

So geht es nicht!

Petition mit über 90.000 Unterschriften ans Ministerium übergeben



BERLIN. Gemeinsam zogen sie mit Plakaten und Trillerpfeifen vor das Bundesgesundheitsministerium: Diabetolog*innen und Menschen mit Diabetes, Vertreter*innen von BVND, DDG, diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe, von der KV Berlin und aus der Politik. Sie forderten Änderungen an den Plänen für das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG), die die diabetologischen Schwerpunktpraxen und damit die Versorgung von Menschen mit Diabetes bedrohen. Mit dabei, in dicken blauen Ordnern: Listen mit über 90.000 Unterschriften, die von einem Vertreter des Ministeriums entgegengenommen wurden. Dieser fand für die niedergelassenen Diabetolog*innen ermutigende Worte. 4

Erfolge & Meilensteine, Rückblicke & Ausblicke:
Wir feiern 60 Jahre DDG

Fotos: © DDG/Dirk Deckbar, Bahauaddinbek – stockadobe.com, Ms.Moloko – stockadobe.com

Projektförderung: jetzt bewerben

BERLIN. Forschende Mediziner*innen und Wissenschaftler*innen können sich noch bis zum 30. November um eine Projektförderung der DDG für das Jahr 2025 bewerben. Wofür eine solche finanzielle Förderung genutzt werden kann und wobei sie hilft, erzählen drei Wissenschaftlerinnen, die 2023 und 2024 durch die DDG unterstützt worden sind. 21

DiGA unter der Lupe

DDG arbeitet an einem Bewertungssystem für Diabetes-Apps

BERLIN. Um Praxen und MVZ bei der Entscheidung, welche DiGA im konkreten Behandlungsfall die richtige ist, zu unterstützen, hat das „Team DiGA“ und die gesamte Kommission Digitalisierung der DDG begonnen, ein Bewertungssystem für

Apps in der Diabetestherapie zu entwickeln. Dieses soll praxisnah, wissenschaftlich basiert sowie transparent sein. Dafür wurden bereits vorhandene Gütekriterien und Bewertungssysteme betrachtet. Unter den Aspekten Praktikabilität,

Praxisnähe und Hersteller-Selbstauskunft ermittelten die Expert*innen Bewertungskriterien. Diese wurden spezifiziert, vervollständigt und in neun Kategorien zusammengefasst, z. B. zu Evidenz, Ziel oder Nutzerfreundlichkeit. Die Katego-

rien enthalten insgesamt 82 Items. Zu deren Relevanz wurden die Mitglieder der DDG befragt. Nun gilt es, dieses System zu erproben. Je höher eine DiGA auf einer Skala bis 100 eingeschätzt wird, desto mehr Kriterien hat sie erfüllt. 6

»Man müsste nur den Mut haben...«

GIESSEN/BAD NAUHEIM. Seit 20 Jahren gibt es die Fußbehandlungseinrichtungen DDG. Was diese Einrichtungen leisten, welche Zusammenhänge mit den Amputationszahlen bestehen und wie sich die Reformen im Gesundheitswesen auf die etablierten Strukturen auswirken könnten, erklärt Dr. Michael Eckhard von der AG Diabetischer Fuß. 17

MedTriX^{Group}

Vielfalt abbilden, Profil schärfen

Zertifizierungsmodule der DDG machen spezifische Kompetenzen sichtbar

BERLIN. Wo haben Kliniken und Praxen spezielle Kompetenzen? Das können sie seit Juli 2023 mit Zertifizierungsmodulen nach außen kommunizieren; aktuell in den

Bereichen Schwangerschaft, Psyche, Diabetischer Fuß und Adipositas. Nach der Pilotphase will der federführende Ausschuss Qualitätssicherung, Schulung & Weiterbil-

dung die Module evaluieren und wenn nötig anpassen. „Wir verstehen das Angebot als ein lernendes System“, so der Vorsitzende Professor Dr. Dirk Müller-Wieland.

Aktuell wird noch intensiv am Modul „Diabetes & Herz DDG“ gearbeitet, weitere Module sind in Planung, konkret z. B. „Diabetes & Technik DDG“. 20



AG Prävention startet neu

BERLIN. Eines der großen Ziele der DDG ist die Prävention. Die Fachgesellschaft setzt sich intensiv dafür ein – unter anderem durch die Arbeit der Arbeitsgemeinschaft Prävention, die sich nun neu ausrichtet. Drei DDG Mitglieder, die den Neustart mit initiieren, berichten von den nächsten Schritten. Einer der ersten nach außen sichtbaren Schritte: ein Symposium bei der Diabetes Herbsttagung, gemeinsam mit der AG Nachwuchs. 14

Seite 8 Gefährliche Süße: 6,5 Würfel auf 250 ml

BERLIN. In den meisten Getränken, die gezielt an Kinder vermarktet werden, ist sehr viel Zucker enthalten. Was eine Herstellerabgabe wie in Großbritannien bewirken könnte.

Seite 11 Das ist gut fürs Herz bei Typ-1-Diabetes

MADRID. Geht es um Herzinfarkte und Schlaganfälle bei Typ-1-Diabetes, spricht viel dafür, auch den BMI und das Verhältnis zwischen Taillenumfang und Körpergröße zu berücksichtigen.

Seite 26 Metformin bei Schwangeren: o.k.?

BERLIN. Schwangere mit Gestations- oder Typ-2-Diabetes profitieren von Metformin – oder nicht? Beim Diabetes Kongress wurden stichhaltige Pro- und Kontra-Argumente ausgetauscht.

»Bedrohte Diabetesversorgung: Die Diabetologie wehrt sich«

Partner kämpfen zusammen für ein gemeinsames Ziel

News & Fakten

„So geht es nicht!“ – Verbände fordern Verbesserungen an GVSG und KHVVG; Diabetes-DiGA auf dem Prüfstand; Zertifizierte Sicherheit: 10 Jahre „Klinik mit Diabetes im Blick DDG“; „Süß, süßer, krank“: Marktstudie zu Kindergetränken; Meldungen „DDG macht Politik“; Neues aus der Diabetesforschung 4–10

Kongress aktuell

EASD: Kardiovaskuläre Prävention bei Typ-1-Diabetes; Diabetes Herbsttagung: Highlight-Symposien, Diabetes Kongress: Vergleich SGLT1 und GLP1-RA, Genmutationen und Adipositas, Argumente pro und kontra Metformin in der Schwangerschaft; diatec-forum; JA-PED: Interview mit Dr. Mönkemöller; Diabetes Update: Typ-2-Diabetes bei HIV-positiven Menschen, kombinierte Inkretinmoleküle 11–13, 18, 23, 25–29

Im Blickpunkt

Neustart der AG Prävention; Prof. Dr. Reger-Tan: neue Direktorin am HDZ NRW; Ankündigung Welt-diabetestag und „Meilensteine der Diabetologie“; DDG Fortbildung Digitalisierung; DDG Zertifizierungsmodulare machen Kompetenzen sichtbar; Bewerbung um DDG Projektförderungen; Porträt Professor Dr. Bornstein (Hellmut-Otto-Medaille 2025); Zertifiziertes Zentrum: Diabetologikum Kiel; Risikopersonen auf CKD untersuchen; Diabetes-Charity Gala 2024; Podcast „Medizin trifft Zahnmedizin“ .. 14–16, 18–21, 25, 30

Das Interview

„Man müsste nur den Mut haben ...“ – Dr. Michael Eckhard, Vorsitzender der AG Diabetischer Fuß . 17

Medizin & Markt

Berichte aus der Industrie 24

Kurznachrichten

Neu oder rezertifizierte Arztpraxen und Kliniken, neue Diabetologinnen und Diabetologen, Student's Diabetes Day 31

Weiterbildung & Qualifikation

Diabetesedukation DDG (Diabetesberater*in DDG, Diabetesassistent*in DDG); Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG; Diabetespflegefachkraft DDG (Langzeit und Klinik); Fuß- und Wundassistent*in DDG; Diabetescoach DDG; Adipositasberaterin DAG-DDG; Seminare Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung . 32–33

Job- & Praxenbörse

Stellenangebote, Stellengesuche, Nachfolger gesucht 34–35

Buntes 36

Liebe Leserinnen und Leser,

seit die Reformpläne für das Gesundheitswesen bekannt sind, ist es das Ziel der Deutschen Diabetes Gesellschaft, im Sinne der Menschen mit Diabetes Einfluss darauf zu nehmen. Mit beeindruckenden Aktionen versuchen DDG und ihre Partnerorganisationen nun, Verbesserungen am Gesundheitsversorgungsgesetz (GVSG) und am Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) anzustoßen und dafür Menschen mit Diabetes zu aktivieren: Vor Kurzem wurden über 90.000 Unterschriften an einen Vertreter des Bundesgesundheitsministeriums übergeben. Initiiert worden war die Aktion vom Bundesverband niedergelassener Diabetologen (BVND). Eine weitere Initiative („Versorgung? Ich bin besorgt!“) geht vom Bundesverband Klinischer Diabetes-Einrichtungen (BVKD) aus. Mehr auf Seite 4.

»DFS: Etablierte Strukturen sind bedroht«

Bei der Versorgung des Diabetischen Fußsyndroms (DFS) sollten verschiedene Fachrichtungen und Professionen zusammenarbeiten – und genau das passiert in den Fußbehandlungseinrichtungen DDG, die es seit 20 Jahren gibt. Auch diese etablierten Versorgungsstrukturen sind durch die Reformpläne gefährdet. Warum das so ist, wie die Zahl der Amputationen reduziert werden kann und welche Möglichkeiten der Prävention es gibt, berichtet Dr. Michael Eckhard, Vorsitzender der AG Diabetischer Fuß, im Interview auf Seite 17.

»In Arbeit: Bewertungssystem für Diabetes-DiGA«

Viele Ärztinnen und Ärzte sind eher zurückhaltend, wenn es um die Verschreibung von Diabetes-DiGA geht. Um bei



Prof. Dr. Andreas Fritsche
Präsident der
Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
Foto: Universitätsklinikum Tübingen

der Entscheidung, welche App denn nun die richtige ist, zu unterstützen, hat das Team „DiGA“ und die gesamte Kommission Digitalisierung damit begonnen, ein Bewertungssystem für Apps in der Diabetestherapie zu entwickeln. Welche Kriterien dabei eine Rolle spielen sollen und mehr über den aktuellen Stand erfahren Sie auf Seite 6.

»Zertifizierungsmodulare machen Diabetes-Kompetenzen sichtbar«

Viele Einrichtungen haben in bestimmten Bereichen besondere Kompetenzen. Dies wird nun sichtbar – durch die Zertifizierungsmodulare der DDG. Derzeit gibt es vier dieser Module (Diabetes & Schwangerschaft,

Diabetes & Adipositas, Diabetes & Psyche, Diabetes & Fuß). Weitere sind schon in Arbeit oder geplant (Diabetes & Herz, Diabetes & Technik). Entwickelt werden die Module vom Ausschuss Qualitätssicherung, Schulung & Weiterbildung und den Arbeitsgemeinschaften. Wie Einrichtungen zeigen können, welche Zusatzkompetenzen sie haben, lesen Sie auf Seite 20.

»Projektförderungen der DDG: Bewerbungen sind bis 30. November möglich«

Noch bis zum 30. November können sich Forscherinnen und Forscher um eine Projektförderung der DDG bewerben. Wie das geht und wie drei Forscherinnen von einer Förderung der DDG profitiert haben, steht auf Seite 21.

Ganz herzlich Ihr

Prof. Dr. Andreas Fritsche

diabeteszeitung

© 2024, MedTriX GmbH
Alleiniger Gesellschafter: Süddeutscher Verlag
Hühlig 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

Gesamtreaktionsleitung Deutschland: Günter Nuber

Herausgeberschaft:
Deutsche Diabetes Gesellschaft e. V. (DDG),
Albrechtstr. 9, 10117 Berlin
Präsident: Prof. Dr. Andreas Fritsche
Geschäftsführerin: Barbara Bitzer

Chefredaktion: Günter Nuber (V.i.S.d.P.)

Redaktion Medizin: Nicole Finkenauer, Gregor Hess

Redaktion Politik:
Michael Reischmann (verantwortlich),
Isabel Aulehla, Angela Monecke

Weitere Mitarbeitende: Cornelia Kolbeck, Antje Thiel

Corporate Publishing: Lena Feil, Katja Popp

Redaktionsbeirat:

Franziska Bischof, Barbara Bitzer, Kathrin Boehm,
Prof. Dr. Andreas Fritsche, Prof. Dr. Baptist Gallwitz,
Dr. Astrid Glaser, Dr. Matthias Kaltheuner,
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,
Prof. Dr. Thomas Skurk, Prof. Dr. Julia Szendrödi,
Dr. Tobias Wiesner

Vertretung der angrenzenden Fachgebiete:

Prof. Dr. Matthias Blüher (Adipositas), Prof. Dr. Frank Erguth
(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

Produktionsleitung Deutschland: Ninette Grabinger

Teamleitung Layout: Andrea Schmuck

Layout: Ramona Achhammer, Christina Mähler,
Beate Scholz, Mira Vetter

Media-, Verkaufs- und Vertriebsleitung: Björn Lindenau

Verkauf: Josef Hakam, Lukas Koch, Christiane Schlenger

Teamleitung Media:

Alexandra Ulbrich, Telefon: 0611 9746-121,

Anzeigen:
Julia Paulus, Telefon: 0611 9746-123

Telefax: 0611 9746 480-112

E-Mail: mtd-anzeigen@medtrix.group

Anzeigen-Preisliste Nr. 9 vom 1.1.2024

Teamleitung Vertrieb: Birgit Höflmar

Vertrieb und Abonnentenservice:

E-Mail: mtd-aboservice@medtrix.group

Druck: Vogel Druck und Medienservice GmbH & Co. KG

Leibnizstraße 5, D-97204 Höchberg

Bezugsbedingungen:

Jahresabonnement € 47, Studenten € 36,50

(inkl. Porto und MwSt., Ausland zuzüglich Porto)

Konto: HVB / UniCredit Bank AG

IBAN: DE12 7002 0270 0015 7644 62, BIC: HYVEDEMMXXX

ISSN 2367-2579

Erfüllungsort und Gerichtsstand ist Wiesbaden

Registergericht: Amtsgericht Wiesbaden

HRB 12 808, UST-IdNr.: DE 206 862 684



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

Mit der Einreichung 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.

Hinweise zum Urheberrecht: Die Nutzung unserer Inhalte (Texte, Fotos, Grafiken etc.), insbesondere die Vervielfältigung, Verbreitung oder öffentliche Zugänglichmachung, ist grundsätzlich nur mit vorheriger schriftlicher Zustimmung erlaubt, sofern sich aus dem UrhG nichts anderes ergibt. Des Weiteren behält sich die MedTriX GmbH eine Nutzung ihrer Inhalte für kommerzielles Text- und Data Mining (TDM) im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor.

Beilagen: diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe

www.blauer-engel.de/uz195

Dieses Druckerzeugnis wurde mit dem Blauen Engel ausgezeichnet



In jeder Packung
 1 x 2,4 mg Semaglutid Injektion
Wegovy
 Semaglutid Injektion 2,4 mg

Jetzt Ende
 können sich
 mehr über die
 Behandlung
 von Adipositas
 informieren

Endlich echte Veränderung

mit einer nachhaltigen Gewichtsreduktion*

In Apotheken erhältlich

17%*

15–17% durchschnittliche Gewichtsreduktion über 68 Wochen*



Signifikante Verbesserungen von kardiometabolischen Risikofaktoren und der Lebensqualität**

1x pro Woche†

Der erste und einzige 1x wöchentliche GLP-1-Rezeptoragonist zur Gewichtsreduktion ab einem Alter von 12 Jahren†



Foto: Fotostudio.com

* In der Studie STEP 1 (als Wegovy) und STEP 2 (als Wegovy) wurden bei Patienten ab dem 12. Lebensjahr eine durchschnittliche Gewichtsreduktion von 14,9% (STEP 1) bis 17,0% (STEP 2) erreicht, was über die Dauer der Studie (Wochen 68) hinaus – 68 Wochen – über den Zeitraum der Studie hinaus (bis zu 104 Wochen) anhielt. Die Gewichtsreduktion wurde über den Zeitraum der Studie hinaus (bis zu 104 Wochen) anhielt. ** In der Studie STEP 1 (als Wegovy) und STEP 2 (als Wegovy) wurden bei Patienten ab dem 12. Lebensjahr eine durchschnittliche Gewichtsreduktion von 14,9% (STEP 1) bis 17,0% (STEP 2) erreicht, was über die Dauer der Studie (Wochen 68) hinaus – 68 Wochen – über den Zeitraum der Studie hinaus (bis zu 104 Wochen) anhielt. Die Gewichtsreduktion wurde über den Zeitraum der Studie hinaus (bis zu 104 Wochen) anhielt. † In der Studie STEP 1 (als Wegovy) und STEP 2 (als Wegovy) wurden bei Patienten ab dem 12. Lebensjahr eine durchschnittliche Gewichtsreduktion von 14,9% (STEP 1) bis 17,0% (STEP 2) erreicht, was über die Dauer der Studie (Wochen 68) hinaus – 68 Wochen – über den Zeitraum der Studie hinaus (bis zu 104 Wochen) anhielt. Die Gewichtsreduktion wurde über den Zeitraum der Studie hinaus (bis zu 104 Wochen) anhielt.

Wegovy ist ein Arzneimittel, das zur Gewichtsreduktion bei Erwachsenen mit Adipositas eingesetzt werden kann. Wegovy ist ein Arzneimittel, das zur Gewichtsreduktion bei Erwachsenen mit Adipositas eingesetzt werden kann. Wegovy ist ein Arzneimittel, das zur Gewichtsreduktion bei Erwachsenen mit Adipositas eingesetzt werden kann. Wegovy ist ein Arzneimittel, das zur Gewichtsreduktion bei Erwachsenen mit Adipositas eingesetzt werden kann.

THERAPIE-ENTSCHEIDUNGEN SIND INDIVIDUELL.
 WIRTSCHAFTSRECHTLICHE VERHÄLTNISSE:
 www.ferring-pharma.com





SO GEHT ES NICHT!

Der BVND und seine Partner fordern Nachbesserungen am GVSG/
Existenz der Praxen und damit die Versorgung sind bedroht

BERLIN. Mit Trillerpfeifen, Plakaten und äußerst entschlossen zogen sie vor das Bundesgesundheitsministerium: über 100 Diabetologinnen und Diabetologen, außerdem Patientinnen und Patienten und Unterstützer von Verbänden, Organisationen und aus der Politik. Mit dabei hatten sie Listen mit über 90.000 im Rahmen einer Petition gesammelten Unterschriften.

Mit einer Petition hatte der Bundesverband niedergelassener Diabetologen (BVND) in den vergangenen Wochen die Politik aufgefordert, Nachbesserungen am Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) vorzunehmen. Für kritisch befunden werden insbesondere die geplante Umstellung von Quartalspauschalen auf Jahrespauschalen für die Versorgung von chronisch erkrankten Menschen sowie die im Gesetzesentwurf vorgesehenen Kriterien, unter welchen die Vorhaltepauschalen gestaffelt ausgezahlt werden.

Und am späten Vormittag des 13. September war es dann so weit: Eine engagierte Truppe mit Vertreter*innen des BVND, der DDG, von diabetoDE – Deutsche Diabetes-Hilfe und aus der Politik versammelte sich vor dem Bundesministerium für Gesundheit und forderte die Politik entschlossen zum Handeln auf. Nachdruck verleihen dieser Forderung die 90.000 Unterschriften, die belegen, wie wichtig vielen eine gute ambulante Versorgung von Menschen mit Diabetes ist. Entgegenkommen wurden die blauen Ordner mit den Unterschriftenlisten von MICHAEL WELLER, im Ministerium Leiter der Abteilung 2, Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung.

Die Existenz ist bedroht – und damit auch die Versorgung

Was genau möchten der BVND und seine Partner erreichen? „Wir sind heute hier, um auf die Bedürfnisse von chronisch Erkrankten und uns Ärztinnen und Ärzten, die diese versorgen, aufmerksam zu machen. Der derzeitige Entwurf des GVSG bedroht die Existenz vieler diabeto-

logischer Schwerpunktpraxen und damit ganz unmittelbar die künftige Versorgung von chronisch und schwer an Diabetes erkrankten Menschen“, so Dr. IRIS DÖTSCH, stellvertretende BVND-Vorsitzende und niedergelassene Diabetologin aus Berlin. „Die Problematik hat man inzwischen auch im BMG erkannt. Wir fordern nun die Politik auf, das Gesetz im parlamentarischen Verfahren entsprechend nachzubessern. Entsprechende konkrete Vorschläge dafür liegen auf dem Tisch!“

DDG: Bundestagsabgeordnete sollen das Gesetz anpassen

Die DDG teilt die Einschätzung des BVND uneingeschränkt: „Die Zukunft der diabetologischen Schwerpunktpraxen, die mit ihren strukturellen, organisatorischen und personellen Voraussetzungen eine umfassende Expertise bei der Versorgung von Menschen mit Diabetes aufweisen, ist mit dem aktuellen Entwurf des GVSG in akuter existenzieller Gefahr. Es ist inakzeptabel, dass die Politik die medizinische Versorgung dieser Menschen aufs Spiel setzt, weil die erforderliche leitliniengerechte Behandlungsintensität und -qualität nicht mehr vergütet werden kann. Wir appellieren an die Abgeordneten des Deutschen Bundestages, das Gesetz anzupassen und die Bedürfnisse von Menschen mit Diabetes endlich ernst zu nehmen“, erläutert Dr. TOBIAS WIESNER, DDG Vorstandsmitglied, niedergelassener Diabetologe aus Leipzig und ebenfalls stellvertretender Vorsitzender des BVND.

Auch diabetoDE – Deutsche Diabetes-Hilfe sorgt sich um die künftige Versorgung: „Vor zwei Wochen hatten wir ein Treffen mit 40 engagier-



Dr. Iris Dötsch, BVND, wendet sich per Mikroskop an die Menge.

V.l.n.r.:
MdB Dirk-Ulrich Mende, SPD, Mitglied im Gesundheitsausschuss;
Michael Weller, Bundesgesundheitsministerium; Antje Weichard, Vorstand BVND und DDG; Dr. Iris Dötsch, BVND; Dr. Tobias Wiesner, BVND, DDG.

Fotos: © DDG/Dirk Deckbar, Tartila – stockadobe.com



Versammlung vor dem Ministerium.

Vorn:
Dr. Burkhard Ruppert, Vorstandsvorsitzender der KV Berlin, und Nicole Mattig-Fabian, Geschäftsführerin diabetoDE.
Dahinter in roter Jacke: Sabrina Vité, Teamleiterin Akademie und Gesundheitspolitik der DDG.



In den blauen Ordnern: Die Listen mit den 90.000 Unterschriften.

V.l.n.r.: Frank Wallbrecht, BVND; Dr. Sandra Schlüter, 1. Vorsitzende des Verbandes der niedergelassenen Diabetologen Niedersachsens; Dr. Thomas Scholz, Berlin; Dr. Cornelia Woitek, Sprecherin BVND-Landesgruppe Sachsen; Dr. Anja Riedlinger, stv. Sprecherin BVND-Landesgruppe Sachsen.

ten Menschen mit Diabetes, die sich entsetzt zeigten über die bisherige Version des GVSG. Sie fordern mehr Respekt für ihr tägliches Diabetes-Management und die engmaschige Versorgung in den Diabetes-Praxen“,

sagt NICOLE MATTIG-FABIAN, Geschäftsführerin von diabetoDE – Deutsche Diabetes-Hilfe.

Michael Weller vom Ministerium fand bei der Übergabe der Unterschriften ermutigende Worte: Der

BVND weise offenbar zurecht auf besondere Herausforderungen für Diabetolog*innen und Patientinnen durch die vorgeschlagenen Regelungen. Das müsse „im weiteren Verfahren gelöst werden“. *BVND/DDG/Red.*

Kampagne „Richtig versorgt statt ständig besorgt“ – Diabetestpatient*innen fordern Politik auf, hochwertige stationäre Versorgung sicherzustellen

BERLIN. Die Klinikreform geht in ihre heiße Phase. Versicherte appellierten in E-Mails an die Bundestagsabgeordneten im Gesundheitsausschuss sowie an Politiker*innen aus ihren Wahlkreisen, die spezialisierte und qualitativ hochwertige stationäre Versorgung von Menschen mit Diabetes sicherzustellen. Der Terminplan für das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) sieht die 2./3. Lesung im Bundestag am 18. Oktober 2024 vor. Letzte, ggf. entscheidende Änderungen am Gesetzesentwurf werden vorher im Gesundheitsausschuss von den Fraktionen der Regierung auf den Weg gebracht. Eine Expertenanhörung im Ausschuss fand am 25. September statt. Zu diesem Anlass meldeten sich Menschen mit Diabetes und deren Angehörige bei den Parlamentarier*innen per E-Mail. Ein Anschreiben mit den Kernforderungen ist auf

www.diabetes-versorgung.de verfügbar. Auch Social-Media-Posts mit den Hashtags #BesorgtStattVersorgt und #DiabetesVersorgung machen das Anliegen bekannt. Ins Leben gerufen wurde die Kampagne federführend vom Bundesverband Klinischer Diabetes-Einrichtungen (BVKD). Beteiligt sind der Bundesverband Niedergelassener Diabetologen (BVND) sowie der Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland (VDBD). Kooperations- und Medienpartner ist die MedTriX Group mit dem Patientenmedium Diabetes-Anker. Die Verbände fordern eine Förderung der stationären Versorgung, z. B. in Gestalt spezifischer Diabeteseinheiten. Auch müssten für die Zuweisung der

Leistungsgruppe „Endokrinologie und Diabetologie“ zwingend Fachärzt*innen für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung „Diabetologie“ als gleichwertiges Strukturkriterium zu den Fachärzt*innen für Endokrinologie anerkannt werden. Das verlangt auch die AG Diabetischer Fuß der DDG in einem Positionspapier.

Denn schon heute gebe es nicht ausreichend viele Internist*innen mit Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie, um die stationäre Versorgung der Menschen mit Diabetes sicherzustellen (s. S. 17, Interview mit Dr. MICHAEL ECKHARD). Das Musterschreiben an die Abgeordneten verweist auf die Argumente und Vorschläge der DDG sowie weiterer Fach- und Patien-

tenverbände, wie das KHVVG angepasst werden sollte. Falls die Vorschläge bei der Ampel ungehört verhallen, aber Bund und Länder weiter um Vorgaben ringen, ergäbe sich noch eine weitere Kampagnenphase. Diese würde sich an die Gesundheitsminister der Länder und den Gesundheitsausschuss des Bundesrates wenden. Denn der zweite Durchgang im Bundesrat ist für den 22. November terminiert. Zwar bedarf es laut Bundesgesundheitsministerium keiner Zustimmung durch die Länderkammer. Aber wie beim Krankenhaustransparenzgesetz könnte die Anrufung des Vermittlungsausschusses das Inkrafttreten verzögern, was Prof. Dr. Karl Lauterbach vermeiden möchte. *REI*



www.diabetes-versorgung.de



Was reduziert die Injektionsrate um 86%? *Awiqli®** – das weltweit erste Wocheninsulin.



Jetzt QR-Code scannen und mehr über Awiqli® erfahren.

© 2024 Novo Nordisk

Das Produkt Awiqli® ist ein Arzneimittel und kann Nebenwirkungen haben, die auch zu schweren Komplikationen führen können. Die Anwendung ist nur nach ärztlicher Anweisung zulässig. Lesen Sie bitte die Packungsbeilage.

Das Produkt Awiqli® ist ein Arzneimittel und kann Nebenwirkungen haben, die auch zu schweren Komplikationen führen können. Die Anwendung ist nur nach ärztlicher Anweisung zulässig. Lesen Sie bitte die Packungsbeilage.

Das Produkt Awiqli® ist ein Arzneimittel und kann Nebenwirkungen haben, die auch zu schweren Komplikationen führen können. Die Anwendung ist nur nach ärztlicher Anweisung zulässig. Lesen Sie bitte die Packungsbeilage.



Diabetes-DiGA auf dem Prüfstand

DDG bereitet evidenz- und praxisorientiertes Bewertungssystem vor

BERLIN/DRESDEN. Welche DiGA können Diabetolog*innen guten Gewissens verordnen oder empfehlen? Um bei der Beantwortung dieser Frage helfen zu können, hat die Kommission Digitalisierung der DDG einen Kriterienkatalog zusammengestellt. Ob damit die Bewertung digitaler Diabetes-therapien gelingt, ist noch zu erproben.

Für die Diabetestherapie sind derzeit zwei DiGA (HelloBetter Diabetes und Depression, Vita-dio) dauerhaft sowie weitere (mebix, UnaHealth, glucura) vorläufig zugelassen. Auch die Tools zur Behandlung von Adipositas, zanadio und Oviva Direkt, lassen sich einsetzen. Weitere Apps oder Webanwendungen können folgen. Doch obwohl eine DiGA beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte etliche regulatorische Hürden zu Qualität, Interoperabilität, Datenschutz und Evidenz überwinden muss, ehe sie auf GKV-Kosten verschreibungsfähig wird, agieren viele Ärzt*innen zurückhaltend. Prof. Dr. DIRK MÜLLER-WIELAND, Vorsitzender der Kommission Digitalisierung der DDG, sowie Kommissionsmitglied und DiGA-Experte Prof. Dr. PETER SCHWARZ, dessen Dresdner Uni-Team das Forschungsprojekt zur DiGA-Bewertung durchführt, erklären die Zurückhaltung der Verordner*innen mit der Neuartigkeit der Intervention. Auch eine „frühzeitige Stigmatisierung“ durch hohe Erstattungsbeträge in der Erprobungsphase hätten dazu beigetragen. Diese seien gut gedacht gewesen, weil dadurch die Hersteller die Möglichkeit erhalten, qualitativ hochwertige Studien durchzuführen. Doch das sei „leider sehr schnell falsch interpretiert worden“.

Mitglieder der DDG zu den Bewertungskriterien befragt

Um Praxen und MVZ bei der Entscheidung, welche App im konkreten Fall die richtige ist, helfen zu können, haben das „Team DiGA“ und die gesamte Kommission Digitalisierung begonnen, ein Bewertungssystem für Apps in der Diabetes-therapie zu entwickeln. Dieses soll praxisnah, wissenschaftlich basiert sowie transparent sein. Dafür wurden zunächst bereits vorhandene evidenzbasierte Qualitäts- und Gütekriterien bzw. Bewertungssysteme betrachtet. Neben der ISO/TS 82304-2:2021-ppNorm als internationaler Standard für die Qualitätsbewertung von Apps waren das die deutschen Ansätze von DiaDigital (entwickelt von der AG Diabetes & Technologie der DDG) sowie der Bertelsmann Stiftung (AppQ, Trusted-Health-Apps).

»Kategorien „Ziel“ und „Evidenz“ sind besonders relevant«



Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland
Diabetologe
RWTH Aachen
Foto: DDG/Dirk Deckbar

Prof. Dr. Peter Schwarz
Diabetologe
TU Dresden
Foto: zVg

Unter den Gesichtspunkten Praktikabilität, Praxisnähe und Selbstauskunft durch Hersteller wurden Bewertungskriterien ermittelt. In Expertenrunden wurden diese spezifiziert, vervollständigt und in Kategorien zusammengefasst. Das ergab neun Kategorien mit 82 Items, die mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden können (s. Tab.).

Es folgte eine Befragung der Mitglieder der DDG, von denen 234 antworteten. Sie äußerten sich mithilfe einer Skala von 1 (nicht relevant) bis 5 (sehr relevant) zu den Items. Um insgesamt eine Skala von 100 Punkten für die Bewertung einer DiGA zu erreichen, wurden die Mittelwerte der Items skaliert. Da in Umfragen und Diskussionsrunden die Kriterien der Kategorien „Evidenz“ und „Ziel“ als besonders relevant angesehen wurden, werden diese doppelt gewichtet.

