diabetes zeitung

Herausgegeben von der
Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)

9. Jahrgang · Nr. 5 · 7820 · 29. Mai 2024

Fotos: rad Pict – stock.adobe.com, 12ee12 – stock.adobe.com, david – stock.adobe.com, yuoak/gettyimages, Dr_Microbe – stock.adobe.com

Gemeinsam etwas bewegen

Zur Europawahl im Juni: Diabetes-Manifest

BRÜSSEL/BERLIN. Mit einem Diabetes-Gemeinschaftsmanifest wendet sich vor der Europawahl ein breites Bündnis von Diabetes-Organisationen an das Europäische Parlament. Mit dabei: das Europäische Diabetes Forum (EUDF), das auch von DDG und DZD unterstützt wird. Eines der Ziele der gemeinsamen Aktion: Das Parlament soll eine wirksamere Diabetespolitik auf den Weg bringen, passend dazu gibt es 15 konkrete Politikempfehlungen. Zudem haben sich DDG und DZD an Manfred Weber gewandt, den Fraktionsvorsitzenden der EVP, um auf den Zusammenhang zwischen Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufmerksam zu machen. **6**

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

Neue Rubrik: „DDG macht Politik“

BERLIN. Sie möchten sich schnell über die vielfältigen politischen Initiativen der Deutschen Diabetes Gesellschaft informieren? Kein Problem mit der neuen Rubrik in der diabetes zeitung: „DDG macht Politik“. Die unter diesem Titel zusammengefassten Meldungen finden Sie von nun an auf den ersten Seiten Ihrer diabetes zeitung. **5**

»Heizungsgesetz der Medizin«

Viel Kritik an den Plänen zur Krankenhausreform beim DDG Kongress

BERLIN. Wie werden sich die geplanten komplizierten Regelungen zur Krankenhausreform auf die Versorgung der Menschen mit Diabetes auswirken? Der Freiburger Medizinethiker Professor Dr. Giovanni Maio klingt pessimistisch: Jetzige Strukturen sollen durch neue ersetzt werden, von denen man nicht weiß, ob sie funktionieren. Die Ökonomisierung der Medizin werde nicht verschwinden, sondern durch andere Anreize getriggert werden. An eine Entbürokratisierung glaubt niemand mehr. Für die Bevölkerung auf dem Land könnte die Versorgung gegenüber heute sogar schlechter werden. Aber: Noch ist es nicht zu spät für Verbesserungen an der von Gesundheitsminister Professor Dr. Karl Lauterbach angekündigten Revolution. An Vorschlägen und Forderungen der fachkundigen Organisationen mangelt es jedenfalls nicht. Das Symposium zur Reform auf dem DDG Kongress bot die Gelegenheit zur kritischen Aussprache über „das Heizungsgesetz der Medizin”. **4**

Sichere Fitness mit Gütesiegel

HILLE. Die AG Diabetes, Sport & Bewegung der DDG hat u. a. zusammen mit diabetesDE ein Gütesiegel entwickelt, das Menschen mit Diabetes ein sicheres Training in Fitnessstudios ermöglichen soll. Im Interview erklärt Dr. Meinolf Behrens, welche Voraussetzungen Studios erfüllen müssen, um das Siegel „Fit mit Diabetes“ führen zu dürfen. **17**

MedTriX Group

Quo vadis, Versorgungsqualität?

Mit großer Sorge wurde die Ankündigung der Schließung des ÄZQ aufgenommen

BERLIN. Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) wird zum Jahresende aufgelöst – die KBV hat dem Bundesgesundheitsministerium mitgeteilt, dass sie ihre Beteiligung am ÄZQ im Rahmen der Auflösung beenden wird. Eine wichtige Aufgabe des ÄZQ ist die Arbeit an Nationalen VersorgungsLeitlinien. „Das Aus für die Erstellung und Aktualisierung der NVL wäre ein erheblicher Rückschlag für die Patientensicherheit und die Versorgungsqualität in Deutschland”, so Prof. Dr. Monika Kellerer, DDG Leitlinienkoordinatorin. Derzeit gibt es nur Vermutungen, ob und von welcher Institution die Aufgaben des ÄZQ übernommen werden. **5**

Abschied von starren Werten

MAINZ. Diabetes geht häufig mit endokrinologischen Fragestellungen einher. Bei den Grenzwerten für die Beurteilung der Schilddrüsenfunktion tut sich jetzt etwas – man setzt auf eine deutlich individuellere Einschätzung von Risiken. Auch die neuen Leitlinien zur Bewertung des Osteoporoserisikos spiegeln diesen Trend. Kern der Osteoporose-Leitlinien ist ein Risikomodell, das auf einem deutschen Referenzkollektiv basiert. **14**

Seite 8 Experiment gewagt. Und gewonnen

FRANKFURT. Rege diskutiert und sich ausgetauscht wurde beim ersten Barcamp des VDBD. Das Motto: „Marktwert – Mehrwert – Geldwert: Was bin ich als Diabetesfachkraft?”

Seite 11 Regularien bieten gutes Versteck

FLORENZ. Offene Schnittstellen? Gibt es kaum bei Diabetes-Technologie. Beim ATTD wurde Interoperabilität gefordert; Hersteller sollen sich nicht länger hinter Regularien verstecken.

Seite 24 Schutzschild für die Betazellen

MELBOURNE. Menschen mit Typ-1-Diabetes könnten vom Januskinasehemmer Baricitinib profitiren. Sogar von einem Paradigmenwechsel hin zur Krankheitsmodifikation ist die Rede.

Adressfeld

INHALT

News & Fakten
Symposium „Krankenhausreform und Krankenhaustransparenzgesetz – Chancen und Risiken"; Ende des ÄZQ: Wie geht es weiter?; Gesundheitspolitische Meldungen „DDG macht Politik"; Diabetes-Gemeinschaftsmanifest zur Europawahl; DMP Adipositas; VDBD Barcamp; DANK-Einschätzung zu den Empfehlungen des Bürgerrats Ernährung; 60 Jahre DDG; Neues aus der Diabetesforschung 4–10

Kongress aktuell
ATTD: Interoperabilität in der Diabetestechnologie; Diabetes Kongress: Stimmen vom Kongress, Kongress-Pressekonferenz; Diabetes Update: Schilddrüsenfunktion und Knochengesundheit; Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie 11–14

Das Interview
„Noch ist das Thema Diabetes nicht in den Fitnessstudios angekommen": Dr. Meinolf Behrens zum neuen Gütesiegel „Fit mit Diabetes" 17

Im Blickpunkt
Kolumne: „Einfacher mit nur einem Klick?"; Serie KI: Miteinander sprechen – nicht nur Daten auswerten; Nachruf auf Professor Dr. Karlheinz Bauch; dia·link – Forschungsplattform für alle; Heisenberg-Professur für DIfE-Forscher; Steckbrief: Deutsche Gesellschaft für pädiatrische und adoleszente Endokrinologie und Diabetologie 18, 20, 25, 26

Medizin & Markt
Berichte aus der Industrie 22–23

Forum Literatur
Januskinasehemmer bei Typ-1-Diabetes; Wissensstand zu Diabetes in der Schule; Warum triggert Diabetes die Herzinsuffizienz? 24, 26

Kurznachrichten
Neu oder rezertifizierte Arztpraxen und Kliniken; neue Fachpsychologin DDG; Zertifizierung von Fußbehandlungseinrichtungen; AG Diabetes & Auge: Diabetolog*innen gesucht 27

Weiterbildung & Qualifikation
Diabetesberater*in DDG; Diabetesassistent*in DDG; Train-the-Trainer-Seminar: „Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG"; Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG; Diabetespflegefachkraft DDG (Langzeit und Klinik); Fuß- und Wundassistent*in DDG; Adipositasberater*in DAG-DDG; Seminare Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung 28–29

Job- & Praxenbörse
Stellenangebote und Stellengesuche 30–31

Buntes 32

»Jetzt den Einsatz für 32 Millionen Menschen in der EU verstärken«

Diabetes-Gemeinschaftsmanifest zur Europawahl

Liebe Leserinnen und Leser,

neue Perspektiven entdecken, diskutieren, neue Verbindungen knüpfen und alte Bande stärken – ich hoffe, dazu hatten Sie beim Diabetes Kongress reichlich Gelegenheit. Damit ein solch großer Kongress gelingt, braucht es die Mithilfe vieler Menschen. Mein Dank geht stellvertretend für alle an den Kongresspräsidenten Herrn Professor Dr. Baptist Gallwitz, an die Co-Kongresspräsidentin Frau Professor Dr. Cora Weigert und an Frau Lisa Lellinger und Frau Sabrina Vité aus der DDG Geschäftsstelle.

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

»Symposium zur Krankenhausreform: Zweifel am Erreichen der Ziele«

Über den Diabetes Kongress wird noch eingehend berichtet. Ein ausführlicher Artikel über das besonders wichtige Symposium „Krankenhausreform und Krankenhaustransparenzgesetz – Chancen und Risiken" hat es noch in diese Ausgabe geschafft. Die DDG bringt sich aktiv in die Diskussion ein und fordert eine kompetente und leitliniengerechte Versorgung. Besonders beeindruckend war der Beitrag von Medizinethiker Professor Dr. Giovanni Maio, in dem es u. a. um die Notwendigkeit einer Sprechenden Medizin und eine Sorgekultur ging, die den reinen Reparaturgedanken der aktuellen Krankenhausreform ersetzen oder zumindest ergänzen sollte. Mehr über Prof. Maios Position lesen Sie auf Seite 3.

»Unabhängige Instanz als Ersatz für das ÄZQ«

Sehr überraschend kam die Nachricht, dass das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) geschlossen wird. Das Zentrum spielte bis jetzt eine wichtige Rolle, z. B. bei der Erstellung und Aktualisierung von Nationalen VersorgungsLeitlinien und der evidenzbasierten Patientenaufklärung. Warum die DDG als ÄZQ-Ersatz unbedingt eine unabhängige Instanz fordert, steht auf Seite 5.

»Diabetes-Gemeinschaftsmanifest«

Die Europawahl am 9. Juni kommt mit großen Schritten näher und bietet eine gute Gelegenheit, auf die Bedürfnisse der Diabetologie aufmerksam zu machen: Europäische Organisationen haben sich mit einem Diabetes-Gemeinschaftsmanifest an das EU-Parlament gewandt. DDG und DZD haben zudem mit anderen Organisationen an Manfred Weber (Fraktionsvorsitzender Europäische Volkspartei) einen offen Brief geschrieben. Was darin gefordert wird, erfahren Sie auf Seite 6.

»DDG Gütesiegel für ein sicheres Training im Studio«

„Unser Eindruck ist, dass in den Fitnessstudios das Thema Diabetes noch nicht angekommen ist", sagt Dr. Meinolf Behrens von der DDG AG Diabetes, Sport & Bewegung. Das soll sich durch das neue Gütesiegel „Fit mit Diabetes" ändern. Was genau hinter dem Siegel steckt, erklärt Dr. Behrens auf Seite 17.

Aufmerksam machen möchte ich Sie noch auf ein Video zur Geschichte der DDG, das anlässlich des 60. Geburtstages der DDG entstanden ist – den QR-Code finden Sie auf Seite 9.

Ganz herzlich Ihr

Prof. Dr. Andreas Fritsche

diabeteszeitung

© 2024, MedTriX GmbH
Alleiniger Gesellschafter: Süddeutscher Verlag Hüthig Fachinformationen GmbH, München

Verlag: MedTriX GmbH

Anschrift:
Unter den Eichen 5, 65195 Wiesbaden
Telefon: 0611 9746-0,
Telefax Redaktion: 0611 9746 480-303
E-Mail: mtd-kontakt@medtrix.group
www.medtrix.group

CEO: Oliver Kramer

Geschäftsführung: Stephan Kröck, Markus Zobel

Gesamtredaktionsleitung Deutschland: Günter Nuber

Herausgeberschaft:
Deutsche Diabetes Gesellschaft e. V. (DDG),
Albrechtstr. 9, 10117 Berlin
Präsident: Prof. Dr. Andreas 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:
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 Erbguth (Neurologie), Prof. Dr. Stephan Herzig (Grundlagenforschung und Onkologie), Dr. Helmut Kleinwechter (Diabetes und Schwangerschaft), Prof. Dr. Bernhard Kulzer (Psychologie [Schulung]), Prof. Dr. Karin Lange (Psychologie [Fachpsychologie]), Dr. Holger Lawall (Angiologie), Prof. Dr. Nikolaus Marx (Kardiologie), Prof. Dr. Matthias Nauck (Labordiagnostik), Prof. Dr. Andreas Neu (Pädiatrie), Prof. Dr. Jürgen Ordemann (Bariatrische Chirurgie), Prof. Dr. Klaus Parhofer (Lipidologie), Prof. Dr. Christoph Wanner (Nephrologie)

Koordination in der DDG Geschäftsstelle: Franziska Fey

Produktionsleitung Deutschland: Ninette Grabinger
Teamleitung Layout: Andrea Schmuck
Layout: Ramona Achhammer, Christina Mähler, Beate Scholz, Mira Vetter

Objekt- und Medialeitung: Björn Lindenau

Verkauf: Josef Hakam, Lukas Koch, Christiane Schlenger

Anzeigen:
Alexandra Ulbrich, Telefon: 0611 9746-121,
Julia Paulus, Telefon: 0611 9746-123
Telefax: 0611 9746 480-112
E-Mail: mtd-anzeigen@medtrix.group
Anzeigen-Preisliste Nr. 9 vom 1.1.2024

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

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.

www.blauer-engel.de/uz195
Dieses Druckerzeugnis wurde mit dem Blauen Engel ausgezeichnet
QB5

Jetzt mehr erfahren auf
novo-wissen.de/insulinnovation

Insulin:
schlauer denn je,
einfach wie nie.

novo nordisk®

»Das ist das Heizungsgesetz der Medizin«

Kritische Stimmen der Diabetologie zur Krankenhausreform

BERLIN. Dass die Lauterbach'sche Krankenhausreform, falls sie in der Fassung des Referentenentwurfs bleibt, für Entökonomisierung und weniger Bürokratie sorgen wird, glaubte niemand der Vortragenden beim Symposium auf dem Diabetes Kongress. Auch bei der versprochenen Qualitätssicherung blieben Zweifel. Helfen könnte es, die Strukturreform zeitlich von der Umgestaltung der Finanzierung zu trennen.

