDG, angeboten von UKGM Universitäres Diabeteszentrum Mittelhessen, der am 09.01.2023 startet, sind kurzfristig noch Plätze frei! Bei Interesse melden Sie sich gerne bei Ursula Lauer (E-Mail: ursula.lauer@innere.med.uni-giessen.de) oder Dr. Jutta Liersch (Tel.: 0641/985-42887).

Diabetesassistent*in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine	Kosten
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

Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
BaQ_ BW_07	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	08./09.03.2023
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@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	20./21.04.2023

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
BaQ_BW_08	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	01./02.11.2023

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. Lehrgangsgeld (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
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

Kurs	Termine	Tagungsort	Kosten
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 Blankenese 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: 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		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 Website 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 Website 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>



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>



Die DDG Job- und Praxenbörse

Sie suchen eine Stelle, eine*n Mitarbeiter*in oder eine*n Nachfolger*in bzw. Mieter*in für Ihre Praxis?
Dann nutzen Sie den kostenlosen Service unter www.ddg.info/jobboerse

STELLENANGEBOTE

Leer, 19.10.2022

Diabetesberater*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis am alten Handelshafen
- Adresse: Am alten Handelshafen 6, 26789 Leer
- Ansprechpartner: Dr. med. Markus Rohe, 0491/4545480, info@diabetologie-leer.de
- Website: www.diabetologie-leer.de
- Stellenbeschreibung/Aufgabengebiet: Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt in Voll- oder Teilzeit, spätestens zum 01.01.2023, eine/n Diabetesberater*in (m/w/d) oder eine/n Ökotropholog*in/Diätassistent*in (m/w/d) mit Interesse an der Weiterbildung zum/r Diabetesberater*in. Ihr Profil: selbstständiges und verantwortungsbewusstes Arbeiten, soziale Kompetenz und Freude am Umgang mit chronisch kranken Patient*innen. Wir bieten: ein langfristiges Arbeitsverhältnis, eine faire Bezahlung, fachbezogene Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten sowie ein harmonisches Miteinander in einem motivierten und großartigen Team.

Berlin, 18.10.2022

Assistenzärzt*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.11.2022
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Helios Klinikum Berlin-Buch
- Adresse: Schwanebecker Chaussee 50, 13125 Berlin
- Ansprechpartner: Michael Fiedler, 030/9401 15175, michael.fiedler@helios-gesundheit.de
- Website: www.helios-gesundheit.de/kliniken/berlin-buch/
- Stellenbeschreibung/Aufgabengebiet: Interesse an diabetologischer und angiologischer Weiterbildung? Das Helios Klinikum Berlin-Buch ist ein Maximalversorger mit sämtlichen internistischen Abteilungen. Es gibt ein etabliertes Rotationskonzept zur Weiterbildung. Die Abteilung für Angiologie und Diabetologie versorgt schwerpunktmäßig Patient*innen mit angiologischen Erkrankungen, mit diabetischem Fußsyndrom sowie allgemein internistischen Erkrankungen. Es liegt eine Weiterbildungsermächtigung für Angiologie und Diabetologie vor. Wir suchen bevorzugt Kolleg*innen mit bereits vorhandener klinischer Erfahrung. Vollständige Bewerbung und Fragen können gerichtet werden an Dr. Michael Fiedler, Kontaktdaten s. oben.