In der relevantesten Kategorie Evidenz wird primär die durch Studien generierte Evidenz als Grundlage einer App betrachtet. Dabei werden randomisiert-kontrollierte Studien und Metaanalysen höher gewertet werden als nicht-randomisierte kontrollierte Studien. Die Evidenzlage für verschiedene Subgruppen und Langzeiteffekte ist bisher eher niedrig, notiert die Kommission. Die Verfügbarkeit von Publikationen sowohl des Studienprotokolls als auch jeglicher Ergebnisse – inklusive negativer – werden bewertet. Mehr

Studien (eines Typs) führen zu zusätzlichen Punkten und damit einer höheren Wertung der Kategorie. Die Kategorie Ziel betrachtet die Ziele einer App, die u. a. durch primäre und sekundäre Endpunkte definiert sind. In der Diabetestherapie bedeutet das meistens die Reduktion des Langzeitblutzuckers und von Hypoglykämien sowie eine Verbesserung des Selbstmanagements. Um eine DiGA in den Versorgungsalltag zu integrieren, ist der kontinuierliche Einbezug von Patient*innen sowie Verordner*innen, etwa in Form von Feedback- oder Post-Market-Surveillance-Studien, notwendig. Das wird in der Kategorie Entwicklung bewertet. Zugleich müssen DiGA möglichst barrierefrei nutzbar sein, was in „Nutzerfreundlichkeit“ und „Funktionalität“ zum Ausdruck kommt. Das Implementieren digitaler Optionen ins Gesundheitswesen ist der DDG Kommission Digitalisierung wichtig. In der Kategorie Integration wird deshalb bewertet, inwiefern eine App in die Versorgung eingebunden werden kann und diese verbessert. Hierzu können automatische Datentransfers zählen als auch das Einbeziehen von Personen, die sich um die Betreuung kümmern. Auch Items der Kategorie Interaktivität bewerten den Einbe-

»Je mehr Items erfüllt sind, desto höher der Score«

zug automatisierter Prozesse, z. B. die Analyse relevanter Endpunkte und die nachfolgende Empfehlung oder sogar Anpassung der Therapie. Künstliche Intelligenz wird zudem in Kategorien wie Entwicklung oder Nutzerfreundlichkeit berücksichtigt. Durch Items in der Kategorie Qualität werden Qualitätsmerkmale und Siegel, welche extern und nicht durch Hersteller selbst vergeben werden, registriert. Ebenso Herstellerangaben oder die Aufklärung über Nebenwirkung sowie Datenschutz in der Kategorie Transparenz. Prof. Müller-Wieland und Prof. Schwarz betonen, dass die DDG Vorreiter mit dem geplanten Bewertungssystem ist. Dieses sei eine „gute Mischung aus evidenzbasierter Medizin und praxisorientierter Anwendungserfahrung“. Insbesondere der Ansatz, die DDG Mitglieder in die Bestimmung der Bewertungskriterien einzubeziehen, sei „vollkommen neuartig“.

Wie geht es jetzt weiter? „Wir sammeln gerade von allen DiGA-Herstellern im Diabetessektor die Daten zu allen Items in der Bewertung ein“, erläutern die beiden Ärzte. Damit kann eine erste Bewertung nach den DDG Kriterien erfolgen, die möglichst auf der Diabetes Herbsttagung vorgestellt wird. Dieser Praxistest soll zeigen, dass eine solche Bewertung funktioniert und Diskussionsgrundlage für die Frage sein kann, warum manche DiGA in der Bewertung unter Umständen voneinander abweichen.

Wie das Bewertungssystem eingerichtet werden könnte

Derzeit sind es Mitarbeitende in der Arbeitsgruppe von Prof. Schwarz, die im Rahmen eines Forschungsprojekts die Daten erheben und die Bewertung durchführen. Wenn sich das System bewährt, könnte die Bewertungsaufgabe künftig bei der DDG institutionalisiert werden. Der Ablauf wäre dann so, dass ein Hersteller den Einschluss in die Bewertungskriterien beantragt und die geforderten Daten liefert. Für die Bewertung zahlt er einen Obolus. „Dieses Thema muss aber mit dem Vorstand der DDG erst noch abgestimmt werden“, betonen die beiden Digital-Experten.

Ärger mit Hersteller, die mit den Bewertungen unzufrieden sind, erwarten sie nicht. Denn es werde ja nicht gesagt, dass eine DiGA gut oder schlecht ist, sondern es gibt einen Score bis 100 – und je höher eine DiGA eingeschätzt wird, desto mehr Kriterien erfüllt sie. Damit sei die Bewertung eher als Handlungskorridor für die Kollegin oder den Kollegen zu verstehen: Im Zweifelsfall werden sie vermutlich eine besser bewertete DiGA auswählen. Der Hersteller habe „jederzeit die Möglichkeit, eine veränderte Bewertung zu beantragen, sobald er neue Daten vorlegen kann, die eine Veränderung des Scores bedingen“.

Die wissenschaftliche Veröffentlichung von Lena Roth et al. zur DiGA-Bewertung ist bei der Kommission Digitalisierung auf der DDG Homepage abrufbar.

Michael Reischmann



Das Team „DiGAs, Apps und Software“ der DDG

Claudia Sahm, Dr. Matthias Kaltheuner, Dr. Jörg Simon (bis 12/2022), Dr. Jens Kröger, Dr. Hans-Martin Reuter, Dr. Marc Morgenstern, Dr. Winfried Keuthage, Dr. Oliver Schubert-Olesen, Dr. Dietrich Tews, Prof. Dr. Peter Schwarz, Sabrina Vité.

Kategorien, gewichtete Relevanz und Items (Beispiele)

Kategorie	Gewicht	Items (Beispiele)
Relevanz	25,29	Publikation der Wirksamkeitsdaten, Real World Data, Umsetzung evidenzbasierter Empfehlungen aus Leitlinien
Ziel	18,33	unterstützt die Wirksamkeit der Diabetestherapie (z. B. Reduktion HbA _{1c}), verbessert Selbstmanagement, reduziert Hypoglykämien
Entwicklung	13,23	Daten zur Kosteneffizienz, erfasst Reaktion der Nutzer*innen auf Feedback, Zielsetzung und motivierende Nachrichten
Nutzerfreundlichkeit	11,51	intuitiv nutzbar, Video Tutorials vorhanden, wendet motivational messaging an, Einbindung sozialer Netzwerke
Integration in Patientenpfad	9,67	Datenexport möglich, Integration in ePA/elektronische Diabetesakte, ermöglicht Integration in die Diabetesschulung
Transparenz	7,51	klare Angaben zu Quelle, Autor und Betreiber, zu Kontaktdaten, im Impressum, zur Finanzierung, zum cloudbasierten Speichern
Qualität	5,44	dauerhafte Zulassung, Sicherheitscheck/Datenschutzcheck durch externe Fachleute, werbefrei
Funktionalität	5,10	stabile Anwendung, Interoperabilität mit anderen Apps im Diabetessektor, Schnellzugang zum Programm/zu Angeboten
Interaktivität	3,91	gibt Patient*innen Feedback zu dokumentieren Daten, ermöglicht Kommunikation mit dem Diabetesteam

Quelle: Kommission Digitalisierung der DDG

Zertifizierte Sicherheit

10 Jahre „Klinik mit Diabetes im Blick DDG“/ Zertifikat gibt Orientierung und Sicherheit

BERLIN. Jährlich brauchen rund drei Millionen stationär behandelte Menschen mit Diabetes eine leitliniengerechte und strukturierte Versorgung, da sie neben komplexen medizinischen Bedürfnissen auch ein hohes Risiko für Komplikationen und Wundheilungsstörungen haben. Auch besondere Belange wie eine Versorgung mit Diabetestechnologie erfordern Fachkenntnis. Sicherheit gibt das Zertifikat „Klinik mit Diabetes im Blick DDG“, das seit zehn Jahren vergeben wird.

»Schlüssel zu Sicherheit und Selbstbestimmung«

Dr. JENS KRÖGER, Diabetologe und Vorsitzender von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe, hebt noch einen weiteren Vorteil hervor: „Zer-

tifikate erleichtern nicht nur die Orientierung der Patientinnen und Patienten, sondern stärken auch ihre Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeit in der Therapie. Wenn Betroffene sehen, dass eine Klinik zertifiziert ist, können sie sicher sein, dass sie sich für eine Einrichtung entscheiden, die strengen Qualitätsstandards entspricht. Dies trägt zur Erhöhung der Diagnosesicherheit und Patientensicherheit bei.“

DDG/Red.

DDG und diabetesDE fordern: DDG Zertifikate in den Klinik-Atlas!

Die DDG Zertifikate („Klinik mit Diabetes im Blick DDG“, „Diabeteszentrum DDG“, „Diabetes-Exzellenzzentrum DDG“, „Fußbehandlungseinrichtung DDG“) garantieren die Einhaltung höchster Qualitätsstandards. „Warum diese patientenverständlichen Zertifikate im Bundes-Klinik-Atlas fehlen, ist nicht nachvollziehbar und muss dringend nachgebessert werden!“, fordert Prof. Fritsche. Und Dr. Kröger ergänzt: „Die derzeitige Darstellung im Bundes-Klinik-Atlas ist irreführend und gefährdet die Patientensicherheit.“ Trotz angekündigter Anpassungen finden sich seit Einführung des Online-Portals weiterhin Kliniken mit Diabetes-Expertise lediglich im niedrigen zweistelligen Bereich, 400 DDG zertifizierte Kliniken sind nicht abgebildet. Zum Welttag der Patientensicherheit am 17. September forderten DDG und diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe daher eine rasche Integration der DDG Zertifikate in den Bundes-Klinik-Atlas.

Wie lässt sich ein Krankenhausaufenthalt für Menschen mit Diabetes sicher gestalten? Von der DDG zertifizierte Kliniken, z. B. mit dem Zertifikat „Klinik mit Diabetes im Blick DDG“, tragen maßgeblich dazu bei, Risiken zu minimieren und eine strukturierte Diabetes-Erkennung und -versorgung stationsübergreifend zu gewährleisten. Aktuell sind 90 Krankenhäuser als „Klinik mit Diabetes im Blick DDG“ zertifiziert. Diese Einrichtungen verpflichten sich zur Einhaltung strenger Qualitätsstandards und standardisierter Prozesse, sodass alle Patientinnen und Patienten systematisch auf Diabetes untersucht werden, auch wenn sie aus anderen Gründen stationär behandelt werden.

Diabetesversorgung soll nicht „unter die Räder kommen“

Ohne Diabetes-Expertise in der Klinik führen „fehlerhafte oder verspätete Diagnosen zu Notfällen wie Ketoazidosen, Hypoglykämien und Koma. Das ist gefährlich und verursacht ganz erhebliches Leid für die Betroffenen“, erklärt Professor Dr. ANDREAS FRITSCH, Präsident der DDG. „Derzeit sind Patientinnen und Patienten häufig stark verunsichert, in welchem Krankenhaus sie bestmöglich umsorgt werden. Eine sichere Diagnosestellung ist die entscheidende Voraussetzung für eine optimale Versorgung, mehr Patientensicherheit und einen nachhalti-



<p>Ein einzelnes Molekül, das sowohl</p> <p>GIP- als auch GLP-1-</p> <p>Rezeptoren aktiviert!</p>	<p>Überlegene HbA_{1c}-Reduktion!</p> <p>Bis zu -2,5%</p> <p>HbA_{1c}-Reduktion gegenüber Monotherapie bis zu -2,5% nach 40 Wochen!</p>	<p>Überlegene Gewichtsreduktion!</p> <p>Bis zu -13%</p> <p>Gewichtsreduktion mit Mounjaro® bis zu -13% nach 40 Wochen!</p>
<p>Jetzt mit Mounjaro® starten. Mehr Informationen zur Dosierung und Anwendung.</p>		



gen Therapieerfolg.“ Daher ist es für Prof. Fritsche entscheidend, dass die Versorgung dieser Patientengruppen in deutschen Krankenhäusern im Zuge des Krankenhausreformprozesses nicht „unter die Räder kommt“.

„Da die Stoffwechselerkrankung erheblichen Einfluss auf den Genesungsprozess haben kann, braucht es eine interdisziplinäre Versorgung“, so Prof. Fritsche. Zudem verpflichten sich zertifizierte Kliniken, ihr medizinisches Personal regelmäßig in der Früherkennung und Behandlung von Diabetes weiterzubilden. Eine Schlüsselrolle kommt dabei dem diabetesgeschulten Pflegepersonal zu, das auf jeder Station vorgehalten werden muss.



Flüssige Zuckerbomben: „süß, süßer, krank“

117 von 136 getesteten Kindergetränken enthalten so viel Zucker, dass in Großbritannien die „Limo-Steuer“ fällig wäre

BERLIN. Mehr als 6,5 Zuckerwürfel in 250 Millilitern – so viel enthalten im Schnitt die Limos, Energydrinks und Fruchtsaftgetränke, die die Verbraucherorganisation foodwatch für eine Marktstudie analysiert hat. Untersucht wurden 136 Getränke, deren Verpackungen Kinder und Jugendliche ansprechen sollen.

Foodwatch hat für die Marktstudie in fünf Supermärkten (Edeka, Rewe, Aldi, Lidl und Kaufland) sämtliche Getränke eingekauft, deren Verpackungen Kinder und Jugendliche ansprechen sollen, z. B. durch den Aufdruck von Tieren und Comicfiguren oder durch eine besonders „coole“ Produktgestaltung wie bei Eistees oder Energydrinks. Getränke, die in einer fast ausschließlich von Kindern getrunkenen Darreichungsform verkauft werden, wurden ebenfalls einbezogen (Trinkpäckchen oder kleine Flaschen mit Saugverschluss). Zu den untersuchten Produkten gehören Limonaden, Fruchtsäfte, Energydrinks, Mineralwasser und Eistees. Milchbasierte Getränke wurden nicht berücksichtigt.

Zucker-Tagesmenge mit nur einem Getränk fast ausgeschöpft

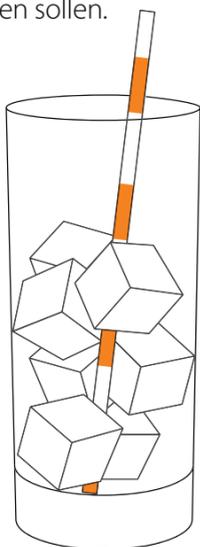
Das Ergebnis: 117 von insgesamt 136 untersuchten Getränken (86%) enthielten mehr als 5 Gramm Zucker je 100 Milliliter – für diesen Zuckergehalt wäre in Großbritannien eine Herstellerabgabe („Limo-Steuer“) fällig. Im Schnitt enthielten die Limos, Energydrinks und Fruchtsaftgetränke 7,8% Zucker, das sind mehr als sechseinhalb Zuckerwürfel pro 250-Milliliter-Glas. Mit dieser Menge eines solchen Getränks nimmt ein Kind also bereits

Über 6,5 Stücke Zucker stecken im Schnitt in jedem der analysierten Kindergetränke.

knapp 20 Gramm Zucker und somit vier Fünftel der vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ, Mitglied bei DANK – Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten) maximal empfohlenen Tagesmenge an Zucker zu sich. Deshalb fordern foodwatch und andere Organisationen die Ampel-Regierung zur Einführung einer Limo-Steuer auch in Deutschland auf. Denn: In Großbritannien haben die Hersteller als Folge der Steuer den Zuckergehalt in ihren Getränken stark reduziert, und auch der Zuckerkonsum von Kindern sank.

Schon lange fordern das Wissenschaftsbündnis DANK, foodwatch und viele andere Organisationen von der Politik Präventionsmaßnahmen, um die Gesundheit von Kindern zu schützen. Dazu DANK-Sprecherin und DDG Geschäftsführerin BARBARA BITZER: „Süß, süßer, krank! Die Ergebnisse der foodwatch-Studie

»Das Ziel: die Hersteller in die Pflicht nehmen«



zeigen in erschreckender Weise, dass ein Großteil der Getränke, die gezielt an Kinder vermarktet werden, völlig überzuckert sind und die Industrie sich scheinbar keiner Verantwortung bewusst ist.“

Professor Dr. BERTHOLD KOLETZKO, Leiter der Abteilung Stoffwechsel und Ernährung an der Kinderklinik der Universität München, macht klar: „Der Konsum zuckerhaltiger Getränke im Kindes- und Jugendalter ist ein wesentlicher Risikofaktor für Übergewicht, Diabetes und Herzerkrankungen. Wirksame Maßnahmen zur Reduktion des Süßgetränke-Konsums sind deshalb dringend notwendig.“

Selbstverpflichtungen der Industrie: „unzureichend“

Freiwillige Selbstverpflichtungen der Industrie hätten sich „als vollkommen unzureichend erwiesen“, ordnet Barbara Bitzer die Situation ein – und folgert: „Es ist inakzeptabel, dass die Gesundheit unserer Kinder dem Profitstreben der Getränkeindustrie geopfert wird. Eine Herstellerabgabe nach britischem Vorbild wäre ein entscheidender Schritt, um die Industrie in die Pflicht zu nehmen, den Zuckergehalt in ihren Produkten zu reduzieren. Darüber hinaus werden wir nicht müde, umfassende Werbebeschränkungen für ungesunde Lebensmittel, die an Kinder gerichtet sind, einzufordern. Die Politik hat eigentlich alle Fäden in der Hand, um der Kindergesundheit endlich Priorität einzuräumen.“
Übrigens: Auch in Deutschland befürwortet laut einer Umfrage des Instituts Civey eine Mehrheit (57%) eine Steuer auf überzuckerte Getränke. *foodwatch/DANK/Red.*

Ergebnisse aus der foodwatch-Marktstudie

- Mehr als jedes zweite Kindergetränk (57%) ist mit einem Zuckergehalt von über 8 Gramm je 100 Milliliter stark überzuckert.
- Das zuckrigste Getränk im Supermarkt, das eher an ältere Kinder beworben wird, ist der Energy Drink „Guava Flavour“ (Lidl-Eigenmarke „Kong Strong“), der 15,6 Gramm Zucker auf 100 Milliliter enthält. Mit einer 0,5-Liter-Dose nimmt ein Teenager 78 Gramm Zucker (26 Zuckerwürfel) zu sich.
- Nur vier der 136 getesteten Produkte (drei Mineralwasser und ein Nektar) würden einen grünen Nutri-Score (A oder B) erhalten. Knapp ein Viertel (23%) würden mit einem gelben C gekennzeichnet; das sind meist reine Säfte, Schorlen sowie süßstoffgesüßte Getränke.

136 Getränke wurden auf den Zuckergehalt untersucht.



Foto: foodwatch

DDG
macht
Politik

DDG unterstützt das Konzept der AWMF zum Erhalt des NVL-Programms

Nach dem überraschenden Aus des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) zum Ende dieses Jahres hat die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) gemeinsam mit ihren Fachgesellschaften ein Konzept entwickelt, um die Nationalen Versorgungsleitlinien (NVL) fortzuführen. Die DDG unterstützt den Vorschlag. Sie plädiert dafür, eine unabhängige Instanz zu schaffen, die diesen wichtigen Prozess koordiniert.

Das Konzept der AWMF sieht die Einrichtung eines übergeordneten Lenkungsausschusses als gestaltendes Organ vor. In ihm sollen alle betroffenen Parteien vertreten sein. Zur Mitwirkung sollen Vertretende der thematisch befassten Fachgesellschaften in der AWMF, der Patientenorganisationen sowie Bundesärztekammer und Kassenzentraler Bundesvereinigung eingeladen werden. Zu klären bleibt, so die AWMF, wie die notwendige Strukturförderung des NVL-Programms realisiert werden kann.

Report: Speis und Trank sollen schmecken und gut für die Gesundheit sein

Seit 2015 lässt das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft jährlich rund 1.000 Verbraucher*innen ab 14 Jahren zu ihren Ernährungswünschen und -gewohnheiten befragen. Der

Ernährungsreport 2024 stellt u. a. fest, dass mit 39% mehr Menschen „öfters“ vegetarische oder vegane Alternativen zu tierischen Produkten kaufen als 2020 (29%). Wichtigstes Kriterium für die Befragten ist neben dem Geschmack die Gesundheit. „Hier setzen wir mit unserer Ernährungsstrategie an“, sagt Minister Cem Özdemir (Grüne). 88% berichten, beim Einkauf auf einer Lebensmittelverpackung den Nutri-Score wahrgenommen zu haben (2021: 44%). Jede dritte Person (37%) erklärt, dass diese Kennzeichnung auch die Kaufentscheidung beeinflusst. Dem Wunsch der Deutschen Allianz Nichtübertragbarer Krankheiten (DANK) nach einem verpflichtenden Nutri-Score ist die Ampel nicht gefolgt.



Foto: Bundesministerium für Ernährung

Bei den Notfallstrukturen in den Kliniken auf die Diabetesversorgung achten!

Der Gemeinsame Bundesausschuss arbeitet an Änderungen seiner Notfallstufen-Regelungen für Krankenhäuser. Etwa 20% der Patient*innen haben einen Diabetes mellitus. Stoffwechsellstörungen bzw. Hypoglykämien bei unzureichender oder zu langsamer Erkennung und Behandlung führen zu Komplikationen, schlechteren Outcomes und längeren Liegezeiten. Deshalb fordern die DDG, die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie und die Deutsche Adipositas Gesellschaft für die Stufe „erweiterte Notfallversorgung“ die Berücksichtigung des Fachgebiets „Innere Medizin und Endokrinologie/Diabeto-

logie oder allgemeine ‚Innere Medizin‘ ohne Teilgebiet mit Zusatzqualifikation Diabetologie“. Schon in der Stufe „Basisnotfallversorgung“ wird die Endokrinologie/Diabetologie – zumindest verfügbar durch einen Rufdienst – verlangt.



Foto: KBS – stock.adobe.com

DANK und DKFZ beim Startschuss für die EU-Initiative „Joint Action Prevent NDC“

DANK und das Deutsche Krebsforschungszentrum haben in Brüssel an der ersten EU-Konferenz zur „Joint Action Prevent NCD“-Initiative teilgenommen. Diese markierte den Auftakt für eine Serie von Maßnahmen und Forschungsinitiativen, die darauf abzielen, Risikofaktoren für nicht-übertragbare Erkrankungen wie ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel, Tabakkonsum und Alkoholmissbrauch zu identifizieren und zu reduzieren. Das vierjährige Vorhaben wird u. a. durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklä-

rung umgesetzt. Diese hatte DANK und DKFZ für die Mitarbeit im begleitenden Expertenbeirat als die zwei deutschen Vertreter ausgewählt. Barbara Bitzer, DANK-Sprecherin und Geschäftsführerin der DDG, kritisiert, dass die Bundesregierung beim Kinderschutz in der Lebensmittelwerbung oder bei der Einführung einer Herstellerabgabe auf gesüßte Getränke viel Zeit ungenutzt verstreichen lässt. Auf EU-Ebene profilierten sich andere Länder als Vorreiter in Sachen Verhältnisprävention.

Medtronic



Eine intelligente
Therapieunterstützung
für Menschen, die eine
Pen-Therapie (ICT)
verwenden.

Smart ICT System mit Simplera™ CGM

Denn CGM alleine reicht nicht aus.

Bietet Ihnen und Ihren Patient*innen einen Überblick über
Glukose-, Dosierungs- und Mahlzeitdaten für die Optimierung
der Glukoseeinstellung - in **einem** CareLink™ Bericht¹.



Weitere Informationen unter WePartner Online.
Ihre zentrale Plattform für smarte Lösungen.
wepartner.medtronic-diabetes.com/de-DE

¹ Walsh J, et al. J Diabetes Sci Technol. 2014;8(1):170-178.

DE-DBA-2400037 © 2024 Medtronic. Alle Rechte vorbehalten. Medtronic, Medtronic Logo, Engineering the Extraordinary sind Marken von Medtronic.

Muskelarbeit

Die Muskulatur rückt bei DZD-Forschenden ins Zentrum des Interesses

NEUHERBERG. Forschende des DZD sind den Zusammenhängen zwischen Muskeln und Diabetes auf der Spur: Sie haben neue Erkenntnisse über die molekularen Anpassungen im Skelettmuskel nach einer bariatrischen Operation gewonnen und erforschen, wie sich männliche und weibliche Muskeln voneinander unterscheiden, wenn sie durch Training beansprucht werden. Eine Studie dazu aus Tübingen wurde bei der EASD-Jahrestagung vorgestellt. Außerdem: Was hat eigentlich mehr Einfluss auf die Psyche – die gefühlte oder die tatsächlich gemessene Glukosekontrolle? Und: Welche Rolle spielt das Gen Picalm bei der insulinstimulierten Glukoseaufnahme?



DZD
Deutsches Zentrum
für Diabetesforschung

Picalm mit neuer Rolle

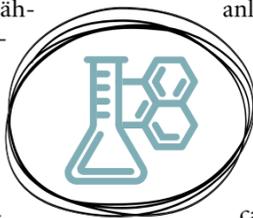
In den letzten Jahren hat man erkannt, dass die Insulinresistenz und damit verbundene Stoffwechselstörungen vermutlich hauptsächlich auf eine gestörte insulinstimulierte Glukoseaufnahme über den Glukosetransporter GLUT4 und nicht auf Defekte in der vorgeschalteten Insulinsignalübertragung zurückzuführen sind.

Die Aufklärung der Stoffwechselwege im Zusammenhang mit dem GLUT4-Transporter stellt deshalb einen vielversprechenden Weg zur Entdeckung neuer therapeutischer Ziele dar. Das Team des Deutschen Instituts für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke (DIfE) um PD Dr. HEIKE VOGEL identifizierte in Vorstudien mittels Transkriptomanalysen im Fettgewebe von diabetanfälligen und diabetesresistenten Mäusen das Phosphatidylinositol Binding Clathrin Assembly Protein, kurz Picalm, als eines der Gene mit den stärksten Expressionsunterschieden. Die Ergebnisse zeigen erstmals, dass Picalm sowohl die GLUT4-Translokation als auch die Insulinsignalwege in Adipozyten reguliert. Interessanterweise führt

eine verringerte Picalm-Expression zu einer Verstärkung der insulinvermittelten GLUT4-Translokation und der Insulinsignalwege. Die Forschenden konnten zeigen, dass Picalm zudem die Reifung von Fettzellen beeinflusst, was auf unterschiedliche Funktionen in Präadipozyten und reifen Adipozyten hinweist.

„Wir beschreiben hier eine neue Rolle des Adapterproteins Picalm in der Regulation der Glukosehomöostase und des Insulinsignalwegs. Besonders bemerkenswert ist die Erkenntnis, dass die Expression von Picalm sowohl durch die genetische Veranlagung für Typ-2-Diabetes beeinflusst wird als auch durch diätetische Interventionen reduziert werden kann. Im Gegensatz zu anderen bekannten Regulatoren des Insulinsignalwegs nimmt Picalm nicht nur Einfluss auf die Signalweiterleitung, sondern beeinflusst auch direkt die zellulären Transportprozesse, die zur Glukoseaufnahme notwendig sind“, fasst Erstautorin JASMIN GAUGEL, Abteilung Experimentelle Diabetologie, die Studie zusammen. *DIfE*

Gaugel J et al. Mol Metab. 2024 Aug 28; 88: 102014; doi: 10.1016/j.molmet.2024.102014



Subjektive Wahrnehmung wichtiger als CGM-Daten

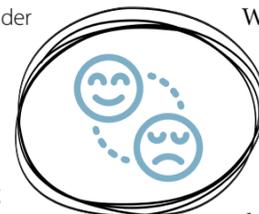
Wissenschaftler*innen des Forschungsinstituts der Diabetes-Akademie Bad Mergentheim (FIDAM) untersuchten gemeinsam mit Forschenden des DZD und Partnern anderer Institutionen den Einfluss der Glukosekontrolle auf das psychosoziale Wohlbefinden von 379 Menschen mit Diabetes.

Die Studienteilnehmenden trugen 17 Tage lang ein CGM-System; in einer Smartphone-App machten sie zudem Angaben zur wahrgenommenen Glukosekontrolle und zur emotionalen Belastung durch Diabetes. Die Auswertung dieser Informationen zeigte, dass die subjektive Wahrnehmung der Glukosekontrolle bei allen Studienteilnehmenden einen stärkeren Einfluss auf die Diabetesbelastung hatte als die objektiven CGM-Parameter.

Allerdings legten manche Personen ihren Fokus auf die Wahrnehmung und andere auf die Messung des Glukosespiegels.

Dies wirkte sich auf das psychosoziale Wohlbefinden aus. Teilnehmende, deren Diabetesbelastung eher durch objektive CGM-Parameter bestimmt wurde, hatten bei einem Kontrolltermin nach drei Monaten weniger psychische Probleme, dafür aber einen höheren HbA_{1c}-Wert. Im Gegensatz dazu berichteten Personen, bei denen die wahrgenommene Glukosekontrolle eine große Rolle bei der Diabetesbelastung spielte, nach drei Monaten von mehr psychischen Problemen – mehr depressiven Symptomen, höherer Diabetesbelastung und mehr Angst vor Hypoglykämie. *DZD*

Ehrmann et al. Diabetologia 2024 Jul 30; doi: 10.1007/s00125-024-06239-9



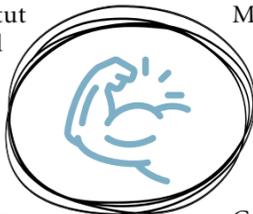
Muskel-Unterschiede

Die Muskeln von Frauen und Männern unterscheiden sich im Umgang mit Glukose und Fettsäuren – regelmäßige körperliche Aktivität löst jedoch schnell ähnliche positive Stoffwechselveränderungen in den Muskeln beider Geschlechter aus. Das zeigen Forschungen aus Tübingen, die auf der EASD-Jahrestagung vorgestellt wurden.

In einer Studie analysierten Dr. SIMON DREHER vom Institut für Klinische Chemie und Pathobiochemie der Universität Tübingen und vom Tübinger DZD-Partner, dem Institut für Diabetesforschung und Metabolische Erkrankungen von Helmholtz Munich, und sein Team die molekularen Unterschiede in Muskelbiopsien von 9 Männern und 16 Frauen. Alle waren gesund, im Durchschnitt 30 Jahre alt, lebten mit Übergewicht oder Adipositas und trieben keinen regelmäßigen Sport. Die Teilnehmenden absolvierten unter Aufsicht dreimal wöchentlich eine Stunde mäßiges bis intensives Ausdauertraining über insgesamt acht Wochen.

Die Biopsien wurden im Ruhezustand vor Beginn der Intervention (Baseline), nach der ersten Trainingseinheit (akute Trainingsreaktion) und nach der letzten Trainingseinheit am Ende der acht Wochen entnommen.

Bei der Multi-Omics-Analyse der Muskelzellen und -fasern aus den Biopsien zeigte sich, „dass der männliche Muskel eine höhere Kapazität hat, mit Glukose zu trainieren, während die weiblichen Muskeln mehr Fettsäuren verwenden“, so Dr. Dreher. Nach acht Wochen Bewegungstraining hatten sich die Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Skelettmuskeln verringert und bei beiden Geschlechtern waren die Werte der Proteine, die an der Umwandlung von Nahrung in Energie beteiligt sind, gestiegen. „Dies ist wichtig, weil die erhöhte Kapazität nach dem Training, Glukose und Fette zur Energiegewinnung zu nutzen, allgemein als Schlüssel zur Vorbeugung von Typ-2-Diabetes angesehen wird“, sagt Professor Dr. CORA WEIGERT, Studienleiterin. *EASD-Pressmitteilung*



Skelettmuskel passt sich an

DZD-Forschende des Deutschen Instituts für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke (DIfE) und des Deutschen Diabetes-Zentrums (DDZ) beobachteten ein Jahr nach einer bariatrischen OP unterschiedliche molekulare Reaktionen im Skelettmuskel.

Vor der Operation zeigten die adipösen Diabetespatient*innen höhere Nüchternglukose- und Insulinspiegel sowie eine geringere Insulinsensitivität im Vergleich zu den adipösen Teilnehmenden ohne Typ-2-Diabetes. Nach der OP war der verbesserte metabolische Zustand bei den adipösen Teilnehmenden ohne Typ-2-Diabetes ausgeprägter. Das spiegelte sich in unterschiedlichen Genexpressionsmustern im Zusammenhang mit Insulinsignalwegen, der intrazellulären Signaltransduktion und oxidativen Phosphorylierung wider. Im Gegensatz dazu zeigten die adipösen Diabetespatient*innen nur Veränderungen in Genen, die mit Ribosom- und Spleißosom-Funktionen assoziiert sind und die mit geringeren Änderungen in der DNA-Methylierung einhergingen. Das könnte mit der veränderten Expression eines Typ-2-Diabetes-Risikogens verbunden sein, das an den Demethylierungsprozessen beteiligt ist. Die Erkenntnisse unterstreichen die Bedeutung mo-

lekularer Anpassungen im Skelettmuskel nach einer bariatrischen Operation. „Unsere Studie legt nahe, dass epigenetische Mechanismen eine entscheidende Rolle bei der Vermittlung dieser Reaktionen und der Vorhersage des Gesundheitszustandes spielen“, sagt Dr. MERIEM OUNI.

„Unsere zukünftige Forschung wird die molekularen Mechanismen untersuchen, die den Veränderungen der DNA-Hydroxymethylierung zugrunde liegen sowie deren potenzielle postoperative Funktion im Skelettmuskel. Darüber hinaus beabsichtigen wir, spezifische Zielstrukturen, die durch den bioinformatischen Ansatz identifiziert wurden, als potenzielle therapeutische Ziele im Muskel zu prüfen“, ergänzt Professor Dr. ANNETTE SCHÜRMAN, Leiterin der Abteilung Experimentelle Diabetologie am DIfE. Auf diese Weise könnten Therapieansätze für Personen mit unterschiedlichen Stoffwechselprofilen maßgeschneidert werden. Die Zusammenarbeit zwischen dem DDZ und dem DIfE wurde durch eine Förderung des DZD unterstützt und unterstreicht die Bedeutung multidisziplinärer Forschung bei der Bewältigung komplexer Stoffwechselstörungen. *DZD*.

Kovac L et al. Diabetes Metab. 2024 Jul 6;50(5): 101561; doi: 10.1016/j.diabet.2024.101561



Auch bei Typ-1-Diabetes das Gewicht im Blick behalten

Bei der kardiovaskulären Prävention ist noch Luft nach oben

MADRID. Hypertonie, Cholesterin, Rauchstatus, Nierenfunktion und körperliche Aktivität gelten als anerkannte Marker, um das Risiko für Herzinfarkte oder Schlaganfälle einzuschätzen. Doch vieles spricht dafür, auch den Body Mass Index (BMI) und das Verhältnis zwischen Taillenumfang und Körpergröße zu berücksichtigen.