Einschätzungen und Fakten zur Reform; am Pult Prof. Fritsche.

Oben: Antje Weichard (BVND), Dr. Karin Overlack (BVKD) und Dr. Gottlobe Fabisch (VDBD) hoffen noch auf Verbesserungen bei der Klinikreform (v.l.n.r.).

Diskussion mit den Vorsitzenden Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland und Prof. Dr. Julia Szendrödi sowie dem DDG Präsidenten Prof. Dr. Andreas Fritsche (v.l.n.r.).

Fotos: DDG/Dirk Deckbar

Eigentlich hätte zum Zeitpunkt des DDG Kongresses der Kabinettsentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) vorliegen sollen. Er kam aber erst eine Woche später, am 15. Mai. Dabei reißt die Kritik von Bundesländern, Krankenhausgesellschaft und Berufsgruppen nicht ab.

Auch der Medizinethiker Professor Dr. Giovanni Maio, Universität Freiburg, ließ beim Symposium kein gutes Haar an den Ideen des Ministeriums. Das Gesetz werde nicht erfüllen, was es verspreche. „Wir werden keine Verbesserung der Versorgung haben, sondern eine Verschlechterung." Die Entökonomisierung werde nicht eintreten. „Strukturen werden zerschlagen und neue aufgebaut, von denen wir nicht wissen, ob sie funktionieren werden."

Verstehens-, Beziehungs- und Begleitungsqualität verbessern

„Wir brauchen Strukturen, die den Heilberufen ermöglichen, das Notwendige zu tun, und ein System, das bezahlt, was gemacht wird, so Prof. Maio. Schon der „Reparatur"-Gedanke sei ein Missverständnis. In der Diabetologie gehe es darum, Menschen zum Mitwirken zu ermächtigen und zu motivieren, um Verbesserungen zu erreichen. Auf die Verstehens-, Beziehungs- und Begleitungsqualität komme es an – eben Sprechende Medizin. „Diabetologie hat die Aufgabe, Menschen zu begleiten." Maio sprach von einer „Sorgekultur". Um auf Menschen einzugehen, bedürfe es Zeit und Freiräume.

Der Arzt warnte vor der Zentralisierung der Krankenhäuser. Es fehlten Anreize für eine wohnortnahe Versorgung. Chronisch kranke Menschen in ländlichen Regionen würden wegen längerer Anfahrtswege Nachteile erleiden. „Das ist das Heizungsgesetz der Medizin", spielte Maio auf die komplizierten Regelungen an. Aber noch sei es für Änderungen nicht zu spät.

In ähnlichem Tenor äußerten sich weitere Reder*innen. So wies die Ärztin Dr. Karin Overlack, Geschäftsführerin des Herz- und Diabeteszentrums NRW und BVKD-Vize, darauf hin, dass das Vorhaltebudget kein zusätzliches Geld für spezielle Infrastruktur beinhalte, sondern aus den DRG stamme. „Was aktuell nicht im Budget ist, ist es künftig auch nicht", erklärte sie zur Finanzierung von Diabetesberater*innen, Ernährungsberatung, Podologie, Psychologie etc. Das Vorhaltebudget sei nichts anderes als ein leistungsgruppenindividueller Zu- bzw. Abschlag für Minder- bzw. Mehrleistungen. Steige das Leistungsniveau z. B. auf 110 % führe das zu einer um 3 % geringeren Vergütung als bisher. Sinke das Niveau auf 90 %, bleibe eine um 3,4 % höhere Vergütung als bisher.

Gibt es genug Ärzt*innen für die Leistungsgruppe Diabetologie?

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die von ihr beauftragte Vebeto GmbH plädieren dafür, die neuen BMG-Facharztvorgaben vorab einer Auswirkungsanalyse zu unterziehen. Dr. Overlack zitierte die Stellungnahme. Diese enthält das Beispiel der Leistungsgruppe Endokrinologie und Diabetologie: Die Qualitätskriterien aus dem Krankenhausplan NRW verlangen mindestens zwei Fachärzt*innen mit der Bezeichnung „Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie".

Diabetesberatung als Qualitätskriterium verankern

Von diesen gab es laut Ärztestatistik der Bundesärztekammer 2022 aber nur rund 160 im stationären Sektor. Demnach könnten maximal 80 Standorte diese Leistungsgruppe anbieten. Dr. Overlack riet, die von Prof. Lauterbach verknüpften Fäden zu entwirren: Zunächst die Strukturbereinigung – unter Beteiligung von Leuten, die sich damit auskennen. Und erst später eine Neuordnung der Klinikfinanzierung.

Mit gemeinsamer Stimme sprechen, um politisch mehr Schlagkraft zu haben. Das forderte auch die Geschäftsführerin des VDBD, Dr. Gottlobe Fabisch. Dem Verband ist bei der Klinikreform wichtig: Die Diabetesberatung muss als Qualitätskriterium für die Leistungsgruppe Endokrinologie/Diabetologie aufgenommen und in der sektorenübergreifenden Versorgung strukturell verankert werden. Die Diabetesberater*innen sind in Vorhaltepauschalen bzw. die Vergütung adäquat abzubilden. Die Versorgung von Menschen mit Diabetes sei Teamsport, doch im KHVVG fehle die multiprofessionelle Dimension.

Für die Diabetesschwerpunktpraxen ergeben sich mit der gewünschten sektorenübergreifenden Versorgung Chancen für Kooperationen, Honorarverträge und Anstellungen, zeigte die Magdeburger Diabetologin und BVND-Schatzmeisterin Antje Weichard auf. Allerdings bestehen auch Risiken – insbesondere aufgrund des geplanten Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes. Den Diabetolog*innen als fallführende „Hausärzt*innen" von komplex erkrankten Diabetespatient*innen" drohe mit der Entbudgetierung der hausärztlichen Vergütung der Verlust der Versicherten- und Chronikerpauschle sowie eine abgestaffelte Vorhaltefinanzierung. Das gefährde die DSP als Rückgrat der ambulanten diabetologischen Versorgung.

Bei der Personalbemessung die Lehre berücksichtigen

Sorgen um die diabetologische Weiterbildung macht sich Dr. Jonas Laaser, Assistenzarzt in Hamburg und Sprecher der AG Nachwuchs der DDG. Er forderte diabetologische Kompetetenz in jedem Krankenhaus. Es müsse flächendeckend die Möglichkeit bestehen, gute Diabetologie kennenzulernen. Die Lehre sei im Personalbemessungstool zu berücksichtigen, Assistenzärzt*innen seien mehr als Casemanager*innen. „Wir brauchen Zeit", unterstrich Dr. Laaser für die Ärzt*innen in Weiterbildung, „Zeit von Menschen, die uns Wissen vermitteln, und Zeit für die Patient*innen."

DDG Präsident Prof. Dr. Andreas Fritsche, Tübingen, gelang es, die vielen kritischen Worte zur Klinikreform, positiv zu deuten. Die DDG versuche, alle an der Diabetesversorgung Beteiligten einzubinden und das Gesagte politisch einzubringen. Prof. Maio habe ein Bild von der Medizin gemalt, „wie wir sie machen wollen". Das sei auch keine Utopie. Denn „wenn wir uns um die Patientinnen und Patienten kümmern, wird sich das auch finanziell positiv auswirken", zeigte er sich überzeugt.

Michael Reischmann

Diabetes Kongress 2024

Der DDG 3-Punkteplan zur Krankenhausreform

„Menschen mit Diabetes dürfen durch die Reformen nicht „unter die Räder kommen"', schreibt die DDG in ihren Forderungen zur Krankenhausreform. Zu ihrem 3-Punkteplan führt sie u. a. aus: „Die ‚Sprechende Medizin' muss endlich gegenüber Apparate-, Prozeduren- und Fallpauschalen-Medizin aufgewertet werden. Es ist an der Zeit, mehr Versorgung zu wagen, anstatt nur unkontrolliert Krankenhäuser zu schließen. Eine kompetente und leitliniengerechte Versorgung von Menschen mit Diabetes in der ambulanten und stationären Medizin muss angesichts von fast 9 Millionen Menschen mit Diabetes zwingend sichergestellt sein!"

Die drei DDG Forderungen lauten:

Sicherstellung strukturierter Diabetes-Erkennung und -Versorgung in allen Krankenhäusern!
Qualitätssicherung durch DDG zertifizierte Versorgungsstrukturen und gesicherte Fort- und Weiterbildung.

Schutz vulnerabler Gruppen!
Für Kinder und multimorbide ältere Menschen mit einem Diabetes sowie Menschen mit Typ-1-Diabetes und Menschen mit Diabetischem Fußsyndrom und anderen Folgeerkrankungen müssen multiprofessionelle Versorgungsstrukturen, zeitintensive Betreuung und Pflege gewährleistet sein.

Gesicherte Finanzierung von nachgewiesener Versorgungsqualität!
Krankenhäuser mit Diabetesbehandlungsstrukturen („Diabetes-Units") müssen finanzielle Zuschläge erhalten.

Fotos: Max Broszat – stock.adobe.com, ribkhan/gettyimages, pking4th/iStock

Ende des ÄZQ – quo vadis Versorgungsqualität?

DDG fordert eine rasche Lösung für zentrale qualitätssichernde Aufgaben in der Patientenversorgung

BERLIN. Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) wird zum Ende dieses Jahres aufgelöst. Die DDG hat diese überraschende Nachricht mit großer Sorge aufgenommen.

Die Daseinsberechtigung des ÄZQ ist in keiner Weise infrage zu stellen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer sowie der Bundesgesundheitsminister rütteln mit dieser Maßnahme an den Grundfesten der unabhängigen Qualitätssicherung des deutschen Gesundheitssystems", bewertet DDG Präsident Professor Dr. Andreas Fritsche die aktuelle Lage. Durch Erstellung und Aktualisierung von Nationalen VersorgungsLeitlinien (NVL), aber auch durch die Möglichkeiten evidenzbasierter Patientenaufklärung sei das ÄZQ unverzichtbar. „Solange noch nicht klar ist, wer diese wichtige Rolle übernehmen soll, müssen wir um die Versorgungsqualität der Patientinnen und Patienten bangen", so Prof. Fritsche.

Soll das BIPAM bisherige Aufgaben des ÄZQ übernehmen?

Auch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) ist von der Entwicklung überrascht und sieht ebenfalls eine große Gefahr für die Versorgungsqualität und die zukünftige Entwicklung einer unabhängigen evidenzbasierten Leitlinienerstellung, an der sich am Beispiel NVL Typ-2-Diabetes 34 Fachgesellschaften, Verbände und Patientenorganisationen beteiligen.
Vermutet wird, dass einige der Aufgaben des ÄZQ, wie die Neu- und Weiterentwicklung der NVL, das von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach neu geplante Bundesinstitut für „Prävention und Aufklärung in der Medizin" (BIPAM) oder ein anderes dem Robert Koch-Institut unterstelltes Organ übernehmen soll. „Einer staatlich gelenkten Institution fehlt jedoch die politische Unabhängigkeit, die sie haben muss, um wissenschaftliche, evidenzbasierte und nicht eminenzbasierte Entscheidungshilfen auszusprechen", gibt Fritsche zu bedenken.
Das ÄZQ ist eine gemeinsame Einrichtung (GbR) von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung und damit politisch unabhängig. Die Mitarbeiter*innen des ÄZQ, die seit vielen Jahren das NVL-Programm methodisch-wissenschaftlich extrem professionell begleiten und koordinieren, werden durch Auflösung des ÄZQ der weiteren Arbeit an evidenzbasierten VersorgungsLeitlinien verloren gehen und seien nur schwer zu ersetzen.
Diese strukturellen und personellen Voraussetzungen müsse auch ein neues Institut aufweisen. „Wenn die Nationalen VersorgungsLeitlinien unter der Ägide des Bundesgesundheitsministeriums entwickelt werden sollen, wäre dies eine Verstaatlichung der Medizin, was deren wissenschaftliche Unabhängigkeit konterkariert", befürchtet Prof. Fritsche. Auch eine einseitige Auslagerung an die KBV, was ebenfalls im Raum stehe, sei nicht zielführend und könne einen erheblichen ökonomisch fokussierten Interessenkonflikt zwischen Ärzteschaft und Kassen hervorrufen.
Fragt man beim BMG bezüglich des ÄZQ nach, erhält man vom Ministerium in schriftlicher Form folgende Antwort: „Hier prüft das BMG grundsätzlich im Rahmen seiner Aufsichtspflichten bei Beteiligungen der Selbstverwaltungskörperschaften an Einrichtungen lediglich, ob die Körperschaften sich insoweit im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenerfüllung bewegen und die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit einhalten. Die KBV hat dem BMG am 11. April 2024 schriftlich mitgeteilt, dass sie ihre Beteiligung am Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) zum 31. Dezember 2024 im Rahmen der Auflösung der Gesellschaft beenden wird."