Worms, 17.10.2022

Assistenzärzt*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.12.2022
- Voraussichtliche Dauer: befristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Klinikum Worms, Med. Klinik II
- Adresse: Gabriel-von-Seidl Straße 81, 67550 Worms
- Ansprechpartner: Prof. Dr. med. Tim Zimmermann, 06241/5013302, bewerbung@klinikum-worms.de
- Website: www.klinikum-worms.de
- Stellenbeschreibung/Aufgabengebiet: Es besteht die Möglichkeit zur Weiterbildung zum/zur Internist*in (m/w/d), Diabetolog*in (m/w/d) DDG oder zum/zur Facharzt/-ärztin (m/w/d) für Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie. Die Klinik ist DDG zertifiziertes Zentrum mit Behandlungseinrichtung für Patient*innen mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes mellitus sowie zertifizierte Fußbehandlungseinrichtung. Sie verfügt über eine endokrinologisch-diabetologische Ambulanz, ein Diabetesteam einschl. Diabetesberatung, Ernährungsberatung, Wundmanagement, Psychodiabetologie und interdisziplinärer Gefäßkonferenz zum diabetischen Fußsyndrom. In einem strukturierten Curriculum werden, je nach Ausbildungsstand, alle diagnostischen und therapeutischen Vorgehensweisen in der Endokrinologie und Diabetologie erlernt.

Arnsberg, 16.10.2022

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

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Gemeinschaftspraxis Dr. Kintrup & Altenwerth
- Adresse: Kirchstraße 64, 59823 Arnsberg
- Ansprechpartner: Dr. med. Frank Kintrup, 02937/586 oder 0170/328 1395, office@gp-oeventrop.de
- Website: www.kohlenklinik.de
- Stellenbeschreibung/Aufgabengebiet: Diabetologische Schwerpunktpraxis in Arnsberg sucht engagierte/n Diabetesberater*in DDG (m/w/d) oder Diabetesassistent*in DDG (m/w/d) ab sofort in Teilzeit oder Vollzeit. Informationen finden Sie unter www.kohlenklinik.de. Wir freuen uns auf Ihre aussagekräftige Bewerbung.

Köln, 13.10.2022

Weiterbildungsassistent*in Diabetologie in Teilzeit (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.02.2023
- Voraussichtliche Dauer: befristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Praxis Kugler Hiemer Feldmann
- Adresse: Bergische Straße 2, 50858 Köln
- Ansprechpartner: Dr. med. Christoph Feldmann, 02234/75110, feldmann@kugler-hiemer-feldmann.de
- Website: www.kugler-hiemer-feldmann.de

Rüsselsheim, 12.10.2022

Diabetolog*in (w/m/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: GPR Klinikum
- Adresse: August-Bebel-Straße 59, 65428 Rüsselsheim
- Ansprechpartner: Dr. med. Berthold Fitzen, 06142/88 1480, Fitzen@gp-ruesselsheim.de
- Website: www.gp-ruesselsheim.de/karriere/stellenportal
- Stellenbeschreibung/Aufgabengebiet: Am GPR Klinikum in Rüsselsheim benötigt die I. Medizinische Klinik (CA Prof. Dr. Flieger) eine/n Diabetolog*in. Die Abteilung verfügt über 84 Planbetten und versorgt das gesamte Spektrum der Gastroenterologie einschließlich Hepatologie, Hämatologie und internistische Onkologie, Infektiologie und Diabetologie sowie Stoffwechselerkrankungen. Ihre Aufgaben sind vielseitig und verantwortungsvoll: Sie behandeln Patienten überwiegend mit Typ-2-Diabetes mit Stoffwechsell-entgleisung in allen Abteilungen des Klinikums. – Die Kooperation mit weiteren Kliniken (Gynäkologie, Gefäßchirurgie, Kardiologie etc.) und eine enge Zusammenarbeit mit unseren Diabetesberater*innen gehören zum täglichen Aufgabenbereich. – Personalschulungen im Rahmen der geplanten Zertifizierung sind ebenso Ihre Aufgabe. Ihr Profil ist ausgebildet und motiviert: Sie sind Fachärzt*in (m/w/d) für Innere Medizin und verfügen über eine solide, breite internistische Weiterbildung und besitzen die Zusatzbezeichnung Diabetologie. – Ein hohes Maß an Engagement und ausgeprägte Teamfähigkeit zeichnen Sie aus. – Einfühlungsvermögen sowie Verantwortungsbewusstsein gegenüber den Patient*innen (m/w/d) sind für Sie selbstverständlich. – Auf Wunsch können Sie bei uns die Weiterbildung zum/zur Gastroenterolog*in (w/m/d) oder Onko-/Hämatolog*in (w/m/d) erwerben.