Für die Entwicklung einer koronaren Herzkrankheit (KHK) spielt auch das sogenannte metabolische Gedächtnis eine Rolle, berichtete REBECCA J. BERGDAL von der Universität Helsinki (Finnland). Die FinDiane Study Group, mit der sie Langzeitkomplikationen des Diabetes erforscht, hat in diesem Zusammenhang neben der

kumulativen glykämischen Exposition auch die anhaltende Lipidbelastung als Risikofaktor im Blick. Eine

»Lipidmanagement nicht vergessen«

Analyse der Daten einer Subkohorte aus 1.121 Patient*innen bestätigte die Annahme, dass auch eine anhaltende Lipidbelastung das KHK-Risiko erhöht. Bergdals Fazit: »Hyperglykämie und Dyslipidämie sind unabhängige Risikofaktoren für KHK bei Typ-1-Diabetes. Es sei daher wichtig, dass Patient*innen

möglichst wenig Zeit mit HbA_{1c}-Werten oberhalb von 7% verbringen. „Daneben darf aber auch das Lipidmanagement bei Typ-1-Diabetes nicht vergessen werden.“ Antje Thiel

Salle L et al. Diabetes 2024; 73 (Supplement_1): 1458-P; doi:10.2337/db24-1458-Puelle EASD 2024



Kardiovaskuläres Risiko bei T1D: auch den Body Mass Index berücksichtigen.

Foto: iracosma – stock.adobe.com

Mit dem Risikorechner ST1RE (s. Kasten) steht seit 2019 ein valides Instrument zur Einschätzung des individuellen kardiovaskulären Risikos bei Menschen mit Typ-1-Diabetes zur Verfügung. Bislang gehören Körpergewicht und andere damit assoziierte Werte nicht zu den abgefragten Parametern. Doch Übergewicht und Adipositas sind keine Domäne des Typ-2-Diabetes mehr, wie Dr. LAURENCE SALLE vom Universitätskrankenhaus Limoges (Frankreich) betonte: „Mittlerweile haben 31% von ihnen Übergewicht, und weitere 18% sind adipös.“

Höhere Risiken für Hypertonie, Retinopathie und MACE

Auch ENRIQUE SOTO-PEDRE von der Universität Dundee (Schottland) steuerte aktuelle Daten zum Zusammenhang zwischen Übergewicht bzw. Adipositas und dem kardiovaskulären Risikoprofil von Menschen mit Typ-1-Diabetes bei. In einer Studie an knapp 2.000 von ihnen – der Anteil adipöser Proband*innen lag bei 18,9% – lag die Wahrscheinlichkeit, binnen zehn Jahren keine Hypertonie zu entwickeln, bei den Normalgewichtigen bei 74%, bei Personen mit Übergewicht hingegen bei 57% und bei den Adipösen nur noch bei 41%.

Metabolisches Gedächtnis: Lipidbelastung nicht vergessen

Ähnlich sah es bei der Wahrscheinlichkeit aus, von einer diabetischen Retinopathie verschont zu bleiben. Die Rate kardiovaskulärer Majorereignisse (MACE) stieg auch in der von ihm untersuchten Kohorte proportional zum Körpergewicht. „Das unterstreicht, wie wichtig es ist, auch bei Menschen mit Typ-1-Diabetes das Gewichtsmanagement in die Therapie aufzunehmen“, erklärte der Diabetologe und Datenanalyst.

Steno Typ 1 Risk Engine (ST1RE)

Das Online-Tool wurde am Steno Diabetes Center in Dänemark entwickelt, um eine bessere Einschätzung der individuellen Risiken für kardiovaskuläre Ereignisse zu ermöglichen. Er wurde speziell für Menschen mit Typ-1-Diabetes konzipiert und berücksichtigt neben klassischen Risikofaktoren wie Blutdruck, Cholesterinwerten und Rauchen auch diabetesspezifische Variablen wie Diabetesdauer, HbA_{1c}-Wert und eventuelle Nierenkomplikationen.

steno.shinyapps.io/T1RiskEngine

JETZT INFORMIEREN!

EFFEKTIVES DIABETESMANAGEMENT IM GRÜNEN BEREICH

- Zeitsparendes, wirtschaftliches und einfaches Diabetesmanagement^{1,2,3}
- Schnelles Starten⁴ und Anwenden
- Vernetzbarer Sensor mit Pumpe und Pen⁵
- Klare, leicht verständliche Darstellung des grünen Zielbereichs

Dexcom G7

Das Dexcom G7 ist in einer mmol/L- und mg/dL-Ausführung verfügbar. | 1 Dexcom G7 Benutzerhandbuch, 2023;9:115. | 2 Thomas A, et al. Expertenaustausch zum Einsatz von kontinuierlichem Glukosemonitoring (CGM) im Diabetesmanagement: Eine aktuelle Bestandsaufnahme und Blick in die Zukunft. Diabetologie, 2022;1-12. | 3 Dexcom G7 Benutzerhandbuch, 2023;1:3. | 4 Garg SK, et al. Accuracy and Safety of Dexcom G7 Continuous Glucose Monitoring in Adults with Diabetes. Diabetes Technol Ther. 2022;24(6):373-380. | 5 <https://www.dexcom.com/de-de/pumpen> | Dexcom G7 Empfänger optional. | Kompatible Geräte sind separat erhältlich. Eine Liste kompatibler Geräte finden Sie unter: www.dexcom.com/compatibility | Dexcom, Dexcom Clarity, Dexcom Follow, Dexcom One, Dexcom Share, Share sind eingetragene Marken von Dexcom, Inc. in den USA und sind möglicherweise in anderen Ländern eingetragen. © 2024 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 | MAT-3573 REV001/ 05. 2024 | Agenturfoto. Mit Model gestellt.

Dexcom Deutschland GmbH | Haifa-Allee 2 | 55128 Mainz | Medizinischer Kontakt: +49 6131 4909065



Foto: arkadijschell – stockadobe.com


**DIABETES
HERBSTTAGUNG
2024 DDG**


Austausch im Fokus

Der Mensch steht im Mittelpunkt – machen Sie mit!

HANNOVER. In den Workshops zeigt sich die Diabetes Herbsttagung von ihrer ganz praktischen Seite: Noch mehr als in den Symposien steht hier der Erfahrungsaustausch und damit die teilnehmenden Menschen im Mittelpunkt. Fragen und Anliegen, die im Workshop behandelt werden sollen, können

schon im Vorhinein eingereicht werden! Schnuppern Sie in zwei der über 18 Workshops hinein und entdecken Sie drei weitere Highlight-Symposien. Außerdem: Werfen Sie einen ersten Blick auf das Rahmenprogramm der Diabetes Herbsttagung 2024.

Forschung und Grundlagenwissenschaften

Prädiabetes und Diabetes: Zielgruppengerechte Prävention, Therapie und Aufklärung

Vorsitzende: Prof. Dr. Andreas Fritsche, Tübingen, und Dr. Astrid Glaser, Neuherberg
Samstag, 23. November 2024, 10.45–12.15 Uhr

Es werden neue wissenschaftliche Erkenntnisse aus der Präklinik und Klinik zu Prädiabetes und Diabetes unter Einbeziehung des Gender-Themas vorgestellt. Gleichzeitig wird beleuchtet, wie Informationen zu Prävention und Therapie von Diabetes aus der Wissenschaft und Praxis an Fachkreise und die Öffentlichkeit vermittelt werden können. Vorträge halten Professor Dr. Robert Wagner, Düsseldorf („Diabetes-Subtypen bei

Männern und Frauen: Ursachen, Auswirkungen und geschlechtsspezifische Behandlungsansätze“), Dr. Siegfried Ussar, München, zu innovativen Präventionsstrategien und Ulrike Koller, Neuherberg, zur zielgruppengerechten Online-Kommunikation. Aus Sicht der Betroffenen wird Karin Seyffarth berichten, die selbst Typ-1-Diabetes hat, aus Sicht der Fachkreise Diabetologin und Tagungspräsidentin Dr. Dorothea Reichert.

Rund um die Diabetes Herbsttagung 2024

Workshops: Mitarbeit ausdrücklich erwünscht!

In unseren interaktiven und praxisnahen Workshops können Sie Ihr Fachwissen erweitern, Fähigkeiten stärken und neue Handlungsfelder erschließen. Reichen Sie Ihre Fragen vorab ein und gestalten Sie so die Inhalte mit. Für die Teilnahme wird eine zusätzliche Gebühr von 40 Euro erhoben.

Eröffnungsveranstaltung Am Freitag, 10.30–12.00 Uhr,

starten wir bei der traditionellen Eröffnungsveranstaltung gemeinsam stimmungsvoll und gut gelaunt in die Diabetes Herbsttagung. Dr. Dorothea Reichert und Dr. Tobias Wiesner begrüßen Sie in der Glashalle und geben spannende Ausblicke auf die Kongresstage. Freuen Sie sich u. a. auf eine Videogrußbotschaft des niedersächsischen Gesundheits-

ministers Dr. Andreas Philippi, eine inspirierende Keynote und die traditionelle Verleihung der DDG Medienpreise.

Kinderbetreuung Mit Kind zur Herbsttagung? Kein Problem! Wir unterstützen die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und bieten daher erneut eine kostengünstige Kinderbetreuung für beide Kongresstage an. Willkommen sind alle Kinder zwischen 3 und 12 Jahren. Inklusive sind jede Menge Spielspaß unter professioneller Betreuung, Wasser, Obst, belegte Brötchen.

Eine Anmeldung vorab ist erforderlich. Eine Gebühr von 5 Euro pro Tag und Kind wird erhoben.



Politik & Querschnittsthemen

Alles auf Zucker? Werbeschränken für Ungesundes und Zuckersteuer als Chance für mehr Prävention

Vorsitzende: Barbara Bitzer, Berlin, und Dr. Peter von Philipsborn, München
Samstag, 23. November 2024, 10.45–12.15 Uhr

Zuckerhaltige Getränke sind wesentliche Treiber für die Zunahme von Übergewicht und ernährungsbedingten Krankheiten wie Diabetes bei Kindern. Die jüngste foodwatch-Studie vom August 2024 zeigt alarmierende Zahlen: 86% der Kindergetränke in Deutschland enthalten mehr als fünf Gramm Zucker pro 100 Milliliter – eine Menge, für die in Großbritannien schon eine Herstellerabgabe („Limo-Steuer“, Zuckersteuer) fällig wäre. Freiwillige Selbstverpflichtungen der Industrie zur Zuckerreduktion haben sich als unzureichend erwiesen. Dringend

notwendig sind daher eine Zuckersteuer sowie strenge Werbeschränkungen für ungesunde Lebensmittel, um die Gesundheit der Kinder zu schützen.

Professor Jean Adams, Cambridge, wird darlegen, wie die Zuckersteuer in Großbritannien als Vorbild für andere Länder dienen kann; Professor Dr. Michael Laxy, München, beleuchtet das Potenzial einer solchen Steuer in Deutschland. Abschließend stellt Professor Dr. Laura M. König, Bayreuth, Strategien vor, um Prävention wirkungsvoll in die Mitte unserer Gesellschaft zu tragen.

Sport und Bewegung

Workshop 10

Yoga bei Diabetes – bewegt Körper und Geist

Leitung: Yoga-Lehrerin Birgit Lenarz, Wedel
Samstag, 23. November 2024, 09.00–10.30 Uhr

Nicht nur über Bewegung reden, sondern auch tun! Hier ist die Gelegenheit zu einem bewegten Tagesauftakt. Seien Sie dabei, wenn es heißt: Guten Morgen, Hannover, mit einem Sonnengruß! Gut gedehnt starten Sie danach in das wissenschaftliche Programm und nehmen zudem Anregungen für mehr Bewegung in der Diabetesthera-

pie und für Ihre Patient*innen mit. Denn: Studien und Metaanalysen zeigen, dass eine umfassende regelmäßige Yogapraxis dazu beiträgt, viele Risikofaktoren und Folgen von Diabetes zu verringern. Im Workshop werden wissenschaftliche Erkenntnisse vermittelt, im Praxisteil erhalten die Teilnehmenden Einblicke, wie eine ganzheitliche Übungspraxis gestaltet werden kann, um auf die Bedürfnisse von Menschen mit Diabetes einzugehen (inkl. Handout mit Beschreibung der Übungen).

Typ-1-Diabetes mellitus

Typ 1 und Bewegung – eine Herausforderung in allen Altersstufen

Vorsitzende: Dr. Isa Ev Mayer, Bonn, und Dr. Hans-Peter Kempe, Ludwigshafen
Samstag, 23. November 2024, 10.45–12.15 Uhr

Für Menschen mit Typ-1-Diabetes ist Bewegung eine lebenslange Herausforderung. In diesem Symposium geht es um die Bewegung in verschiedenen Lebensabschnitten. Dabei steht der Mensch im Mittelpunkt, mit

Beispielen aus dem Kindes- und Jugendalter und dem Senium (besondere Problematik, Lösungsstrategien). Die Herausforderungen der Bewegung im Erwachsenenalter und in der Schwangerschaft werden persönlich vorgestellt – es berichten jeweils eine Betroffene und ihre Behandlerin. Referierende sind Dr. Isa Ev Mayer, Bonn, Anne Farenholtz und Ulrike Thurm. Ausrichtende: AG Diabetes, Sport & Bewegung, AG Nachwuchs.

Die Diabetes Herbsttagung 2024: So können Sie planen

22. bis 23. November | Hannover Congress Centrum | Im Anschluss an die Tagung stehen die Vorträge sechs Monate auf der DDG Online-Plattform zur Verfügung.

Programmplanung: Individuelle Planung oder Programm als PDF über die Website herbsttagung-ddg.de oder über die App der DDG für Smartphone und Tablet. Mit der App (kostenfrei für Android und iOS) ist auch die Teilnahme an Live-Votings möglich.



Anmeldung zur Diabetes Herbsttagung unter herbsttagung-ddg.de/registrierung;
Standardanmeldung möglich bis 22. Oktober.

Kinder und Jugendliche

Workshop 13

Mit Diabetes durch die Pubertät

Leitung: Diabetesberaterin/Diätassistentin Claudia Krüger, Gevelsberg
Samstag, 23. November 2024, 10.45–12.15 Uhr

Kopf und Körper im Chaos und jetzt eine chronische Erkrankung managen? Diabetesmanagement lässt keine Pause zu, aber in der Pubertät hat man wirklich andere Themen ... Unser Workshop gibt Antworten und hilft

beim besseren Verständnis von massiven Blutzuckerschwankungen durch hormonelle Umstellungen und einer versierten, unterstützenden Betreuung junger Menschen. Es soll um Themen (z. B. Alkohol, Liebe, Freundschaft, Sex, Drogen) gehen, die in Beratungssituationen mit und ohne Eltern besprochen werden müssen. Der Austausch soll helfen, Jugendliche mit noch mehr Ideen und Erfahrungen beim Erwachsenwerden zu begleiten.

Wer hat die Nase vorn?

SGLT2-Inhibitoren und GLP1-RA: Bisher fehlen direkte Vergleiche

BERLIN. Die derzeitigen Ergebnisse zu den Vor- und Nachteilen von SGLT2-Inhibitoren und GLP1-Rezeptoragonisten sprechen für einen differenzierten Einsatz beider Substanzklassen bei verschiedenen Personengruppen.

Welche Therapieoption ist für den Erhalt der kardiovaskulären Gesundheit die bessere – ein SGLT2-Inhibitor (SGLT2i) oder ein GLP1-Rezeptoragonist (GLP1-RA)? Eine wissenschaftlich fundierte Aussage dazu lässt sich derzeit nicht treffen. Professor Dr. MICHAEL NAUCK, Bochum, legte das Augenmerk darauf, dass die bislang beobachteten kardiovaskulären Risikoreduktionen mit SGLT2i und GLP1-RA in separaten „Cardiovascular Outcomes-Trials“ und jeweils im Vergleich zu Placebo erfolgt sind.

Schlussfolgerungen besser „mit Vorsicht betrachten“

Keine einzige Studie mit kardiovaskulären Endpunkten habe einen direkten Vergleich oder eine Kombination der Substanzen vorgesehen. Angesichts der rein indirekten Vergleiche seien sämtliche Schlussfolgerungen für die beiden Substanzklassen und ihre Wirkungen auf das kardiovaskuläre System „mit Vorsicht und Zurückhaltung zu betrachten“, sagte Prof. Nauck, und somit „vorläufiger Natur“.

In Einzelstudien zeigten sich signifikante Einflüsse für Substanzen beider Wirkstoffklassen auf Myokardinfarkte, Schlaganfälle (nur für GLP1-RA), die Hospitalisierung aufgrund von Herzinfarkt und auf kombinierte Nierenendpunkte. Für die Vermeidung ischämischer Ereignisse gebe es für GLP1-RA die überzeugendere Evidenz, während bei Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion (HF_rEF) nur für SGLT2i überzeugende Daten vorlägen. Differenzierter sieht das Bild bei Herzinsuffizienz mit erhaltener Ejektionsfraktion (HF_pEF) aus: Nach Prof. Nauck können Präparate beider Substanzklassen die Hospitalisierung wegen Herzinsuffizienz bei HF_pEF verhindern, jedoch nur GLP1-RA die Symptome und Leistungsfähigkeit deutlich verbessern (bei Adipositas und/oder T2D).

„Warum nicht beides gleichzeitig einsetzen?“, fragte ein Zuhörer. Um

diese Frage zu beantworten, sei es wichtig, „das Spektrum der Charakteristika der Medikamente in Bezug auf ihre Wirkungen genau zu beleuchten“, meinte Professor Dr. JOCHEN SEUFERT, Freiburg i.Br. Die Evidenz für Kombinationstherapien bezeichnete der Kliniker als „ein schwieriges Feld“. Prof. Nauck stellte die Ergebnisse einer Metaanalyse vor, die auf Beobachtungsdaten beruht, die aus britischen Datenbanken zur Primärversorgung in Verbindung

»Manches hängt vom Zufall ab«

Prof. Dr. Michael Nauck

mit Krankenhaus- und Mortalitätsdaten erstellt wurden. Die Kombination von SGLT2i plus GLP1-RA zeigte sich darin vorteilhaft für die Primärprävention von schwerwiegenden unerwünschten kardialen

und zerebrovaskulären Ereignissen (MACCE) und Herzinsuffizienz. Prof. Nauck nannte diese Daten „ermutigend“ und erinnerte daran, dass „manches vom Zufall abhängt“. Ihm sei kein Pharmakonzern bekannt, der derzeit einen konkurrenzfähigen SGLT2i und gleichzeitig einen konkurrenzfähigen GLP1-RA vermarkte, wodurch sich das Fehlen einer kombinierten Outcome-Studie erklären lasse. Prof. Seufert würde aufgrund der nur indirekten Daten keine rou-



Welche Wirkstoffklasse gewinnt?

tinmäßige Empfehlung ableiten. Für Hochrisikopatient*innen erachtet er im Einzelfall die kombinierte Verordnung als sinnvoll. Dr. Karin Kreuel
Diabetes Kongress 2024

Foto: bluedesign – stockadobe.com

Glucose-Tests als Fertigung

Endlich glycerolfrei gemäß Empfehlung der DDG'

Zeit für INORY

.....💡

Regressforderungen als Damoklesschwert

Ein Diskussionsteilnehmer aus dem Publikum brachte das über den Hausarzt*innen schwebende Damoklesschwert der Regressforderungen ins Spiel. Prof. Nauck betonte, er wolle herausfinden, was das Beste für die Patient*innen sei. Der Weg hin zu einer angemessenen Regelung der Vergütung bleibe steinig. Das Medikamentenbudget sollte „im Rahmen der ärztlichen Selbstverwaltung“ im Sinne des Patientenwohls besser geregelt werden. Prof. Seufert sieht bei entsprechender Indikation größere Chancen für die proaktive Verordnung von SGLT2i in kardiologischen Praxen, warnte aber davor, „diese Praxen zu fluten“.

Die Zeichen stehen auf Zukunft

Die AG Prävention der DDG richtet sich neu aus/
Symposium mit der AG Nachwuchs während der Diabetes Herbsttagung

BERLIN. Seit nunmehr 60 Jahren lautet die Mission der Deutschen Diabetes Gesellschaft: „Diabetes erforschen – behandeln – verhindern“. Neben der Forschung und der Versorgung von Menschen mit Diabetes hat sich die DDG auch der Prävention verschrieben und sieht in ihr eine ihrer wichtigsten und relevantesten Aufgaben. Drei DDG Mitglieder, die den Neustart der AG Prävention mitinitiierten, berichten.

Warum eigentlich Prävention? Besonders beim Diabetes kann durch präventive Maßnahmen Lebensqualität nicht nur erhalten, sondern sogar zurückgegeben werden. So ist die Prävention, wie die ganze Diabetologie, spannend und außerordentlich facettenreich. Sie eröffnet eine große Chance, für die aber leider oft politische und gesellschaftliche erforderliche Rahmenbedingungen fehlen. Für politische Gespräche und Förderungen ist wissenschaftliche Evidenz zur Prävention erforderlich. So finden sich in verschiedenen Kommissionen, Arbeitsgemeinschaften (AG), im Vorstand und in der DDG Geschäftsstelle Ansatzpunkte und Aufgaben, präventive Maßnahmen zu fördern, zu vermitteln und auch politisch zu vertreten.

Aktivitäten der AG Prävention in der Vergangenheit

Die AG Prävention der DDG hat in der Vergangenheit zahlreiche Meilensteine gesetzt. Unter anderem wurde 2004 mit dem „Nationalen Akti-

onsforum Diabetes mellitus“, kurz NAFDM, ein überregionaler Kooperationsverbund im Bereich der Diabetologie gegründet. Das NAFDM mit seiner Projektgruppe Prävention (München/Dresden) hat im Rahmen des EU-Projekts „IMAGE 2010“ einen „Leitfaden Prävention Diabetes mellitus Typ 2“ in zahlreichen Sitzungen und eigenen Kongressen erarbeitet. Der Leitfaden gibt Anbietern von Präventionsmaßnahmen Hilfestellungen für die Entwicklung von Präventionsprogrammen und deren praktische Umsetzung und enthält darüber hinaus ein Curriculum für einen Präventionsmanager (s. QR-Code).

Ziele und Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft Prävention

Natürlich ist und war die DDG in den letzten Jahren gerade über die Arbeit einzelner Arbeitsgemeinschaften und Kommissionen sowie über die Tätigkeit des anerkannten Wissenschaftsbündnisses Deutsche Allianz Nichtübertragbarer Krankheiten (DANK) präventivmedizi-

nisch sehr aktiv. So ist es ein gemeinsames Anliegen und eine politische Forderung, eine verbindliche „Zuckersteuer“ nach britischem Vorbild einzuführen und Werbeschränken für Ungesundes gesetzlich zu verankern. In den letzten Jahren haben sich die aktiven Mitglieder der AG Prävention mit ihrer Expertise dabei vor allem auf folgende Themen fokussiert:

- Unterstützung bei Entwicklung, Implementierung und Evaluation effektiver Modelle zur Primärprävention des Diabetes mellitus
- Förderung und Durchführung von wissenschaftlichen Projekten und Modellvorhaben zur Prävention des Typ-2-Diabetes
- Förderung von Forschungsvorhaben auf dem Gebiet der Diabetes-Prävention

Dies wurde 2019 im Positionspapier „Eckpunkte der Diabetesprävention“ festgehalten (s. QR-Code).

Die Prävention ist ein Querschnittsthema und betrifft alle Bereiche der Diabetologie. So ist es kaum verwunderlich, dass sie in beinahe jeder Arbeitsgemeinschaft und Kommission der DDG „mitschwingt“. Zusätzlich wird das Thema Prävention auch von anderen Organisationen und Gruppierungen wie der Deutschen Diabetes-Stiftung, diabinfo, diabetes-DE – Deutsche Diabetes-Hilfe und anderen Fachgesellschaften sowie DANK fokussiert. All diese Aktivitäten und Strukturen werden dabei ausdrücklich nicht als Konkurrenz, sondern als sinnvolle Unterstützung und Ergänzung für die gemeinsame Aufgabe Prävention gesehen, die es zu koordinieren gilt. Der AG Prävention kann bei der Zusammenführung der unterschiedlichen Informationsstränge und Akteure eine Schlüsselstellung zukommen.

Die Zukunft der AG – erste Schritte bei der Herbsttagung

Wir wollen Prävention in der DDG stärken und sie zukunftsfest ausrichten. Mit der nun gestarteten Neuausrichtung der AG Prävention gibt es die Möglichkeit, die Vernetzung mit anderen beteiligten Strukturen weiter auszubauen. **Hier ist auch Ihre Unterstützung bei diesem aktiven Neuanfang sehr willkommen.**

Zum Glück gibt es in der DDG viele Köpfe und engagierte Mitstreiter*innen, an die Projekte, Aufgaben und Verantwortung übergeben werden können. Hier zahlt sich auch die Investition der DDG in den Nachwuchs aus! Die DDG vergibt seit Jahren Reisestipendien für die Kongresse und Tagungen, stiftet Promotionsstipendien und fördert den medizinischen Nachwuchs in



Dr. med. Jonas Laaser
Sprecher
AG Nachwuchs
Foto: DDG/
Dirk Deckbar



Manfred Krüger
Kommission „Apotheker in der Diabetologie“ (BAK/DDG), AG Diabetes, Umwelt & Klima, AG Prävention
E-Mail: m.krueger@linner-apotheke.de
Foto: DDG/Dirk Deckbar



Jasmin von Zezschwitz
AG Nachwuchs, Ausschuss Ernährung
Foto: privat

den verbandseigenen Strukturen. Dieses Engagement trägt nun in der AG Prävention Früchte, denn aus den Reihen aktueller und ehemaliger Stipendiat*innen hat sich eine präventionsbegeisterte Gruppe gefunden, die sich nicht nur in die AG Nachwuchs, sondern darüber hinaus in die Arbeit der DDG einbringen will.

Dr. Jonas Laaser, Manfred Krüger und Jasmin von Zezschwitz für die AG Nachwuchs und die AG Prävention

 **Leitfaden Prävention Diabetes der Deutschen Diabetes-Stiftung**



 **Positionspapier der AG Prävention**



Die AG Prävention der DDG möchte neu starten.

Foto: Ms.Moloko – stock.adobe.com



Symposium während der Diabetes Herbsttagung

Der erste – nun auch sichtbare – Schritt ist ein gemeinsames Symposium der AG Prävention und der AG Nachwuchs auf der Diabetes Herbsttagung 2024 in Hannover am Freitag, 22.11.2024, um 16.30 Uhr. In der Mitgliederversammlung am Samstag, 23.11.2024, um 9.00 Uhr können sich weitere präventionsbegeisterte Mitglieder mit uns vernetzen und die Zukunft der AG Prävention der DDG mitgestalten!

Neue Direktorin am HDZ Bad Oeynhausen

Prof. Dr. Susanne Reger-Tan übernimmt den Fachbereich Diabetologie und Endokrinologie

BAD OEYNHAUSEN. Seit 1. Oktober ist Professor Dr. Susanne Reger-Tan Direktorin für den Fachbereich Diabetologie und Endokrinologie am Herz- und Diabeteszentrum NRW (HDZ NRW).

Die Expertin für klinische Diabetologie, Endokrinologie und Metabolismus wechselte vom Universitätsklinikum Essen an die Ruhr-Universität Bochum und

tritt damit die Nachfolge an von Professor Dr. med. Dr. h.c. DIETHELM TSCHÖPE am HDZ NRW. Zuvor leitete sie seit 2015 das Diabetes Exzellenzzentrum sowie die Ernährungsmedizin der Klinik für Endokrinologie am Universitätsklinikum Essen. Sowohl in der klinischen Praxis als auch



Prof. Dr. Susanne Reger-Tan
HDZ
Bad Oeynhausen

innerhalb der Fachgesellschaften befasst sich Professor Dr. SUSANNE REGER-TAN seit einigen Jahren mit Digitalisierungsstrategien in der Medizin und fokussiert sich im Speziellen auf die Integration digitaler Tools in die Versorgung von Menschen mit Haupt- und Nebendiagnose Dia-

»Engagiert in DDG und BVKD«

betes. In ihrer Tätigkeit als Mitglied der Kommission Digitalisierung der DDG und des BVKD-Vorstandes setzt sie sich für eine Stärkung der stationären Diabetologie und eine reibungslose Vernetzung zwischen

Krankenhaus und niedergelassenen Diabetes-Spezialist*innen ein. Zudem knüpft sie mit ihren Schwerpunkten Transplantationsendokrinologie und Diabetologie sowie Polyzystisches Ovarialsyndrom als genderspezifisches kardiovaskuläres Risiko an die Bereiche Kardiologie und Organtransplantation des HDZ an. Prof. Reger-Tan übernimmt 2026 die Tagungspräsidentschaft der Diabetes Herbsttagung. *HDZ/Red.*

DDG-Fortbildung

Digitalisierung und Diabetestechnologie

AID, DiGA, eRezept & mehr: das Wichtigste zu den Herausforderungen und Chancen der digitalen Transformation – für Ihre Praxis.

4
CME Punkte
und 5 Fortbildungspunkte der VDBD
AKADEMIE

DDG Deutsche Diabetes Gesellschaft

Fortbildung Digitalisierung

Die nächsten Termine

23. Oktober | 9. November
Webinar | Präsenz, Berlin

Unsere Expert:innen



Friedrich Wilhelm Petry,
Facharzt für Innere Medizin, Diabetologe DDG, Internistische Gemeinschaftspraxis, Wetzlar



Dr. jur. Thorsten Thaysen,
Rechtsanwalt München



Claudia Sahn,
Diabetesberaterin (DDG), Diabeteszentrum Ammersee Herrsching



Dr. med. Ralf Denger,
Facharzt für Innere Medizin, Diabetologe, Ernährungsmediziner, Friedrichsthal



Juliane Ehrmann,
Diabetesberaterin DDG, Diabetes Zentrum Mergentheim



Hier mehr erfahren und anmelden:

medical-tribune.de/ddg-fortbildung

Mit freundlicher Unterstützung:



Organisation:



Fotos: nido – stock.adobe.com, svetolk – stock.adobe.com, gojalia – stock.adobe.com

Weltdiabetestag und »Meilensteine der modernen Diabetologie«

Im November: Weiterbildung für Menschen mit Diabetes und Community-Abend – Anmeldung schon jetzt möglich

BERLIN. Am 10. November 2024 finden die beiden vormals separaten Veranstaltungen „Meilensteine der modernen Diabetologie“ und die Patientenveranstaltung zum Weltdiabetestag in einem großen gemeinsamen Event für Menschen mit Diabetes statt. Ein Community-Treffen am Vorabend schafft die Gelegenheit für intensiven Austausch.

Im November, dem Diabetesmonat, steht ein besonderes Ereignis bevor: Die gemeinnützige Organisation diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe lädt rund um den Weltdiabetestag am 14. November zu einer Veranstaltung ein: 2024 werden die beiden Patientenveranstaltungen „Meilensteine der modernen Dia-

betologie“ (MDMD) und die wissenschaftlichen Vorträge zum Weltdiabetestag (WDT) zu einem großen Event verschmolzen.

Am Sonntag, 10. November, sind ab 11.30 Uhr alle Menschen mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes, ihre Angehörigen und weitere Interessierte eingeladen, sich in Vorträgen über

aktuelle Themen (z. B. Diabetestechnik, Diabetestherapie, „Abnehmspritze“) zu informieren; moderieren werden Dr. JENS KRÖGER, Diabetologe und Vorstandsvorsitzender von diabetesDE, und STEFFI HAACK (Diabetes-Anker/MedTriX), die selbst mit Typ-1-Diabetes lebt. Bereits am 9. November findet abends ein **Community-Treffen** in der Fabrik 23 im Wedding statt. Der Eintritt zu beiden Veranstaltungen ist frei.

Kostenfreie Weiterbildung für Menschen mit Diabetes

„Wir haben über die Jahre genügend Erfahrungen gesammelt, welche

Themen besonders relevant sind für die unterschiedlichen Zielgruppen. Die rasante Entwicklung in Bezug auf Diabetestechnik einerseits und Ernährungs- und Abnehmtherapien andererseits wird von hochkarätigen Expert*innen in wissenschaftlichen Vorträgen erläutert. Ergänzt wird das Ganze durch eine große Industrieausstellung, auf der man die neueste Technik testen kann. Eine bessere Weiterbildung für Menschen mit Diabetes bei freiem Eintritt gibt es kaum“, erklärt NICOLE MATTIG-FABIAN, Geschäftsführerin von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe, und ergänzt: „Zudem ist das Treffen in Berlin im November



Foto: diabetesDE

auch ein Treffen der Diabetes-Community. Aus ganz Deutschland reisen Diabetes-Influencer*innen und Selbsthilferevertreter*innen an und tauschen ihre Erfahrungen untereinander aus. Dazu trägt auch unser Community-Abend am 9. November bei.“

Übrigens: Auch für diejenigen, die nicht nach Berlin kommen können, gibt es ein Angebot, denn die wissenschaftlichen Vorträge werden von 12.00 bis 15.30 Uhr im **Live-Stream** auf www.meilensteine-diabetologie.de/weltdiabetestag zu sehen sein. Beachten Sie dazu auch die Beilage in dieser Ausgabe der diabeteszeitung!

diabetesDE/Red.