> »Für die Diabetologie wäre das verheerend«

DDG fordert eine unabhängige Instanz als Ersatz für das ÄZQ

Die DDG fordert, schnellstmöglich eine unabhängige Instanz zu schaffen, die den bisherigen Zielen des ÄZQ gerecht wird. „Das Aus für die Erstellung und Aktualisierung der NVL wäre ein erheblicher Rückschlag für die Patientensicherheit und die Versorgungsqualität in Deutschland", so Professor Dr. Monika Kellerer, Leitlinienkoordinatorin der DDG. Professor Dr. Rüdiger Landgraf, der seit Beginn des NVL-Programms maßgeblich an der Entwicklung und Implementierung der NVL Diabetes beteiligt war, ergänzt: „Gesprochen für die Diabetologie wäre das verheerend und würde die jahrzehntelange Arbeit der DDG, evidenzbasierte Medizin an die Menschen zu bringen, zunichtemachen." *DDG/dz*

Pressemitteilung der DDG

Kurz zusammengefasst – Fakten zum ÄZQ und zur Schließung des Instituts

- Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) ist ein wissenschaftliches Institut, gemeinsam getragen von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung. Das Institut soll nach Verlautbarung von BÄK und KBV zum 31. Dezember 2024 aufgelöst werden.
- Ohne die Arbeit des ÄZQ drohe eine Verschlechterung der Patientensicherheit und der Versorgungsqualität, so die DDG. Denn eine wichtige Aufgabe des ÄZQ sei es, die Versorgungsqualität und das Versorgungsmanagement im Gesundheitswesen zu überwachen und zu unterstützen – und ganz konkret Nationale VersorgungsLeitlinien wie die für Typ-2-Diabetes zu erstellen.
- Die DDG fordert daher, die Aufgaben des ÄZQ rasch an eine kompetente Stelle zu geben, die nicht staatlich gelenkt werden dürfe, sondern politisch unabhängig agieren müsse.

Das ÄZQ wird aufgelöst. Welcher Weg wird nun eingeschlagen?

Foto: Aan – stock.adobe.com

DDG macht Politik

Akkreditierung von DMP-Schulungen: Herr Minister, bitte Bürokratie abbauen!

Obwohl evaluierte Schulungsprogramme für technische und digitale Anwendungen wie die kontinuierliche Glukosemessung vorliegen, findet keine Akkreditierung durch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) statt. Denn die Krankenkassenverbände stoßen diese nicht an. Anscheinend halten sie die EBM-Ziffer „Beratung zu Selbstanwendung des rtCGM-Gerätes in der Regelversorgung durch den Arzt" für ausreichend. Die DDG hat den Bundesgesundheitsminister deswegen zweimal angeschrieben und auf die Inhalte und Bedeutung einer Schulung für eine erfolgreiche CGM-Anwendung hingewiesen. Eine Antwort blieb aus.
Bis ein DMP-Schulungs- und Behandlungsprogramm in die Versorgung kommt, vergehen im Schnitt etwa sieben Jahre. Zum Bürokratieabbau schlägt die DDG vor, es Fachgesellschaften, Schulungsentwicklern oder Krankenkassen zu ermöglichen, ein Programm direkt beim BAS zur Prüfung einreichen zu können. Nach der Zertifizierung sollte dieses automatisch in allen KV-Bezirken in den DMP umgesetzt werden.

Foto: NAMPIX – stock.adobe.com

Sicherheit bei der Verordnung von GLP1-Analoga

Zur „evidenzbasierten und wirtschaftlichen Verordnung von GLP1- und GLP1/GIP-Rezeptor-Agonisten bei Typ-2-Diabetes" haben DDG und BVND ein Statement verfasst. Der Verordnungsausschluss für Lifestyle-Mittel (Indikation Gewichtsabnahme) ist bekannt. Doch auch bei Typ-2-Diabetes sind die Rahmenbedingungen im Auge zu behalten, z. B. regionale Prüfvereinbarungen von KV und Kassen mit Zielwert- oder Quotenvorgaben. Um für eine Einzelfallprüfung gewappnet zu sein, sollten Ärzt*innen den Leitlinienempfehlungen folgen und stets dokumentieren, aus welchen medizinischen Gründen eine teurere Therapie den Vorzug vor preiswerteren Alternativen erhielt. Auch bei der Verordnung von Spritzen gilt es, einen Regress zu vermeiden. Wie das geht, steht hier:

Empfehlungen zu delegierbaren Leistungen werden aktualisiert

Die von VDBD, BVND, BVDK und DDG erstellten Rahmenempfehlungen zu ärztlich delegierbaren Leistungen an die Berufsgruppe der Diabetesberater*innen DDG datieren vom 1.9.2020. Erstmalig definieren DDG und die beteiligten Verbände darin gemeinsam den empfohlenen Handlungsrahmen für individuell zu definierende Aufgaben von nichtärztlichen Assistenzberufen in der Diabetologie. Festgehalten wurden darin Themenbereiche, ärztliche delegierbare Tätigkeiten und Hinweise zur Kompetenzüberprüfung.
Derzeit werden die Rahmenempfehlungen überarbeitet.

Foto: DDG

Novelle des Tierschutzgesetzes: Forschung ist auf Tierexperimente angewiesen

Das BMEL hat einen Referentenentwurf zur Änderung des Tierschutzgesetzes und des Tiererzeugnisse-Handels-Verbotsgesetzes vorgelegt. Im Rahmen der Verbändeanhörung haben sich die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie, die DDG und das Deutsche Zentrum für Diabetesforschung dazu kritisch geäußert: Von der Novelle seien erhebliche negative Auswirkungen auf die biomedizinische Forschung zu erwarten. Bevor verschärfende Regelungen verabschiedet werden, die für die wissenschaftlich Tätigen ein hohes persönliches Risiko darstellten, sollte im Wissenschaftsbereich Rechtssicherheit bezüglich des Tötens von Tieren „ohne vernünftigen Grund" geschaffen werden. Die Beschränkung von „Qualzuchten" dürfe nicht die notwendige Zucht von transgenen Tieren für die Erforschung von endokrinologischen und Stoffwechselkrankheiten einschränken. Die Darstellung von Tieren gegenüber Fachpublikum sollte im Sinne der Forschungs- und Lehrfreiheit erlaubt bleiben.

diabeteszeitung • 9. Jahrgang • Nr. 5 • 29. Mai 2024

Foto: Vladimirs Koskins – stock.adobe.com

EU-Parlament soll Rahmenwerk für nationale Diabetespläne schaffen!

Europäische Organisationen verabschieden Diabetes-Gemeinschaftsmanifest zur Europawahl 2024

BRÜSSEL/BERLIN. „Schaffen Sie auf europäischer Ebene einen starken politischen Handlungsrahmen für nationale Diabetes-Aktionspläne!" Mit diesem Appell wenden sich europäische Organisationen an das EU-Parlament. Die Forderung ist Teil des Diabetes-Gemeinschaftsmanifests zur anstehenden Europawahl.

Früherkennung, gerechte Versorgung, Selbsthilfe stärken, Wissenschaft und Technik nutzen: Mit diesen vier Hauptforderungen sind die Organisationen des Europäischen Diabetes-Forums (EUDF) wie die International Diabetes Federation (IDF) und die European Association for the Study of Diabetes (EASD) an das Europäische Parlament herangetreten. Ihr Gemeinschaftsmanifest soll helfen, die Diabetesversorgung in Europa zu verbessern. Der Zeitpunkt ist günstig: Die Europawahlen stehen an, die Agenda der EU wird gerade neu erarbeitet.

DDG und DZD wenden sich an Europa-Abgeordneten Weber

„Bitte setzen Sie sich für 32 Millionen Menschen mit Diabetes in der EU ein!" Mit diesen Worten haben sich die DDG und das Deutsche Zentrum für Diabetesforschung (DZD) – beide gehören dem Bündnis aus zahlreichen europäischen Mitgliedsorganisationen und Unterstützenden ebenfalls an – in einem offenen Brief an Manfred Weber gewandt, den Fraktionsvorsitzenden der Europäischen Volkspartei im Europäischen Parlament in Brüssel.

Bis 2030 soll die Zahl der Menschen mit Diabetes in der EU bei knapp 33 Millionen liegen. Damit würden jährlich weit mehr als 700.000 Menschen an Diabetes und seinen Folgekomplikationen in Europa sterben und die diabetesbedingten Kosten weiter in die Höhe klettern. 2021 beliefen sich diese bereits auf 104 Milliarden Euro. Deutschland liegt mit circa 39 Milliarden Euro auf dem vierten Platz der Länder mit den höchsten Gesundheitsausgaben für Diabetes.

Diabetes: Treiber für Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Mit dem Manifest spricht sich das EUDF auch für einen umfassenden europäischen Gesundheitsplan für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes aus. „Wir Mitgliedsstaaten der EU brauchen dringend einen solchen Plan als Grundlage für nationale Diabetespläne", fordern DDG und DZD in dem Brief an den Europa-Abgeordneten Weber. Diabetes gilt auch als ein Treiber für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die wiederum die häufigste Todesursache in Deutschland sind. Bis zu drei Viertel der Menschen mit Diabetes sterben an Myokardinfarkten und Schlaganfällen. Das Risiko von Menschen mit Typ-1- oder Typ-2-Diabetes für kardiovaskuläre Erkrankungen ist zwei- bis vierfach erhöht, bei Frauen sogar bis zu sechsfach.

Die hohe Sterblichkeit durch kardiovaskuläre Komplikationen von Menschen mit oder ohne Diabetes hat die deutsche Politik erkannt und im zurückliegenden Jahr eine Herz-Kreislauf-Strategie mit Fokus auf Prävention und Früherkennung vorgelegt (wir berichteten).

Es sei „höchste Zeit, die richtigen politischen Maßnahmen umzusetzen, um Vorbeugung, Früherkennung und Behandlung zu verbessern", fordern die Organisationen des Gemeinschaftsmanifests. Bei der Früherkennung seien effektive Diabetes-Reihenuntersuchungsprogramme nötig. Dabei sollten auch mögliche Probleme eines ungleichen Zugangs zum Diagnosesystem in den jeweiligen Ländern angegangen und Risikogruppen und gefährdete Gruppen gezielt aufgeklärt werden, so die EUDF.

Eine gerechte hochwertige Versorgung in allen EU-Mitgliedstaaten will man durch einen gerechten und für alle erschwinglichen Zugang zu erforderlichen Medikamenten, medizinischen Bedarfsartikeln, Geräten und digitalen Technologien wie Blutzuckermessgeräten und Insulinpumpen erreichen. Hier sollen integrierte Versorgungspfade für Menschen mit Diabetes dafür sorgen, dass auf Basis ihrer individuellen Lebenssituation und der neuesten Leitlinien rechtzeitig Zugang zu den entsprechenden Behandlungsoptionen möglich ist.

Partizipative Entscheidungsfindung fördern

Auch das Schulungsangebot soll verbessert werden. Die Selbsthilfe wollen die beteiligten Organisationen stärken, indem sie die partizipative Entscheidungsfindung von Menschen mit Diabetes in der Kommunikation mit den Behandelnden unterstützen. „Menschen mit Diabetes gehören ins Zentrum aller sie betreffenden Forschungs-, Regulierungs-, Politik- und Evaluationsprozesse", heißt es in dem Gemeinschaftsmanifest.

Um Wissenschaft und Technik besser zu nutzen, sollten die politischen Entscheidungsträger die Digitalisierung des Gesundheitssystems vor allem im Interesse der Betroffenen vorantreiben. Konkret geht es um einen beschleunigten Zugang zur Medizintechnik, zu eigenständigen digitalen Lösungen (wie Apps und KI) sowie um digitale Dienstleistungen. Gestärkt werden müsse auch die Diabetesforschung über die EU-Forschungsprogramme, die mit ausreichenden Mitteln ausgestattet werden sollten, heißt es in dem Papier.

Besonders in den letzten Jahren hat die europäische Politik dem Diabetes mehr Aufmerksamkeit geschenkt. 2022 – 100 Jahre nach der Entdeckung des Insulins und 33 Jahre, nachdem die Erklärung von St. Vincent konkrete Ziele für die Diabetesprävention und -behandlung formulierte – hat das Europäische Parlament eine historische Resolution zur Diabetesprävention, zum Diabetesmanagement und zu einer verbesserten Diabetesbehandlung verabschiedet. In dieser Resolution ruft das EU-Parlament die 27 Mitgliedstaaten zur Erarbeitung nationaler Diabetes-Aktionspläne auf.

Die EU sollte diese Dynamik jetzt nutzen und ein unterstützendes Rahmenwerk für Europa entwerfen, auf dessen Basis jeder Staat seinen Diabetesplan entwickeln kann, so das Bündnis. *Angela Monecke*

> »Gerechter Zugang zur Behandlung für alle gefordert«

> »Wir brauchen einen europäischen Gesundheitsplan«

Die Nationale Herz-Kreislauf-Strategie des BMG

Die Strategie des Bundesgesundheitsministeriums will Früherkennung und Versorgung in Angriff nehmen. Vier Handlungsfelder stehen im Fokus:

- Verbesserung der Früherkennung bei Kindern und Jugendlichen
- Verbesserung der Früherkennung bei Erwachsenen
- Stärkung von Disease-Management-Programmen
- Reduzierung des Nikotinkonsums

Die Initiative fachlich begleiten soll das neue Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM), das bis 2025 aufgebaut werden soll.

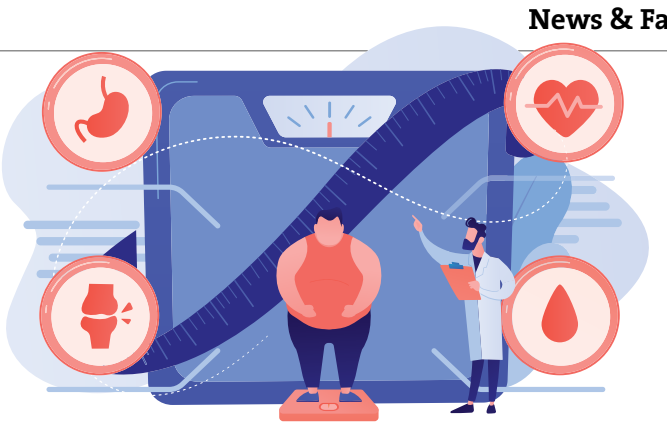
Europäisches Manifest und das Versprechen der Diabetes-Community

Das Diabetes-Gemeinschaftsmanifest wurde im Vorfeld der anstehenden Europawahlen, die vom 6. bis 9. Juni 2024 stattfinden, von einem breiten Bündnis aus Organisationen des Europäischen Diabetes-Forums (EUDF) erarbeitet. Das Manifest enthält 15 konkrete Politikempfehlungen an die Europäische Union und ihre Mitgliedstaaten, deren Umsetzung das Leben von Menschen mit Diabetes sowie von Risikogruppen verbessern soll. Mit Blick auf die nächste Legislaturperiode richtet sich der Appell an die politischen Entscheidungsträger. Sie sollen den Ernst der Lage beim Diabetes erkennen und auf allen Regierungsebenen – auf europäischer, nationaler oder regionaler Ebene – die geforderten Maßnahmen umsetzen. Unterstützend können Interessierte der Diabetes-Community auch ein Versprechen zur Europawahl abgeben („Diabetes Community Pledge").