Berlin, 11.10.2022

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

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Adresse: Alt-Rudow 43, 12357 Berlin
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Christiane Fleige, diabetespraxis-rudow@web.de
- Website: www.diabetespraxis-rudow.de
- Stellenbeschreibung/Aufgabengebiet: Diabeteschwerpunktpraxis in Berlin-Rudow (Endhaltestelle U7) sucht ab sofort Verstärkung durch eine/n Diabetesassistent*in oder Diabetesberater*in. Neben einem sehr netten und professionellem Team erwartet Sie ein interessanter Arbeitsplatz mit geregelten Arbeitszeiten und ohne Überstunden sowie ein tolles Betriebsklima.

Gelnhausen, 12.10.2022

Fachärzt*in (m/w/d) für Innere Medizin, Allgemeinmedizin – Diabetologie DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: BAG Diabeteszentrum Dr. Tews & Partner
- Adresse: Herzbachweg 14 E, 63571 Gelnhausen
- Ansprechpartnerin: Kira Alt, 06051/914860, kira.alt@tews-diabetes.de
- Website: www.tews-diabetes.de
- Stellenbeschreibung/Aufgabengebiet: BAG Diabetes Zentrum Dr. Tews & Partner wächst immer weiter! Wir suchen engagierte, zuverlässige, freundliche und verantwortungsvolle Mitarbeiter*innen, die Freude an ihrem Beruf haben und sich mit uns weiterentwickeln möchten. Uns ist es wichtig, dass Sie es schaffen, unsere Patient*innen gut zu betreuen und zu einer besseren Lebensqualität zu verhelfen. Die langfristige Gesundheit und die Lebensqualität unserer Patient*innen stehen für uns an erster Stelle. Wir sind eine Diabetes-Schwerpunktpraxis mit mehreren Jahren praktischer Erfahrung, die ihr Wissen gerne weitergeben möchte. Wir suchen selbstständig arbeitende, motivierte, freundliche, teamfähige und engagierte Mitarbeiter*innen für ein nettes Praxisteam. Sie besitzen Freude und Erfahrung in der Therapiebegleitung und Schulung von Patient*innen mit Diabetes mellitus Typ 1 ab dem Jugendalter und Typ 2 sowie mit Schwangeren mit Gestationsdiabetes? Sie besitzen Offenheit und Neugierde für neue Diabetestechnologien? Dann werden Sie ein Teil unseres Teams! Wir freuen uns auf Sie!

Rodgau, 09.10.2022

Diabetolog*in DDG und/oder LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.04.2023
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabeteszentrum Rodgau – Mevero MVZ GmbH
- Adresse: Kronberger Straße 16, 63110 Rodgau
- Ansprechpartner: Dr. med. Christian Klepzig, 0172/6904682; klepzig@mevero.de
- Website: www.mevero.de
- Stellenbeschreibung/Aufgabengebiet: Sie möchten ambulante Diabetologie in einem hochmotivierten Team aus 3 Diabetesberaterinnen DDG und einem Diabetologen DDG praktizieren? Sie haben Ideen, eigene Schwerpunkte zu bilden? Dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung. Familienfreundliche Arbeitszeiten werden geboten.