Termine und Anmeldung

■ **Community-Abend:** Samstag, 9. November 2024, 18 bis ca. 22 Uhr, Fabrik 23, Gerichtstraße 23, Hof 4, Aufgang 4, 13347 Berlin, Anmeldung: community-abend-diabetes.eventbrite.de, Einlass nur mit vorheriger Anmeldung, Eintritt frei

■ **„Meilensteine der modernen Diabetologie“ und Weltdiabetestag:** Sonntag, 10. November 2024, ab 11.30 Uhr (Einlass), Maritim proArte Hotel, Dorotheenstraße 65, 10117 Berlin, Anmeldung: <https://meilensteine-diabetologie.eventbrite.de>, Eintritt frei

Alle Events werden mit dem **Medienpartner Diabetes-Anker** – dem zentralen Angebot (digital, gedruckt, live) für Menschen mit Diabetes aus dem Medienhaus MedTriX Group – durchgeführt.

Alle Informationen und Anmelde-möglichkeiten: diabetes-anker.de



meilensteine-diabetologie.de

MEDICAL REPORT

Überlegene Effekte auf HbA_{1c} und Körpergewicht

Mit Tirzepatid mehr in der Therapie des Typ-2-Diabetes erreichen

Der GIP/GLP-1-Rezeptor-Agonist Tirzepatid aktiviert als einziger Vertreter seiner Substanzklasse^a sowohl GLP-1- als auch GIP-Rezeptoren und erzielt mit diesem einzigartigen Wirkansatz bei der Behandlung von Menschen mit Typ-2-Diabetes (T2D) stärkere Wirkeffekte als ein GLP-1-Rezeptor-Agonist (RA).^{1,2}

In den Zulassungsstudien war Tirzepatid (Mounjaro[®]) bereits in der ersten Erhaltungsdosis (5 mg) allen Vergleichssubstanzen nach 40 bzw. 52 Wochen in Bezug auf HbA_{1c} und Körpergewicht signifikant überlegen, darunter dem GLP-1-RA Semaglutid 1 mg.^{c,1} So sank in der SURPASS-2-Studie der HbA_{1c}-Wert unter Tirzepatid um bis zu -2,5%^{d,e} (Semaglutid 1 mg -1,9%, jeweils im Mittel; Abb. 1).^{c,1} Gleichzeitig wurden unter Tirzepatid positive Effekte auf die kardiometabolischen Risikofaktoren Blutdruck^f und Serumtriglyceride^g beobachtet.¹

GIP macht den Unterschied

Anders als ein reiner GLP-1-RA vereint Tirzepatid die Wirkungen der Darmhormone GLP-1 (Glucagon-like-peptide-1) und GIP (glukoseabhängiges insulinotropes Polypeptid). Beide werden nach dem Essen freigesetzt

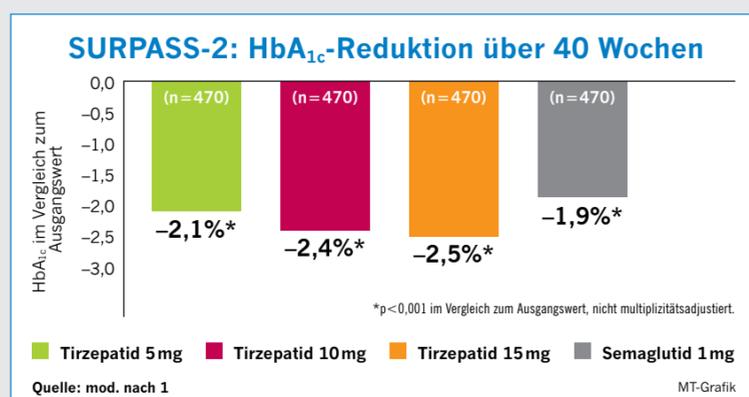


Abb. 1: Head-to-Head-Vergleich: HbA_{1c}-Reduktionen unter allen Tirzepatid-Dosierungen im Vergleich zu Semaglutid 1 mg.

und beeinflussen die Blutzuckerkontrolle, das Sättigungsgefühl sowie den Fettstoffwechsel.^{3,4} Allerdings werden nur GIP-Rezeptoren auf den Adipozyten des weißen Fettgewebes exprimiert und sind dort an der Regulation des Lipidstoffwechsels sowie der Körperfettmasse – inklusive des viszeralen Fetts – beteiligt.^{1,4,5}

Nebenwirkungsprofil ähnelt dem von GLP-1-RA

Der Wirkstoff besitzt ein ähnliches Nebenwirkungsprofil wie GLP-1-RA.¹ Am häufigsten wurden in den Zulassungsstudien gastrointestinale Ne-

benwirkungen berichtet. Sie waren meist leicht oder moderat ausgeprägt, traten häufiger während einer Dosissteigerung auf und nahmen mit der Zeit ab.¹ Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bestätigt für Tirzepatid einen geringen Zusatznutzen in der Indikation T2D.^{#,6,7}

Der G-BA kommt in seiner Beschlussfassung zu dem Ergebnis, dass für Insulin-erfahrene Erwachsene mit Diabetes mellitus Typ 2 ohne manifeste kardiovaskuläre Erkrankung, die mit ihrem bisherigen Insulinregime zusätzlich zu Diät und Bewegung keine ausreichende Blutzuckerkontrolle erreicht haben, ein Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen belegt ist.^{#,7}

Für die Praxis

- ▶ Tirzepatid ist im Mounjaro[®] KwikPen[®] verfügbar. 1 Alle Dosierstärken (2,5 mg, 5 mg, 7,5 mg, 10 mg, 12,5 mg und 15 mg) sowie Packungsgrößen sind voll lieferfähig.
- ▶ Tirzepatid ist bei unzureichend eingestelltem T2D in allen Dosierstärken voll verordnungs- und erstattungsfähig. Dabei gilt der zukünftig verhandelte Erstattungspreis aufgrund einer aktuellen Gesetzesänderung rückwirkend für alle erstattungs-

fähigen Verordnungen ab dem 16. Mai 2024.

- ▶ Für die Anwendung werden den standardisierten internationalen Richtlinien entsprechende Nadeln benötigt. Diese müssen separat verschrieben werden und kompatibel sein.



Mounjaro[®] KwikPen[®]: Welche Nadeln werden benötigt? QR-Code scannen und mehr erfahren!

a WHO ATC-Code: A10BX16
b Mounjaro[®] (Tirzepatid) ist angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen mit unzureichend eingestelltem Typ-2-Diabetes als Ergänzung zu Diät und Bewegung als Monotherapie, wenn die Einnahme von Metformin wegen Unverträglichkeiten oder Kontraindikationen nicht angezeigt ist, zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Diabetes mellitus.¹
c $p < 0,001$ für Überlegenheit, adjustiert für Multiplizität
d Mit Tirzepatid 15 mg nach 40 Wochen.
e Bezogen auf den Ausgangswert.¹ Mittlere HbA_{1c}-Reduktion im Vergleich zum Ausgangswert.
f Beobachtet in placebokontrollierten Phase-III-Studien mit Mounjaro[®] (5 mg, 10 mg, 15 mg).¹
g Beobachtet in der SURPASS-2-Studie mit Mounjaro[®] (5 mg, 10 mg, 15 mg) vs. Semaglutid 1 mg.¹

1. Mounjaro[®] Fachinformation, aktueller Stand. <https://www.fachinfo.de/pdf/023865>
2. Frias JP et al. N Engl J Med 2021; 385: 503-515
3. Nauck MA et al. Diabetol Stoffwechs 2023; 18: 475-487
4. Samms RJ et al. Trends Endocrinol Metab 2020; 31(6): 410-421
5. Rudovich N et al. Regul Pept 2007; 142: 138-145
6. G-BA. Beschluss des G-BA über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage XII – Beschlüsse über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V – Tirzepatid. 2024
7. G-BA. Tragende Gründe zum Beschluss des G-BA über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage XII – Beschlüsse über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V – Tirzepatid, 2024

»Man müsste nur den Mut haben...«

Dr. Michael Eckhard sorgt sich um die Versorgung des DFS

GIESSEN/BAD NAUHEIM. Um Menschen mit Diabetischem Fußsyndrom (DFS) strukturiert zu behandeln, gibt es seit 20 Jahren durch die AG Diabetischer Fuß der DDG zertifizierte Fußbehandlungseinrichtungen. Durch die Reformpläne für die stationäre und ambulante medizinische Versorgung sind diese etablierten Versorgungsstrukturen bedroht. Warum das so ist, erklärt Dr. Michael Eckhard. Außerdem geht es im Interview um Amputationen aufgrund eines DFS.

? Herr Dr. Eckhard, warum sind die zertifizierten Fußbehandlungseinrichtungen DDG so wichtig?

Dr. Eckhard: Wir haben sehr früh erkannt, dass es entscheidend ist, dass die verschiedenen Fachrichtungen und Professionen möglichst aufeinander abgestimmt zusammenarbeiten. Und dafür bietet sich eine Zertifizierung an, mit der man die Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität überprüfen kann. Aktuell gibt es rund 300 zertifizierte ambulante und stationäre Fußbehandlungseinrichtungen in Deutschland.

? Sind diese etablierten Versorgungsstrukturen durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) bedroht?

Dr. Eckhard: In der Tat sind sie bedroht. Deshalb sind wir jetzt auch sehr aktiv und wollen mit der Politik ins Gespräch kommen. Positiv ist ja, dass durch das Gesetz die Versorgung verbessert werden soll. Aber wenn sich die Inhalte des Gesetzes nicht ändern, wird genau das Gegenteil passieren. Es wird am Facharztstatus festgemacht, ob eine Einrichtung in Zukunft bestimmte Erkrankungsbilder behandeln darf oder nicht bzw. ob die Behandlung bezahlt wird. Für die Versorgung des DFS braucht es viele verschiedene Disziplinen, und die dafür nötige Koordination lässt sich eben nicht nur an einem Facharztstatus festmachen. Gegenwärtig ist leider überhaupt nicht abgebildet, dass man genau solche abgestimmten Behandlungspfade für ein Erkrankungsbild braucht und sie fördert. In Deutschland droht wirklich eine Verschlechterung der Versorgung.

? Was müsste konkret an den KHVVG-Plänen geändert werden?

Dr. Eckhard: Derzeit sind 65 Leistungsgruppen definiert, eine ist Endokrinologie/Diabetologie. Wir fordern, dass es unbedingt heißen muss: Endokrinologie/Diabetologie oder

20 Jahre
FÜßBEHANDLUNGSEINRICHTUNG DDG

Facharzt mit Zusatzbezeichnung Diabetologie oder Diabetologe DDG. Denn so viele Endokrinologen gibt es in Deutschland gar nicht, als dass wir die Versorgung sicherstellen könnten. Die zweite Forderung ist, dass sich die Qualitätsmerkmale der Struktur- und Prozessqualität, wie wir sie in den zertifizierten Fußbehandlungseinrichtungen DDG seit 20 Jahren abbilden, auch im Gesetz wiederfinden.

Diese Qualitätsmerkmale sind übrigens schon nachweislich vom Gesetzgeber fixiert: im SGBV über die DMP und im Rahmen des Rechts auf eine Zweitmeinung bei drohender Amputation. Gesetzgeberisch wäre die Grundlage also komplett da. Man müsste nur den Mut haben, das auch mal scharf zu schalten. Es gibt seit 20



Foto: Schaper für GWZ

KURZBIOGRAPHIE DR. MICHAEL ECKHARD

Dr. Michael Eckhard, Vorsitzender AG Diabetischer Fuß, ist Diabetologe, Endokrinologe und Ärztlicher Wundexperte (ICW). Er leitet das Interdisziplinäre Zentrum Diabetischer Fuß am Universitären Diabeteszentrum Mittelhessen (Universitätsklinikum Gießen und Marburg). Zudem ist er Chefarzt in der Diabetesambulanz Bad Nauheim.

Jahren die DMP. Seit 20 Jahren werden die Krankenhäuser begangen vom Medizinischen Dienst und es wird geprüft, ob sie die Kriterien für die DMP Typ-1- und Typ-2-Diabetes erfüllen. Im Erwachsenenbereich spielt es seit 20 Jahren keine Rolle, ob Sie diese Strukturmerkmale vorhalten oder nicht. Dabei hat Herr Lauterbach immer gesagt: Vorhaltung soll finanziert werden. Das wäre jetzt die Chance. Unsere Forderung für den Diabetischen Fuß ist es, eine zusätzliche Komplexpauschale Diabetischer Fuß abzubilden, weil man eben die unterschiedlichen Disziplinen braucht.

? In Deutschland wird bei ca. 50.000 Menschen mit DFS jährlich amputiert. Wie viele dieser Amputationen sind tatsächlich notwendig?

Dr. Eckhard: Definitiv liegt die Zahl nicht bei null, weder Minor- noch Majoramputationen sind zu 100% vermeidbar. Aber sowohl nationale wie internationale Daten zeigen ganz klar, dass die frühzeitige Behandlung eines Patienten mit einem akuten Fußproblem in einer solchen multiprofessionellen und interdisziplinären Struktur signifikant die Amputationszahlen reduzieren kann – Majoramputation um bis zu 50%, Minoramputation um bis zu 30 bis 40%. Wir haben jetzt über Jahre zeigen können, dass diese Behandlungsstruktur ein echter Gewinn ist – und deswegen treten wir dafür ein.

? Vor ziemlich genau 35 Jahren, im Oktober 1989, wurde die St. Vincent-Deklaration verabschiedet. Was wurde seitdem erreicht?

Dr. Eckhard: Seit 1989 ist einiges passiert. 1993 ist die AG Diabetischer Fuß gegründet worden, sozusagen als Antwort auf die St. Vincent-Deklaration. Allen war klar: Wenn die Amputationsrate um 50% gesenkt werden soll, dann brauchen wir Kräfte, die sich bündeln und entsprechende Versorgungsstrukturen aufbauen. Und ja, das ist gelungen. Die DMP spielen dabei eine wichtige Rolle, denn dass wir weniger Erblindungen aufgrund von Diabetischer Retinopathie haben, ist der regelmäßigen Vorsorge im Rahmen der DMP zu verdanken. Dort ist auch festgelegt, dass bei allen Patienten einmal im Jahr ein Fuß-Check gemacht wird, um zu überprüfen: Liegt eine Neuropathie vor, liegt eine Sensibilitätsstörung vor? Liegt eine Durchblutungsstörung vor? Ist dieser Patient für ein Diabetisches Fußsyndrom ein Risikopatient?

Mit der Einführung der DMP hat die Politik sehr, sehr gute Arbeit geleistet. Nur: Was nutzt es, wenn jährlich nach den Füßen geguckt wird, aber diejenigen, die die Füße untersuchen, vielleicht gar nicht ausreichend darin geschult sind, worauf sie achten müssen? Bei einem auffälligen Fußbefund soll der Patient an eine spezialisierte Einrichtung überwiesen werden. So steht's im DMP. Deshalb sind jetzt zwei Dinge wichtig: Erstens, wir müssen die Leute trainieren und schulen, die diese Fußuntersuchungen in den DMP durchführen, also die DMP-koordinierenden hausärztlichen und diabetologischen Praxen. Zweitens sollen diese Patienten dann in eine spezialisierte Einrichtung geschickt werden. Und wenn wir diese spezialisierten Einrichtungen behalten wollen, dürfen sie jetzt nicht von der Bildfläche gewischt werden. Statt die Strukturen zu zerstören, wäre es deshalb unbedingt nötig, sie flächendeckend auszurollen. Hier brauchen wir zwingend auch die

Amputation nein danke!

Eine Initiative der
AG Diabetischer Fuß

Das Informationsportal „Amputation – NEIN Danke!“ ist gedacht für Menschen mit DFS, denen eine Amputation droht. Auch ihre Angehörigen und Behandlungsteams können sich hier über das Recht auf Zweitmeinung bei drohender Amputation informieren und die Hotline (01803/123406) anrufen, um sich beraten zu lassen.

amputation-nein-danke.de



ambulante Versorgung, die in vielen Bereichen ebenfalls gefährdet ist: Beim drohenden Wegfall der Komplexpauschale im ambulanten Bereich können die Diabetologischen Schwerpunktpraxen, an die in der Regel die ambulanten Fußzentren angedockt sind, die entsprechenden Leistungen in Zukunft nicht mehr erfüllen. Für stationär wie ambulant tätige Kollegen gilt: Wir sind alle mit hohem Idealismus unterwegs. Aber irgendwann muss auch die Finanzierung funktionieren, sonst ist das nicht durchzuhalten.

? Das Diabetische Fußsyndrom verursacht viel Leid. Welche Möglichkeiten der Prävention sehen Sie?

Dr. Eckhard: Die wesentliche Vorbeugung ist die jährliche Fußuntersuchung, die im Rahmen des DMP verpflichtend ist. Das ist toll – wenn denn jeder, der diese Untersuchungen macht, so geschult ist, dass frühzeitig Problemstellungen und Risikofüße identifiziert werden und die Menschen dann in zertifizierte Fußbehandlungseinrichtungen kommen. Da haben wir noch erheblichen Nachholbedarf.

Interview:

Nicole Finkenauer/Günter Nuber

»Statt die Strukturen zu zerstören, wäre es nötig, sie flächendeckend auszurollen.«

Neugierig auf die ganze Folge?

Dann hören Sie sich das Gespräch mit Dr. Michael Eckhard in voller Länge an. Weitere Themen: Fallzahlen und Behandlungsqualität, regionale Unterschiede, Initiative „Amputation – NEIN Danke!“. Zugriff auf alle Folgen von O-Ton Diabetologie haben Sie auf medicaltribune.de und auf allen gängigen Podcast-Plattformen.

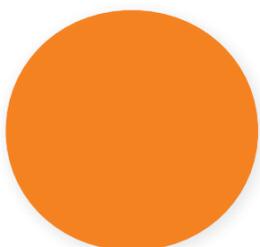


Für den Diabetologie-Durchblick

der Podcast für Expert*innen



»Gesetzgeberisch wäre die Grundlage komplett da«



nachgefragt

Reformdruck: die Diabetologie im Dilemma

Kritik an aktuellen Gesetzesvorhaben und unkoordiniertem Vorgehen in der digitalen Versorgung beim diatec-forum

BERLIN. Immer mehr Menschen mit Diabetes werden künftig von immer weniger Fachpersonal versorgt. Was kann die digitale Versorgung hier leisten und wer bezahlt die digitalen Neuerungen am Ende?

Das Dilemma sei offensichtlich: Zwar gebe es immer mehr und bessere Diabetestechnologie, so Moderator Professor Dr. BERND KULZER, dies aber treibe die Ausgaben in die Höhe. Die Kostensteigerung der kontinuierlichen Glukosemessung (CGM) versus der Blutzuckermessung lag in den letzten fünf Jahren in Deutschland bei einer halben Milliarde Euro, ergänzte Dr. CHRISTIAN GRAF von der Barmer. Die digitale Versorgung nutze man häufig nicht oder nicht richtig. Es werde z. B. so getan, als ob die Videosprechstunde hierzulande schon etabliert sei, die aber selbst zu Pandemiezeiten nur auf maximal 0,5% kam (Psychotherapie ausgenommen). Schätzungsweise mindestens 20% aller Arzt-Patient-Kontakte

könnten jedoch durch Videosprechstunden ersetzt werden.

Virtuelles Diabeteszentrum – Versorgung rund um die Uhr

Man müsse die „Sektorgrenzen aufbrechen“, so Dr. Graf. Durch einen „digitalen Zulassungsstatus“ von Fachkliniken etwa könne man die digitale Präsenz (per Video) von Ärzt*innen und z. B. Diabetesberater*innen 24/7 ermöglichen und virtuelle Diabeteszentren schaffen. Eine deutschlandweite digitale Schulungsoption müsse überdies etabliert werden.

Obwohl Pumpen- und AID-Systeme kein Einweisungsgrund seien, zeige sich auch immer wieder, dass Diabetespatient*innen stationär aufgenommen werden müssten, weil in den Praxen die Expertise fehle. Eine

vorstationäre Behandlung wäre hier sinnvoll, sei digital aber nicht möglich, kritisierte Dr. Graf.

„Momentan diskutieren wir: Wie retten wir den Status quo in der Diabetologie? Nicht: Wie könnten wir die Zukunft gestalten?“, erläuterte er u. a. mit Blick auf die Krankenhausreform, bei der die Diabeteskliniken schlicht „vergessen“ worden seien. Der niedergelassene Bereich werde vom Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) bedroht. Mit Kampagnen halten die Verbände der ambulanten und stationären Diabetologie (BVND, BVKD) dagegen.

Die DMP bezeichnete Dr. Graf als die erfolgreichste neue Versorgungsform, vor allem beim Diabetes. Rund 60% der Menschen mit Diabetes (knapp 4,7 Mio. Versicherte) seien in die DMP eingeschrieben, die nachweislich die Mortalität und diabetesbedingte Folgekomplikationen wie Amputation, Dialysepflicht und Erblindung deutlich senkten. „Erhebliche Defizite“ sieht er u. a. in der fehlenden strukturierten (datenge-



Diskutierten über CGM, virtuelle Diabeteszentren und die „ePA für alle“. Vertreter*innen aus der Politik, von Krankenkassen, Industrie sowie von Menschen mit Diabetes und Diabetes-Teams.

Foto: Mike Fuchs

stützten) Kommunikation zwischen Haus- und Fachärzt*innen sowie Krankenhaus und weiteren Behandelnden. Die Reformansätze zeigten „viele Einzelmaßnahmen, aber kein Gesamtbild“. Einerseits seien digitale Schulungen möglich, sechs neue DMP (z. B. zu Herzinsuffizienz, Depression, Adipositas) stünden bereit, die Einführung des digitalen DMP sei beschlossene Sache, der Kabinettsentwurf des Gesunde-Herz-Gesetzes bringe die DMP-Verpflichtung für die Kassen mit Umsetzungsfristen. Andererseits fehlten Vorschläge zur

sektorenübergreifenden Versorgung (z. B. des Zulassungsstatus analog des § 140a). Diese Prozesse müssten „grundlegend überdacht werden“.

68% aller Menschen in Spanien nutzten das E-Rezept seit sechs Jahren, so der frühere Gematik-Chef Dr. MARKUS LEYCK DIEKEN. 48 Mio. Italiener*innen hätten bereits die digitale Identität – „wir immer noch nicht“. Die Einführung des E-Rezepts sei nun endlich in Deutschland erfolgt; in wenigen Jahren werde die EU-Anbindung folgen. Ob die ePA, die am 15. Januar 2025 zunächst nur in den Modellregionen Franken und Hamburg starte, zum Laufen gebracht werde, müsse man abwarten. Frühestens am 15. Februar könne der bundesweite Roll-out der „ePA für alle“ starten. Hier müsse Deutschland „endlich auf einen gemeinsamen Standard kommen“, so Dr. Leyck Dieken. *Angela Monecke*

»Deutschlandweite digitale Schulung etablieren«

KI und IT: neue Lösungswege

Referierende der Fortbildung Digitalisierung zeigen, was möglich und sinnvoll ist

BERLIN. Die Deutsche Diabetes Gesellschaft bietet jährlich die „Fortbildung Digitalisierung“ für Ärzt*innen und Diabetesfachkräfte an – 2024 gibt es noch einen Online- und einen Präsenztermin. Die Referierenden sprechen praxisorientiert über aktuelle Themen in Klinik und Praxis. Was können die Teilnehmenden von den Veranstaltungen konkret erwarten?



Fabian Lechner
Doktorand, Institut für KI in der Medizin, Universität Marburg
Foto: Thomas Stoll



Dr. Marcus Rothsching
Niedergelassener Diabetologe, Diabetologie Dr. Rothsching in Hanau
Foto: privat

Weitere Referierende 2024
Dr. med. Friedrich Wilhelm Petry, Wetzlar (auch Wissenschaftliche Leitung/Moderation); Dr. med. Jens Kröger, Hamburg; Dr. jur. Thorsten Thaysen, München; Dr. med. Ralf Denger, Friedrichsthal; Diabetesberaterin Juliane Steffan, Bad Mergentheim; Dr. med. Tobias Wiesner, Leipzig; Dr. med. Oliver Schubert-Olesen, Hamburg; Alexandra Bartl, Renningen; Claudia Sahn, Herrsching

Frage 1

Welches Thema/welche Themen decken Sie ab?

Frage 2

Was möchten Sie den Teilnehmenden vermitteln?

Frage 3

Welche besonders wichtige Erkenntnis/Wissenserweiterung sollen die Teilnehmenden aus Ihrem Vortrag/Ihren Vorträgen mitnehmen?

Frage 4

Welche Chance und welches Risiko steckt – bezogen auf Ihr eigenes Thema/Ihre eigenen Themen – für Diabetesteam in der Digitalisierung?

Fabian Lechner

1. Mein Thema ist die Künstliche Intelligenz in der Medizin mit besonderem Fokus auf die Diabetologie der Zukunft. Besonders in der Zusammenführung von Sensordaten und der patientenorientierten Aufklärung kann KI neue Wege eröffnen und Zeit einsparen.

2. Vermitteln möchte ich einen fundierten Einblick in die Welt der KI. Die Digitalisierung hat jeden erreicht, aber wir müssen weiterdenken. Es reicht nicht, Daten zu

erheben und alles zu digitalisieren; wir müssen auch lernen, mit diesen Daten sinnvoll zu arbeiten. Ich hoffe, die Teilnehmenden dazu zu ermutigen, weiter Richtung Technik zu denken und sich nicht auf der bisherigen Digitalisierung auszuruhen.

3. KI stiehlt keine Jobs und ist nicht nur gefährlich. Unser Gesundheitssystem ist angespannt und wird in den nächsten 10 bis 20 Jahren noch mehr als jetzt an die Belastungsgrenze stoßen. Es ist wichtig zu verstehen, dass nur durch die Zu-

sammenarbeit von Fachdisziplinen Lösungen erarbeitet werden können, die diese Belastungsgrenze verschieben. KI kann helfen, monotone oder ungeliebte Aufgaben zu übernehmen.

4. Chancen: Künstliche Intelligenz kann Diabetesteam dabei unterstützen, frühzeitig Anomalien zu erkennen und rechtzeitig zu intervenieren. Risiken: Es besteht die Gefahr, dass technische Lösungen nicht richtig implementiert werden und dadurch die Aussagenqualität leidet. Zudem müssen Datenschutz und Datensicherheit stets gewährleistet sein, um das Vertrauen der Patient*innen nicht zu verlieren.

Dr. Marcus Rothsching

1. Ich spreche vor allem über Telematikinfrastruktur und IT-Sicherheit, außerdem über den Datenschutz in all seinen Facetten.

2. Ich möchte spannende neue Informationen vermitteln, die nicht Frust, sondern Lust auf die Themen erzeugen. Der Zuhörende/Teilnehmende soll am Ende der Ver-

anstaltung neue Inhalte und Lösungswege erfahren haben.

3. IT-Systeme und die Telematikinfrastruktur sollen unterstützen und den Alltag erleichtern, nicht Frust erzeugen. In Arztpraxen schwingt aber immer das notwendigerweise hohe Niveau des Datenschutzes und der Sicherung vor Hackerangriffen mit, sodass ein wenig Arbeit hier leider unvermeidbar ist. Die Teilnehmenden sollen lernen, auf was sie achten müssen, und ein Gefühl dafür bekommen, welche IT-Themen sie selbst bear-

beiten und welche sie an externe Dienstleister abgeben wollen.

4. Die Chancen überwiegen die Risiken. Ich könnte meine Praxis nicht ohne moderne IT-Systeme führen – allein die hohe Behandlungsfrequenz erfordert eine schnelle, gut funktionierende IT. Wenn man die Klippen und Fallen bei Datenschutz, Telematikinfrastruktur und IT-Sicherheit kennt, sind die Risiken überschaubar. *Interviews: nf*

Termine und Anmeldung

- Webinar: 23. Oktober, 15.30 bis 19.30 Uhr (4 CME-Punkte und 5 Fortbildungspunkte der VDBD AKADEMIE)
- Präsenzveranstaltung in Berlin: 9. November, 9.00 bis 16.00 Uhr (CME-/Fortbildungspunkte beantragt)

Weitere Informationen und Anmeldung auf medical-tribune.de/fortbildung/ddg-fortbildung oder auf ddg.info/ddg-akademie/fort-weiterbildungswelt-der-ddg-unser-angebot. Organisation durch MedTriX GmbH; die kostenfreie Teilnahme wird ermöglicht durch Unterstützung der Unternehmen Omnipod/Insulet, Roche und Abbott.





**DIABETES
HERBSTTAGUNG
2024 DDG**

**22. – 23.
NOV. 2024**



HANNOVER CONGRESS CENTRUM

DER MENSCH IM MITTELPUNKT

**ALLE VORTRÄGE SECHS
MONATE ON-DEMAND**

HERBSTTAGUNG-DDG.DE

DIABETES HERBST TAGUNG

**DIGITALISIERUNG +
DIABETES-TECHNOLOGIE**

**SCHULUNG +
BERATUNG**

**VERBREMERSCHAFT +
FORSCHUNG**

**UNSER KOMPLEXES
VERSORGBUNGSYSTEM**

ALLTAG MIT DIABETES

Kompetenzen werden sichtbar

Zertifizierungsmodule der DDG belegen Struktur- und Prozessqualität

BERLIN. In Zusammenarbeit mit den jeweiligen Arbeitsgemeinschaften der DDG hat der Ausschuss Qualitätssicherung, Schulung & Weiterbildung (QSW) Zusatzangebote entwickelt, mit denen Einrichtungen ihre spezifische Kompetenz und ein hohes Qualitätsniveau aufzeigen können. Hiervon profitieren neben den zertifizierten Einrichtungen vor allem Patient*innen, Angehörige und Zuweiser.

Ziel der Module ist es, die Vielfalt in der Diabetologie abzubilden und den zertifizierten Diabetespraxen und -kliniken eine Schärfung ihres jeweiligen Profils zu ermöglichen. So erklärt Professor Dr. DIRK MÜLLER-WIELAND, ehemaliger Präsident der DDG und als Vorsitzender des Ausschusses QSW einer der maßgeblichen Mitgestalter des Projekts: „Natürlich können alle Diabetologinnen und Diabetologen DDG weiterhin alle Bereiche unseres Fachs abdecken. Doch wir wollen ihnen dabei helfen, ihre Zusatzkompetenzen strukturiert nach außen zu kommunizieren.“ Dies gelte für die Zusammenarbeit mit anderen Praxen oder Kliniken ebenso wie direkt gegenüber den Patient*innen.

Juli 2023: erste Module, 2025: Evaluation geplant

Die ersten Zertifizierungsmodule sind bereits seit Juli 2023 verfügbar. Mit ihnen können interessierte Einrichtungen ihre Zusatzkompetenzen „Diabetes & Schwangerschaft DDG“ (s. auch S. 29 in dieser Ausgabe), „Diabetes & Psyche DDG“, „Diabetes & Fuß DDG“ und „Diabetes & Adipositas DDG“ sichtbar machen. Die Module bauen auf der langjährigen Expertise der jeweiligen Arbeitsgemeinschaften (AG) der DDG auf, wobei die Anforderungen für jedes Modul vom Ausschuss QSW jeweils in einer Richtlinie zusammengefasst wurden. Nach der Pilotphase will der Ausschuss QSW die Module 2025 evaluieren, um auf Grundlage der Erfahrungen eventuell erforderliche Anpassungen vorzunehmen: „Wir verstehen das Angebot als ein lernendes System“, stellt Prof. Müller-Wieland klar.

Klares Rahmenwerk für flächendeckende Anwendung

Ein zentrales Element der Zertifizierungsmodule ist die Orientierung an



Foto: © DDG/Dirk Deckbar

festen Kriterien zur Sicherstellung einer hohen Versorgungsqualität, insbesondere zur Struktur- und Prozessqualität der teilnehmenden Praxen. Dazu zählen unter anderem die Qualifikation des Teams, interne Schulungen, Dokumentationsprozesse sowie die Anzahl der betreuten Patient*innen, aber auch die Ergebnisqualität. Der Ausschussvorsitzende betont dabei: „Es geht uns darum, ein klares Rahmenwerk zu schaffen, damit die Module flächendeckend zur Anwendung kommen und nicht nur auf wenige Zentren beschränkt bleiben.“ Während die Module „Diabetes & Schwangerschaft DDG“, „Diabetes & Psyche DDG“ und „Diabetes & Adipositas DDG“ einen eigenen Zertifizierungsprozess erfordern, er-

folgt beim Modul „Diabetes & Fuß DDG“ aktuell eine Äquivalenzanerkennung der Zusatzkompetenz für alle Fußbehandlungseinrichtungen DDG, die zugleich als Diabeteszentrum DDG oder Diabetes Exzellenzzentrum DDG anerkannt sind. Mittlerweile wurde das Zertifikat „Diabetes & Fuß DDG“ bereits 78-mal verliehen.