Diabetes Community Pledge auf eudf.org.

Der Volkskrankheit Adipositas zu Leibe rücken

Neue DMP-Richtlinie tritt im Juli in Kraft



Adipöse Menschen können sich künftig in ein eigenes DMP einschreiben.

Foto: Visual Generation – stock.adobe.com

BERLIN. Typ-2-Diabetes ist die Erkrankung, Adipositas oftmals ihr Treiber. Die Einführung eines Disease-Management-Programms (DMP) Adipositas hat das BMG im April freigegeben. Die entsprechende Richtlinie tritt im Juli in Kraft. DDG und Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) begrüßen diesen neuen Ansatz zur Diabetesprävention.

Etwa jeder vierte Mensch in Deutschland ist zu dick und die Zahl der Übergewichtigen nimmt weiter zu. Dem soll das DMP Adipositas entgegenwirken. Einschreiben können sich Erwachsene, die einen Body-Mass-Index (BMI) zwischen 30 und 35 und mindestens eine Begleiterkrankung mitbringen – etwa Hochdruck oder Typ-2-Diabetes. Bei Menschen mit einem BMI von 35 oder mehr muss keine Begleiterkrankung zur Teilnahme vorliegen.

DMP Adipositas bringt Diabetesprävention voran

Mit dem DMP ließen sich erhöhtes Körpergewicht und Risiken für Folgekomplikationen wie Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen adipöser Menschen endlich verringern, so Professor Dr. Jens Aberle, Präsident der DAG und Leiter der Kommission „Adipositas & bariatrische Chirurgie“ der DDG. Dies sei ein „guter erster, längst überfälliger Schritt“, um der Volkskrankheit Adipositas zu Leibe zu rücken.

Als „Schlüssel zu einer effektiven Prävention“ sieht auch Professor Dr. Dirk Müller-Wieland, Vorsitzender des DDG Ausschusses „Qualitätssicherung, Schulung & Weiterbildung“, das neue DMP Adipositas. Denn das Programm greife schon bei Prädiabetes oder arterieller Hypertonie. Es bestehe zudem „keine Konkurrenz zum DMP Diabetes Typ 2“, wie befürchtet. „Es ist ein zusätzliches Angebot“, betont er; die Patient*innen könnten an beiden Programmen teilnehmen. Das DMP Adipositas soll vermitteln, dass schon ein Gewichtsverlust von 5 % metabolische Faktoren relevant verbessern kann, bei 10 % eine Remission von Komorbiditäten begünstigt wird und sich das Risiko für weitere Folgeerkrankungen reduziert.

Neben einem differenzierten Behandlungsplan sowie individualisierten Empfehlungen zu Ernährung und Bewegung erhalten die Patient*innen auch Schulungsangebote, genauer eine multimodale Schulung. Noch aber sind Schulungen in das DMP nicht integriert. Denn der G-BA hat festgestellt, dass es bislang kein geeignetes Schulungsprogramm gibt. Nun müsse das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) prüfen, welche Schulungsprogramme übergangsweise akzeptiert würden, „wenn zeitgleich eine Evaluation stattfindet“, so Professor Dr. Bernhard Kulzer, Bad Mergentheim, Fachpsychologe Diabetes DDG. Ein evaluiertes Schulungskonzept erarbeiten DDG und DAG bereits mit Kooperationspartnern. Prof. Kulzer findet das neue DMP „sehr gut“, bedauert jedoch, dass der G-BA „die Adipositas nicht als chronische Erkrankung“ anerkannt habe.

Im DMP Adipositas sind keine Hinweise zu Arzneimitteln enthalten, die den Appetit zügeln, ebenfalls nicht zu Formuladiäten, da der Gesetzgeber sie als GKV-Leistung bereits ausgeschlossen hat. Es sei daher „umso wichtiger, dass strukturierte Schulungsprogramme zur Verfügung“ stünden, denn ohne Schulung sei das DMP Adipositas „ein zahnloser Tiger“, so Prof. Kulzer.

Angela Monecke

Neues DMP: Adipositas-Spezialist*innen sind gefragt!

Mit dem DMP Adipositas steigt der Bedarf an Adipositas-Spezialist*innen in ambulanten und stationären Einrichtungen, betonen DDG und DAG. Die Fachgesellschaften bieten deshalb die gemeinsamen neuen Fortbildungen „Adiposiolog*in DAG-DDG“ und „Adipositasberater*in DAG-DDG“ an. Das neue Angebot ist stark nachgefragt: Alle sieben Kurse sind bereits vollständig ausgebucht. Für 2025 stehen sechs Kurstermine fest. Weitere Kursangebote sind geplant.

Mehr unter adipositas-fortbildung.de

Experiment gewagt – und gewonnen

Der VDBD hat sein erstes Barcamp veranstaltet – die Teilnehmenden waren begeistert von der interaktiven Veranstaltung

FRANKFURT A. M. Ein interaktives Forum für Diskussion und Austausch zum heutigen und künftigen Berufsbild Diabetesberatung zu bieten: Das war die Kernidee des VDBD Barcamps, die sich im Motto „Marktwert – Mehrwert – Geldwert: Was bin ich als Diabetesfachkraft?" widerspiegelte.

Rund ein Jahr dauerte es von der Idee bis zur Umsetzung des Barcamps des VDBD (Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland). Der VDBD-Vorstand hatte sich trotz des anhaltenden Trends zu digitalen Veranstaltungsformaten entschlossen, ein für den Verband ungewohntes und neues Präsenzformat zu verwirklichen. Mit Unterstützung des Teams von MedTrix wurde ein Konzept entwickelt zum Themenkreis „Marktwert – Mehrwert – Geldwert: Was bin ich als Diabetesfachkraft?"

Partizipativ

Ein Barcamp ist keine klassische Konferenz mit Vorträgen, vielmehr bestimmen die Teilnehmenden selbst, zu welchen Aspekten des Mottos sie diskutieren möchten, und entwickeln zu Beginn gemeinsam und partizipativ das Programm, das in mehreren Runden mit parallelen Workshops („Sessions") inhaltlich gefüllt wird.

Für das VDBD Barcamp hatten die Organisatoren eine coole, inspirierende Location gefunden. Neben VDBD-Geschäftsführerin Dr. Gottlobe Fabisch und Ria Grosse aus dem Berliner Team war auch der Vorstand durch Kathrin Boehm, Dr. Lars Hecht, Yvonne Häusler und Theresia Schoppe vor Ort. Ein Team von MedTrix begleitete die Veranstaltung, Profi-Fotograf Dirk Deckbar fing die Atmosphäre und die lebendigen Diskussionen gekonnt in Bildern ein, Anne Seubert hatte die Moderation übernommen.

Kreativ

Zur Einstimmung durften sich alle Teilnehmenden ein eigenes Namensschild gestalten, was am „Kreativ-Tisch" sofort zu anhaltender Kommunikation führte – schon war das Eis gebrochen. Pünktlich um 9.30 Uhr übernahm Anne Seubert das Zepter, um die Teilnehmenden im Namen des VDBD zu begrüßen, eine Vorstellungsrunde zu starten und zusammen mit den „Barcamper*innen" den Session-Plan mit vier Slots von je 45 Minuten und jeweils vier parallel stattfindenden, unterschiedlichen Schwerpunkten zu erstellen. Die Themen, die den Diabetesfachkräften wichtig waren, reichten von Abrechnungsfragen über steigende Verantwortung und wachsende Aufgabenbereiche, Selbstfürsorge, Selbstständigkeit und Freiberuflichkeit bis hin zu Diabetes in Klinik und Pflege oder Zukunft der Schulung.

Insights

Insbesondere die Sessions zu Selbstständigkeit und Freiberuflichkeit fanden sehr regen Zulauf und boten enormen Raum für Austausch. Diskutiert wurden dabei hauptsächlich verschiedene Aspekte rund um die freiberufliche bzw. selbstständige Tätigkeit als Diabetesberater*in. Diese reichten von notwendigen Versicherungen über Steuerfragen und Scheinselbstständigkeit bis hin zu Rentenansprüchen oder möglichen Tätigkeitsfeldern. Kein einfaches Unterfangen, da es in diesem Zusammenhang immer die Grundausbildung, zusätzliche Qualifikationen sowie die individuelle Situation zu berücksichtigen gilt. So konnten die Teilnehmenden verschiedene Lösungsansätze und Ideen sowie das Wissen mitnehmen, dass Kolleg*innen ähnliche Fragestellungen mit sich herumtragen und wie diese damit umgehen.

Die größte Nachfrage verzeichnete der Workshop zum Barcamp-Thema „Marktwert – Mehrwert – Geldwert", den fast alle Barcamper*innen besuchten. Das allein zeigt, wie wichtig dieses Thema den Anwesenden war. Erörtert wurden zentrale Fragen: Was macht Deinen Wert aus? Wovor hast Du so viel Angst, dass Du es nicht machst? Was ist Dein Warum? Auch hier gab es nicht die eine Antwort, aber die Vielfalt der Aussagen konnte vielleicht dazu beitragen, auch einmal andere Perspektiven einzunehmen, sich selbst zu hinterfragen, selbstbewusster durch den Berufsalltag zu schreiten oder die eigenen Bedürfnisse klarer zu formulieren.

Was bringt die Zukunft?
VDBD-Vorsitzende Kathrin Boehm, VDBD-Vorsitzende, war bei O-Ton Diabetologie (Folge 34) zu Gast – und spricht u. a. über die Zukunft der Diabetesberatung.

Zwischendurch

Auch der freie Austausch in den Pausen und das leibliche Wohl waren wichtig. In den Pausen konnte man in lockerer Atmosphäre zusammenfinden – eine sehr gute Gelegenheit, mit Kolleg*innen und Vorstand ins Gespräch zu kommen.

Ausklang

Am Ende ließen alle zusammen den Tag Revue passieren. Begleitet von Anne Seubert durfte jede*r eigene Eindrücke und ein Fazit wiedergeben. Grundsätzlich spiegelte sich eine sehr gute Stimmung wider und man konnte spüren, dass die meisten positive Energie getankt und den Tag sehr genossen hatten – für alle Teilnehmenden und die Verbandsvertreter*innen eine interessante Erfahrung.

Der Austausch wurde sehr geschätzt und hoch eingestuft – ein starkes Signal dafür, dass es ein wichtiges Element der Verbandsarbeit ist, persönliche Interaktionen zu fördern. Mehrwert garantiert! *Ria Grosse*

Der Austausch über den eigenen Mehrwert stand beim Barcamp des VDBD im Vordergrund. Am wichtigsten dabei: die Erfahrungen und das Wissen aller Teilnehmenden, die sich hier zum Gruppenbild zusammengefunden haben.
Foto: VDBD/Dirk Deckbar

VDBD Barcamp im Rückblick: Das sagen die Teilnehmenden

- „Insgesamt eine supergelungene Veranstaltung. Die Themen waren so wichtig und interessant – eigentlich hätten viel mehr Kolleg*innen kommen müssen."
- „Ich bin völlig begeistert, gerne wieder."
- „Lob für die Orga, tolle Location und Verpflegung sowie Moderation!"
- „Zu wenig Zeit für zu viele Themen; konkrete Handlungsempfehlungen (Arbeitsgruppen entwickeln); Fachgruppe Berufspolitik."
- „Gerne auch im Norden; auch fachliche Themen; Vertiefung der Fragestellung – Ableiten konkreter Maßnahmen bzw. Ideen."

»Die Vorschläge sind ein erster wichtiger Schritt«

DANK-Sprecherin äußert sich zum ersten Treffen des Bürgerrats Ernährung mit dem Ausschuss Ernährung

BERLIN. Im März hat der Bundestag erstmals über die Vorschläge des Bürgerrats „Ernährung im Wandel: Zwischen Privatangelegenheit und staatlicher Aufgabe" debattiert, nun hat ein erstes Treffen mit dem Ausschuss für Ernährung und Landwirtschaft stattgefunden. Zum Treffen äußert sich Barbara Bitzer von DANK.

Die Teilnehmenden des Bürgerrates hatten von September 2023 bis Januar 2024 in Zusammenarbeit mit Wissenschaftler*innen, Ernährungsexpert*innen und Fachpolitiker*innen über eine Verbesserung der Ernährungspolitik beraten. Im Februar legte der Bürgerrat neun Empfehlungen vor.

Empfehlungen des Bürgerrats sollten gehört werden

Zu den Empfehlungen und zum Treffen äußerte sich Barbara Bitzer, Sprecherin der Deutschen Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK) und Geschäftsführerin der DDG: „Die Empfehlungen des Bürgerrates zeigen deutlich, was den Menschen in Deutschland im Hinblick auf ihre Ernährung wirklich wichtig ist. Sie sollten in der

Barbara Bitzer
DANK-Sprecherin
Foto: DDG/Dirk Deckbar

Ernährungspolitik gehört werden. Wir begrüßen es daher, dass der Bundestagsausschuss Ernährung sich so intensiv mit den Empfehlungen auseinandersetzt. Die Vorschläge sind ein erster wichtiger Schritt hin zur Bekämpfung von ernährungsbedingten Krankheiten in Deutschland, wie Adipositas, Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen."