Rendsburg, 07.10.2022

Diabetesberater*in (m/w/d) für die Kinder- und Jugendmedizin

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: imland gGmbH
- Adresse: Lilienstraße 20-28; 24768 Rendsburg
- Ansprechpartnerin: Johanna Koopmann, 04331/2009181, personalgewinnung@imland.de
- Website: www.imland.de/karriere/stellenangebote
- Stellenbeschreibung/Aufgabengebiet: Am Klinikstandort Rendsburg suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt für die Abteilung Kinder- und Jugendmedizin eine/n Diabetesberater*in (m/w/d) unbefristet in Teilzeit mit wöchentlich 19 Stunden. Ihr Aufgabengebiet: Beratung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 im stationären und ambulanten Bereich – Schulung und Beratung von Kindern und Jugendlichen mit neuer Diabetestechnologie (AID-Systeme, CGM, CSII, Apps etc.) – Organisation und Durchführung von stationären und ambulanten Diabetesschulungen für Kinder und Jugendliche und deren Angehörige – Anleitung und Schulung des Pflegepersonals über relevante Themen der Diabetologie Wir bieten Ihnen: Eine abwechslungsreiche und verantwortungsvolle Tätigkeit – eine enge Zusammenarbeit im interdisziplinären Team – berufliche und persönliche Entwicklungsmöglichkeiten durch ein umfangreiches Angebot der innerbetrieblichen Fortbildung – eine tarifliche Vergütung nach Entgeltgruppe 9b TVöD VKA inkl. Jahressonderzahlung und betriebliche Altersvorsorge – Benefits wie Bike-Leasing und eine hauseigene Kantine – einen familienfreundlichen Arbeitsplatz Wir wünschen uns: Eine Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege – mehrjährige Berufserfahrung im Pflegebereich – eine erfolgreich abgeschlossene Fachweiterbildung zum/zur Diabetesberater*in – ein teamorientiertes, motivierendes und dienstleistungsorientiertes Denken und Handeln Sie haben Interesse, aber noch Fragen? Dann rufen Sie am besten gleich Herrn Dr. Lange, Ihren zukünftigen Chefarzt, an! Tel.: 04331/200-7001.

Köln, 07.10.2022

Diabetesberater*in/-assistent*in (w/m/d) für unser Kardio-Diabetes-Zentrum

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: St. Antonius Krankenhaus
- Adresse: Schillerstraße 23, 50968 Köln
- Ansprechpartner: Klaus Dieter Becker, 0221/3793-1210, becker@antonius-koeln.de
- Website: www.antonius-koeln.de
- Stellenbeschreibung/Aufgabengebiet: Wir sind ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit insgesamt rund 500 Mitarbeitern – nicht klein, aber trotzdem noch familiär und nicht anonym! Zu unseren Fachabteilungen gehören die Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie, die Klinik für Unfall-, Hand- und Orthopädische Chirurgie, die Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin und die Medizinische Klinik sowie das überregional anerkannte Kardio-Diabetes-Zentrum mit einer ausgezeichneten Diabetologie und einem anspruchsvollen Behandlungsspektrum. Unser Schwerpunkt: eine diabetologische Schwerpunktstation mit vielfältigen Aufgaben – Betreuung stationärer Patienten Typ-1 und Typ-2-Diabetes einschließlich Insulinpumpeneinstellung und Betreuung von Diabetiker*innen mit diabetischem Fußsyndrom – zertifiziertes DDG Schulungs- und Fußzentrum mit exzellenter Bewertung BVKD



Weitere Angebote unter:

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



STELLENANGEBOTE

Sauerlach, 05.10.2022

Diabetesassistent*in DDG (m/w/d) oder Diabetesberater*in DDG (m/w/d) bzw. in Ausbildung zur Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.01.2023
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Fachinternisten Sauerlach – Diabetologische Schwerpunktpraxis
- Adresse: Tegernseer Landstraße 11, 82054 Sauerlach
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Stephanie Oßmann, 0152/2950 4933, info@fachinternisten-sauerlach.de
- Website: www.arzt-sauerlach.de
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Sie besitzen Freude und Erfahrung in der Therapiebegleitung und Schulung von Patient*innen mit Diabetes mellitus Typ 1 ab dem Jugendalter und Typ 2 sowie Schwangeren mit Gestationsdiabetes? Sie besitzen Offenheit und Neugierde für neue Diabetestechnologien? Sie schätzen ein vertrauensvolles und gemeinsames familiäres Arbeiten im Team mit flexiblen Arbeitszeiten? Dann melden Sie sich gerne bei Frau Dr. med. Stephanie Oßmann.