Weitere Module geplant, „Diabetes & Herz“ fast fertig

Perspektivisch plant der Ausschuss QSW – analog zu den entsprechenden Arbeitsgemeinschaften der DDG –, Zertifizierungsmodule für etliche weitere Spezialgebiete der Diabetologie einzuführen. „Wir wollen hier keine Paralleluniversen schaffen, sondern orientieren uns an den

jeweiligen Leitlinien der Fachgesellschaften und der Expertise innerhalb der AGs“, erklärt Prof. Müller-Wieland. Denn die Zukunft der Diabetologie wird bunter und vielfältiger – und die Zertifizierungsmodule der DDG bieten Diabetolog*innen die Möglichkeit, ihre Kompetenzen in einzelnen Spezialgebieten zu erweitern und sichtbar zu machen. Aktuell wird intensiv an dem Modul „Diabetes & Herz DDG“ gearbeitet, das im Rahmen der Diabetes Herbsttagung in Hannover vorgestellt werden soll.

Ungefähr ein Jahr Arbeit bis zum fertigen Modul

Wenn ein solches neues Modul der Öffentlichkeit präsentiert wird, liegt viel konzeptionelle und Ab-

»Technik-Modul in Planung«

stimmungsarbeit hinter den Ausschussmitgliedern. „Wir beginnen mit einem groben Fahrplan und bestimmen dann ein bis drei Personen, die sich primär um die Entwicklung des Moduls kümmern“, berichtet der Prof. Müller-Wieland. Sobald das Grundgerüst steht, wird es den anderen Ausschussmitgliedern vorgelegt, in etlichen gemeinsamen Sitzungen diskutiert und schließlich mit dem Vorstand des QSW-Ausschusses konsentiert. „Bislang hat das bei allen Modulen jeweils etwa ein Jahr gedauert“, erzählt er.

Ebenfalls in Planung ist ein Modul „Diabetes & Technik DDG“, das der wachsenden Bedeutung moderner Technologien wie z. B. kontinuierliche Glukosemesssysteme Rechnung trägt. „Ich war anfangs skeptisch, ob wir hierfür tatsächlich ein eigenes Modul brauchen“, erinnert sich der QSW-Vorsitzende, „doch der Trend geht eindeutig dahin, dass nicht nur bei Typ-1-, sondern auch bei Typ-2-Diabetes immer häufiger Diabetestechnik eingesetzt wird.“ Insofern müssten sich auch immer mehr Diabeteseinrichtungen mit Glukosesensoren, Insulinpumpen und Systemen zur automatisierten Insulindosierung auseinandersetzen – und können ihre Expertise künftig mit einem DDG Zertifikat nach außen sichtbar machen.

Zertifikat ist derzeit zwei Jahre, später drei Jahre gültig

Die DDG erhebt eine Zertifizierungsgebühr von 300 Euro je beantragter Zusatzkompetenz. In der Pilotphase hat das Zertifikat eine Gültigkeit von zwei Jahren, nach Synchronisierung mit den Anerkennungen Diabeteszentrum DDG und Diabetes Exzellenzzentrum DDG soll es dann drei Jahre lang gültig sein. *Antje Thiel*

ddg.info/behandlung-leitlinien/zertifizierung/zertifizierungs-module-ddg



Klinik in Bad Kissingen erhält als erste Diabetes-Einrichtung das Siegel „Diabetes & Psyche DDG“

Die Klinik Saale im Reha-Zentrum Bad Kissingen der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV) konnte sich Anfang September 2024 gleich über zwei Zertifikate freuen. Sie wurde zum einen als „Diabetes Exzellenzzentrum DDG“ zertifiziert, zusätzlich wurde der Klinik als bundesweit erster Diabetes-Einrichtung auch das Siegel „Diabetes & Psyche DDG“ verliehen. Der Vorsitzende der maßgeblichen AG Diabetes & Psychologie, Professor Dr. BERNHARD KULZER, Bad Mergentheim, sagt dazu: „Das Zertifikat soll sowohl Menschen mit Diabetes als auch Behandlern transparent machen, welche Einrichtungen eine besondere Expertise in

der psychologischen Behandlung bei Diabetes aufweisen, sodass sie sich gezielt an sie wenden können.“ Genau dies ist an der Klinik Saale nun möglich. Sie verfügt über 190 Betten und ist als internistische Fachklinik auf Erkrankungen des Stoffwechsels und des krankheitswertigen Übergewichts spezialisiert. Eine Spezialabteilung widmet sich psychosomatischen Erkrankungen, die durch Diabetes entstanden sind oder im Krankheitsverlauf aufgetreten sind. Das Konzept sieht hierbei eine duale Reha vor, bei der die Krankheiten aus dem Bereich der Diabetologie und der Psychosomatik gleichrangig behandelt werden.

Dr. KLAUS HERRMANN, Ärztlicher Direktor des Reha-Zentrums Bad Kissingen, freut sich über die doppelte Zertifizierung: „Dass wir, ergänzend zur Anerkennung als Diabetes Exzellenzzentrum, von der DDG auch für unsere seit 25 Jahren bestehende besondere Expertise bei der psychologischen Begleitung von Menschen mit Diabetes mellitus ausgezeichnet werden, erfüllt uns alle mit Stolz. Das ist einzigartig in Deutschland!“

www.reha-klinik-saale.de



»Kompetenzen werden sichtbar«

DDG fördert Forschungsprojekte

Noch bis 30. November sind Bewerbungen für die finanzielle Unterstützung von Forschungsprojekten möglich

BERLIN. Noch bis Ende November können sich forschende Mediziner*innen und Wissenschaftler*innen um eine Projektförderung der DDG für das Jahr 2025 bewerben. Drei Forscherinnen erzählen, wie eine Förderung der DDG ihre Projekte weitergebracht hat.

Frage 1

Wer hat Sie auf die Fördermöglichkeiten aufmerksam gemacht?

Frage 2

Welche Projektförderung der DDG haben Sie erhalten?

Frage 3

Wofür verwenden Sie die Förderung konkret?

Frage 4

Inwiefern hat Ihnen die Förderung in Ihrer Laufbahn geholfen?

Dr. Julia Hummel

1. Auf dem Diabetes Kongress 2023 wurde im Stipendiatenprogramm der AG Nachwuchs darauf aufmerksam gemacht.

2. Die DDG hat mein Forschungsprojekt im Frühjahr 2024 durch die „Allgemeine Projektförderung“ mit einer Summe von 17.500 Euro unterstützt.

3. Die Förderung habe ich als Anschubfinanzierung für ein Pilotprojekt in der klinischen Forschung eingesetzt. Neben der Finanzierung von Verbrauchsmaterialien für laborchemische Messungen und der Probandenvergütung ermöglicht sie mir die Teilnahme an Kongressen, um die Forschungsergebnisse vorstellen zu können.

4. Die Förderung hat mich dabei unterstützt, mich mit eigenen Ideen aktiv in der Diabetesforschung einzubringen und mein Forschungsvorhaben umzusetzen. Dank der Unterstützung konnte ich eine Datengrundlage für Folgeprojekte und weitere Drittmittelanträge

»Eigene Ideen umsetzen – dabei hilft die Förderung«

schaffen, wobei die Einwerbung von Forschungsgeldern ein wichtiger Schritt für den Aufbau einer eigenen Arbeitsgruppe ist.

Neele Haacke

1. Die Betreuerin meiner Doktorarbeit hat mich darauf aufmerksam gemacht und mich im gesamten Prozess unterstützt.

2. Ich habe 2024 die allgemeine Projektförderung erhalten. Sie umfasste eine Unterstützung in Höhe von 17.500 Euro für mein Forschungsprojekt, einschließlich Mittel für Labor- und Materialkosten.

3. Die Projektgelder verwende ich, um einen Teilaspekt meiner Doktorarbeit zu bearbeiten.



Dr. Julia Hummel
Postdoc bei Prof. Dr. Martin Heni, Universitätsklinikum Ulm, Klinische Diabetes- und Stoffwechselforschung
Foto: privat



Neele Haacke
Doktorandin bei PD Dr. Heike Vogel am Deutschen Institut für Ernährungsforschung, DIAB – Experimentelle Diabetologie
Foto: Jasmin Gaugel/DIFE



Prof. Dr. Simone Baltrusch
stv. Direktorin des Instituts für Medizinische Biochemie und Molekularbiologie der Universität Rostock
Foto: Anja Nörenberg

Es handelt sich um molekularbiologische und microRNA-vermittelte epigenetische Untersuchungen in Fettzellen. Ziel meiner Arbeit ist es, den Einfluss von Lebensstilinterventionen auf Insulinresistenz und Typ-2-Diabetes zu klären.

4. Obwohl ich erst im zweiten Jahr meiner Doktorarbeit und damit am Anfang meiner wissenschaftlichen Karriere stehe, hat es mich sehr gefreut, dass mein erster Projektantrag direkt erfolgreich war. Allein der Prozess des Schreibens bis hin zum Einreichen des Antrags hat mir für meine weitere Laufbahn sehr geholfen und ich konnte erste Einblicke in die Einwerbung von Forschungsgeldern gewinnen.

Professor Dr. Simone Baltrusch

1. Ich habe in einer diabetologisch forschenden Arbeitsgruppe promoviert. Dort hatte ich nicht nur die Möglichkeit, meine Daten auf dem Diabetes Kongress zu präsentieren, sondern bin auch auf die Projektförderung aufmerksam gemacht worden.

2. Ich habe sowohl eine Einzelprojektförderung als auch



Informationen zur Bewerbung und Hilfestellungen

Die Einreichung der Bewerbungsunterlagen ist möglich bis zum 30. November 2024; Hilfestellungen gibt es auf der Website der DDG. Wer sich bewirbt, muss Mitglied der DDG sein; für Studierende bis zum 28. Lebensjahr ist die Mitgliedschaft kostenfrei.



ddg.info/forschung/projektfoerderung

+++ NEWS-TICKER +++ NEWS-TICKER +++ NEWS-TICKER +++ NEWS-TICKER +++

Ist weniger Zucker besser für unser Gehirn?

Erhöhte Blutzuckerspiegel können direkt Einfluss auf das Gehirn haben. Verändern sich die Blutgefäße aufgrund von zuckerbedingten Ablagerungen, kann es zur Unterversorgung einzelner Hirnareale kommen, was Auslöser für Schlaganfälle wie auch für Demenz sein kann. Forschende der Klinik und Poliklinik für Neurologie des Universitätsklinikums Regensburg (UKR) haben nun herausgefunden, dass eine zuckerarme Ernährung auch unabhängig vom Blutzuckerspiegel positive Auswirkungen auf die langfristige Leistungsfähigkeit des Gehirns haben könnte. Insbesondere wurde der Milchzuckerkonsum untersucht.

Chirurgie rät zu Ausweitung des Zweitmeinungsverfahrens

In Deutschland wird im internationalen Vergleich zu viel operiert. Darauf hat die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) anlässlich des Welttags der Patientensicherheit aufmerksam gemacht. Das Thema für 2024 lautete „Diagnosesicherheit“. „Für die Chirurgie bedeutet das Indikationssicherheit, also die Frage, ob eine Operation tatsächlich angezeigt ist“, sagt DGCH-Generalsekretär Professor Dr. THOMAS SCHMITZ-RIXEN. Um die Indikationssicherheit zu erhöhen, raten DGCH-Expert*innen zur Ausdehnung des Zweitmeinungsverfahrens, zu höherwertigen Studien und mehr Empowerment aufseiten der Patient*innen.

Foto: Kateryna Korduballo – stock.adobe.com

Schutz über die Atemwege hinaus

Die besondere Bedeutung der Influenza-Impfung in der Diabetologie

Obwohl die Influenza-Saison oft mit hohen Krankheits- und Todeszahlen einhergeht, wird das Risiko einer Erkrankung in breiten Teilen der Bevölkerung weiterhin unterschätzt. Neben Informationsdefiziten und einer Fehlwahrnehmung der eigenen Vulnerabilität fehlt das Bewusstsein für den Nutzen der Impfung. Denn der geht weit über den Schutz der Atemwege hinaus und spielt insbesondere für Personen mit Komorbiditäten wie Diabetes mellitus eine große Rolle.

Im Winterhalbjahr 2022/2023 erkrankten mit ca. 294.000 labor-diagnostisch bestätigten Fällen in Deutschland außergewöhnlich viele Personen an einer Influenza.¹ Das eine Influenza-Erkrankung nicht ungefährlich ist, zeigen Jahre mit einer besonderen Erkrankungsschwere, in denen teilweise bis zu 25.000 Todesfälle auf eine Influenza zurückgeführt werden konnten (Saison 2017/2018).² Trotz des unbestrittenen Nutzens einer Influenza-Impfung und der Impfpflicht der Ständigen Impfkommission (STIKO) für u. a. Personen ≥ 60 Jahre und Personen mit chronischen Grunderkrankungen (z. B. Menschen mit Diabetes mellitus),³ sind die Impfquoten weiterhin viel zu gering.⁴

Erhöhtes Risiko für Erkrankung, Hospitalisierung und Tod bei Diabetes mellitus

In der Allgemeinbevölkerung wird der Nutzen der Influenza-Impfung häufig auf ältere Menschen beschränkt. Dass jedoch auch bei einem Diabetes mellitus Typ 2 aufgrund der Störung der metabolischen Kontrolle und weiterer metabolischer Komplikationen das Erkrankungsrisiko für eine Influenza um 11% zunimmt, ist weniger bekannt.⁵ Diabetes und Adipositas können Modulatoren und Verstärker der Entzündungsreaktion nach einer Influenzainfektion sein und damit den Schweregrad der Erkrankung verstärken.⁶ So erhöht sich das Risiko von Komplikationen wie Hospitalisierungen um das 3- bis



Abb. 1: Eine Influenza-Impfung kann bei Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 das Risiko für Komplikationen reduzieren.

Foto: REDPIXEL – stock.adobe.com

6-Fache und Todesfälle sogar um das 6-Fache.⁷⁻⁹ Erkrankten Betroffene mit Typ-2-Diabetes an Influenza, wird dadurch der hyperglykämische Zustand weiter verstärkt, wodurch wiederum schwere Krankheitsverläufe begünstigt werden.^{10,11} Der Zusammenhang zwischen Hyperglykämie und Influenza konnte auch eindrücklich durch einen 74%igen Anstieg bei Entgleisungen des Blutzuckerspiegels innerhalb der Influenza-Saison im Vergleich zum Rest des Jahres nachgewiesen werden.¹²

Impfprävention als essenzieller Teil der Diabetes-Therapie

Der Nutzen der Impfung für Menschen mit Diabetes mellitus wurde in einer Metaanalyse aus elf Beobachtungsstudien mit verschiedenen Grippeimpfstoffen in Europa, Japan und Nord-Amerika in den Saisons 1989–2011 mit über 170.000 eingeschlossenen Studienteilnehmenden

eindrucksvoll gezeigt. Insbesondere ältere Menschen ≥ 65 Jahre mit Diabetes konnten von einer Influenza-Impfung profitieren. So war sowohl das Risiko für Hospitalisierungen jeglicher Ursache (23%) und influenzaähnliche Erkrankungen (13%) als auch die Gesamtmortalität (38%) reduziert. Bei jüngeren Betroffenen (18–64 Jahre) wurde durch die Impfung vor allem das Risiko für Hospitalisierungen aufgrund einer Influenza oder Pneumonie gesenkt (43%).¹³ Aufgrund des hohen präventiven Nutzens wurde die Influenza-Impfung von der Deutschen Diabetes Gesellschaft auch in den Gesundheits-Pass Diabetes aufgenommen (<https://www.dgd.info/patienten/gesundheitspass-diabetes>). Grundsätzlich sollte beachtet werden, dass die Schutzwirkung mit zunehmender Anzahl an Impfungen in den Vorjahren, insbesondere bei Impfung im September oder Oktober, zunimmt.¹⁴

* Limitationen: Die Studie wurde über zwei Influenzasaisons (2011/2012 und 2012/2013) durchgeführt. Die Ergebnisse der Wirksamkeit und Effektivität von TIV-HD werden auf Efluelda Tetra übertragen, da der Nachweis einer statistisch vergleichbaren Immunogenität zwischen TIV-HD und Efluelda Tetra bei Erwachsenen ab 65 Jahren und ähnliche Immunreaktionen bei Erwachsenen im Alter von 60 bis 64 Jahren und bei Erwachsenen ab 65 Jahren beobachtet wurden.

§ Wirksamkeitsdaten des trivalenten und tetravalenten hoch dosierten Influenza-Impfstoffs (TIV-HD, QIV-HD) im Vergleich zu standarddosierten, trivalenten und tetravalenten Impfstoffen (TIV-SD, QIV-SD) (rVE) zusammengefasst in einer Metaanalyse aus insgesamt 21 Studien (RCT, RWE oder randomisiert kontrollierte Beobachtungsstudien) mit Daten aus 12 Influenza-Saisons bei Personen ab 65 Jahren. Die Daten wurden hauptsächlich in den USA erhoben. Allerdings kann der Einfluss des Impfstoffs je nach Saison variieren. Es gibt mehrere Einschränkungen für die Daten in der Studie. Darunter das hohe Maß an statistischer Heterogenität, das in mehreren der gepoolten rVE-Schätzungen beobachtet wurde, und die Einbeziehung nicht gemessener Störfaktoren, wie z. B. gesundheitsorientiertes Verhalten oder Selektionsverzerrungen, die die Ergebnisse der Beobachtungsstudien beeinflusst haben könnten.

Der STIKO-Empfehlung liegt ein systematisches Review der Evidenz zur Wirksamkeit und Sicherheit des jeweiligen weiterentwickelten Influenza-Impfstoffes (MF-59- adjuvantiertes Impfstoff, zellkulturbasierter Impfstoff, Hochdosis-Impfstoff und rekombinanter Impfstoff) zugrunde. Herangezogen wurden zu diesen Impfstoffen vorliegende Studien, in denen diese jeweils mit konventionellen Influenza-Impfstoffen bei der u. a. Verhinderung von laborbestätigter Influenza bei Erwachsenen verglichen worden sind.

1. RKI. ARE-Wochenbericht des RKI (39. Kalenderwoche [25.9. bis 1.10.2023]). 2023. https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2022_2023/2023-39.pdf, abgerufen am: 09.01.2024
2. RKI. Bericht zur Epidemiologie der Influenza in Deutschland Saison 2018/2019. 2019. https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/6253/RKI_Influenzabericht_2018-19.pdf?sequence=1&isAllowed=y, abgerufen am: 05.04.2024
3. STIKO. Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut. Epid Bull 2024;4:1-72
4. Rieck T, Steffen A, Feig M et al. Impfquoten bei Erwachsenen in Deutschland – Aktuelles aus der KV-Impfsurveillance. Epid Bull 2022;49:3-23
5. Meier CR, Napalkov PN, Wegmüller Y et al. Population-based study on incidence, risk factors, clinical complications and drug utilisation associated with influenza in the United Kingdom. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2000;19(11):834-42

STIKO empfiehlt für alle Personen ≥ 60 Jahre einen Hochdosis-Influenza-Impfstoff

Da im höheren Alter die Wahrscheinlichkeit für Hospitalisierungen und schwere Verläufe aufgrund von Influenza ansteigt, wird seit 2021 wird ein Hochdosis-Influenza-Impfstoff von der STIKO für alle Personen ≥ 60 Jahre empfohlen.²¹ In einer randomisierten kontrollierten Studie konnte der Hochdosis-Impfstoff bereits seine Überlegenheit in der Influenza-Prävention gegenüber konventionellem, standarddosiertem Influenza-Impfstoff (TIV-SD) belegen (relative Impfstoffeffektivität [rVE]: 24,2%),^{15,16} Zudem wurden umfangreiche konsistente Studiendaten unter Real-World-Bedingungen erhoben und in einer Metaanalyse zusammengefasst.^{5,17} Derzeit wird in Dänemark mit dem Hochdosis-Impfstoff die größte jemals durchgeführte randomisierte Studie in der Influenza-Forschung – DANFLU-2 – durchgeführt, nachdem eine Machbarkeitsstudie mit gleichem Studiendesign (DANFLU-1) erste positive Effekte bei der relativen Impfeffektivität des Hochdosis-Impfstoffs gezeigt hatte (deskriptive sekundäre Endpunkte).¹⁸⁻²⁰

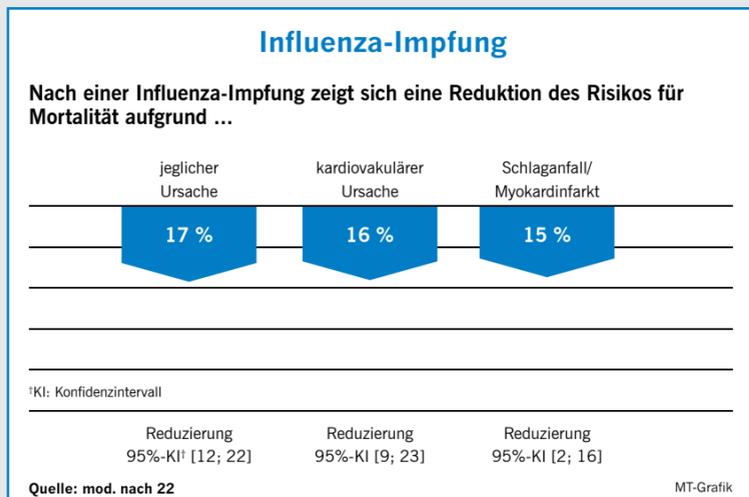


Abb. 2: Ergebnisse einer dänischen Kohortenstudie über einen Median von 4 Influenza-Saisons im Zeitraum 2007–2016 und 241.551 erwachsenen Patienten mit Diabetes.

6. Verket M, Jacobsen M, Schütt K et al. Influenza vaccination in patients affected by diabetes. Eur Heart J Suppl 2023;25(Suppl A):A36-a41
7. Bouter KP, Diepersloot RJ, van Romunde LK et al. Effect of epidemic influenza on ketoacidosis, pneumonia and death in diabetes mellitus: a hospital register survey of 1976–1979 in The Netherlands. Diabetes Res Clin Pract 1991;12(1):61-8
8. Allard R, Leclerc P, Tremblay C et al. Diabetes and the severity of pandemic influenza A (H1N1) infection. Diabetes Care 2010;33(7):1491-3
9. England PH. 2023. „Influenza: the green book, chapter 19.“ In.: Public Health England London
10. Diepersloot RJ, Bouter KP, Hoekstra JB. Influenza infection and diabetes mellitus. Case for annual vaccination. Diabetes Care 1990;13(8):876-82
11. Gupta S, Koirala J, Khardori R et al. Infections in diabetes mellitus and hyperglycemia. Infect Dis Clin North Am 2007;21(3):617-38, vii
12. Samson SI, Konty K, Lee WN et al. Quantifying the impact of influenza among persons with type 2 diabetes mellitus: a new approach to determine medical and physical activity impact. J Diabetes Sci Technol 2021;15(1):44-52
13. Renschmidt C, Wichmann O, Harder T. Vaccines for the prevention of seasonal influenza in patients with diabetes: systematic review and meta-analysis. BMC Med 2015;13:53
14. Modin D, Jørgensen ME, Gislason G et al. Influenza vaccine in heart failure. Circulation 2019;139(5):575-86
15. Diaz Granados CA, Dunning AJ, Kimmel M et al. Efficacy of high-dose versus standard-dose influenza vaccine in older adults. N Engl J Med 2014;371(7):635-45
16. Fachinfo-Service. Aktuelle Fachinformationen für Efluelda® (Stand Februar 2024). <https://www.fachinfo.de/suche/fi/023062/Efluelda%2%AE>, abgerufen am: 11.08.2024
17. Lee JKH, Lam GKL, Yin JK et al. High-dose influenza vaccine in older adults by age and seasonal characteristics: systematic review and meta-analysis update. Vaccine X 2023;14:100327
18. Johansen ND, Modin D, Nealon J et al. Feasibility of randomizing Danish citizens aged 65–79 years to high-dose quadrivalent influenza vaccine vs. standard-dose quadrivalent influenza vaccine in a pragmatic registry-based setting: rationale and design of the DANFLU-1 trial. Pilot Feasibility Stud 2022;8(1):87
19. ClinicalTrials.gov. NCT05517174: A pragmatic randomized trial to evaluate the effectiveness of high-dose quadrivalent influenza vaccine vs. standard-dose quadrivalent influenza vaccine in older adults (DANFLU-2). <https://clinicaltrials.gov/study/NCT05517174>, abgerufen am: 16.02.2024
20. Johansen ND, Modin D, Nealon J et al. A pragmatic randomized feasibility trial of influenza vaccines. NEJM Evidence 2023;2(2):EVID02200206
21. STIKO. Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut. Epid Bull 2021;1:3-25
22. Modin D, Claggett B, Køber L et al. Influenza Vaccination Is Associated With Reduced Cardiovascular Mortality in Adults With Diabetes: A Nationwide Cohort Study. Diabetes Care. 2020 Sep;43(9):2226-2233. doi: 10.2337/dc20-0229. Epub 2020 Jul 9. PMID: 32647052. >>

»Wo ist der Rest des Orchesters?«

Wenn das Fagott-Gen mutiert: Bestimmte genetische Veränderungen erhöhen das Risiko für Adipositas

BERLIN. Die Exom-Sequenzierung in großen Populationen enthüllt bisher unbekannte neuronale Gene, die mit der Regulation des Körpergewichts assoziiert sind.

Durch genetische Studien wurden in den letzten Jahrzehnten entscheidende Signalwege im Hypothalamus und im Hirnstamm aufgeklärt. Die Identifizierung dieser für eine angemessene Appetitregulation erforderlichen Achsen – etwa der Leptin-Melanocortin-Signalweg – hat Einblicke in normale Prozesse bei der Energiehomöostase ermöglicht, erklärte Professor Dr. GILES YEO, Universität Cambridge. Monogenetische Veränderungen führen zu schwerer Adipositas bereits im Kindesalter, seien jedoch selten. Für die meisten Menschen mit Adipositas

gebe es bisher keine aussagekräftigen biologischen Erkenntnisse, die präventiv oder therapeutisch genutzt werden könnten.

Der Neuroendokrinologe berichtet von der Entdeckung erster seltener Genvarianten, die mit Adipositas in Verbindung stehen und durch die ein erhöhtes Risiko für Fettleibigkeit erst im Erwachsenenalter beobachtet wurde. Es handelt sich um BSN, das nach dem englischen Begriff für „Fagott“ (bassoon) benannt wurde, sowie das Amyloid-Vorläufergen APBA1. Genutzt wurde u. a. eine britische Datenbank, um eine voll-

ständige Exom-Sequenzierung in Verbindung mit dem BMI bei mehr als 500.000 Personen durchzuführen. „Wir haben eine genetische Veränderung im ‚Fagott‘ entdeckt, aber ich frage mich dennoch: Wo ist der Rest des Orchesters?“, so Prof. Yeo. Immerhin spielt schon das Fagott allein eine entscheidende Rolle, denn das Risiko für Fettleibigkeit steigt durch die Mutation um das Sechsfache.

Fagott-Variante assoziiert mit Fettleber und Typ-2-Diabetes

Zudem ist die Fagott-Genvariante mit einem erhöhten Risiko für eine metabolisch-assoziierte Fettleber und Typ-2-Diabetes assoziiert und betrifft einen von 6.500 Erwachsenen und damit rund 10.000 Menschen in Großbritannien. Inwieweit BSN und APBA1 am Leptin-Melanocortin-Signalweg beteiligt sind, müsse weiter untersucht werden. Möglicherweise wurde mit den vorliegenden Analysen ein biologischer

Mechanismus für Fettleibigkeit aufgedeckt, der sich von denjenigen unterscheidet, die bereits für zuvor identifizierte Adipositas-Genvarianten bekannt sind.

Prof. Yeo berichtete auch über eine vermutlich weit verbreitete Mutation beim Melanocortin-4-Rezeptor (MC4R). In der Avon Longitudinal Study of Parents and Children war etwa eine von 337 Personen davon betroffen. Die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen nicht synonymen MC4R-Varianten und anthropometrischen Phänotypen von der Kindheit bis ins frühe Erwachsenenalter (18 Jahre) zeigte bei

»Erforscht wird auch die Rolle des GIP-Rezeptors«

den mehr als 5.700 Teilnehmenden gravierende Unterschiede zwischen vorhandenen und nicht vorhandenen Mutationen, die zu einem Funktionsverlust führen: Die mittlere Differenz betrug 17,8 kg (Körpergewicht), 4,8 kg/m² (BMI) und 14,8 kg (Fettmasse).

Derzeit weiter erforscht wird die Bedeutung des Signalwegs des GIP-Rezeptors (GIPR) im Gehirn. Für die Kombination eines GIP- mit GLP1-Rezeptoragonisten liegen erste Ergebnisse aus einer Phase-1-Studie vor, die für einen dosisabhängigen Gewichtsverlust sprechen. „Wie das funktioniert, diese Verbindung von Ant- und Agonisten, das können wir noch nicht wirklich erklären.“

Dr. Karin Kreuel

Diabetes Kongress 2024

Auch die Peripherie sendet wichtige Signale

Neben der Rolle des Gehirns darf auch die Bedeutung peripherer Organe und Entitäten nicht außer Acht gelassen werden: Die Pathophysiologie der Adipositas spiele sich zwar hauptsächlich im Gehirn ab, sagte Professor Dr. MATTHIAS BLÜHER, Leipzig. Aber dabei integriere dieses zentrale Organ viele Signale aus der Peripherie zur Regulation des Energiehaushalts. Hier gibt es noch viele offene Fragen, etwa: „Woher weiß die Kalorie, wohin sie gehen soll?“ Der Diabetologe und Endokrinologe geht davon aus, dass Adipositas und damit verbundene Komorbiditäten besser behandelt werden können, sobald mehr über die Bedeutung der „Peripherie“ bekannt ist.

Ein Fagott macht noch kein Orchester – die Suche nach weiteren Adipositas-Mitspielern geht weiter.

Foto: trodler1 – stockadobe.com



MEDICAL REPORT

Oft wird die Impfung abgelehnt im Glauben, es werde schon nichts passieren

Wie die Impfprävention verbessert werden kann und welche Rolle Diabetologinnen und Diabetologen spielen

Wir haben mit den beiden ehemaligen Präsidenten der Deutschen Diabetes Gesellschaft, Prof. Dr. Haak, Chefarzt am Diabetes Zentrum Mergentheim, und Prof. Dr. Müller-Wieland, Medizinische Klinik I des Universitätsklinikums der RWTH Aachen, über die Rolle der Diabetologen bei der Impfprävention gesprochen.

Welche Herausforderungen sehen Sie für eine Erhöhung der Influenza-Impfrate im Bereich Diabetologie und welche Maßnahmen können noch ergriffen werden, um die Impfquote zu verbessern?

Prof. Müller-Wieland: Einen essenziellen Part stellt die Aufklärung der Betroffenen sowie der Ärzte dar.

Prof. Haak: Die Influenza-Impfung sollte im Herbst bei jeder Gelegenheit angesprochen und angeboten werden. Außerdem müssen sowohl Allgemeinmediziner als auch Diabetologen auf Nachfragen oder Gegenargumente reagieren können. Insbesondere die Steigerung der Impfeffektivität durch die jährliche Impfung ist kaum bekannt. Die Wirk-

samkeit wird zudem natürlich auch durch die Verwendung des Hochdosis-Impfstoffes verbessert. Darüber hinaus müssen niederschwellige Impfangebote gemacht werden. So könnten u. a. Unternehmen ihren Mitarbeitern die Impfung anbieten und prämiieren, denn wenige Krankheitstage sind für alle vorteilhaft. Außerdem kann die Impfung in den Apotheken die Impfquote noch weiter verbessern, da die Patienten oft vor Ort sind und häufig ein vertrauensvolles Verhältnis zu ihren Apothekern haben.

Prof. Müller-Wieland: Eine Integration des Impfpasses in die elektronische Patientenakte oder den Gesundheitspass Diabetes könnte einen schnellen Überblick über den Impfstatus ermöglichen. Dadurch könnten die Patienten bei Bedarf gezielt angesprochen werden.

Welche Rolle sollten die Diabetologen zur Erhöhung der Impfrate übernehmen?

Prof. Haak: Alle Diabetologen, die Schulungen für Diabetesassistentinnen und/oder Diabetesberaterinnen



Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland
Facharzt für Innere Medizin –
Endokrinologie und Diabetologie
Medizinische Klinik I,
Uniklinik RWTH Aachen

Foto: Privat



Prof. Dr. med. Thomas Haak
Facharzt für Innere Medizin,
Endokrinologie und Diabetologie
Diabetes Klinik Bad Mergentheim GmbH &
Co. KG

Foto: Privat

anbieten, sollten die Influenzaimpfung ausführlich besprechen.

Prof. Müller-Wieland: Das ist ein wichtiger Punkt, da die Diabetesassistentinnen und -beraterinnen sehr viel Zeit mit den Betroffenen verbringen und häufig ein vertrauensvolles Verhältnis haben. Ggf. sollten entsprechende Impfempfehlungen auch Inhalt von Schulungen der Patienten mit Diabetes sein.

Prof. Haak: Es ist von großer Bedeutung, dass die behandelnden Ärzte

erkennen, ob die Argumente der Betroffenen gegen eine Impfung eher emotionaler oder faktenorientierter Natur sind. Oft wird die Impfung abgelehnt in dem Glauben, es werde schon nichts passieren. Je nachdem müssen die Aufklärung und der Umgang angepasst werden.