Grundlage für das Treffen sind die neun Empfehlungen, auf die sich der Bürgerrat geeinigt hatte. Darüber beraten nun Mitglieder des Bürgerrats mit dem Ausschuss für Ernährung. Barbara Bitzer geht es darum, die Besteuerung ungesunder Produkte in den Fokus zu rücken: „Das Argument, dass steuerliche Anpassungen die Lebensmittelindustrie unverhältnismäßig belasten, ist nicht haltbar und wird durch die dringende Notwendigkeit, gesamtgesellschaftlich Gesundheit zu fördern und Gesundheitskosten langfristig zu senken, entkräftet. Beispiele aus Ländern wie Großbritannien zeigen, dass Abgaben die Hersteller dazu animieren, Rezepturen gesünder zu gestalten."

Dazu passt, dass eine Empfehlung des Bürgerrats lautet, die Mehrwertsteuer für Zucker einheitlich auf 19 % zu erhöhen. *DANK/dz*

Die Empfehlungen des Bürgerrats wurden veröffentlicht auf bundestag.de

Spitze in der Diabetologie – seit 60 Jahren

Zum Jubiläum: ein Rückblick auf Erfolge und Herausforderungen der Deutschen Diabetes Gesellschaft

BERLIN. Der 7. April 1964 ist das Gründungsdatum der Deutschen Diabetes Gesellschaft. Der Geburtstag ist also streng genommen schon vorbei – gefeiert wird aber das ganze Jahr über. Zudem blickt die heute 9.300 Mitglieder starke DDG mit einer virtuellen Zeitreise auf einige der wichtigsten Meilensteine ihrer Geschichte zurück.

Noch in den 1950er-Jahren waren weniger als eine Million Menschen in Deutschland von Diabetes betroffen. Doch mit der Zeit nahm die Zahl der Erkrankten rapide zu. Inspiriert von den Entwicklungen in den angelsächsischen Ländern gründeten führende Diabetolog*innen im April 1964 in Wiesbaden die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) unter der Leitung von Professor Karl Oberdisse.

„Wir blicken mit Stolz auf die erfolgreiche Arbeit, die wir mit unserem Fachwissen und starken Netzwerk auch in Zukunft fortführen werden“, so DDG Präsident Professor Dr. Andreas Fritsche. Auf der Website der DDG kann man in einer virtuellen Zeitreise einen Blick auf die wichtigsten Meilensteine ihrer Geschichte werfen: „Hier wird schnell ersichtlich, was sich bei der Forschung und Therapie des Diabetes in den vergangenen sechs Jahrzehnten verändert hat und wie Betroffene davon nachhaltig profitieren“, so Prof. Fritsche. Kontinuierliche Forschung und innovative Technologien in der Praxis haben z. B. die Lebensqualität und -erwartung für Menschen mit Diabetes erheblich verbessert. Die Einführung neuer Medikamentenklassen und neue Therapiemöglichkeiten wie Insulinpumpen und kontinuierliche Glukosemesssysteme verbessern die Behandlung der Krankheit sowie ihrer Folgeerkrankungen.

> »Wir blicken mit Stolz auf die erfolgreiche Arbeit«

Seit 1964 viele Meilensteine erreicht

Auch die Zertifikate und Weiterbildungen der DDG haben die Behandlung maßgeblich verbessert und vorangebracht. „Diese Programme vermitteln dem Fachpersonal die erforderlichen Fähigkeiten und Kenntnisse, um die bestmögliche Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten zu gewährleisten“, so Fritsche. „Damit tragen sie auch zu einer hochwertigen und leitliniengerechten Versorgung von Menschen mit Diabetes bei.“

1978 schuf der Ausschuss Laienarbeit, ein Vorläufer des Ausschusses „Qualitätssicherung, Schulung & Weiterbildung“, die Grundlagen für die heute geltenden Qualitätskriterien in der Behandlung von Menschen mit Diabetes. Heute umfasst das Fort- und Weiterbildungsangebot die Diabetesberater*in DDG, Diabetesassistent*in DDG und die Diabetolog*in DDG. Kliniken und Praxen können sich gemäß leitlinienkonformen Qualitätsstandards sowie evidenzbasierter Patientenversorgung als „Klinik mit Diabetes im Blick“, „Diabeteszentrum DDG“ oder „Diabetes Exzellenzzentrum DDG“ zertifizieren.

Meilensteine der DDG

- **7. April 1964** Gründung
- **1965** Erste Tagung der DDG
- **1978** Gründung des Ausschusses Laienarbeit (heute Ausschuss QSW)
- **1983** Einführung der Weiterbildung Diabetesberater*in DDG
- **80er-Jahre** Einführung Diabetolog*in DDG
- **1994** Einführung Weiterbildung Diabetesassistent*in DDG
- **1995** Thesenpapier zur Regionalisierung der DDG, die Regionalgesellschaften gründen sich
- **1999** Einführung der Zertifizierung von klinischen Diabeteszentren DDG
- **2010** Umzug der Geschäftsstelle nach Berlin
- **2013** Neues Zertifikat „Klinik für Diabetespatienten geeignet“
- **2016** Launch der diabetes zeitung
- **2022** Gründung der DDG Akademie
- **2023** Relaunch der DDG Zertifikate und Etablierung der Zertifizierungsmodule

Ein Ziel der DDG: Diabetologie in Forschung und Lehre stärken

Die Zahl der Diabeteserkrankungen in Deutschland steigt kontinuierlich, gleichzeitig nimmt die Zahl der diabetologischen Lehrstühle ab. Dies wiederum hat negative Auswirkungen auf die Anzahl der Studierenden, die eine diabetologische Ausbildung erhalten. In diesem Kontext die Diabetologie zu stärken, in Forschung und Lehre, ist ausgesprochenes Ziel der DDG. „Als eine der größten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Deutschland wird die DDG auch in den kommenden Jahren und Jahrzehnten nicht müde werden, ihre gesundheitspolitischen Forderungen weiterhin mit Nachdruck zu verfolgen: Im Interesse der an Diabetes erkrankten Menschen und derer, die sie täglich behandeln“, verspricht DDG Geschäftsführerin Barbara Bitzer. *DDG/dz*

Pressemitteilung DDG

Das Video zur Geschichte der DDG finden Sie auf dem Youtube-Kanal der DDG – oder Sie scannen den QR-Code.

Foto: vector zéfirkă – stock.adobe.com

Bundesweite Praxisbesonderheit bei **Typ-2-Diabetes** mit manifester CV-Begleiterkrankung und bei **Herzinsuffizienz** unabhängig von der Ejektionsfraktion[6,#,g,h]

CV = kardiovaskulär | eGFR = geschätzte glomeruläre Filtrationsrate | HHI = Hospitalisierungen aufgrund von Herzinsuffizienz | KHK = koronare Herzerkrankung | pAVK = periphere arterielle Verschlusserkrankung | * EMPA-REG OUTCOME®-Studienpopulation: erwachsene Patienten mit Typ-2-Diabetes und KHK oder pAVK oder vorangegangenem Myokardinfarkt oder Schlaganfall (Ereignis > 2 Monate). | # Erwachsene mit symptomatischer, chronischer Herzinsuffizienz. | a. Prävention der CV-Mortalität. | b. Reduktion der CV-Mortalität oder HHI. | c. Reduktion der Progression der Niereninsuffizienz oder CV-Mortalität. | d. Jardiance® erwies sich gegenüber Placebo bei der Prävention des primären kombinierten Endpunkts aus kardiovaskulärem Tod, nicht-tödlichem Myokardinfarkt oder nicht-tödlichem Schlaganfall überlegen. Die therapeutische Wirkung war vor allem auf eine signifikante Reduktion des kardiovaskulären Todes zurückzuführen, bei nicht signifikanter Veränderung des nicht-tödlichen Myokardinfarkts oder des nicht-tödlichen Schlaganfalls. | e. Der primäre Endpunkt in der EMPEROR-Reduced®- und der EMPEROR-Preserved®-Studie war eine Kombination aus kardiovaskulärer Mortalität oder Hospitalisierung aufgrund von Herzinsuffizienz — analysiert als Zeit bis zum ersten Ereignis. Der Unterschied beim kombinierten primären Endpunkt war mehrheitlich auf eine signifikante Reduktion der Hospitalisierungen aufgrund von Herzinsuffizienz zurückzuführen. | f. Der primäre Endpunkt der EMPA-KIDNEY®-Studie war eine Kombination aus Progression der Niereninsuffizienz (definiert als terminale Niereninsuffizienz oder anhaltende eGFR-Abnahme auf < 10 ml/min/1,73 m² oder anhaltende eGFR-Abnahme um ≥ 40 % vs. Baseline oder Tod aufgrund renaler Ursache) oder CV-Mortalität. Der Unterschied beim kombinierten primären Endpunkt war mehrheitlich auf eine signifikante Reduktion der Progression der Niereninsuffizienz zurückzuführen. | g. Für Erwachsene mit Typ-2-Diabetes und antidiabetischer Begleitmedikation sowie einer der folgenden kardiovaskulären Begleiterkrankungen: bestätigter Myokardinfarkt, KHK (koronare Eingefäßerkrankung mit ≥ 50 % Stenose oder Mehrgefäßerkrankung), instabile Angina pectoris (mit angiografischem Nachweis einer KHK), ischämischer oder hämorrhagischer Schlaganfall oder pAVK (periphere arterielle Verschlusserkrankung mit klinisch relevanter Durchblutungsstörung); wenn die antidiabetische Begleitmedikation den Blutzucker zusammen mit einer Diät und Bewegung nicht ausreichend kontrolliert. | h. Es gelten die allgemeinen Grundsätze einer wirtschaftlichen Verordnung nach § 12 Sozialgesetzbuch V und der Arzneimittel-Richtlinie, insbesondere § 9. | 1. Fachinformation Jardiance® (Empagliflozin), aktueller Stand. | 2. Zinman B et al. N Engl J Med 2015; 373(22): 2117–2128. | 3. Packer M et al. N Engl J Med 2020; 383(15): 1413–1424. | 4. Anker SD et al. N Engl J Med 2021; 385(16): 1451–1461. | 5. Herrington WG et al. N Engl J Med 2023; 388(2): 117–127. | 6. GKV-Spitzenverband: Anlage 1 zur Vereinbarung nach § 130b Abs. 1 Satz 1 SGB V bezüglich der Anerkennung von Jardiance®-Praxisbesonderheiten Herzinsuffizienz (10 mg) und Typ-2-Diabetes (10/25 mg). Abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/arzneimittel/amnog_praxisbesonderheiten/14034pb20170301.pdf (letzter Aufruf Februar 2024).

Jardiance® 10 mg/25 mg Filmtabletten. Wirkstoff: Empagliflozin. **Zusammensetzung:** Eine Tablette Jardiance® enthält 10 mg bzw. 25 mg Empagliflozin. **Sonstige Bestandteile:** Lactose-Monohydrat, mikrokristalline Cellulose, Hyprolose, Croscarmellose-Natrium, hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat, Hypromellose, Titandioxid (E171), Talkum, Macrogol (400), Eisen(III)-hydroxidoxid x H_2O (E172). **Anwendungsgebiete:** Typ-2-Diabetes mellitus: Jardiance wird zur Behandlung von Erwachsenen und Kindern ab 10 Jahren mit nicht ausreichend behandeltem Typ-2-Diabetes mellitus als Ergänzung zu Diät und Bewegung angewendet: als Monotherapie bei Metforminunverträglichkeit u. zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Typ-2-Diabetes mellitus. Herzinsuffizienz: Jardiance wird zur Behandlung von Erwachsenen mit symptomatischer, chronischer Herzinsuffizienz angewendet. Niereninsuffizienz: Jardiance wird zur Behandlung von Erwachsenen mit chronischer Niereninsuffizienz angewendet. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Hypoglykämie (bei Kombination mit Sulfonylharnstoff oder Insulin, bei Kindern ab 10 Jahren auch unabhängig von Insulin), Volumenmangel. *Häufig:* vaginale Candidiasis, Vulvovaginitis, Balanitis, andere genitale Infektionen, Harnwegsinfektion (einschließlich Fällen von Pyelonephritis und Urosepsis), Durst, Obstipation, Pruritus (generalisiert), Hautausschlag, verstärkte Harnausscheidung, Serumlipide erhöht. *Gelegentlich:* Ketoazidose, Urtikaria, Angioödem, Dysurie, Kreatinin im Blut erhöht, glomeruläre Filtrationsrate vermindert, Hämatokrit erhöht. *Selten:* nekrotisierende Fasziitis des Perineums (Fournier-Gangrän). *Sehr selten:* tubulointerstitielle Nephritis. **Warnhinweise:** Enthält Lactose. Jede Tablette enthält weniger als 1 mmol Natrium (23 mg). Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. **Weitere Hinweise:** Siehe Fachinformation. Verschreibungspflichtig. **Stand:** Dezember 2023

Pharmazeutischer Unternehmer:
Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG,
Binger Str. 173, 55216 Ingelheim am Rhein,
Tel.: 08 00 / 77 90 90 0, Fax: 0 61 32 / 72 99 99,
E-Mail: info@boehringer-ingelheim.com

Boehringer Ingelheim

PC-DE-113158 Februar 2024

Boehringer Ingelheim

Lilly

Intensives gemeinsames Forschen

Auch die Bevölkerung ist eingebunden in die Arbeit des DZD

NEUHERBERG. Intensiv geforscht wird am DZD natürlich immer. Nicht immer, aber immer häufiger im Fokus steht aber das Forschen unter Beteiligung von Bürger*innen: Zum fünften Mal hat sich der Bürger*innen- und Patient*innenbeirat getroffen, dieses Mal am Paul-Langerhans-Institut in Dresden, um sich dort intensiv mit den Forschenden auszutauschen. Natürlich gibt es auch wieder einige sehr bemerkenswerte DZD-Forschungsergebnisse – es geht um die Blutzuckereinstellung auf Intensivstationen, um die positiven Effekte des Proteins Kallistatin auf die Gewichtsabnahme und um die Beobachtung der dynamischen Prozesse während der Adipogenese.

DZD
Deutsches Zentrum
für Diabetesforschung

Momentaufnahmen aus der Entwicklung von Fettzellen

Mit einem innovativen Ansatz, der Proteomik mit maschinellem Lernen verbindet, können dynamische Veränderungen während der Adipogenese erfasst werden. Diese Methode eröffnet neue Einsichten in die Proteinregulation und führt zur Identifikation potenzieller Behandlungsansätze für Stoffwechselkrankheiten.