Schweinfurt, 05.10.2022

Diabetologe*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.07.2023
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: MVZ DiaMedicum Würzburg GmbH
- Adresse: neuer Standort in Schweinfurt
- Ansprechpartner: PD Dr. med. Dominik Bergis, bergis@diamedicum.de
- Website: www.diamedicum.de/
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Sie sind Fachärzt*in für Allgemeinmedizin mit Weiterbildung Diabetolog*in DDG oder Fachärzt*in für Innere Medizin mit Weiterbildung Diabetolog*in DDG oder Diabetolog*in der Landesärztekammer? Wir suchen Sie zur Verstärkung an unserem neuen Standort in Schweinfurt ab 01.07.2023! Das DiaMedicum steht für patientenorientierte, individualisierte Behandlung und zeitgemäße Diabetestherapie mit allen modernen Technologien. Sie genießen ein hohes Maß an Gestaltungsfreiheit und Eigenverantwortlichkeit und können dennoch jederzeit auf ein erfahrenes und eingespieltes Team zurückgreifen. Die Stelle ist unbefristet, die Beschäftigung soll primär in Schweinfurt oder an unserem Standort in Würzburg erfolgen. Eine Beschäftigung an unseren weiteren Standorten wie Bad Mergentheim und Wolfratshausen oder im stationären Bereich unserer Partnerklinik, dem Diabetes Zentrum Mergentheim, ist ebenfalls möglich. Wir freuen uns auf Ihre Anfrage! Bitte senden Sie Ihre Bewerbungsunterlagen online an Herrn PD Dr. Dominik Bergis.

NACHFOLGE GESUCHT

Schweinfurt, 23.10.2022

Allgemeinmedizin

- Praxisbezeichnung: Diabeteszentrum Schweinfurt
- Adresse: Robert-Koch-Straße 5, 97422 Schweinfurt
- Ansprechpartnerin: Claudia Opitz, 09721/541999, claudia.opitz@diabeteszentrum-schweinfurt.de
- Website: diabeteszentrum-schweinfurt.de
- Beschreibung: Diabetesschwerpunktpraxis/anerkannte Behandlungseinrichtung der DDG abzugeben.

Karlsruhe, 20.10.2022

Hausärztlich-internistische Praxis mit SP Diabetologie

- Praxisbezeichnung: Internistische Praxis Dr. Rosmarie Weber-Laufer – Diabetologikum DDG
- Adresse: Waldstraße 67, 76133 Karlsruhe
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Rosmarie Weber-Laufer, 0177/2153 016, weber-laufer@gmx.de
- Website: www.diabetologie-ka.de
- Beschreibung: Unsere Praxis ist modern, digital auf dem neuesten Stand, sehr gut organisiert, zertifiziert als Diabetologikum DDG. Die Praxis liegt im Herzen von Karlsruhe. Unser Team ist hoch qualifiziert. Bisher eine Diabetologin DDG. Wir arbeiten mit DPV und GestDiab. Bei großer Nachfrage ist die Praxis sehr gut ausbaubar.

Schifferstadt, 19.07.2022

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

- Praxisbezeichnung: Praxis Dr. Martin Quintus 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.

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

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

Foto: Brad Pict - stock.adobe.com

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.

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



NEU!

Nur 89 €

in AL Versand

Gedruckt und digital Das Gebühren- Handbuch 2023

mit BfM und GdA, einschli. IGeL und analoger Berechnungen von Brogde, Schade et al.