Prof. Müller-Wieland: Man muss dabei auch auf die Angst vor Nebenwirkungen eingehen und verdeutlichen, dass Impfkomplicationen sehr selten sind.

Wie könnte man aus Ihrer Sicht die Zusammenarbeit mit den hausärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen optimieren, um so die Impfraten zu steigern?

Prof. Haak: Eine gute Option ist die regelmäßige Erwähnung der Influenzaimpfung in den ärztlichen Befundberichten.

Prof. Müller-Wieland: Außerdem sollte man den noch nicht geimpften Patienten, die Impfung direkt in der Praxis anbieten. Viele niedergelassene Diabetologen sind Teil der hausärztlichen Versorgung und könnten das Thema Impfen zu Beginn der Influenzasaison in Qualitätszirkeln ansprechen.

Prof. Haak: Ein Großteil der Menschen mit Diabetes ist wieso in hausärztlicher Behandlung.

Prof. Müller-Wieland: Grundsätzlich sollten wir Diabetologen zusammen mit den Hausärzten jede Gelegenheit nutzen, um Patienten an die Influenzaimpfung und ihren Nutzen zu erinnern. Dabei sollten wir uns wechselseitig respektieren und gemeinsam an einem Strang ziehen. Wichtig ist, dass am Ende einer die Impfung wirklich durchführt!

Medizin & Markt

Lückenlose Glukoseverläufe erleichtern das präzise Eingreifen

Kontinuierliche Glukosemessung auch bei Typ-2-Diabetes

➔ Morning Discussion – Abbott

MADRID. Um die mit Diabetes einhergehenden täglichen Glukoseschwankungen abzubilden, reicht der klassische HbA_{1c}-Wert bei Weitem nicht aus. In der Therapie des Typ-1-Diabetes hat sich daher die Zeit im Zielbereich (Time in Range, TiR) längst als Parameter etabliert.

Doch auch Menschen mit Typ-2-Diabetes können von lückenlosen Glukoseverlaufskurven profitieren. Mit Blick auf das neue System FreeStyle Libre 3 Plus mit einer Tragedauer von 15 Tagen erklärte Prof. RAMZI AJJAN von der Universität Leeds (Großbritannien)

sowohl bei einer basalunterstützten oralen Therapie (BOT) als auch bei einer Therapie ohne Insulin könne die kontinuierliche Glukosemessung (CGM) die Zahl der Hyperglykämien reduzieren und die TiR verbessern. Prof. Ajjan plädierte dafür, CGM zu Beginn der Therapie des Typ-2-Diabetes und ansonsten gezielt in speziellen Situationen einzusetzen: „Vor Operationen, bei psychiatrischen Erkrankungen oder Krankenhausbehandlungen könnten sie enorm von dieser Technologie profitieren.“ CGM könne außerdem helfen, versteckte glykämische Abnormalitäten aufzudecken und so die Therapie zu optimieren.

Insbesondere Hypoglykämien seien mit einem erhöhten Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse und Todesfälle verbunden, erklärte Prof. ROBERT STOREY von der Universität Sheffield (UK). Er konzentrierte sich auf die Vorteile von CGM bei Menschen mit Typ-2-Diabetes und hohem kardiovaskulärem Risiko. CGM könne dabei helfen, niedrigere Glukosespiegel frühzeitig zu erkennen, übertherapierte Patient*innen zu identifizieren und die Therapie entsprechend anzupassen. „Zudem kann die Glukosevariabilität, die durch CGM erfasst wird, ein Prädiktor für Prognosen nach akuten Koronarsyndromen sein.“

An einem Fallbeispiel illustrierte Dr. VIRGINIA BELLIDO von der Universitätsklinik Sevilla (Spanien), wie CGM präzise, datengestützte Therapieentscheidungen ermöglicht. So habe die Patientin viel Zeit mit hypoglykämischen Werten verbracht, die vor der CGM-Nutzung nicht erkannt worden waren. Nachdem ihre Therapie angepasst wurde, hatte sie deutlich weniger Hypoglykämien. „Ein solches präzises Eingreifen ist nur möglich, wenn wir die gesamte Datenlage sehen“, betonte Prof. Bellido.

Antje Thiel

Powering up progress: How CGM insights are revolutionizing Type 2 diabetes care, EASD 2024



Foto: Creation Art – stock.adobe.com (generiert mit KI)

Typ-1-Diabetes: HbA_{1c} verbessert sich, je mehr Technologie eingesetzt wird

Mit moderner Technologie besser und gesünder leben

➔ Pressekonferenz – Medtronic

MEERBUSCH. Wie sieht es aus mit dem Einsatz moderner Diabetes-Technologie bei Menschen mit Typ-1-Diabetes? Dieser Frage gingen der Kinderdiabetologe Dr. RALPH ZIEGLER aus Münster und der Diabetologe Dr. STEFAN GÖLZ aus Esslingen nach.

Sieht man sich den Tag eines Menschen mit Typ-1-Diabetes an, wird schnell klar: Es ist ein Rund-um-die-Uhr-Job. Dr. Ziegler: „Es gibt einfach ganz viele Dinge, auf die Sie jeden Tag schauen müssen.“ All das versuchen Menschen mit Typ-1-Diabetes im Griff zu behalten. Ein Blick in die HbA_{1c}-

Werte von Kindern und Jugendlichen von 1995 bis 2022 aus dem DPV-Register zeigt, dass immer mehr einen Wert unter 9% erreichen. Im gleichen Zeitraum stieg der Anteil der Nutzung von Insulinpumpen, auch mit Anbindung an CGM-Systeme, stetig an. Eine Studie von Foster et al. (2019) bestätigt diesen Trend: „Sie sehen, dass der HbA_{1c}-Wert immer besser wurde, je mehr Technologie eingesetzt wurde.“ Eins dieser Systeme zur automatisierten Insulindosierung (AID) ist das MiniMed 780G. Es korrigiert hohe Glukosewerte automatisch, bevor sie auftreten. Und es reduziert die Menge des abgegebenen Insulins, wenn die

Werte fallen. Aber auch die Kombination eines CGM-Systems mit einem Insulinpumpen kann hilfreich sein. Das Smart-ICT-System InPen erinnert u. a. an vergessene Insulingaben. Einiges davon findet sich bereits in der aktualisierten S3-Leitlinie „Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter“ wieder. Dr. Ziegler: „Die Versorgung der Menschen mit Typ-1-Diabetes mit den modernen Diabetes-Technologien ist leitliniengerecht und notwendig!“ Wie Dr. Gözl zeigte, helfen AID-Systeme, die glykämische Situation zu verbessern – was wiederum das Risiko für vaskuläre Komplikationen reduziert. Für ihn ist klar: „Durch AID-Systeme profitieren insbesondere Menschen mit Diabetes, die weiter von ihren glykämischen Zielen entfernt sind.“

Dr. Katrin Kraatz

Experten im Gespräch: Diabetes Typ 1 – Frühzeitiger Einsatz moderner Diabetes-Technologien – Aktuelle Empfehlungen der DDG-S3-Leitlinien bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen

NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

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



Foto: iStock/AzmanJaka

So viel Nierengewebe retten wie möglich

Neue KDIGO-Leitlinie mit 1A-Empfehlung für SGLT2-Inhibitoren

➔ Wrap-Up-Veranstaltung – Allianz Boehringer Ingelheim/Lilly Deutschland

INGELHEIM/BAD HOMBURG. Die KDIGO hat ihre Leitlinien aktualisiert. Zum ersten Mal seit zwölf Jahren. Grund ist auch die neue Substanzklasse der SGLT2-Inhibitoren – ein Meilenstein in der Therapie für Menschen mit Nierenerkrankungen.

In Deutschland sind schätzungsweise 10 Mio. Menschen von einer chronischen Nierenerkrankung (CKD) betroffen. 2016 lag die CKD noch auf Platz 16 unter den häufigsten Todesursachen, nach Schätzungen könnte sie bis 2040 auf Platz fünf klettern. Das Problem: Die Mehrheit der Betroffenen weiß nichts von ihrer Erkrankung. Laut dem Nephrologen Professor Dr. JÖRG LATUS ist eine verstärkte Aufklärung und Gesundheitskompetenz vonnöten. Der Ärztliche Leiter der Abteilung für Allgemeine Innere Medizin und Nephrologie am Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart sagt: „Es gibt viele Patient*innen, bei denen wäre es das Beste, wenn sie dialysepflichtig werden würden – werden sie aber nicht, weil sie vorher sterben, weil die chronische Nierenerkrankung ein eigener Risikofaktor ist wie Hypertonus, wie Rauchen, wie erhöhte Cholesterinwerte.“

Studien zeigten, dass eine niedrige glomeruläre Filtrationsrate (eGFR) und eine Albuminurie das Risiko von Mortalität und kardiovas-

kulären Ereignissen deutlich erhöhen. Obwohl das bekannt sei, würde in der hausärztlichen Praxis häufig nicht ausreichend nach Nierenerkrankungen geschaut, kritisiert Prof. Latus. So würde etwa bei vielen Hochrisikopatient*innen weder eine Blutuntersuchung durchgeführt noch der Kreatininwert bestimmt. Menschen mit einem schlecht eingestellten Diabetes aber würden mit „Raketengeschwindigkeit“ (6 ml/Minute/Jahr) auf die Dialysepflicht zurasen. Man müsse versuchen, den Funktionsverlust der Niere abzufachen. Gerade in den frühen CKD-Stadien könne durch Medikamente wie den SGLT2-Inhibitor Empagliflozin das Fortschreiten der Krankheit verlangsamt, die dialysefreie Lebenszeit verlängert werden. Prof. Latus: „Wenn wir unten spät anfangen, wenn die eGFR 20 ist, dann gewinnen wir 1,9 Jahre Dialyse-Freiheit. Das ist schon recht viel. Fangen wir aber weiter oben an. Dann sieht man einfach klar: Die Differenz ist 27 Jahre.“ In Studien haben SGLT2-Inhibitoren eine relative Risikoreduktion von bis zu 40% gezeigt. Die neue Guideline gibt deshalb eine klare 1A-Empfehlung für den Einsatz dieser Medikamente bei Menschen mit Diabetes, insbesondere bei Patient*innen mit Albuminurie und Herzinsuffizienz. Prof. Latus rief dazu auf, die Erkrankung frühzeitig zu diagnostizieren, richtig zu kodieren und zu behandeln. Auch plädierte er für eine bessere Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen Klinik-, Fach- und Hausarzt*innen. Ziel sei es, Strategien zu entwickeln, die eine rechtzeitige Diagnose und Behandlung ermöglichen, um die Dialyse-Zahlen in Deutschland zukünftig zu senken. BL

Leitlinien-Update KDIGO – Empfehlungen zur Behandlung mit SGLT2-Inhibitoren

»Viele Menschen sterben, bevor sie dialysepflichtig werden«

RSV-Impfung: Risikopersonen schützen

➔ Symposium – GSK – Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie 2024

BERLIN. Eine Infektion mit dem Respiratorischen-Synzytial-Virus (RSV) ist eine der häufigsten Atemwegsinfektionen in den Wintermonaten. Bei schweren Verläufen kann das Virus eine Infektion der unteren Atemwege oder eine Verschlechterung bestehender Grunderkrankungen verursachen, was zu einer Krankenhauseinweisung und sogar zum Tod führen kann. Mit der Zulassung des ersten RSV-Impfstoffs (Arexvy) für ältere Erwachsene ab 60 Jahren steht für diese Patientengruppe eine aktive Immunisierung zur Verfügung. Im August 2024 hat die STIKO ihre Empfehlung für die Impfung gegen RSV zum Schutz vulnerabler Gruppen veröffentlicht: Sie gilt für Erwachsene ab 75 Jahren sowie ab 60 Jahren mit schweren Grunderkrankungen, u. a. chronische Atemwegs- sowie Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen und Diabetes (mit Komplikationen). Diese Empfehlungen hat der G-BA inzwischen in die Schutzimpfungs-Richtlinie übernommen. Das heißt: Gesetzlich Versicherte haben Anspruch auf eine einmalige Impfung gegen RSV-Infektionen. Dies gilt für alle Versicherten ab 75 Jahren sowie für die genannten Risikogruppen ab 60 Jahren. amo

Im Schulterschluss Entwicklungen beschleunigen

Professor Dr. Stefan Bornstein mit Hellmut-Otto-Medaille geehrt

DRESDEN. Der Dresdner Wissenschaftler und Mediziner Professor Dr. Stefan Bornstein liebt es, Brücken zu schlagen. Er ist nicht nur einer der wenigen Experten, die sowohl die klinische Endokrinologie als auch die Diabetologie vertreten. Auch Netzwerken über Ländergrenzen hinweg gehört für ihn zum Alltag. Die Deutsche Diabetes Gesellschaft würdigte seine herausragenden Leistungen 2024 mit der Hellmut-Otto-Medaille.

Die Verdienste von Professor Dr. Stefan Bornstein erstrecken sich über verschiedene Bereiche der Medizin. Bekannt wurde der Stoffwechsell-experte durch seine Pionierarbeiten in der Nebennierenforschung. Prof. Bornstein untersuchte als erster die Wechselwirkungen der zentralen Stresshormone Adrenalin und Kortisol bei Gesunden und Kranken. Aktuell hat er die Federführung für den Sonderforschungsbereich/Transregio zur Nebenniere inne, bei dem die von ihm geleitete Medizinische Klinik III (MK III) des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden im Verbund mit Instituten aus München und Würzburg die Rolle der Nebenniere bei Funktionsstörungen, Tumoren und systemischen Erkrankungen untersucht, um die zentrale Rolle des Stresssystems der Nebenniere bei häufig auftretenden metabolischen und inflammatorischen Krankheiten zu definieren. Außerdem ist er als Forscher am Deutschen Zentrum für Diabetesforschung tätig (DZD-Partner Paul-Langerhans-Institut in Dresden (PLID)).

Einmalig in Deutschland: Transplantation von Inselzellen

Als Direktor der MK III steht der 62-jährige einem der europaweit bedeutsamsten Zentren für die Erforschung des Diabetes sowie seiner Folgeerkrankungen und die Entwicklung neuer Therapien vor. Die Universitätsklinik in Dresden ist

»Weiterhin
Forschung an der
Nebenniere«

die derzeit einzige Einrichtung in Deutschland, die seit 2008 erfolgreich Inselzellen bei Menschen mit Typ-1-Diabetes transplantiert, die an lebensbedrohlichen Blutzuckerschwankungen leiden. Hierbei werden einem Spenderorgan insulinpro-

duzierende Inselzellen entnommen, gereinigt und nach einer Aufbereitung in die Leber gespritzt. Unter Leitung von Prof. Bornstein haben Dresdner Wissenschaftler*innen zudem einen „Bio-Reaktor“ mit Inselzellen entwickelt, der im Körper

die Funktion der Bauchspeicheldrüse übernimmt und selbstständig Insulin produziert. Der Vorteil des Verfahrens ist, dass keine Immunsuppression erfolgen muss, da eine Kapsel die Zellen vor der körpereigenen Immunabwehr schützt.

In Dresden innovative und kurative Ansätze vorantreiben

„Wir folgen der Vision, in Dresden innovative und kurative Therapieansätze voranzutreiben, die weltweit einmalig sind“, so das Credo des Stoffwechsell-experten, der neben seiner Direktorentätigkeit auch Prodekan für Internationales und Entwicklung der Medizinischen Fakultät der TU Dresden ist. Für Prof. Bornstein ist es dabei Aufgabe und Verpflichtung zugleich, Ergebnisse aus der Grundlagenforschung

»Das MITS in
Dresden wurde
auf seine Initiative
hin gegründet«

schnellstmöglich ans Krankenbett zu transferieren und Kompetenzen und Ressourcen national und international zu bündeln, um individuell maßgeschneiderte Behandlungen nach dem aktuellsten Forschungsstand anbieten zu können.

Ohne Blick über den Tellerrand funktioniert Wissenschaft nicht

„Die ganze Wissenschaft funktioniert nur, weil wir gelernt haben, über den Tellerrand hinauszuschauen. Um Innovationen auf den Weg bringen zu können, sind Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen auf die Erfahrung von Kollegen und Kolleginnen sowie auf Netzwerke und Kooperationen angewiesen“, betont Prof. Bornstein. Er sucht deshalb immer wieder den Schulterschluss mit Spezialist*innen aus anderen Instituten Deutschlands und weltweit. In dem auf seine Initiative hin gegründeten Zentrum für Metabolisch-Immunologische Erkrankungen und Therapietechnologien Sachsen (MITS) in Dresden arbeiten z. B. Expert*innen der Inneren Medizin, Endokrinologie, Immunologie, Chirurgie, Transplantationsmedizin, Zellbiologie und der Materialwissenschaften an innovativen und kurativen Ansätzen zur Bekämpfung des Diabetes.

Internationale Anerkennung hat sein Einsatz während der COVID-19-Pandemie gefunden. Prof. Bornsteins Forschungsarbeiten setzten früh internationale Standards bei der Erstellung von Handlungsrichtlinien und Behandlungsempfehlungen für Menschen mit Diabetes, die an COVID-19 erkrankt sind. Grundlage war die bahnbrechende Erkenntnis, dass die Infektion bei Patient*innen mit metabolischem Syndrom zu einer besonders unheilvollen Symbiose mit schweren Verläufen oder sogar tödlichem Ausgang führen kann.

Petra Spielberg



Die Hellmut-Otto-Medaille bekam Professor Dr. Stefan Bornstein (Mitte) während des Preisverleihungssymposiums im Rahmen des Diabetes Kongresses 2024 verliehen. Links: Laudator Professor Dr. Martin Hrabě de Angelis, der Prof. Bornstein als Brückenbauer würdigte; rechts: Kongresspräsident Professor Dr. Baptist Gallwitz. Foto: DDG/Dirk Deckbar

»Vielfalt in Kommunikation und Wissenschaft«

Das Miteinander und die Vielfalt von Kinderdiabetologie und Kinderendokrinologie prägten die JA-PED-Tagung der DGPAED

KÖLN. Die JA-PED-Tagung wurde 2024 zum ersten Mal von der neu gegründeten Deutschen Gesellschaft für pädiatrische und adoleszente Endokrinologie und Diabetologie (DGPAED) ausgerichtet.

Fast 900 Teilnehmende erlebten eine inspirierende Tagung, während der die DGPAED-Mitglieder aus Diabetologie und Endokrinologie weiter zusammengewachsen sind. Dr. Kirsten Mönkemöller, Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße, Köln, leitete gemeinsam mit Profes-

sor Dr. Jörg Oliver Semler, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin an der Uniklinik Köln, die Tagung.

Welche Schwerpunkte hatte die JA-PED-Tagung 2024?

Dr. Mönkemöller: Professor Semler und ich haben einen Schwerpunkt auf das Miteinander gelegt. Die Mitglieder aus den beiden Fachbereichen hatten gemeinsame wie auch separate Veranstaltungen – und eine schöne gemeinsame Eröffnungsveranstaltung. Somit hat das Miteinander die Tagung sehr geprägt.

Übergeordnete Themenschwerpunkte waren gesundheitliche Ungleichheit und der Knochenstoffwechsel. Schwerpunkte für die Kinderdiabetologie waren AID-Systeme, TiR und TitR und (ambitionierter) Sport. Auch Kinderschutz war ein Thema, dafür hatten wir eine Familienrichterin aus Köln und die Leiterin des Jugendamtes Köln zu Gast.

Welche Veranstaltung fanden Sie persönlich am interessantesten?

Dr. Mönkemöller: Was diese Tagung geprägt hat, war die Vielfalt. Deshalb

INTERVIEW



Dr. Kirsten
Mönkemöller
Tagungsleiterin JA-PED
Foto: Kliniken Köln

kann ich mich auch nicht für eine einzelne Veranstaltung entscheiden. Auf jeden Fall gab es gemeinsame

Sessions mit der Kinderendokrinologie, die ich super interessant fand, und herausragend war der Plenarvortrag zum Thema Knochenstoffwechsel.

Wie fällt Ihr Fazit aus?

Dr. Mönkemöller: Bei dieser ersten JA-PAED-Tagung der DGPAED hat sich gezeigt, dass Kinderendokrinologie und -diabetologie ein ganz breites Feld sind. Die Vielfalt in Kommunikation und Wissenschaft hat ganz klar den Kongress geprägt.

Interview: Nicole Finkenauer

Sicherer Nutzen oder prinzipiell problematisch?

Studien liefern Argumente pro und kontra Metformin in der Schwangerschaft

BERLIN. Gegenwärtig wird kontrovers diskutiert, mit welchen Medikamenten Schwangere mit einem Gestationsdiabetes oder Typ-2-Diabetes behandelt werden sollten. Insbesondere in der Therapie von Frauen mit Gestationsdiabetes herrscht noch große Zurückhaltung beim Einsatz des Standardmedikaments.

Die Diabetologin aus Köln und Mitbegründerin des deutschlandweiten Registers Gest-Diab, Dr. HEINKE ADAMCZEWSKI, befürwortete die Metforminbehandlung Schwangerer. Sie berief sich dabei auf die Sicherheit des Einsatzes beim Typ-2-Diabetes und beim Gestationsdiabetes sowie auf den Nutzen für Mutter und Kind.

Pro Metformin in der Schwangerschaft

So zeige die 2020 veröffentlichte internationale MiTy-Studie¹ einen signifikanten maternalen Behandlungsvorteil von Metformin zusätzlich zu Insulin bei Einlingschwangerschaften von Frauen mit Typ-2-Diabetes. Dieser betraf die Blutzuckerkontrolle, den Insulinbedarf, die Gewichtszunahme und die Kaiserschnitttrate. „Die Kinder der Metformingruppe kamen mit einem signifikant geringeren Geburtsgewicht zur Welt“, berichtete die Expertin. Zudem waren sie seltener für das Schwangerschaftsalter zu groß (large for gestational age, LGA) oder makrosom (Geburtsge-

wicht über 4.000 g) und hatten einen geringeren Körperfettanteil.

Als besorgniserregend bezeichnete Dr. Adamczewski allerdings den in der Metformingruppe signifikant höheren Anteil (13 vs. 7 %) von Kindern, die für das Schwangerschaftsalter zu klein waren (small for gestational age, SGA): „SGA-Kinder haben nicht nur kurzfristig eine erhöhte Mortalität und Morbidität, sondern entwickeln auch langfristig häufiger chronische Erkrankungen.“ Auch neurologische, schulische oder Verhaltensprobleme treten häufiger auf.

Eine Sekundäranalyse der MiTy-Kohorte zeigte später jedoch, dass die SGA-Problematik insbesondere Schwangere mit vorbestehender Hypertonie und/oder Nephropathie betraf. „Es wurde eine Gruppe Frauen identifiziert, die kein Metformin bekommen sollte, weil sie sowieso ein erhöhtes Risiko haben, ein SGA-Kind zu gebären – und dieses Risiko wird durch Metformin verdoppelt“, betonte die Expertin. Eine Nachuntersuchung von MiTy-Mutter-Kind-Paaren nach 24 Monaten lieferte dagegen positive Ergebnisse im Hinblick auf die Körpergewichtsentwicklung.

Verbesserung der langfristigen metabolischen Gesundheit

Bezüglich Metformin versus Insulin beim Gestationsdiabetes verwies Dr. Adamczewski auf die MiG-Stu-

die aus 2008.² Im Hinblick auf die mütterlichen und kindlichen Studienendpunkte unterschieden sich die beiden Arme nicht wesentlich, die mit Metformin behandelten Mütter waren allerdings deutlich zufriedener mit der Behandlung und nahmen signifikant weniger Gewicht zu.

„Metformin verbessert die Prognose weiterer Schwangerschaften sowie die langfristige metabolische Gesundheit der Mütter“, schloss Dr. Adamczewski. Seit März 2022 sei das Präparat Glucophage der Firma Merck von der Europäischen Arzneimittelkommission für die Indikation „Weiterbehandlung eines Typ-2-Diabetes in der Schwangerschaft“ zugelassen. Beim reinen Gestationsdiabetes könne Metformin dagegen nur – nach schriftlicher Aufklärung über die noch unsichere wissenschaftliche Datenlage sowie die anfallenden Therapiekosten – im Off-Label-Use eingesetzt werden.

Kontra Metformin in der Schwangerschaft

Metformin ist zwar plazentagängig, allerdings nicht teratogen, wie eine skandinavische Registerstudie³ kürzlich bestätigte, berichtete PD Dr. FRIEDRIKE WESCHENFELDER vom Universitätsklinikum Jena. Allerdings beeinträchtigt Metformin vermutlich die Trophoblastfunktion. „Es kann sein, dass dadurch die energetischen Anforderungen des fetalen Wachstums von der Plazenta nicht erfüllt werden können“, gab sie zu bedenken. Dies könne die Ursa-

»Keine Langzeitdaten«

che für eine fetale Wachstumsrestriktion bzw. SGA-Situation sein.

Sie hält den Metformineinsatz in der Schwangerschaft daher prinzipiell für problematisch und verweist auf eine Arbeit am Mausmodell, die auf einen negativen Einfluss auf die fetale Gehirnentwicklung hindeutete. Eine Nachuntersuchung von intrauterin Metformin-exponierten Kindern lieferte zwar keine Hinweise auf einen schlechteren Gesamt-Intelligenzquotienten (IQ) nach durchschnittlich 7,7 Jahren. Allerdings fiel auf, dass ein deutlich höherer Anteil der Metformin-exponierten Kinder einen IQ ≤ 84 aufwies.

Langzeitdaten bis maximal zehn Jahre nach Exposition

Zudem befürchtet Dr. Weschenfelder bei Metformineinnahme in der Schwangerschaft auf lange Sicht zusätzliche ungünstige Effekte: Langzeitdaten zu Nachkommen aus Metforminschwangerschaften lägen bis maximal zehn Jahre nach Exposition vor und seien inhomogen. Einige Untersuchungen deuten dabei offenbar auf signifikante Un-

terschiede im Fettverteilungsmuster und der Körpergröße sowie auf signifikant höhere BMI-z-Scores bei den Kindern hin. Gegen die Verordnung sprechen aus ihrer Sicht auch Unsicherheiten bezüglich des peripartalen Managements – Stichwort: Laktatazidose: „Wir wissen ja einfach nicht, wie eine Patientin entbinden wird.“ Nicht zuletzt die Off-Label-Use-Problematik ist für sie ein weiteres Gegenargument.

Dr. Judith Lorenz

Diabetes Kongress 2024

1. Feig DS et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2020; 8: 834–44; doi: 10.1016/S2213-8587(20)30310-7

2. Rowan JA et al. NEJM 2008; 358 (19): 2003–14; doi: 10.1056/NEJMoa0707193

3. Kjerpeseth LJ et al. Diabetes Care 2023M46 (8): 1556–64; doi: 10.1016/j.diabres.2023.111025

»Weniger LGA-Kinder unter Metformin«

„Schwangere müssen viel diskutieren“

In der Praxis macht Schwangeren mit Typ-2-Diabetes vor allem die mangelnde diabetologische Expertise von Gynäkolog*innen, Hebammen und Geburtsstationen zu schaffen, wie KIM STOPPERT aus Stadtbergen berichtete. Die 39-jährige Mutter zweier Töchter

(geboren 2021 und 2024) lebt seit 2017 mit Typ-2-Diabetes und erhielt in beiden Schwangerschaften zum Teil sehr widersprüchliche Ratschläge. So wollte ihr Hausarzt Metformin bereits vor Beginn der Schwangerschaft absetzen, in der gynäkologischen Praxis hingegen war man der Meinung, sie könne es ruhig weiternehmen. Als sie bei diabetologischen Praxen Rat suchte, wurde sie abgewiesen: „Sie sind diätisch eingestellt, was wollen Sie hier?“, war eine der Reaktionen auf ihre Terminanfrage. „Wenn bei Typ-2-Diabetes von ungeplanten Schwangerschaften abgeraten wird, dann müssen Patientinnen mit Kinderwunsch die Möglichkeit haben, eine diabetologische Beratung in Anspruch zu nehmen“, meinte Stoppert.

Gern hätte sie während der Schwangerschaft einen Sensor getragen, um ihre Glukosewerte lückenlos verfolgen zu können. Oder nicht auf dem eigentlich verordneten Medikament beharren müssen, das aufgrund von Rabattverträgen in der Apotheke gegen ein anderes ausgetauscht werden sollte, das aber nicht für Schwangere zugelassen ist. Stopperts etwas bittere Bilanz: „Als Schwangere muss man viel diskutieren, auch mit Leuten, die es eigentlich besser wissen müssten.“ Ihre Forderung: eine bessere intersektorale Zusammenarbeit – und mehr Grundwissen über Diabetes bei allen Behandler*innen, die mit Schwangeren mit Diabetes zu tun haben.

Manchmal erhalten schwangere Frauen mit Diabetes widersprüchliche Aussagen – auch zu Medikamenten.

Fotos: Юлия Лазебная – stock.adobe.com



LEQVIO®
Inclisiran

LANGFRISTIG GEDACHT
**ENTDECKEN
SIE DIE LEQVIO®
PERSPEKTIVE**

Effektive und langanhaltende
LDL-C-Senkung ¹ mit wenigen
Spritzen und viel Freiheit ^{2,3}

Effektive und langanhaltende
LDL-C-Senkung ¹

Wenige Spritzen,
viel Freiheit ^{2,3}

Hemmt PCSK9
bevor es entsteht ^{5,6}

LEQVIO® wird bei Erwachsenen mit primärer Hypercholesterolemie (erhöhtes Gesamtcholesterin und niedrig-Dichte-Lipoprotein (LDL)-Cholesterin) oder gemischter Dyslipidämie zusätzlich zur statinbasierten Therapie eingesetzt. In Kombination mit einem Statin oder einem Statin mit anderen lipidsenkenden Therapiebestandteilen, die mit der maximal tolerierten Statindosis die LDL-C-Senkung verlangsamen, oder allein bei nichtstatinbehandelter oder statinbehandelter Hypercholesterolemie oder gemischter Dyslipidämie bei Patienten mit

LDL-C-Senkung ¹ **Wenige Spritzen, viel Freiheit** ^{2,3} **Hemmt PCSK9 bevor es entsteht** ^{5,6}

Novartis Pharma AG, Basel, Schweiz

NOVARTIS

Es sind 1000 Spritzen



www.leqvio.com

»Abnehmspritze« schlägt Sport – oder umgekehrt?

Beim ersten „Battle of Experts“ gibt es einen klaren Favoriten

BERLIN. Körperliche Aktivität ist einer der Basisbausteine einer jeden Behandlung bei Diabetes oder Adipositas. Allerdings scheuen viele Menschen sportliche Anstrengung und möchten ihren Extrakilos lieber mit GLP1-Rezeptoragonisten (GLP1-RA) zu Leibe rücken. Und auch in der Fachwelt sind sich nicht alle einig, welche Therapieform den meisten Erfolg verspricht. Oder etwa doch? Das sollte der „Kampf der Expert*innen“ zeigen.

Ein kontroverses Thema, bei dem zwei starke Stimmen für konträre Positionen argumentieren. Ein Publikum, das nach einer kritischen Fragerunde per Beifall über die überzeugendere Position abstimmt. Darum ging es bei dem Format „Battle of Experts“, das in diesem Jahr erstmals im Programm des Diabetes Kongresses zu finden war.

Im Kampf ring standen sich zunächst Professor Dr. Dr. CHRISTINE JOISTEN von der Sporthochschule Köln und Professor Dr. MATTHIAS BLÜHER vom Universitätsklinikum Leipzig gegenüber. Ihr Thema: Mit welcher Methode gelingt es besser, Übergewicht zu reduzieren – mit Sport oder mit der sogenannten „Abnehmspritze“?

»Spritze statt Sport: Ist das ein Abstieg auf Raten?«

ze“, also GLP1-RA wie z. B. Liraglutid?

Für Prof. Joisten ist körperliche Aktivität ein Grundpfeiler in der Therapie des Typ-2-Diabetes: „Bewegung ist etwas Omnipotentes, von dem ganz viele verschiedene Körpersysteme profitieren.“ Sie setze kurze inflammatorische Reize frei, die sich unmittelbar und auch langfristig positiv auf die Organsysteme auswirken. Dabei gehe es nicht zwingend um Sport, den leider viele Menschen mit unangenehmen Erinnerungen an Hänseleien beim Schulsport verbinden. Körperliche Aktivität sei „jede Form von Kalorienverbrauch, die durch Muskeltätigkeit verursacht wird“, sagte die Sport- und Ernährungsmedizinerin.

Durch Bewegungsreize – neben sportlicher Aktivität auch Alltagsbewegung wie Treppensteigen oder kurze „Excercise Snacks“ – ließen sich unmittelbar spürbare Effekte erzielen. „Man kann leichter aufstehen, hat ein besseres Körpergefühl – und erwähnte ich bereits die Endorphinausschüttung?“, meinte

Prof. Joisten. Und während es beim Abnehmen ohne Sport immer auch zu einem hohen Verlust an Muskelmasse komme, könne man mit Bewegung auf längere Sicht auch eine verbesserte Körperzusammensetzung erreichen, „all das leistet ein Medikament nicht.“

Sport ist mal Regionalliga, mal Bundesliga

Wenn es um die körperliche und psychische Gesundheit geht, bewege man sich mit Sport ganz sicher in der Bundesliga. In Bezug auf die reine Gewichtsabnahme spiele Sport allerdings eher in der Regionalliga, gab Prof. Joisten zu, „doch Spritze statt Sport ist ein Abstieg auf Raten.“ Die besten Chancen für Therapieerfolge auf dem Niveau

der Champions League habe man mit einer Kombination aus Sport und Abnehmspritze, lautete ihr Resümee – auch wenn sie damit von ihrer strikten Position pro Sport und contra Spritze abwich.