Adipozyten – spezialisierte Zellen, die eine effiziente Fetteinlagerung ermöglichen und so die Mobilisierung von Energie in Zeiten der Knappheit unterstützen – entstehen aus Vorläuferzellen im Fettgewebe (Adipogenese). Forschende von Helmholtz Munich, des Karolinska-Instituts in Stockholm und des DZD haben eine Methode entwickelt, die Proteomik mit maschinellem Lernen kombiniert, um zeitlich aufgelöste zelluläre Karten der Adipogenese zu erstellen.

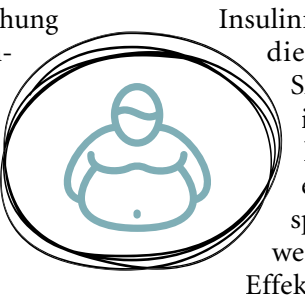
„Wir konnten bisher ungesehene Veränderungen der zellulären Architektur in Fettzellen während ihrer Spezialisierung für die Fettspeicherung kartieren, indem wir Momentaufnahmen der Zellen während ihrer Entwicklung mit Hilfe proteomischer Techniken erstellten. Dies ermöglichte es uns, neue Regulatoren der Fettlagerung und -mobilisierung zu identifizieren“, sagt Studienleiterin Dr. Natalie Krahmer.

Bemerkenswert ist, dass 20 % aller Proteine ihre Lokalisation verändern, was die entscheidende Rolle der Proteinlokalisierung bei der Zellspezialisierung betont. Mit ihrer Methode haben die Forschenden die synchronisierte Regulierung von Proteinspiegeln und -lokalisierung aufgedeckt und damit die Grundlage für eine effiziente Lipidspeicherung. Darüber hinaus haben sie neue Regulatoren der Lipidspeicherung identifiziert, indem sie bisher unbekannte Proteine entdeckten, die mit Lipidtröpfchen assoziiert sind – essenzielle Strukturen, die die Lipidspeicherung in Zellen ermöglichen. Interessanterweise behindert das Fehlen eines solchen Proteins die Mobilisierung gespeicherter Lipide in den Zellen, was zu einer übermäßigen Anhäufung von Lipiden führt. Von besonderer Bedeutung ist, dass die Analyse von Patientendaten einen Zusammenhang zwischen verminderten Spiegeln dieses Proteins im Fettgewebe und Adipositas aufgezeigt hat. *DZD*

Klingelhuber et al. Nat Metab 2024 Apr 2; doi: 10.1038/s42255-024-01025-8

Kallistatin verbessert die Insulinsensitivität

Klinische Studien am Menschen zeigten, dass stark mehrgewichtige Menschen weniger Kallistatin bilden. Das Protein ist u. a. an der Heilung von Entzündungen und Wunden beteiligt – und spielt auch eine Rolle beim Glukosestoffwechsel.



Welche Rolle Kallistatin im Glukosestoffwechsel spielt und ob es sich als therapeutisches Ziel eignen könnte, untersuchten jetzt Forschende des DZD, des Instituts für Diabetesforschung und Metabolische Erkrankungen (IDM) von Helmholtz Munich an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen und der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Nephrologie des Universitätsklinikums Tübingen.

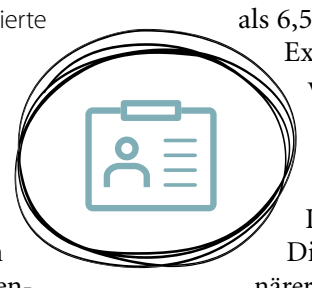
Dazu bestimmten sie bei 47 übergewichtigen bis adipösen Personen die Kallistatinbildung im subkutanen weißen Fettgewebe vor und nach einer Gewichtsreduktion. Das Ergebnis: Nach einer Gewichtsabnahme wird mehr Kallistatin gebildet. Zusätzlich untersuchten die Forschenden die Wirkung des Proteins im Tiermodell. Dabei stellten sie fest, dass menschliches Kallistatin die Insulinsensitivität in der Leber von Mäusen verbesserte, die durch eine Diät adipös geworden waren.

„Unsere Ergebnisse deuten darauf hin, dass Kallistatin ein interessantes, aber auch herausforderndes therapeutisches Ziel für Menschen mit Adipositas und Insulinresistenz sein könnte“, sagt die Erstautorin Leontine Sandforth. „Da Kallistatin in der Leber Insulin-sensibilisierende Effekte hat, sollte es als potenzielles leberspezifisches Ziel untersucht werden, um die vorteilhaften Effekte eines Gewichtsverlusts nachzuahmen und möglicherweise Typ-2-Diabetes und Adipositas zu behandeln“, ergänzt Letztautor Professor Dr. Andreas Birkenfeld. *DZD*

Sandfort L, Birkenfeld AL. Mol Metab 2024; 82; doi: 10.1016/j.molmet.2024.101905

BZ-Einstellung auf der Intensivstation

Stressbedingte Hyperglykämie, Hypoglykämie und Diabetes treten bei schwerkranken Patient*innen häufig auf. Um Komplikationen zu vermeiden, wird bei anhaltenden Blutzuckerwerten über 10,0 mmol/l eine Insulintherapie empfohlen, wobei ein Zielbereich von 7,8–10,0 mmol/l angestrebt wird. Aktuelle randomisierte kontrollierte klinische Studien stellen diese Empfehlungen infrage.



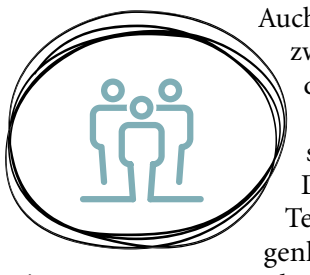
Bei der Einstellung und Überwachung des Blutzuckers von Patient*innen auf der Intensivstation kann es sinnvoll sein, zwischen Menschen mit und ohne Diabetes zu unterscheiden. Dies betonen Professor Dr. Andreas Birkenfeld, DZD-Sprecher und Ärztlicher Direktor der Klinik für Diabetologie, Endokrinologie und Nephrologie, Universitätsklinik Tübingen, und PD Dr. Christian von Loeffelholz, Universitätsklinikum Jena, in einem Meinungsartikel.

So deuten Beobachtungsstudien auf eine erhöhte Sterblichkeitsrate bei liberaler Glukosekontrolle bei Patient*innen mit einer HbA_{1c}-Aufnahme von weniger als 6,5 % hin. Das könnte auf die Existenz von Untergruppen von Menschen mit Diabetes hinweisen, die von strengeren Blutzuckerzielen profitieren könnten. Bei Intensivpatient*innen mit Diabetes könne ein prästationärer HbA_{1c}-Wert von mindestens 8 % als ein Hinweis auf ein erhöhtes Risiko relativer Hypoglykämie betrachtet werden. *DZD*

Von Loeffelholz C, Birkenfeld AL. Lancet Diabetes Endocrinol 2024 Apr; 12 (4): 277-284; doi: 10.1016/S2213-8587(24)00058-5

Einblicke in laufende Forschungsarbeiten

Im April kam der Bürger*innen- und Patient*innenbeirat des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung zu seiner fünften Sitzung zusammen, dieses Mal beim DZD-Partner in Dresden. Diese Zusammenkunft markierte einen weiteren Schritt in Richtung einer intensiveren Beteiligung an der Diabetesforschung und bot gleichzeitig die Gelegenheit zu einem persönlichen Austausch zwischen Mitgliedern des Beirats und Wissenschaftler*innen aus Dresden.



Zwei Hauptthemen standen im Fokus der Sitzung. Zum einen wurden die verschiedenen Möglichkeiten der Beteiligung vorgestellt und diskutiert – Bürger*innen und Patient*innen können entweder Co-Forschende bei einem konkreten Projekt sein oder als Beirat übergeordnete Empfehlungen geben. Zum anderen ging es um die verantwortungsvolle Kommunikation von neuen und vielversprechenden Forschungsergebnissen mit der Öffentlichkeit. Professor Dr. Barbara Ludwig stellte ihre Forschungsarbeit zur Transplantation künstlicher Bauchspeicheldrüsen vor. Die Veröffentlichung dieser Forschungserfolge auf diabinfo.de wurde vom Beirat als gelungenes Beispiel guter Wissenschaftskommunikation bewertet.

Auch der persönliche Austausch zwischen den Beiratsmitgliedern und den Forschenden des PLID kam bei dieser Sitzung nicht zu kurz. Die Gespräche boten den Teilnehmenden die Gelegenheit, Einblicke in laufende Forschungsarbeiten zu erhalten, Fragen zu stellen und ihre Perspektiven einzubringen. Der offene Dialog zwischen Betroffenen und den Forschenden trägt dazu bei, das Verständnis für die Bedürfnisse der Betroffenen zu vertiefen und die Zusammenarbeit zwischen Forschung und Menschen mit Diabetes zu stärken, wie Beiratsmitglied Marian Meinhardt-Schönfeld eindrucksvoll mit einer spontanen Dokumentationsillustration zeigte. *DZD*

Fotos: blankostock – stock.adobe.com, Kittichai – stock.adobe.com, FourLeafLover – stock.adobe.com

»Hersteller verstecken sich hinter MDR und DSGVO!«

Interoperabilität auch in der Diabetestechnologie unerlässlich

FLORENZ. Dass sich Smartphones, Kopfhörer oder Tastaturen via Bluetooth mit Computern beliebigen Fabrikats verbinden lassen, ist inzwischen eine Selbstverständlichkeit. Wann können verschiedene Geräte in der Diabetestherapie endlich auch nahtlos zusammenarbeiten?

Wer heutzutage in der Diabetestherapie Hilfsmittel wie Glukosesensoren (CGM), Insulinpumpen oder AID-Systeme nutzt, kommt an die von den Devices generierten Daten nur über die Software des jeweiligen Herstellers heran. Und diese haben in der Regel keine offenen Schnittstellen, über die andere Anwendungen auf die Daten zugreifen können. „Dabei sind es unsere Daten, wir sollten also selbst entscheiden können, was mit ihnen geschieht und mit welchen Systemen wir sie teilen möchten“, forderte der Brite Tim Street, der seit über 30 Jahren mit Typ-1-Diabetes lebt und sich als Anwender in der Dia-betestechnik- und Looper-Szene tummelt. „Was wir wollen, ist eine All-in-One-Lösung, ein offenes Datenmodell, das sich in jegliche andere Systeme integrieren lässt.“

Silo-Denken verwaltet die Risiken, statt nützlich zu sein

Es sei zwar erfreulich zu sehen, dass es immer mehr verschiedene Systeme für die Insulinabgabe gibt, doch es fehle an Möglichkeiten, die einzelnen Elemente individuell zu kombinieren. Den Herstellern von Diabetestechnologie warf Street vor, sich hinter Regularien wie der Medical Device Directive (MDR) oder der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) zu verstecken. „Ein solches Silo-Denken ist darauf ausgelegt, Risiken zu verwalten anstatt Menschen mit Diabetes zu nutzen“, kritisierte der Aktivist und forderte von der Industrie: „Die technischen Standards existieren längst, machen Sie Gebrauch von ihnen.“

Datenabschottung: ein echtes Manko

Die aktuelle Datenabschottung ist auch aus klinischer Sicht ein echtes Manko, erläuterte Professor David Klonoff vom Diabetesforschungsinstitut Mills-Peninsula Medical Center im kalifornischen Mateo, denn „Interoperabilität ist in jeder Hinsicht vorteilhaft und sollte in der Diabetologie ebenso selbstverständlich sein wie in allen anderen Technologiebereichen.“

Bislang sei es aber weder möglich, CGM-Daten automatisch in die elektronische Patientenakte hochzuladen, noch sie in Labor-Infosysteme zu integrieren oder sie über das Krankenhausnetzwerk Behandlungsteams der Intensivstation zugänglich zu machen. Dabei werde längst an geeigneten technischen Standards zur Datenintegration gearbeitet, betonte Prof. Klonoff und verwies auf das iCoDE-Projekt (siehe Kasten).

Bislang habe die amerikanische Zulassungsbehörde FDA keine verbindlichen Standards für Interoperabilität bei Medizinprodukten definiert. Doch dies könnte sich in Zukunft ändern. Denn mit der Office of the National Coordinator for Health Information Technology (ONC), einer dem US-Gesundheitsministerium untergeordneten Behörde, dränge die amerikanische Regierung derzeit auf eine bessere Interoperabilität und Transparenz von Algorithmen.