Wertvolle juristische Kommentierungen –
leserfreundlich aufbereitet

- Schnell: leichte Orientierung durch Stichwortsuche und grafische Elemente
- Kompakt: Auf den Punkt mit übersichtlichen Darstellungen
- Aktuell: Immer auf der sicheren Seite durch ständige Aktualisierung

NEU ab Frühjahr 2023 – jetzt schon vorbestellen!

Für zuverlässiger Wegweiser durch BfM und GdA. Mehr Informationen finden Sie unter www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung/jobboerse/nachfolger

Jetzt bestellen unter

www.verlag-wissenschaft.de/9783708911001

oder per E-Mail: bestellung@wv.de

Copyright:




BUNTES

Wie viel Neandertaler steckt in uns?

Der Paläogenetik-Pionier Svante Pääbo bekommt den Nobelpreis



LEIPZIG. Der Nobelpreis für Physiologie oder Medizin geht 2022 an Professor Dr. Svante Pääbo. Zu seinen bedeutendsten wissenschaftlichen Erfolgen zählt die Entschlüsselung des Neandertaler-Genoms.

Als Pionier auf dem Gebiet der Paläogenetik wirkt SVANTE PÄÄBO am Max-Planck-Institut für evolutionäre Anthropologie in Leipzig. Paläogenetiker erforschen die Genome altertümlicher Organismen und schließen daraus auf den Verlauf der Evolution.

Bereits Mitte der 1990er-Jahre konnten Pääbo und sein Team einen relativ kurzen Bestandteil der Mitochondrien-DNA eines Neandertalers entschlüsseln. Diese DNA der Neandertaler unterschied sich deutlich von dem Erbgut heutiger Menschen. Damit war erwiesen, dass Neandertaler nicht die direkten Vorfahren jetziger Menschen sind.

Da die DNA-Sequenzierungsmethoden Anfang der 2000er-Jahre sehr viel effizienter wurden, begann Pääbo, das komplette Genom der Neandertaler zu sequenzieren. Die Schwierigkeit dabei: Die Knochen

von Neandertalern sind nach Jahrtausenden im Boden von Bakterien und Pilzen derart stark besiedelt, dass bis zu 99,9 % der darin gefundenen DNA von Mikroben stammen. Zudem liegen die geringen Mengen verbliebener Neandertaler-DNA nur in kurzen Bruchstücken vor, die wie ein gigantisches Puzzle zusammengesetzt werden müssen. Viele Wissenschaftler glaubten, diese Aufgabe sei unlösbar. 2010 gelang es Svante Pääbo und seinem Team, eine erste Version des Genoms der Neandertaler zu rekonstruieren, 2014 wurde es fast komplett entschlüsselt.

Die Vergleiche des Neandertaler-Genoms mit den Genomen heutiger Menschen ergaben, dass moderne Menschen und Neandertaler bei ihrem Zusammentreffen vor rund 50.000 Jahren gemeinsamen Nachwuchs gezeugt hatten, als moderne Menschen aus Afrika in Europa und Asien ankamen. Noch heute finden sich deshalb im Genom heutiger nicht-afrikanischer Menschen zirka 2 % Neandertaler-DNA. Dieser genetische Beitrag beeinflusste die Evolution: Er stärkte beispielsweise das Immunsys-

tem der modernen Menschen, trägt jedoch auch heute noch zur Anfälligkeit für manche Krankheiten bei – zu diesen Krankheiten zählt auch Typ-2-Diabetes. *nf*

Video über Svante Pääbos Forschung:

www.youtube.com,
Kanal der Max-Planck-Gesellschaft



Svante Pääbo ist fasziniert vom menschlichen Genom.



Pressekonferenz – mit großem Interesse an der Arbeit des Paläogenetikers.



WM mit 48 Mannschaften: Eine Chance für die Fußballzwerge

+++ Die nächste Ausgabe der diabeteszeitung erscheint am 16. Dezember +++