Auch Prof. Matthias Blüher tat sich sichtlich schwer mit der Polarisierung, die seine Rolle als Fürsprecher der ausschließlich medikamentösen Therapie mit sich brachte. Als Leiter einer Adipositas-Ambulanz weiß er aber auch: „Der Stellenwert der Bewegungstherapie bei Typ-2-Diabetes ist unstrittig. Doch die meisten Patienten kommen zu uns, nachdem sie bereits erfolglos alles versucht haben.“ Im Direktvergleich zwischen Liraglutid und Sport führe die inkretinbasierte Therapie zu einer deutlicheren HbA_{1c}-Reduktion

»Beifall für die Kombination«

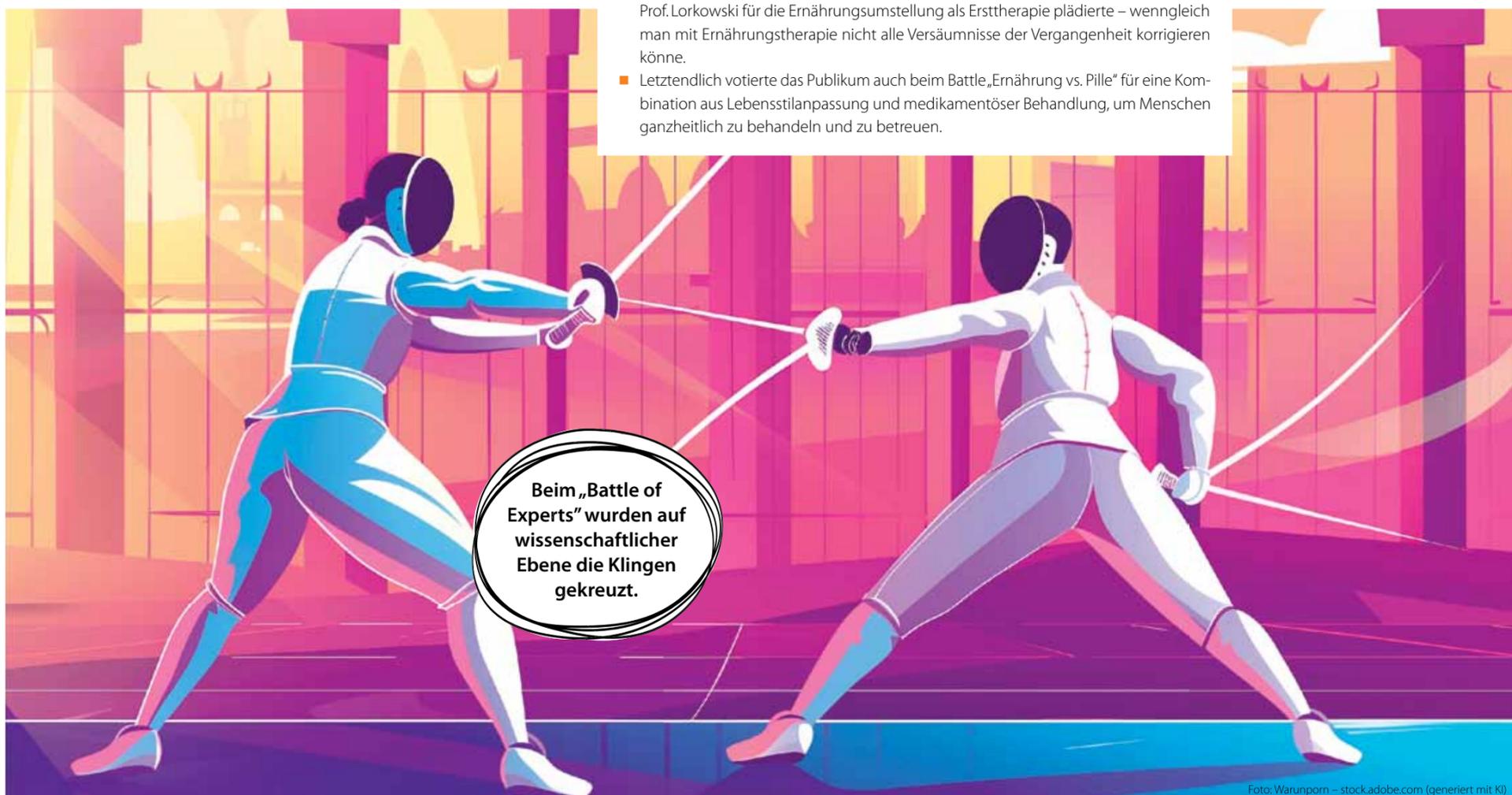
und auch zu mehr Gewichtsverlust. Sein augenzwinkerndes Fazit: „Auch wenn unsere Herzen für den Sport schlagen, sollten unsere Hirne angesichts der Studienlage für die Spritze votieren.“ Doch auch er wandte ein: „Es gibt Daten, nach denen man noch bessere Erfolge erzielt, wenn man das Ganze kombiniert.“

Versöhnlicher Ausgang des „Battle of Experts“

Das Publikum quittierte den unterhaltsamen Zweikampf auf der Bühne immer wieder mit Applaus und Gelächter. Als isolierte Maßnahme zum Gewichtsverlust erhielt zwar der Sport mehr Zuspruch als die Spritze. Doch den meisten Beifall schenkte das Plenum der Kombination aus körperlicher Aktivität und medikamentöser Behandlung. Und auch der Sportmediziner Professor Dr. OTTMAR MOSER von der Universitätsklinik Bayreuth, der die Sitzung moderierte und den Kontrahenten immer wieder möglichst zugespitzte Aussagen entlocken wollte, gab sich am Ende versöhnlich: „Eine Lifestyletherapie aus guter Ernährung und Bewegung, unterstützt durch medikamentöse Therapie, kann uns am besten gesund erhalten.“ Antje Thiel

Zweiter Battle of Experts: „Ernährung vs. Pille“

- Nach demselben Muster duellierten sich beim zweiten „Battle of Experts“ Professor Dr. STEFAN LORKOWSKI, Ernährungswissenschaftler an der Universität Jena, und der Endokrinologe Dr. TIM HOLLSTEIN vom Universitätsklinikum Schleswig-Holstein. Während Prof. Lorkowski die Bedeutung der Ernährungstherapie zur Reduktion von LDL-Cholesterin unterstrich, argumentierte Dr. Hollstein für die medikamentöse Lipidsenkung.
- Anders als die Arzneitherapie habe eine ausgewogene Ernährung nach den neuesten Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) keine Nebenwirkungen, betonte Prof. Lorkowski. Er wies darauf hin, dass gesättigte Fette je nach individueller Körperzusammensetzung unterschiedlich wirken können. „Doch es gibt eine gute Datenlage, die für eine effektive Lipidsenkung durch den Verzehr von Getreide spricht.“
- Dr. Hollstein hingegen unterstrich, dass Statine eine deutlich stärkere Senkung des LDL-Cholesterins ermöglichen als Ernährung allein, insbesondere nach kardiovaskulären Ereignissen, wenn es um die Prävention von Reinfarkten geht. „Außerdem kann nur eine aggressive medikamentöse Therapie effektiv Plaques verringern und die Gefäßstabilität verbessern“, hob er hervor.
- Dr. Hollstein sprach sich daher für eine frühzeitige Statintherapie aus, wohingegen Prof. Lorkowski für die Ernährungsumstellung als Ersttherapie plädierte – wengleich man mit Ernährungstherapie nicht alle Versäumnisse der Vergangenheit korrigieren könne.
- Letztendlich votierte das Publikum auch beim Battle „Ernährung vs. Pille“ für eine Kombination aus Lebensstiländerung und medikamentöser Behandlung, um Menschen ganzheitlich zu behandeln und zu betreuen.





HIV-Therapie treibt Gewicht in die Höhe

Diabetes als Komorbidität in europäische HIV-Leitlinie aufgenommen

MAINZ. Bei HIV-positiven Menschen bricht durch effektive Medikation immer seltener eine AIDS-Erkrankung aus. Stattdessen treten Übergewicht und z. B. Diabetes häufiger auf.

Antiretrovirale Therapien (ART) ermöglichen vielen HIV-positiven Personen ein Leben, das nicht mehr von der Angst vor dem AIDS-Ausbruch geprägt ist. „AIDS ist sehr selten geworden“, sagte PD Dr. ULRICH SEYBOLD von der Sektion Infektiologie am LMU Klinikum München. Im Gegenzug steige die Prävalenz chronischer Erkrankungen bei HIV-positiven Menschen. Das liege einerseits am fast normal hohen Lebensalter, das Betroffene inzwischen erreichen können. Andererseits wirken sich offenbar inflammatorische Prozesse und eine starke Gewichtszunahme ungünstig aus.

Gewichtszunahme unter antiretroviraler Therapie (ART)

In einer gepoolten Analyse von acht randomisierten Kontrollstudien mit mehr als 5.000 behandlungsnaiven HIV-Patient*innen wurde bei Initiierung von ART ubiquitär eine multifaktoriell bedingte Gewichts-

zunahme festgestellt, dabei war die Gewichtszunahme am stärksten bei Personen mit niedrigem Spiegel von CD4-Helferzellen, hoher Viruslast, ohne Drogenabusus, mit schwarzer Hautfarbe und weiblichem Geschlecht. Es ist noch unklar, warum die Gewichtszunahme bei einigen ART der dritten Generation stärker ausgeprägt ist als bei anderen Substanzen. Patient*innen nahmen nach initialer Therapie mit dem nukleotidischen Reverse-Transkriptase-Inhibitor Tenofovir-Alafenamidfumarat (AF) deutlich zu, erklärte Dr. Seybold, unter Tenofovir-Disoproxilfumarat (DF) dagegen nicht. Die modernsten Pharmaka wie Integrase-Inhibitoren verursachen dem Referenten zufolge eine stärkere Gewichtszunahme als einige andere und ältere ART. „Eine HIV-Infektion ist heutzutage keine konsumierende Erkrankung mehr“, betonte er. Dass es den betroffenen Menschen nicht mehr die ganze Zeit über schlecht gehe und sie mehr essen können,

Diabetes- und HIV-Medikamente sicher kombinieren

Wenn Diabetolog*innen HIV-positive Menschen behandeln, sollten sie z. B. wissen, dass Integrase-Hemmer die Serumspiegel von Metformin erhöhen können, da sie die Ausscheidung von Metformin hemmen. Bei der Auswahl geeigneter Kombinationen von Diabetes- und HIV-Medikamenten kann die Interaktionsdatenbank „HIV Drug Interactions“ helfen. Sie ist als Desktop-Variante und auch als offline funktionsfähige Smartphone-App verfügbar.



hiv-druginteractions.org

trage sicherlich zur Gewichtszunahme bei, aber intrinsische Wirkungen seien ebenso anzunehmen. Im Zuge dieser Entwicklungen trete bei HIV-positiven Menschen nun auch häufiger ein Diabetes auf, der einem Typ-2-Diabetes ähnlich ist. 2023 wurde Typ-2-Diabetes daher als Komorbidität in die Leitlinien der European AIDS Clinical Society (EACS) aufgenommen. Das Therapiemanagement und die Thera-

pieempfehlungen wurden von den jeweiligen Empfehlungen von ADA und EASD abgeleitet. „Dabei muss unbedingt auf Medikamenteninteraktionen geachtet werden, da die Wahl der antidiabetischen Medikamente auf die antivirale Therapie abgestimmt werden muss und umgekehrt“, mahnte Dr. Seybold und verwies auf eine online verfügbare Interaktionsdatenbank (s. Kasten).

Anstieg von Typ-2-Diabetes durch kardiovaskuläre Prävention

Kardiovaskuläre Präventionsmaßnahmen könnten zu einem weiteren Anstieg von Typ-2-Diabetes bei HIV führen: In einer Phase-3-Studie (REPRIEVE) mit 7.769 HIV-infizierten Teilnehmenden, die eine antivirale Therapie erhielten und ein niedriges bis mittleres Risiko für eine kardiovaskuläre Erkrankung aufwiesen, wurde das in Deutschland nicht erhältliche Pitavastatin mit Placebo verglichen. Während das Risiko für ein wesentliches kardiovaskuläres Ereignis unter dem Statin um 35 % sank, traten 35 % mehr neue Fälle von Typ-2-Diabetes auf als unter Placebo, wobei die Studie nach durchschnittlich 5,1 Jahren aufgrund

»Diabetologie und Infektiologie sollten sich austauschen«

der Überlegenheit von Pitavastatin vorzeitig abgebrochen wurde. Der Infektionsspezialist wünscht sich einen intensiveren Austausch zwischen Diabetologie und Infektiologie, nicht nur bei der Medikation. Eines ist ihm besonders wichtig: Immer noch erleben HIV-positive Menschen Diskriminierung. Dabei gelte der Grundsatz: „undetected = untransmissible“: Effektiv behandelte HIV-positive Menschen sind nicht infektiös und es ist kein spezieller Schutz im Umgang mit ihnen erforderlich – auch nicht in der Arztpraxis.

Dr. Karin Kreuel

Diabetes Update 2024

Leitlinien der European AIDS Clinical Society unter eacs.sanfordguide.com



Kombinierte Inkretinmoleküle auf der Überholspur?

Weiterhin viel Forschungsbedarf bei Twinkretinen, Trinkretinen & Co.

MAINZ. Während brasilianische Schönheitschirurg*innen vor der Sambasaison immer öfter „Ozempic-Faces“ mit herunterhängenden Gesichtsfalten operieren, versucht man in der deutschen Diabetologie, die zugrunde liegenden Mechanismen von Triplemolekülen zu verstehen.

Fast jeder im Diabetesbereich tätige Pharmakonzern hat ein kombiniertes Inkretinmolekül oder sogar mehrere Anwärter aus dieser Substanzklasse in der Pipeline, berichtete Professor Dr. MICHAEL STUMVOLL, Universität Leipzig. Es sei längst absehbar, dass unimolekulare Polyagonisten die unimolekularen GLP1-Monoagonisten in der Therapie von Adipositas und Typ-2-Diabetes ablösen werden. Zum Wirkmechanismus gebe es noch zahlreiche spannende

Fragen, aber es zeichne sich ab, dass Polyagonisten de facto neue Moleküle sind, die an ihrem namensgebenden Rezeptor anders wirken als der reine Monoagonist. Am Beispiel von Tirzepatid verwies der Endokrinologe auf die eigene Pharmakologie, Biochemie und Stöchiometrie des Moleküls. Es sei gut vorstellbar, dass Tirzepatid „auch am GIP-Rezeptor mit zugehörigen Downstream-Signalen anders wirkt als das ‚reine‘ GIP“. Der Ausdruck „Co-Agonist“ sei vielleicht sogar irreführend. Man müsse bedenken, dass für ein langes Oligopeptid mit rund 40 Aminosäuren theoretisch noch unendlich viele Permutationen möglich sind, auch unter Berücksichtigung einer relativ langen Sequenzhomologie mit GLP1, GIP (und Glukagon).

Für Retatrutid, einen Agonisten der GIP-, GLP1- und Glukagonrezeptoren, liegen Ergebnisse aus Phase-2-Studien zur Behandlung von Adipositas und von Typ-2-Diabetes vor. Die prozentuale Gewichtsabnahme unter Retatrutid erreichte in der Adipositas-Studie fast 25 %. Spannend findet der Mediziner auch das zunehmende Interesse an der

Hirn-Darm-Achse, insbesondere an der Rolle der enteroendokrinen Zellen (EEC) bei der Übermittlung von Signalen aus dem Darmlumen zum Gehirn. Offenbar gebe es neben der klassischen hormonellen eine „komplexe Informationsverarbeitungs-maschinerie“ innerhalb von EEC, einschließlich Rezeptoren, die

intraluminale Signale übertragen, sowie einen Ionenkanal-Komplex, der die Initiierung und Ausbreitung von Signalen steuert. Nicht zuletzt aufgrund der spektakulären Effekte der Triple-G-Agonisten sei das Interesse an Glukagon wieder gestiegen. Den Effekt von Glukagon auf gewichtsrelevante Mechanismen beim Menschen zu untersuchen, bleibe schwierig. Eine kleine Studie mit hoch dosiertem, exogenem Glukagon spricht für eine stimulierte Insulinsekretion und reduzierte Insulin-Clearance bei gesunden Erwachsenen.

Dr. Karin Kreuel

Diabetes Update 2024

GDF15: Neue Daten für das „Kachexie-Hormon“

Für das dimere Protein GDF15 aus der Familie der transformierenden Wachstumsfaktoren beta (TGF- β) gibt es neue Daten: Ein aktueller Review attestiert dem „Kachexie-Hormon“ eine wichtige Rolle bei der Gewichtsregulation. Außerdem scheint GDF15 einen pathogenen Einfluss beim schwangerschaftsbedingten Erbrechen zu haben. Die fetale Produktion von GDF15 und die mütterliche Empfindlichkeit dafür scheinen wesentlich zum Risiko für die Entstehung einer Hyperemesis gravidarum beizutragen; die Studienergebnisse legen kausale Ansätze für deren Prävention und Behandlung nahe.

Foto: NLobes - stock.adobe.com



In Kiel: große Expertise für Schwangere mit Diabetes

Erste Einrichtung deutschlandweit mit Zusatzkompetenz Schwangerschaft zertifiziert



KIEL. Das Diabetologikum Kiel ist die erste Schwerpunktpraxis deutschlandweit, die sich Diabetes Exzellenzzentrum mit Zusatzkompetenz Diabetes & Schwangerschaft nennen darf. Damit hat die Praxis ihre seit Jahren bestehende Qualitätstransparenz weiter ausgebaut.

Das Diabetologikum Kiel versteht Qualitätsmanagement nicht nur als Pflicht, sondern auch als Kür, und dies schon seit Langem. Bereits seit 2009 lässt sich die Schwerpunktpraxis regelmäßig durch die DDG zertifizieren, weil, wie Dr. NORBERT DEMANDT, einer der beiden Praxisinhaber, betont, er damit besser schlafen könne.

Versorgungsqualität lässt das Zertifikat jederzeit belegbar

„Dem liegt vor allem zugrunde, dass wir unsere Versorgungsqualität jederzeit belegen können und es kein Risiko für Know-how-Verlust gibt, da alle Abläufe schriftlich niedergelegt sind“, erklärt Dr. Demandt. Die Auditierung sei für ihn jedes Mal aufs Neue auch ein Anreiz, dem Namen Diabetologikum gerecht zu werden.

Vorangegangen war der Entwicklung hin zum Diabetologikum ein längerer Prozess der Umgestaltung von einer internistischen Gemeinschaftspraxis zu einer Diabetes-schwerpunktpraxis mit Einführung der Disease-Management-Programme (DMP) im Jahr 2002. Neben der Einrichtung größerer Schulungsräume zählte hierzu unter anderem auch die Einstellung von zusätzlichem, in der Betreuung von Men-

schon mit Diabetes mellitus qualifiziertem Personal.

Spezialkompetenz sichtbar gemacht

Aus einer zertifizierten „Behandlungseinrichtung für Menschen mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes“ ist mittlerweile ein „Diabetes Exzellenzzentrum DDG“ geworden, das seit März dieses Jahres eine weitere Auszeichnung trägt. So darf die Einrichtung ihre besondere Kompetenz in der Behandlung von Schwangeren mit präexistendem Diabetes mellitus und mit Gestationsdiabetes nunmehr ebenfalls mit einem Zertifikat sichtbar machen. Damit ist sie die erste diabetologische Schwerpunktpraxis in Deutschland, die dieses Zusatzsiegel der DDG erhalten hat.

Als Leuchtturmprojekt will das Diabetologikum Kiel auf die Art seine hohe Behandlungsqualität für Patientinnen, Zuweiser und Krankenkassen in dieser Spezialkompetenz noch deutlicher machen.

Jährlich kommen 300 Frauen mit Diabetes in die Praxis

Pro Jahr profitierten etwa 300 Frauen von der besonderen Expertise des

Diabetologikums, erklärt Dr. ANDREAS NOLTE, der zweite Diabetologe der Kieler Praxis. Dies gelte für Schwangere mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes sowie mit Gestationsdiabetes. Der Vorteil der Auditierung des Zusatzmoduls Diabetes & Schwangerschaft sei, dass das Praxisteam im Vorfeld auch in diesem Bereich noch einmal sämtliche Items zur Qualitätssicherung auf den Prüfstand stellen musste.

„Auf die Weise haben wir tatsächlich noch blinde Flecken gefunden, die wir bei der Betreuung unserer Patientinnen nun ebenfalls strukturiert abarbeiten“, sagt Dr. Nolte. So werde neuerdings beispielsweise regelmäßig der Schilddrüsenstatus schwangerer Patientinnen abgefragt oder auch, wann die letzte Untersuchung des Augenhintergrunds stattgefunden hat. Für den Mutterpass seien zudem Einlegebögen entwickelt worden, die darauf hinweisen, dass bei der Patientin ein Diabetes mellitus besteht. Dies Sorge auch bei den zuweisenden



Foto: Skyfe – stock.adobe.com (generiert mit KI)

Ärzt*innen, wie Gynäkolog*innen oder Hausärzt*innen, für zusätzliche Transparenz.

Audit hilft, Fehler zu finden, und schweißt das Team zusammen

Doch nicht nur für die Patient*innen des Diabetologikums zahlt sich die Qualitätsinitiative aus. Auch die insgesamt fünfzehn Mitarbeitenden vom Diabetesteam der Praxis profitieren von den bis zum letzten I-Tüpfelchen durchstrukturierten Prozessen. „Die genaue Beschreibung aller Arbeitsabläufe und -pro-

zesse sorgt dafür, dass jeder weiß, wo er steht und was seine Aufgaben beziehungsweise die der anderen Mitarbeitenden sind, einschließlich der Ärzte“, betont Dr. Nolte.

Der Blick von außen durch ein Audit helfe zudem, Defizite aufzudecken, um damit konstruktiv im Sinne einer angestrebten Fehlerreduktion umgehen zu können, betont Dr. Demandt. Dies schweiße das Team zusammen und Sorge für eine hohe Zufriedenheit bei den Mitarbeitenden, mit dem Vorteil, dass die Fachkräfte nicht ohne Weiteres zu anderen Arbeitgebern wechselten. Wertvolles Know-how verbleibe somit in der Praxis.

Der finanzielle Aufwand lohnt sich unter dem Strich

„Nicht zuletzt sehen wir die Zertifizierung unserer hohen Qualitätsanforderungen auch als ein wertvolles Instrument, um für künftige Anpassungen der Vergütungsstrukturen durch die Krankenkassen gewappnet zu sein“, so Dr. Nolte.

Trotz des finanziellen Aufwands glaubt Dr. Demandt, dass sich eine Auditierung für eine diabetologische Schwerpunktpraxis lohnt. „Die Mehreinnahmen, die wir durch die Effizienzsteigerung erzielen, sorgen dafür, dass wir unter dem Strich im Plus landen“, bekräftigt er.

Petra Spielberg

STECKBRIEF

- Ort: Kiel
- Anzahl der Patient*innen: ca. 2.000 pro Quartal
- Anzahl der Mitarbeitenden im Diabetesteam: zwei Internisten/Diabetologen, drei Diabetesberater*innen (davon einer im Minijob mit Hauptverantwortung für das Qualitätsmanagement), zwei Diabetesassistentinnen (davon eine mit Zusatzbezeichnung Ökotrophologie), sechs MFA (u. a. für die Bereiche Praxismanagement, Wundassistent, Datenschutz, Hygiene), zwei Auszubildende

»Qualitätsmanagement nicht nur als Pflicht, sondern auch als Kür«

Früh testen, um die Prognose zu verbessern

Zumindest Risikopersonen sollten auf die chronische Nierenkrankheit untersucht werden

BERLIN. Eine chronische Nierenkrankheit (CKD) ist trotz bekannter Risikofaktoren oft dramatisch unterdiagnostiziert, eine leitliniengerechte Labordiagnostik wird in deutschen Hausarztpraxen nicht ausreichend durchgeführt. Dies belegt die jetzt veröffentlichte InSpeCKD-Studie.¹

Das ist tragisch, denn seit einigen Jahren stehen endlich wirksame Medikamente zur Verfügung, mit denen wir das Fortschreiten der CKD vor allem auch in frühen Sta-

dien verzögern oder sogar stoppen können“, sagt Professor Dr. JULIA WEINMANN-MENKE, Sprecherin der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie (DGfN) und Direktorin der Klinik für Nephrologie, Rheumatologie und Nierentransplantation (NTX) am Universitätsklinikum Mainz. „Dazu müssen wir die CKD aber rechtzeitig diagnostizieren.“

Mit den SGLT2i für alle Menschen mit CKD, den nicht-steroidalen Mineralkortikoid-Rezeptor-Antagonisten für Menschen mit Diabetes und

CKD und mit der bevorstehenden Zulassung der GLP1-RA für CKD bei Typ-2-Diabetes stehen erstmals Therapieoptionen zur Verfügung, die den Nierenfunktionsverlust verlangsamen. „Mit diesen Behandlungen kann auch die Prognose der

»Rechtzeitig diagnostizieren«

Betroffenen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen verbessert werden“, sagt Prof. Weinmann-Menke. Denn beide Erkrankungen hängen zusammen. Neben einer Vielzahl internationaler Studien zeigte zuletzt die InSpeCKD-Studie¹ auch für Deutschland: Nur bei 45,5 % der Risikopatient*innen wurde der eGFR-Wert in der Hausarztpraxis bestimmt. Eine Albuminbestimmung mit Teststreifen erhielten sogar nur 7,9 % und die UACR wurde nur bei 0,4 % der Betroffenen bestimmt.

Wer sollte unbedingt auf CKD untersucht werden? In der zuletzt aktualisierten internationalen Leitlinie KDIGO ist eine Empfehlung für bestimmte Risikopersonen enthalten. „Dazu gehören vor allem Menschen mit Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Adipositas, bekannten Nierenkrankheiten in der Familie und einer vorausgegangenen Nierenschädigung“, so Prof. Weinmann-Menke.

DGfN

1. Wanner C et al. MMW Fortschr Med 2024; 166 (Suppl 4): 9-17; doi: 10.1007/s15006-024-3684-y

Neu- oder re-zertifizierte Kliniken und Arztpraxen

(im Zeitraum 14.08. bis 26.09.2024)

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 0		
Städtisches Klinikum Dessau	06847 Dessau-Roßlau	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
PLZ 1		
Vivantes-Klinikum Neukölln, Vivantes Diabeteszentrum für Kinder und Jugendliche	12351 Berlin	Diabeteszentrum DDG
PLZ 2		
Diabeteszentrum Neumünster	24534 Neumünster	Diabeteszentrum DDG
PLZ 4		
Klinikum Dortmund gGmbH, Diabetologie	44145 Dortmund	Fußbehandlungseinrichtung DDG

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 5		
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dres.Theine/Halbfas	51429 Bergisch Gladbach	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Klinikum Stadt Soest gGmbH	59494 Soest	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
PLZ 6		
MVZ Diabeteszentrum Dr.Tews GmbH	63571 Gelnhausen	Fußbehandlungseinrichtung DDG
PLZ 7		
Universitätsklinikum Freiburg, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin	79106 Freiburg im Breisgau	Diabeteszentrum DDG
PLZ 8		
Donau-Ries-Klinik Donauwörth	86609 Donauwörth	Klinik mit Diabetes im Blick DDG

Gesundheitsbericht Diabetes 2025

Bestandsaufnahme im Bereich Diabetes erscheint im November

BERLIN. Seit 2003 gibt es den Deutschen Gesundheitsbericht Diabetes und bringt Interessierte seitdem jedes Jahr zu wichtigen Aspekten des Diabetes und der Diabetologie auf den neuesten Stand.

Der „Deutsche Gesundheitsbericht Diabetes“ wird jedes Jahr neu aufgelegt und beinhaltet die aktuellsten Zahlen und Entwicklungen zur Erkrankung Diabetes mellitus in Deutschland. Er wird in Zusammenarbeit mit zahlreichen Fachexpert*innen erstellt und von der Deutschen

Diabetes Gesellschaft und diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe herausgegeben. In 33 Artikeln werden in der Ausgabe für 2025 die wichtigen Themen in der Diabetologie abgedeckt. Dazu zählen immer wieder aktualisierte und z. T. mit neuen Schwerpunkten versehene Artikel zur Epidemiologie, zu Diabetes und Sport, Diabetes und Ernährung und den Diabeteskomplikationen und -folgeerkrankungen. Außerdem nimmt

die Diabetes-Technologie immer breiteren Raum im Deutschen Gesundheitsbericht Diabetes ein und spiegelt so die Entwicklung in der Versorgung und Behandlung von Menschen mit Diabetes wieder. Und so spannt sich der Bogen von medizinischen Themen hin zu den Versorgungsstrukturen, rechtlichen und psychologischen Aspekten und natürlich Artikeln, in denen es um die gesundheits- und wissenschaftspolitische Dimension des Diabetes geht, sodass Leser*innen auch hier auf den neuesten Stand gebracht werden.

Elektronische oder gedruckte Version verfügbar

Vorliegen wird die gedruckte Version des Deutschen Gesundheitsberichts Diabetes 2025 auf der Diabetes Herbsttagung. Die elektronische Version lässt sich spätestens dann einsehen auf ddg.info (im Bereich „Gesundheitspolitik“) und auf diabetesde.org (im Bereich „Diabetes-Wissen“ unter „Infomaterial“). Dort finden Sie auch die Gesundheitsberichte aus den vergangenen Jahren. *Red.*



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

Dr. Janis Egen, Frankfurt/Main
Catharina Schielicke, Eckernförde
Kathrina Ehardt, Berlin
Ronella Giller, Landau
Dr. Dominik Selbherr, Affing
Dr. Katalin Stadler-Köles, Berlin
Ulrike Fischer, Chemnitz
Stephanie Wippler, Dresden
Oya Güngöze, Hannover
Dr. Deborah Bonitz, Ober-Ramstadt
Markus Resmer, Hamburg
Viola Shishmani, Fulda
Dr. Constantin Lionel von Cossel, Hamburg
Dr. Jana Hillen, Troisdorf

»Investition in die Zukunft«

13. November: Student's Diabetes Day in München

MÜNCHEN. Die Diabetologie braucht Nachwuchs. In das interessante Fach hineinschnuppern können Studierende Mitte November in München.

Am 13.11.2024 wird in München der nächste Student's Diabetes Day (SDD) stattfinden. Während dieser Veranstaltung wird in Vorlesungen und Workshops Begeisterung für unser Fach geweckt, damit der dringend benötigte Nachwuchs bereits während der Studienzeit mehr Zeit mit Diabetologie als die im Curriculum vorgesehene durchschnittlichen eineinhalb bis drei Stunden verbringt. Nachwuchs ist dringend notwendig, da bereits jetzt eine Unterversorgung in der Diabetologie droht und sich junge Ärzt*innen oft fundiertere Kenntnisse in der Diabetestherapie wünschen, um ihre Patient*innen optimal zu versorgen. An diesem SDD werden sowohl die immunmodulierenden Mechanismen zur Prävention des Typ-1-Diabetes als auch die aktuellen Fortschritte im Bereich der Diabetestechnologie präsentiert, die das Leben für Betroffene erleichtern und auch

uns Behandelnde im Alltag stets fordern. Ein weiterer Punkt wird das wachsende Feld der Adiposologie sein: GLP1 und Co. sind in aller Munde – aber wie funktionieren sie eigentlich genau?

Als Referierende konnten renommierte Kliniker*innen und Wissenschaftler*innen gewonnen werden, die ein Feuer für die Diabetologie entfachen werden! Unterstützung erhält die AG Nachwuchs freundlicherweise durch Professor Dr. MARTIN REINCKE, Direktor der Medizinischen Klinik und Poliklinik IV Endokrinologie und Diabetologie der LMU.

Die AG Nachwuchs würde sich sehr freuen, wenn Sie in Ihrem Umfeld (insb. im Süden Deutschlands) für diese Veranstaltung werben, damit möglichst viele Studierende aus der Humanmedizin, aber auch aus verwandten Fächern wie Psychologie und den Naturwissenschaften die Chance bekommen, unser Fach näher kennenzulernen.

Die Veranstaltung ist kostenlos und pharmafrei. Alle Referenten arbeiten ehrenamtlich.

Dr. Alexander Stöckl, Diedorf,
Dr. Jonas Laaser, Hamburg



LIKEN – TEILEN –
INFORMIEREN

Folgen Sie uns
auf Facebook,
Instagram, YouTube,
X und LinkedIn.



Fotos: icons gate - stock.adobe.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.