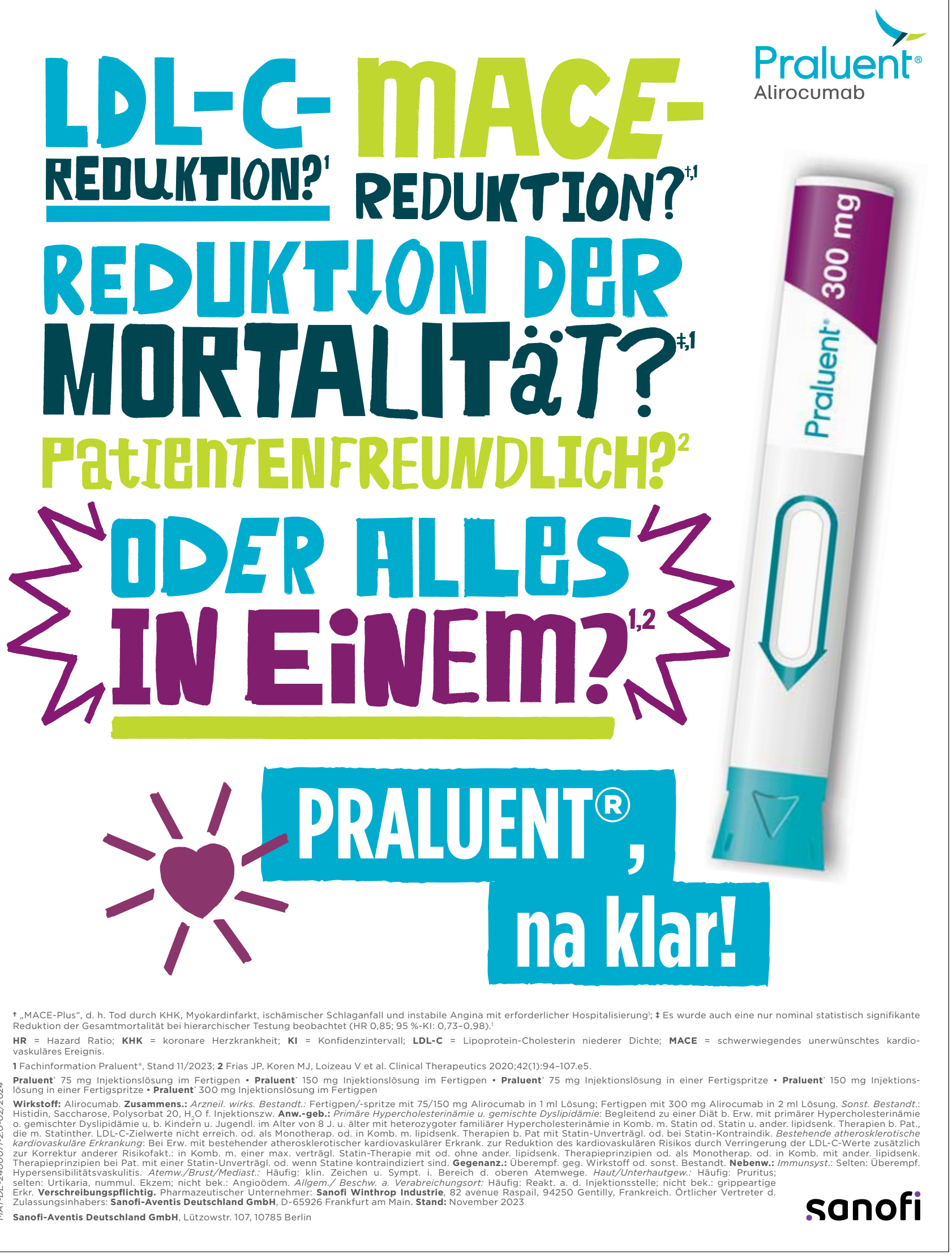
Und auch der Rat der Europäischen Union habe erst kürzlich ein Gesetz verabschiedet, das sich auch auf die Interoperabilität von Gesundheitsinformationen auswirken werde. „Wenn Unternehmen Anwendern keinen Zugang zu ihren eigenen Daten gewähren, werden die Regulierungsbehörden sie bald dazu zwingen“, prophezeite Prof. Klonoff.

Antje Thiel/Helga Vollmer

ATTD 2024

CGM-Daten direkt übertragen

Das Akronym iCoDE steht für „Integration of Continuous Glucose Monitoring Data into the Electronic Health Record“. An dem Projekt der Diabetes Technology Society (DTS) arbeiten 130 Expert*innen aus Industrie, Forschung und klinischer Praxis, auch Menschen mit Diabetes sind beteiligt. iCoDE umfasst Datenstandards, Kontenverknüpfung, Interoperabilität, Visualisierung, Workflow und Management für CGM-Daten. In iCoDE-2 sollen zudem Insulindosierungsdaten in die elektronische Patientenakte (Electronic Health Record, EHS) integriert werden. 2022 hat das Konsortium einen Report herausgegeben, der u. a. technische Vorlagen für Gesundheitsorganisationen enthält, die CGM-Daten in ihre EHS integrieren wollen.



Stimmen vom Kongress

Was war besonders beeindruckend, wie fällt das Fazit aus?

BERLIN. Alle, die den Diabetes Kongress besucht haben, nehmen aus Berlin ganz individuelle Eindrücke mit. Welche? Die dz hat nachgefragt.

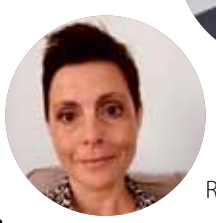
Fotos: BDI, iStock/revel.stockart

1. **Welche Veranstaltung hat Ihnen am besten gefallen?**
2. **Gibt es eine Veranstaltung, die Sie leider verpasst haben?**
3. **Was nehmen Sie vom Kongress mit in den Alltag?**
4. **Hat Sie während des Kongresses z. B. eine Person besonders beeindruckt?**
5. **Ihr Kongress-Fazit?**

Prof. Dr. Baptist Gallwitz

Prof. Dr. Cora Weigert

Prof. Dr. Andreas Fritsche



Regine Werk

Kongresspräsident
Professor Dr. Baptist Gallwitz

Foto: DDG/Dirk Michael Deckbar

1. Am besten gefallen hat mir das Symposium „Krankenhausreform- und Krankenhaustransparenzgesetz – Chancen und Risiken".
2. Mir ist leider nicht gelungen, die eine Battle of Experts mit dem wunderbaren Titel „Sport vs. Spritze" zu besuchen. Da ging es um Bewegung versus medikamentöse Adipositastherapie, aber auch um die Cholesterinsenkung.
3. Für mich ist sehr bewegend gewesen, dass ganz viele unterschiedliche Akteure, die in der Diabetologie tätig sind, während des Kongresses so gut Dinge für die Diabetologie bewegt haben. Da denke ich z. B. an Symposien, an denen DZD und DDG beteiligt waren, aber auch an das Symposium zur Krankenhausreform, bei dem alle Verbände an einem Strang gezogen haben.
4. Ganz besonders beeindruckt hat mich der Medizinethiker Professor Maio aus Freiburg, der zur Entwicklung im Gesundheitswesen Stellung genommen und klargemacht hat, dass der ökonomische Blick auf die Medizin als Reparaturbetrieb fatal ist und dass wir die Sprechende Medizin brauchen – gerade und besonders in der Diabetologie.
5. Es hat sehr großen Spaß gemacht, den Kongress zu organisieren. Mein Fazit: Ich denke, dass wir dem Motto „Diabetes. Umwelt. Leben. Perspektiven aus allen Blickwinkeln" gerecht werden konnten und dass viele Kongressteilnehmende zufrieden nach Hause gefahren sind.

Kongresssekretärin
Professor Dr. rer. nat. Cora Weigert

Foto: Hannes Schramm/Universitätsklinikum Tübingen

1. Immer schön ist die Paul-Langerhans-Vorlesung, bei der die Preise verliehen werden. Ein wirklich gutes Format ist auch die Battle of Experts, z. B. der zu „Sport vs. Spritze".
2. Verpasst habe ich ein Symposium zur Diabetesremission, und zwar, weil zeitgleich ein deutsch-dänisches Symposium stattgefunden hat, das wir mitorganisiert hatten.
3. Aus Janis McDavids Vortrag aus der Eröffnungsveranstaltung sind einige Sätze hängen geblieben, über die auch danach noch gesprochen wurde; z. B.: „Man muss einen Anker werfen", was bedeutet, eine Art Selbstverpflichtung einzugehen, um aktiv zu werden.
4. Toll ist natürlich Giles Yeo, der wissenschaftliche Sachverhalte so erklären kann, dass es auch für ein breites Publikum verständlich ist.
5. Ich fand gut, dass wir durch das Gastland Dänemark über den Tellerrand hinausgeschaut haben. Auch bei den nächsten Kongressen kann es gerne ein Gastland geben!

DDG Präsident
Professor Dr. Andreas Fritsche

Foto: Universitätsklinikum Tübingen

1. Beeindruckt hat mich das Symposium „Krankenhausreform- und Krankenhaustransparenzgesetz – Chancen und Risiken".
2. Ich hätte gerne Postersitzungen besucht, denn die Diskussionen vor den Postern sind der Kern des wissenschaftlichen Teils des Kongresses.
3. Mir ist aufgefallen, wie wichtig es ist, dass auf einem solchen Kongress eine positive Stimmung herrscht. Gerade in unserer angespannten und bedrohlichen Zeit sind ein nach vorne schauender Geist und eine positive Einstellung sehr wichtig. Ich hoffe, wir konnten vermitteln, dass wir danach streben, etwas für die Patienten zu tun, und dass es Spaß macht, sich weiterzubilden und dazuzulernen.
Ein Hinweis, dass es gelungen ist, ist eine Dankes-E-Mail der Reisestipendiaten, aus der hervorgeht, dass sie nach vorne gehen und anpacken möchten.
4. Wir haben in den letzten Monaten im Zusammenhang mit der Krankenhausreform fast nur über Geld gesprochen. Aber im Grunde genommen muss man als Erstes fragen: Was ist für die Krankenversicherten und Patienten wichtig? Professor Maios Blick von außen als ein Mediziner, der auch Ethiker und Philosoph ist, finde ich wichtig und sein Referat während des genannten Symposiums hat bei mir einen tiefen Eindruck hinterlassen.
5. Menschen mit Diabetes dürfen durch die Gesundheitsreformen nicht unter die Räder kommen. Die forschenden und behandelnden Teilnehmer des Diabetes Kongresses tun alles, um das zu verhindern.

Regine Werk, Diabetesberaterin DDG, Diabetes-Klinik Bad Mergentheim

Foto: privat

1. Besonders gefallen hat mir das Symposium „Versorgung & Nachwuchs: Blick in die Zukunft – Erfolgsfaktor Diabetes-Team". Das ist ein ganz wichtiges Thema in unserer Arbeit und es ist toll, dass dies auf dem Kongress thematisiert wurde, mit spannenden Redner*innen.
2. Da es so viel Spannendes zu hören gab, konnte ich nicht überall sein. Ich hätte noch gerne „Krankenhausreform und Krankenhaustransparenzgesetz – Chancen und Risiken" besucht.
3. Adipositas ist eins unserer kommenden Themen, auch bei Kindern. Dies ist sehr deutlich geworden und ich freue mich, dass ich im Juni die Weiterbildung zur Adipositasberaterin DAG-DDG beginnen kann.
4. „Suizidalität bei Diabetes: ein Tabuthema" – dieses Symposium hat mich sehr berührt und alle Redner*innen haben mir klargemacht, dass wir aufmerksam sein müssen und dieses Thema nicht aus den Augen lassen dürfen.
5. Wieder ein unglaublich gelungener, gut organisierter, vielseitiger und spannender Kongress.

Interviews: Nicole Finkenauer

Neue Medikamente und Forschungsansätze

Aktuelle Erkenntnisse aus der Diabetesforschung beim Diabetes Kongress 2024 vorgestellt

BERLIN. Neue Medikamente zum Abnehmen und neue Forschungsergebnisse, die zeigen, auf welch unterschiedliche Weise das Gehirn von Mann und Frau an der Entstehung von Insulinresistenz und kognitiven Beeinträchtigungen beteiligt ist. Diese Themen wurden während der Pressekonferenz diskutiert.

Der Hype um die „Abnehmspritzen" mit Semaglutid und Tirzepatid (wir berichteten mehrfach) blieb nicht ohne Folgen: Die Versorgung vor allem von Menschen mit Typ-2-Diabetes unter inkretinbasierten Therapien wurde immer wieder durch Lieferengpässe gefährdet, die bis heute anhalten. Die DDG steht dem Einsatz von inkretinbasierten Therapien als Lifestyle-Medikament daher sehr kritisch gegenüber, betonte Kongresspräsident Professor Dr. Baptist Gallwitz. Inkretinbasierte Medikamente führten zwar zu einer beachtlichen Gewichtsabnahme von bis zu knapp 20 % des Ausgangsgewichts, die Abnahme komme aber nach etwa sechs bis zwölf Monaten zum Stillstand. Nach aktueller Studienlage legen die Patient*innen auch gleich wieder an Gewicht zu, sobald sie diese Arzneimittel absetzen. Aus zahlreichen Studien sei zudem bekannt, dass die Behandlung von Adipositas nur mit Medikamenten ohne Lebensstilintervention, kontinuierliche Ernährungsberatung, Bewegungs- und psychologische Begleittherapie deutlich weniger erfolgreich ist. Im DMP Adipositas hätten daher Medikamente inklusive der inkretinbasierten Therapien noch keinen festen Platz, so der Pressesprecher der DDG (s. auch S. 7).

Doppel- und Mehrfachagonisten in der Pipeline

Zur Therapie des Typ-2-Diabetes und der Adipositas zugelassen ist mittlerweile auch ein erster Inkretin-Doppelagonist (Tirzepatid), der sowohl die Rezeptoren von GIP als auch von GLP1 stimuliert. Diese Doppel- und Mehrfachagonisten sind vermutlich noch stärker wirksam als die klassischen GLP1-RA und können so möglicherweise auch gezielt Stoffwechselwirkungen zusätzlich modulieren, erklärte Prof. Gallwitz. Neben dem ersten GIP/GLP1-RA Tirzepatid befänden sich derzeit viele weitere Substanzen in der klinischen Prüfung.