➔ Diabeteseidukation DDG

Freie Plätze für Aufbauqualifikation		
2024		
Regensburg RB 02	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	Modul 1 – 3 bereits gestartet NUR Aufbauqualifikation: Modul 4: 30.09. – 11.10.2024* Modul 5: 25.11. – 06.12.2024 Modul 7: 10.02. – 21.02.2025 Modul 6: 07.04. – 11.04.2025 zzgl. Wahlpflichtmodul → Abschluss Diabetesberater*in DDG
2025		
Traunstein TR 01	Diabetes-Akademie Südostbayern Haus St. Rupert Rupprechtstr. 6, 83278 Traunstein ☎ Tel.: 0861 30 90 713 E-Mail: info@diabetes-akademie.net www.diabetes-akademie.net	Modul 1 – 3 bereits gestartet NUR Aufbauqualifikation: Modul 4: 03.02. – 15.02.2025* Modul 5: 31.03. – 04.04.2025 Modul 6: 12.05. – 24.05.2025 Modul 7: 14.07. – 25.07.2025 zzgl. Wahlpflichtmodul → Abschluss Diabetesberater*in DDG
Bochum BO 01	Augusta Akademie Bochum Dr.-C.-Otto-Str. 27, 44879 Bochum ☎ Tel.: 0234-5174910 E-Mail: info@augusta-akademie.de http://www.augusta-akademie.de/	Modul 1 – 3 bereits gestartet NUR Aufbauqualifikation: Modul 4: 10.03. – 21.03.2025* Modul 5: 19.05. – 23.05.2025 Modul 6: 04.08. – 15.08.2025 Modul 7: 06.10. – 17.10.2025 zzgl. Wahlpflichtmodul → Abschluss Diabetesberater*in DDG
Freie Plätze Diabetesassistent*in und -berater*in DDG		
Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Regensburg RB 04	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	Modul 1: 13.01. – 24.01.2025 Modul 2: 17.02. – 28.02.2025 Modul 3: 07.04. – 11.04.2025 → Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 23.06. – 04.07.2025* Modul 5: 21.07. – 01.08.2025 Modul 7: 22.09. – 03.10.2025 Modul 6: 24.11. – 28.11.2025 zzgl. Wahlpflichtmodul → Abschluss Diabetesberater*in DDG
Rheine RH 06	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-7319, ☎ Fax: 05971/42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	Modul 1: 27.01. – 07.02.2025 Modul 2: 24.03. – 04.04.2025 Modul 3: 19.05. – 23.05.2025 → Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 21.07. – 01.08.2025* Modul 5: 13.10. – 17.10.2025 Modul 6: 24.11. – 05.12.2025 Modul 7: 12.01. – 23.01.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul → Abschluss Diabetesberater*in DDG
Gießen GI 02	UKGM Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH Klinikstr. 33, 35392 Gießen www.udzm.de	NUR Diabetesassistent*in: Modul 1: 17.02. – 21.02.2025 + 10.03. – 14.03.2025 Modul 2: 31.03. – 04.04.2025 + 12.05. – 16.05.2025 Modul 3: 10.06. – 13.06.2024 + 20.06.2025 Durchführung der Prüfung
Jena JE 03	Diabeteszentrum Thüringen e.V. Am Klinikum 1, Gebäude A, 07740 Jena ☎ Tel.: 03641/93243-46, ☎ Fax: 03641/93243-47 nadine.kuniss@med.uni-jena.de www.diabetes-thueringen.de	Modul 1: 24.02. – 07.03.2025 Modul 2: 05.05. – 16.05.2025 Modul 3: 11.08. – 22.08.2025 → Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 18.08. – 22.08.2025* Modul 5: 20.10. – 30.10.2025 Modul 6: 01.12. – 12.12.2025 Modul 7: 02.02. – 13.02.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul → Abschluss Diabetesberater*in DDG
Regensburg RB 05	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	Modul 1: 17.03. – 28.03.2025 Modul 2: 05.05. – 16.05.2025 Modul 3: 02.06. – 06.06.2025 → Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 06.10. – 17.10.2025* Modul 5: 10.11. – 21.11.2025 Modul 7: 12.01. – 23.01.2026 Modul 6: 09.02. – 13.02.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul → Abschluss Diabetesberater*in DDG
Bochum BO 02	Augusta Akademie Bochum Dr.-C.-Otto-Str. 27, 44879 Bochum ☎ Tel.: 0234/5173 info@augusta-akademie.de www.augusta-akademie.de/	Modul 1: 24.03. – 04.04.2025 Modul 2: 02.06. – 13.06.2025 Modul 3: 18.08. – 22.08.2025 → Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 20.10. – 31.10.2025* Modul 5: 15.12. – 19.12.2025 Modul 6: 19.01. – 30.01.2026 Modul 7: 09.03. – 20.03.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul → Abschluss Diabetesberater*in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Jena JE 04 LÄK	Diabeteszentrum Thüringen e.V. Am Klinikum 1, Gebäude A, 07740 Jena ☎ Tel.: 03641/93243-46, ☎ Fax: 03641/93243-47 nadine.kuniss@med.uni-jena.de, www.diabetes-thueringen.de	Abschluss Assistenz in der Diabetologie LÄK Thüringen: Modul 1: 31.03. – 11.04.2025 Modul 2: 16.06. – 21.06.2025
Jena JE 04 DA	Diabeteszentrum Thüringen e.V. Am Klinikum 1, Gebäude A, 07740 Jena ☎ Tel.: 03641/93243-46, ☎ Fax: 03641/93243-47 nadine.kuniss@med.uni-jena.de, www.diabetes-thueringen.de	Modul 1: 31.03. – 11.04.2025 Modul 2: 16.06. – 27.06.2025 Modul 3: 01.09. – 05.09.2025 → Abschluss Diabetesassistent*in DDG
Rheine RH 07	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-7319, ☎ Fax: 05971/42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de, www.afg-rheine.de	Modul 1: 28.04. – 09.05.2025 Modul 2: 07.07. – 18.07.2025 Modul 3: 08.09. – 12.09.2025 → Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 03.11. – 14.11.2025* Modul 5: 26.01. – 06.02.2026 Modul 6: 02.03. – 13.03.2026 Modul 7: 28.09. – 09.10.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul → Abschluss Diabetesberater*in DDG
Regensburg RB 06	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	Modul 1: 07.07. – 18.07.2025 Modul 2: 20.10. – 31.10.2025 Modul 3: 01.12. – 05.12.2025 → Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 26.01. – 06.02.2026* Modul 5: 09.03. – 20.03.2026 Modul 7: 20.04. – 01.05.2026 Modul 6: 08.06. – 12.06.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul → Abschluss Diabetesberater*in DDG
Bad Mergentheim BMH 02 DB	Diabetes-Akademie Bad Mergentheim e.V. Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim ☎ Tel.: 07931/594 165, ☎ Fax: 07931/77 50 info@diabetes-zentrum.de, www.diabetes-akademie.de	Modul 1: 14.07. – 25.07.2025 Modul 3: 22.09. – 26.09.2025 Modul 2: 10.11. – 21.11.2025 → Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 12.01. – 16.01.2026* Modul 5: 19.01. – 23.01.2026 + 16.03. – 20.03.2026 Modul 6: 23.03. – 27.03.2026 + 27.04. – 30.04.2026 Modul 7: 29.06. – 10.07.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul → Abschluss Diabetesberater*in DDG
Bochum BO 03 DB	Augusta Akademie Bochum Dr.-C.-Otto-Str. 27, 44879 Bochum ☎ Tel.: 0234/5173 info@augusta-akademie.de, www.augusta-akademie.de	Modul 1: 14.07. – 25.07.2025 Modul 2: 01.09. – 12.09.2025 Modul 3: 10.11. – 14.11.2025 → Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 05.01. – 16.01.2026 Modul 5: 23.03. – 27.03.2026 Modul 6: 20.04. – 01.05.2026 Modul 7: 06.07. – 17.07.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul → Abschluss Diabetesberater*in DDG
TR 02 DB	Diabetes-Akademie Südostbayern Haus St. Rupert, Rupprechtstr. 6, 83278 Traunstein ☎ Tel.: 0861/3090713 info@diabetes-akademie.net, www.diabetes-akademie.net	Modul 1: 22.09. – 02.10.2025 Modul 2: 01.12. – 13.12.2025 Modul 3: 23.02. – 27.02.2026 → Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 02.03. – 06.03.2026 Modul 5: 08.06. – 19.06.2026 Modul 6: 13.07. – 24.07.2026 Modul 7: 21.09. – 25.09.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul → Abschluss Diabetesberater*in DDG
RH 08 DB	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-7319 info@afg-rheine.de, www.afg.mathias-stiftung.de	Modul 1: 29.09. – 10.10.2025 Modul 2: 17.11. – 28.11.2025 Modul 3: 05.01. – 09.01.2026 → Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 16.03. – 27.03.2026 Modul 5: 18.05. – 30.05.2026 Modul 6: 20.07. – 31.07.2026 Modul 7: 28.09. – 09.10.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul → Abschluss Diabetesberater*in DDG
BER 02 DB	Wannsee Akademie des Wannseeschule e.V. Berlin Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin ☎ Tel.: 030/806 86 040, ☎ Fax: 030/80686 - 101 akademie@wannseeschulen.de, www.wannseeschule.de	Modul 1: 03.11. – 14.11.2025 Modul 2: 19.01. – 30.01.2026 Modul 3: 23.02. – 27.02.2026 → Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 13.04. – 24.04.2026 Modul 5: 15.06. – 26.06.2026 Modul 6: 05.10. – 16.10.2026 Modul 7: 18.01. – 22.01.2027 zzgl. Wahlpflichtmodul → Abschluss Diabetesberater*in DDG
HER 01	MEDIGREIF Inselklinik Heringsdorf GmbH Haus Gothensee, Setheweg 11, 17424 Heringsdorf ☎ Tel.: 038378/780-502, ☎ Fax: 038378/780-555 www.haus-gothensee.de	Modul 1: 13.10. – 24.10.2025 Modul 2: 26.01. – 06.02.2025 Modul 3: 02.03. – 06.03.2026 → Abschluss Diabetesassistent*in DDG

* Aufbauqualifikation zur Diabetesberater*in DDG für bereits absolvierte Diabetesassistent*innen DDG mit Einstieg ab Modul 4

Weitere Kurse und Anmeldung auf www.ddg.info/diabeteseidukation

➔ Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG – Fortbildung für Pflegende

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
BaQ_BW_10	Asklepios Bildungszentrum Nordhessen Asklepios Klinikum Schwalmstadt, Diabetes-Schulungsraum Julia Steklow, Laustraße 37, 34537 Bad Wildungen ☎ Tel.: 05621/795 24 13 j.steklow@asklepios.com	18.11. – 19.11.2024
BaQ_BK_05	ctt-Fortbildungszentrum Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich Anke Funk, Karl-Binz-Weg 12, 54470 Bernkastel-Kues ☎ Tel.: 0651/82 44-288 fortbildungszentrum@ctt-zentrale.de	27.11. – 28.11.2024
BaQ_RB_12	Katholische Akademie für Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Angelika Deml, Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de, www.katholischeakademie-regensburg.de	04.06. – 05.06.2025

Weitere Informationen finden Sie auf www.ddg.info/qualifizierung-basisqualifikation-diabetes-pflege
Kurse sind anrechenbar für die Fortbildung im Rahmen der Zertifizierung Klinik mit Diabetes im Blick.

➔ Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Klinik)

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Rheine DPFK Kurs 15	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-7319 info@afg-rheine.de, www.afg.mathias-stiftung.de	09.12. – 13.12.2024 13.01. – 17.01.2025
Rheine DPFK Kurs 16	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-7319 info@afg-rheine.de, www.afg.mathias-stiftung.de	17.03. – 21.03.2025 02.06. – 06.06.2025
Rheine DPFK Kurs 18	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-7319 info@afg-rheine.de, www.afg.mathias-stiftung.de	18.08. – 22.08.2025 27.10. – 31.10.2025

Anmeldung: Die Bewerbungsunterlagen sind an die jeweilige Weiterbildungsstätte zu senden. Hier erhalten Sie auch Auskunft über das Bewerbungsverfahren.
Weitere Informationen unter www.ddg.info/qualifizierung/fuer-medizinisches-assistenzpersonal/diabetes-pflegefachkraft-ddg-klinik-2 und per E-Mail: weiterbildung@ddg.info. **Wir informieren Sie gerne!**

➔ Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Langzeit)

Sie brauchen kompetentes, diabetologisch geschultes Pflegepersonal, das diabetologische Pflegerisiken in der Langzeitpflege erkennt und die Pflegeplanung gezielt am besonderen Bedarf der Menschen mit Diabetes ausrichtet? Sie möchten Liegezeiten verkürzen und Komplikationen vermeiden?
Dann melden Sie Ihre Pflegekraft jetzt zur Weiterbildung zur Diabetes-Pflegefachkraft DDG an!
Weitere Informationen unter www.ddg.info/qualifizierung/fuer-medizinisches-assistenzpersonal/diabetes-pflegefachkraft-ddg-fuer-die-langzeitpflege-1 und per E-Mail: weiterbildung@ddg.info. **Wir informieren Sie gerne!**

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Rheine DPFK Kurs 03	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-7319 info@afg-rheine.de, www.afg.mathias-stiftung.de	16.06.2025 – 18.06.2025 (Präsenz) 28.07.2025 – 29.07.2025 (online) 28.08.2025 – 29.08.2025 (online) 29.10.2025 – 31.10.2025 (Präsenz)

Weitere Informationen finden Sie auf ddg.info/qualifizierung/fuer-medizinisches-assistenzpersonal/diabetes-pflegefachkraft-ddg-fuer-die-langzeitpflege-1

➔ Fuß- und Wundassistent*in DDG

Fuß- und Wundassistent*innen DDG sind wichtige Player in der Versorgung des Diabetischen Fußsyndroms. Die Weiterbildung der DDG fokussiert auf diese chronischen Wunden und führt zu vertieftem Wissen in Bezug auf Behandlung und Wundversorgung. Die Qualifikation ist anerkannt im Rahmen der Zertifizierung zum Diabeteszentrum und zur zertifizierten Fußbehandlungseinrichtung DDG.
Bilden Sie Ihr Assistenzpersonal weiter! Unterstützen Sie die Initiativen zur Versorgung des Diabetischen Fußes!
Weitere Informationen unter ddg.info/qualifizierung

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
26	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	Block 1: 06.11. – 08.11.2024 Block 2: 13.11. – 15.11.2024
11	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	25.11. – 29.11.2024
Kurse nach neuem Curriculum der Fuß- und Wundassistent*in DDG		
19	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-0 a.deml@katholischeakademie-regensburg.de, www.katholischeakademie-regensburg.de	Block 1: 10.03. – 12.03.2025 online Block 2: 17.03. – 19.03.2025 Präsenz
20	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-0 a.deml@katholischeakademie-regensburg.de, www.katholischeakademie-regensburg.de	Block 1: 13.10. – 15.10.2025 online Block 2: 20.10. – 22.10.2025 Präsenz
27	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	Block 1: 05.11. – 07.11.2025 Block 2: 12.11. – 14.11.2025

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.ddg.info/qualifizierung/fuer-gesundheitsfachkraefte/wundassistentin-ddg

➔ Diabetescoach DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
DC 02	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. in Kooperation mit der Diabetes-Akademie Bad Mergentheim e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de, www.katholischeakademie-regensburg.de	Block 1: 13.03. – 14.03.2025 Block 2: 08.05. – 09.05.2025 Block 3: 26.06. – 27.06.2025 Block 4: 10.07. – 11.07.2025 Block 5: 18.09. – 19.09.2025
DC 03	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. in Kooperation mit der Diabetes-Akademie Bad Mergentheim e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de, www.katholischeakademie-regensburg.de	Block 1: 27.11. – 28.11.2025 Block 2: 15.01. – 16.01.2026 Block 3: 05.02. – 06.02.2026 Block 4: 12.03. – 13.03.2026 Block 5: 07.05. – 08.05.2026

Weitere Informationen unter: www.ddg.info/ddg-akademie/fuer-gesundheitsfachkraefte/diabetescoach-ddg

Fortbildungsangebot für qualifizierte Diabetesberater*innen mit Berufserfahrung

Ab Herbst 2024 können sich Diabetesberater*innen zum **Diabetescoach DDG** fortbilden. Sie erlangen Kompetenzen im systemischen Coaching zur bedürfnisorientierten, individuellen und lösungsorientierten Begleitung von Menschen mit Diabetes.

➔ Adipositasberater*in DAG-DDG

Neues Kursangebot für Diabetesfachkräfte: Ab 2024 können sich Diabetesfachkräfte nun auch zum/zur Adipositasberater*in DAG-DDG weiterqualifizieren. **Nutzen Sie die Möglichkeit der Fortbildung!**

Weiterbildungsort	Kurstermine
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	Kurs 5: 20.01. – 24.01.2025* (ausgebucht) Kurs 6: 31.03. – 04.04.2025* (ausgebucht) Kurs 7: 07.07. – 11.07.2025* Kurs 8: 13.10. – 17.10.2025*
Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-7319 info@afg-rheine.de, www.afg.mathias-stiftung.de	Kurs 3: 24.03. – 28.03.2025* (ausgebucht) Kurs 4: 20.10. – 24.10.2025* (ausgebucht)
Diabetes-Akademie Südostbayern e.V. An der Eiche 1, 83278 Traunstein ☎ Tel.: 08663/30 90 713 info@diabetes-akademie.net, www.diabetes-akademie.net Veranstaltungsort (Teil 2): Kreszentia-Stift, Isartalstraße 6, 80469 München	Kurs 2: Teil 1: 21.02. – 22.02.2025 (online) Teil 2: 06.03. – 08.03.2025 (in Präsenz in München)

Mit * markierte Kurse finden in hybrider Form statt: Die ersten 2 Tage online, danach 3 Tage in Präsenz.
Anmeldung: Die Anmeldeunterlagen sind an die jeweilige Weiterbildungsstätte zu senden. Hier erhalten Sie auch Auskunft über das Anmeldeverfahren.

➔ Seminare Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung in der Diabetologie

Kurs	Termine	Tagungsort	Kosten
Akademie Luftiku(r)s e.V. Iburger Str. 187, 49082 Osnabrück ☎ Tel.: 0174/619 3869 akademie-luftikurs@gmail.com www.akademie-luftikurs.de	26.11. – 29.11.2024 Weitere Termine direkt anfragen!	Bischöfliches Priesterseminar, Große Domsfreiheit 5, 49074 Osnabrück	600,- € bei Anmeldung ab 4 Wochen vor dem Termin 30,- € zusätzlich. Exkl. Verpflegung und Übernachtung
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	24.–27.11.2024 online Blended-Termine: 14./17.02.2025 (online) + 15./16.02.2025 25./28.04.2025 (online) + 26./27.04.2025 13./16.06.2025 (online) + 14./15.06.2025 05./08.09.2025 (online) + 06./07.09.2025 21./24.11.2025 (online) + 22./23.11.2025	Tagungsräume im Hotel am alten Park Augsburg Alle Präsenztage im Tagungszentrum im Diakonissenkrankenhaus, Frölichstraße, 17, Augsburg	720,- € inkl. Kursunterlagen
willms.coaching Wilhelm-Busch-Straße 19, 37083 Göttingen ☎ Tel.: 0551/7974741 ☎ Fax: 0551/29213514 office@willmscoaching.de www.willmscoaching.de	Online-Termine: 07.11. – 08.11. + 14.11. – 15.11.2024 21.11. – 22.11. + 28.11. – 29.11.2024 Blended-Termine: 24.01.2025 (online) + 08.02. – 09.02.2025 07.02.2025 (online) + 21.02. – 22.02.2025 07.03.2025 (online) + 21.03. – 22.03.2025 09.05.2025 (online) + 23.05. – 24.05.2025 13.06.2025 (online) + 05.07. – 06.07.2025 Präsenzkurse im Hotel Eden, Göttingen: 04.12. – 07.12.2024		720,- € Fortbildungspunkte der Ärztekammer werden erteilt. Präsenzkurse inkl. Seminarunterlagen und Mittagessen.
Dr. med. Katja Schaaf Schinkelstraße 43, 40211 Düsseldorf ☎ Tel.: 0178/4596146 info@drkatjaschaaf.de www.drkatjaschaaf.de	Blended-Termine Schwerpunkt Pädiatrie: 22.01.2025 (online) + 08.02. – 09.02.2025 28.05.2025 (online) + 14.06. – 15.06.2025 06.08.2025 (online) + 23.08. – 24.08.2025 22.10.2025 (online) + 08.11. – 09.11.2025	Elisabeth-Krankenhaus, Essen, Konferenzzentrum, Klara-Kopp-Weg 1 45138 Essen	750,- € zzgl. 19% MwSt.; inkl. Seminarunterlagen

Fortbildungspunkte werden in der Regel von der Ärztekammer erteilt.

➔ Fachpsycholog*in DDG

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



Weitere Informationen und Anmeldung unter: www.ddg.info/ddg-akademie



Die DDG Job- und Praxenbörse

Mehr Informationen zu jeder Anzeige und die aktuellsten Stellenangebote und -gesuche finden Sie auf der DDG Website. Scannen Sie dazu einfach den QR-Code.



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

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

STELLENANGEBOTE

ÄRZT*INNEN

Bad Nauheim, 04.09.2024

Ltd. Oberärzt*in (w/m/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: GZW Diabetes-Klinik Bad Nauheim gGmbH
- Adresse: Ludwigstraße 37–39, 61231 Bad Nauheim
- Ansprechpartner: Dr. med. Michael Eckhard, 06032/706-3224, bewerbung@gz-wetterau.de
- Website: www.diabetes-klinik-bn.de

Frankfurt, 02.09.2024

Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Diabetologische Schwerpunktpraxis
- Adresse: Düsseldorfer Straße 15–17, 60329 Frankfurt
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Angela Hönig, 0174/3307106, info@diabetespraxis-hoenig.de
- Website: www.diabetespraxis-hoenig.de

Goch, 25.08.2024

FA für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin mit abgeschlossener oder begonnener Ausbildung Diabetolog*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabeteszentrum DDG in Goch
- Adresse: Voßstraße 57, 47574 Goch
- Ansprechpartner: Dr. med. Roland Schmidt, 0170/3591453, diabcare.goch@t-online.de
- Website: www.diabetespraxis-goch.de

Burg, 14.08.2024

Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: MediClin Reha-Zentrum Spreewald GmbH & Co KG
- Adresse: Zur Spreewaldklinik 14, 03096 Burg
- Ansprechpartnerin: Jeannette Palm, 035603/63231, Jeannette.Palm@medicin.de
- Website: www.mediclin-karriere.de

GESUNDHEITSFACHKRÄFTE

München, 04.09.2024

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

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Internistische Gemeinschaftspraxis Waldtrudering
- Adresse: Wasserburger Landstraße 225, 81827 München
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Franziska Tegeler, 0170/7503464, kontakt@internisten-waldtrudering.de

Quedlinburg, 02.09.2024

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Gemeinschaftspraxis
- Adresse: Mauerstraße 11, 06484 Quedlinburg
- Ansprechpartner: Dipl. med. Mathias Büchner, 0163/4065173, praxis-sauer-buechner@t-online.de

Köln, 01.09.2024

Diabetesassistent*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.11.2024
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetologische Schwerpunktpraxis Anja Kleine-Erwig
- Adresse: Hardtstraße 40, 50939 Köln
- Ansprechpartnerin: Anja Kleine-Erwig, 0177/7219638, anja.kleine-erwig@gmx.de
- Website: www.diabetologie-klettenberg.de

Berlin, 29.08.2024

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.10.2024
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Sana Klinikum Lichtenberg
- Adresse: Fanningerstraße 32, 10365 Berlin
- Ansprechpartner: Dr. Sven Golembowski, sven.golembowski@sana.de

Hamburg, 29.08.2024

Diabetesassistent*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetes Zentrum Wandsbek
- Adresse: Wandsbeker Marktstraße 73, 22041 Hamburg
- Ansprechpartnerin: Regina Ohland, 040/24424980, r.ohland@hamburg-diabetes.de
- Website: www.hamburg-diabetes.de

Heppenheim, 28.08.2024

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabeteszentrum DDG Heppenheim
- Adresse: Wilhelmstraße 1, 64646 Heppenheim
- Ansprechpartner: Dr. med. Jens Braun, 0174/4267457, info@praxis-braun-siebein.de
- Website: www.praxis-braun-siebein.de

Köln, 27.08.2024

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetes Schwerpunktpraxis Köln Ost
- Adresse: Rolshover Straße 99, 51105 Köln
- Ansprechpartnerin: Stephanie Becher, 0221/93319011, s.becher@diabetes-praxis-koeln-ost.de
- Website: www.diabetes-praxis-koeln-ost.de

Hamburg, 27.08.2024

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetes Zentrum Wandsbek
- Adresse: Wandsbeker Marktstraße 73, 22041 Hamburg
- Ansprechpartnerin: Regina Ohland, 040/24424980, r.ohland@hamburg-diabetes.de
- Website: www.hamburg-diabetes.de

Hamburg, 25.08.2024

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: MVZ Diabeteszentrum Dr. med. Christian Marks
- Adresse: Manshardtstraße 113, im EKZ, 22119 Hamburg
- Ansprechpartnerin: Dorothea Styp, 0174/7066731, styp@diabeteszentrum-marks.de

NACHFOLGEGESUCHE

Merzig-Bessering, 30.08.2024

Diabetologie und Allgemeinmedizin

- Praxisbezeichnung: Diabetologische Schwerpunktpraxis und Praxis für Allgemeinmediziner*in (m/w/d)
- Adresse: Bezirkstraße 122, 66663 Merzig-Bessering
- Ansprechpartnerin: Gabi Heimes, 0172/8301968, info@heimes-diabetes.de
- Website: www.praxis-heimes.de

Goch, 25.08.2024

Innere Medizin (hausärztlich) oder Allgemeinmedizin – Diabetolog*in (m/w/d)

- Praxisbezeichnung: Diabeteszentrum DDG
- Adresse: Voßstraße 57, 47574 Goch
- Ansprechpartner: Dr. med. Roland Schmidt, 0170/3591453, diabcare.goch@t-online.de
- Website: www.diabetespraxis-goch.de

Neutraubling, 16.08.2024

Innere Medizin (fachärztlich) – Diabetolog*in DDG (m/w/d)

- Praxisbezeichnung: Diabetologische Schwerpunktpraxis – »Zuckerengerl«
- Adresse: Aussiger Straße 13, 93073 Neutraubling
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Ilka Martina Enger, 0170/3232354, ilka-enger@gmx.de
- Website: www.zuckerengerl.de



Mehr Jobs, mehr Auswahl, mehr berufliche Perspektiven

Sie möchten mehr zu den einzelnen Ausschreibungen erfahren? Einfach QR-Code scannen und direkten Zugang zur Jobbörse auf der DDG Website erhalten. Auch ohne Smartphone haben Sie über die DDG Website immer Zugriff auf unsere Angebote.

Direkt zu allen Nachfolgesuchen



STELLENANGEBOTE

Bonn, 22.08.2024

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis Dr. med. Stephan Kern
- Adresse: Baumschulallee 20A, 53115 Bonn
- Ansprechpartnerin: Kinga Wycisk, k.wycisk@praxisdrkern.de

Neutraubling, 22.08.2024

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Dr. med. Ilka M. Enger
- Adresse: Aussiger Straße 13, 93073 Neutraubling
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Ilka Martina Enger, 09401/9137455, info@zuckerengerl.de
- Website: www.zuckerengerl.de

Offenburg, 21.08.2024

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: befristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Ortenau Klinikum Offenburg-Kehl
- Adresse: Postfach 2440, 77654 Offenburg
- Ansprechpartner: Sekretariat Nephrologie, 0781472/2601, bewerbung@ortenau-klinikum.de
- Website: www.karriere-ortenau-klinikum.de

Direkt zu allen Stellenangeboten



Diabetes-Charity-Gala 2024

Am 17. Oktober trifft sich die Diabetes-Szene im Tipi am Kanzleramt

BERLIN. Glänzend aufgelegte Gäste, die Verleihung des Thomas-Fuchsberger-Preises und die beschwingte Moderation machen die Diabetes-Charity-Gala der Gesundheitsorganisation diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe jedes Jahr zu einer gelungenen Veranstaltung.

Bewegende Momente auf der Bühne, Musik, Poesie und auch der ernsthafte Hintergrund machen die Veranstaltung immer zu etwas ganz Besonderem. Höhepunkt der Gala wird

auch 2024 die Verleihung des Thomas-Fuchsberger-Preises (Foto) sein. Der Preis erinnert an den an Typ-1-Diabetes erkrankten Sohn von Fernsehlegende Blacky Fuchsberger, der 2010 infolge einer Unterzuckerung ums Leben gekommen ist. Der Preis wird an ehrenamtlich tätige Personen verliehen, die sich für die Aufklärung und praktische Hilfe im Umgang mit



Diabetes einsetzen. Seit 2022 stiftet die MedTriX Group den mit 10.000 Euro dotierten Preis.

Im Fokus der Gala stehen außerdem Spendenprojekte. 2024 wurden die Kampagne #SagEsLaut #SagEsSolidarisch (Abbau von Vorurteilen) und der FC Diabetes (Fußballverein für Kinder und Jugendliche mit Typ-1-Diabetes) als Projekte ausgesucht. *Red.*

Podcast »Medizin trifft Zahnmedizin«

Diabetes als wiederkehrendes Gesprächsthema

WIESBADEN. Den interdisziplinären Blick stärken, neue Erkenntnisse diskutieren und mehr Aufmerksamkeit für die Zusammenhänge zwischen Medizin und Zahnmedizin schaffen – das ist das Ziel von „Medizin trifft Zahnmedizin“, in dem auch der Diabetes Gesprächsthema ist.

Wie beeinflusst Ernährung die Mundgesundheit? Darüber sprechen der Diabetologe Professor Dr. ERHARD SIEGEL und der Zahnmediziner Professor Dr. JOHANN WÖLBER in

der siebten Folge des Podcasts „Medizin trifft Zahnmedizin“. Konkret geht es um die Auswirkungen von Zucker und Zuckersubstituten, um Fettsäuren und darum, wie eine personalisierte Ernährung helfen kann, Entzündungsprozesse zu reduzieren.

Um Diabetes geht es auch in der Extra-Folge „Warum Parodontitis uns krank machen kann“ und in der Folge „Lebensstil

und (Mund-)Gesundheit: Verhaltensänderungen für bessere Mund- und Allgemeingesundheit“ und in der Folge „Warum Gesundheit im Mund beginnt“ mit dem Diabetologen Professor Dr. THOMAS EBERT und dem Zahnmediziner Dr. GERHARD SCHMALZ.

„MEDIZIN trifft Zahnmedizin“ erscheint monatlich auf den gängigen Podcast-Plattformen.



NEU

Ihr Technologie-Update für den **Diabetologie-Durchblick** im Podcast für Expert:innen



Prof. Lutz Heinemann





Prof. Bernd Kulzer

NEUE
RUBRIK
„TEC-UPDATE“!

Das Wichtigste zu Diabetes-technologie & Digitalisierung in spannenden Spezialfolgen mit Prof. Lutz Heinemann und Prof. Bernd Kulzer:

Gemeinsam sprechen sie über die neuesten AID-Systeme und smarte Messgeräte, aber auch über innovative Start-ups und Aktuelles aus der Entwickler-szene.



Jetzt Reinhören
und abonnieren!

qr.medical-tribune.de/o-ton-diabetologie



BUNTES



„Wir schwärmen für die Diabetologie, weil der Fachbereich so individuell ist und wir jeden Tag neue Herausforderungen erleben und meistern dürfen.“

Dilek Gunes, Berlin, Diabetesberaterin & Torsten Edinger, Berlin, Diabetesberater

60 Jahre DDG, 60 Jahre Engagement

Darum schwärmen Menschen für die Diabetologie



„Ich schwärme für die Diabetologie, weil man sowohl über eine gute Ernährungs- und Bewegungsberatung als auch durch eine optimale medikamentöse Therapie viele mögliche Folgeerkrankungen verzögern oder sogar verhindern kann.“

Dr. med. Isabell Rasel, Birstein, Diabetologin



„Ich schwärme für die Diabetologie, weil sie super wichtig ist, da viele Menschen betroffen sind, und weil durch eine gute Behandlung und Unterstützung viel Leid verhindert wird und viel Gutes bewirkt werden kann.“

Elisabeth Kitzinger, Nürnberg, Diabetologin DDG & Internistin

Herzlichen Glückwunsch – und auf eine weitere gute Zusammenarbeit!



„Diabetes mellitus und Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehen oft miteinander einher. Daher ist es wichtig, dass die medizinischen Fachgesellschaften sich austauschen und zusammenarbeiten. Glücklicherweise gelingt das der DDG und der DGK sehr gut. Wir freuen uns, unserer Schwestergesellschaft herzliche Glückwünsche zum 60-jährigen Bestehen senden zu können! Auf viele weitere erfolgreiche Jahre und eine gute Zusammenarbeit.“

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung

„60 Jahre – 60 Gesichter“: die große Jubiläumsaktion zu 60 Jahren DDG

So vielfältig wie die Diabetologie sind auch die Menschen, die in diesem Fachgebiet tätig sind. Sie bekommen hier eine Bühne – und erzählen, warum sie für die Diabetologie schwärmen.

Immer montags um 10 Uhr wird mindestens ein neues DDG Gesicht enthüllt – auf ddg.info (QR-Code), Instagram und Facebook.



+++ Die nächste Ausgabe der diabeteszeitung erscheint am 15. November +++