Diabetische Polyneuropathie: meist nur Symptomlinderung

Die diabetische Neuropathie sei eine der häufigsten mikrovaskulären Komplikationen, sowohl des Typ-1- als auch des Typ-2-Diabetes, so die Vizepräsidentin der DDG, Professor Dr. Julia Szendrödi. Studien zeigten zudem, dass bereits bei Prädiabetes eine höhere Prävalenz sowohl der diabetischen sensomotorischen Polyneuropathie (DSPN) als auch der kardiovaskulären autonomen Neuropathie im Vergleich zu gesunden Menschen bestehe, erklärte sie. Die DSPN sei jedoch häufig unterdiagnostiziert und unterbehandelt, das Screening auf Neuropathie in der hausärztlichen Versorgung oft nicht ausreichend genutzt. Ärzt*innen sollten sich daher mindestens einmal im Jahr die Füße der Patient*innen zeigen lassen.
Die Erkrankung werde heute vor allem über die Kontrolle der Risikofaktoren wie zu hohe Cholesterinwerte oder Hochdruck behandelt, führte Prof. Szendrödi an. Therapien, welche die Krankheit direkt angingen, würden selten bei schmerzhafter Polyneuropathie angewandt, stattdessen liege der Schwerpunkt meist auf der Symptomlinderung. Behandlungen, die neuropathische Schmerzen lindern sollen, erwiesen sich jedoch oft als wenig wirksam und schlecht verträglich, erläuterte sie. Umso wichtiger sei daher die frühe Aufklärung über präventive Maßnahmen, wie regelmäßige Fußkontrollen und die Einstellung von Blutdruck, Cholesterin und Blutglukosewerten. Die Patient*innen sollten, falls erforderlich, abnehmen und nicht rauchen.
Auf Geschlechterunterschiede bei der Insulinempfindlichkeit deuten zudem aktuelle Forschungsergebnisse hin. Dass der Menstruationszyklus die Insulinaktivität im Gehirn beeinflussen kann, zeigt eine Studie. Und je älter Frauen werden, desto mehr nimmt bei ihnen die Insulinwirkung ab. Das könnte für kognitive Beeinträchtigungen und möglicherweise die Mitentstehung einer Alzheimer-Erkrankung verantwortlich sein, erläuterte Professor Dr. Stephanie Kullmann, Stv. Leiterin der Abteilung Metabolic Neuroimaging am Institut für Diabetesforschung und Metabolische Erkrankungen (IDM, Helmholtz Munich an der Universität Tübingen). Eine Insulinresistenz findet sich besonders häufig bei Menschen mit Adipositas, aber auch Unterschiede zwischen Männern und Frauen spielen eine Rolle.

> »Zyklus kann Insulinaktivität im Hirn beeinflussen«

Angela Monecke

Pressekonferenz Diabetes Kongress 2024

forxiga® (dapagliflozin)

DREI INDIKATIONEN. EINE ANTWORT.

NEUE STANDARDS SETZEN. FORXIGA®.

Der frühzeitige Einsatz von FORXIGA® lässt Ihre Typ-2-Diabetes-Patient:innen vielfach profitieren

xigduo® (dapagliflozin and metformin HCl)

Einzige Fixkombination mit Zusatznutzen![1,a]

Effektive HbA1c-Senkung[2]

Schützt Herz[3,4,b] und Nieren[5,6,c]

Verträgliche[2], einfache[2] und wirtschaftliche[1,7–11,d–f] Therapie

CKD = chronische Nierenkrankheit. **eGFR** = geschätzte glomeruläre Filtrationsrate. **G-BA** = Gemeinsamer Bundesausschuss. **GKV-SV** = Spitzenverband Bund der Krankenkassen. **HbA1c** = Hämoglobin A_{1c}. **HFmrEF** = Herzinsuffizienz mit mäßig reduzierter Ejektionsfraktion. **HFpEF** = Herzinsuffizienz mit erhaltener Ejektionsfraktion. **LVEF** = linksventrikuläre Ejektionsfraktion. **RRR** = relative Risikoreduktion. **a** Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie gemäß G-BA-Beschluss vom 19.12.2019 gilt für Dapagliflozin sowie für Dapagliflozin/Metformin bei erwachsenen Patient:innen mit Diabetes mellitus Typ 2 mit hohem kardiovaskulären Risiko, die weitere Medikation zur Behandlung der kardiovaskulären Risikofaktoren erhalten – und bei denen Diät und Bewegung und die Behandlung mit einem anderen oder mit mindestens zwei blutzuckersenkenden Arzneimitteln (außer Insulin) den Blutzucker nicht ausreichend kontrollieren; – und bei denen Diät und Bewegung und die Behandlung mit Insulin (mit oder ohne einem anderen blutzuckersenkenden Arzneimittel) den Blutzucker nicht ausreichend kontrollieren.[1] **b** Kombinierter primärer Endpunkt der DAPA-HF- und DELIVER-Studie bestehend aus: kardiovaskulärem Tod und einer Verschlechterung der Herzinsuffizienz.[3,4] **c** Sekundärer Endpunkt in DECLARE: eGFR-Reduktion um ≥ 40 % auf < 60 ml/min/1,73 m² oder terminale Nierenkrankheit oder renaler Tod (RRR: 47 %).[5] **d** Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen gemäß G-BA-Beschluss gilt für Dapagliflozin für Erwachsene mit einer symptomatischen, chronischen Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion.[9] **e** Gemäß G-BA-Beschluss: Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen für Patient:innen mit CKD ohne Herzinsuffizienz als Komorbidität; Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen für Patient:innen mit CKD mit Herzinsuffizienz als Komorbidität.[10] **f** Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen gemäß G-BA-Beschluss vom 17.08.2023 gilt für Dapagliflozin für Erwachsene mit einer symptomatischen, chronischen Herzinsuffizienz mit erhaltener Ejektionsfraktion HFpEF (LVEF > 50 %) und mit geringgradig eingeschränkter Ejektionsfraktion HFmrEF (LVEF > 40 bis 49 %).[11] **1** Vgl. G-BA-Beschluss vom 19.12.2019 zu FORXIGA®: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4088/2919-12-19_AM-RL-XII_Dapagliflozin_D-461.pdf; G-BA-Beschluss vom 19.12.2019 zu XIGDUO®: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4089/2019-12-19_AM-RL-XII_Dapagliflozin-Metformin_D-462.pdf. **2** Vgl. FORXIGA® Fachinformation, Stand Januar 2024 **3** Vgl. Solomon SD et al. N Engl J Med 2022; 387(12):1089–1098 (inkl. Supplement). **4** Vgl. McMurray JJV et al. N Engl J Med 2019; 381(21):1995–2008. **5** Vgl. Wiviott SD et al. N Engl J Med. 2019; 380(4):347–357 (inkl. Supplement). **6** Vgl. Mosenzon O et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2019; 7:606–17. **7** Vgl. ASP-Monitor, Stand 15.01.2024. **8** Vgl. GKV-SV, Stand 01.02.2023: https://www.gkv-spitzenverband.de/ media/dokumente/krankenversicherung_1/arzneimittel/amnog_praxisbesonderheiten/13016pb20230113.pdf. **9** Vgl. G-BA-Beschluss vom 20.05.2021: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4846/2021-05-20_AM-RL-XII_Dapagliflozin_D-613.pdf. **10** Vgl. G-BA-Beschluss vom 17.02.2022: https://www.g-ba.de/downloads/39-2615282/2022-02-17_AM-RL-XII_Dapagliflozin_D-713.pdf. **11** Vgl. G-BA-Beschluss vom 17.08.2023: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6127/2023-08-17_AM-RL-XII_Dapagliflozin_D-906.pdf.

Forxiga® 5 mg Filmtabletten / Forxiga® 10 mg Filmtabletten. Wirkstoff: Dapagliflozin.
Xigduo® 5 mg/850 mg Filmtabletten / Xigduo® 5 mg/1000 mg Filmtabletten. Wirkstoffe: Dapagliflozin, Metformin.
Verschreibungspflichtig. **Zusammensetzung:** *Forxiga®*: 1 Filmtablette enthält Dapagliflozin-(2S)-Propan-1,2-diol (1:1) (1 H_2O), entsprechend 5 mg bzw. 10 mg Dapagliflozin. *Xigduo®*: 1 Filmtablette enthält Dapagliflozin-(2S)-Propan-1,2-diol (1:1) 1 H_2O (entsprechend 5 mg Dapagliflozin) und 850 mg bzw. 1000 mg Metforminhydrochlorid. **Sonstige Bestandteile:** *Filmüberzug:* Poly(vinylalkohol), Macrogol 3350, Talkum, Titandioxid, Eisen(III)-hydroxid-oxid x H_2O, Eisen(III)-oxid (nur Xigduo® 5 mg/850 mg). *Tablettenkern Forxiga®*: Mikrokristalline Cellulose, Lactose, Crospovidon, Siliciumdioxid, Magnesiumstearat. *Tablettenkern Xigduo®*: Hyprolose, mikrokristalline Cellulose, Magnesiumstearat, Carboxymethylstärke-Natrium (Typ A). **Anwendungsgebiete:** *Forxiga® 5 mg und 10 mg:* Indiziert bei Erwachsenen und Kindern im Alter von 10 Jahren und älter zur Behandlung von unzureichend kontrolliertem Typ-2-Diabetes mellitus in Ergänzung zu einer Diät und Bewegung als Monotherapie, wenn Metformin aufgrund einer Unverträglichkeit als ungeeignet erachtet wird; zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung des Typ-2-Diabetes. Zu Studienergebnissen im Hinblick auf Kombinationen von Behandlungen, die Wirkung auf die Blutzuckerkontrolle, kardiovaskuläre und renale Ereignisse sowie die untersuchten Populationen, siehe Abschnitte 4.4, 4.5 und 5.1 der Fachinformation. Patienten mit schwerer Leberfunktionsstörung: Es wird eine Anfangsdosis von 5 mg empfohlen. Wenn diese gut vertragen wird, kann die Dosis auf 10 mg erhöht werden. Herzinsuffizienz: Indiziert bei erwachsenen Patienten zur Behandlung der symptomatischen, chronischen Herzinsuffizienz. Chronische Niereninsuffizienz: Indiziert bei erwachsenen Patienten zur Behandlung der chronischen Niereninsuffizienz. *Xigduo®:* Indiziert bei erwachsenen Patienten für die Behandlung des Typ-2-Diabetes mellitus als Ergänzung zu Diät und Bewegung bei Patienten, bei denen der Blutzucker mit der maximal verträglichen Dosis von Metformin allein unzureichend kontrolliert wird; in Kombination mit anderen Arzneimitteln zur Behandlung des Diabetes bei Patienten, die mit Metformin und diesen Arzneimitteln unzureichend kontrolliert sind; bei Patienten, die bereits mit der Kombination aus Dapagliflozin und Metformin als separate Tabletten behandelt werden. Zu Studienergebnissen im Hinblick auf Kombinationen von Behandlungen, die Wirkung auf die Blutzuckerkontrolle und kardiovaskuläre Ereignisse sowie die untersuchten Populationen, siehe Abschnitte 4.4, 4.5 und 5.1 der Fachinformation. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den (die) Wirkstoff(e) oder einen der sonstigen Bestandteile. *Xigduo® zusätzlich:* jede Art von akuter metabolischer Azidose (z. B. Laktatazidose, diabetische Ketoazidose), diabetisches Präkoma; schwere Niereninsuffizienz (GFR < 30 ml/min); akute Erkrankungen, die potenziell die Nierenfunktion beeinflussen können, wie Dehydratation, schwere Infektion, Schock; eine akute oder chronische Erkrankung, die zu einer Gewebehypoxie führen kann, wie Herz- oder Lungeninsuffizienz, kürzlich erlittener Myokardinfarkt, Schock; Leberfunktionsstörung; akute Alkoholvergiftung, Alkoholismus. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Hypoglykämie (bei Anwendung mit einem Sulfonylharnstoff oder Insulin). *Häufig:* Vulvovaginitis, Balanitis und verwandte Infektionen des Genitalbereichs, Harnwegsinfektionen, Schwindel, Hautausschlag, Rückenschmerzen, Dysurie, Polyurie, erhöhter Hämatokrit, verminderte renale Kreatinin-Clearance zu Behandlungsbeginn, Dyslipidämie. *Gelegentlich:* Pilzinfektionen, Volumenmangel, Durst, Verstopfung, Mundtrockenheit, Nykturie, vulvovaginaler Pruritus, Pruritus genitalis, erhöhtes Kreatinin im Blut zu Behandlungsbeginn, erhöhter Harnstoff im Blut, Gewichtsreduktion. *Selten:* diabetische Ketoazidose (bei Typ-2-Diabetes). *Sehr selten:* nekrotisierende Fasziitis des Perineums (Fournier-Gangrän), Angioödem, tubulointerstitielle Nephritis. *Xigduo®* zusätzlich: *Sehr häufig:* gastrointestinale Symptome (Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Bauchschmerzen, Appetitlosigkeit). Häufig: Vitamin-B_{12}-Abnahme/-Mangel, Geschmacksstörungen. *Sehr selten:* Laktatazidose, Leberfunktionsstörungen, Hepatitis, Urtikaria, Erythem, Pruritus. **Weitere Hinweise:** siehe Fachinformationen. **Pharmazeutischer Unternehmer:** AstraZeneca GmbH, Friesenweg 26, 22763 Hamburg, E-Mail: azinfo@astrazeneca.com, www.astrazeneca.de, Servicehotline für Produktanfragen: 0800 22 88 660. Stand: Februar 2024.

DE-67988/24

AstraZeneca

Abschied von starren Grenzwerten

Bei Schilddrüse und Knochengesundheit sind viele Faktoren zu beachten

MAINZ. Diabetes geht häufig auch mit endokrinologischen Fragestellungen einher. Hier setzt man neuerdings auf eine deutlich individuellere Einschätzung von Risiken – etwa was Grenzwerte für die Beurteilung der Schilddrüsenfunktion angeht. Auch die neuen Leitlinien für die Diagnostik von Schilddrüsenknoten und zur Bewertung des Osteoporoserisikos spiegeln diesen Trend.

Bisher wurden Alter, Geschlecht oder Ethnie bei den Referenzwerten für die Schilddrüsenfunktion nicht berücksichtigt. „Dabei mehren sich die Hinweise darauf, dass im Alter höhere TSH-Grenzwerte sinnvoll wären und selbst Hormonwerte im Referenzbereich mit Risiken behaftet sein könnten“, betonte Professor Dr. Matthias M. Weber, Universitätsklinikum Mainz. So beschreibe ein aktueller Review mit Metaanalyse eine J-förmige Assoziation von freiem Thyroxin (fT4) mit kardiovaskulären Erkrankungen und Mortalität, während niedrige TSH-Konzentrationen mit einem erhöhten Risiko für Mortalität aller Ursachen und mit kardiovaskulärer Mortalität zusammenhängen.[1]

Foto: Kudryavtsev – stock.adobe.com

Für die Untersuchung wurden die Daten von fast 135.000 Personen mit einem medianen Alter von 59 Jahren herangezogen. Für fT4 wies die 20. bis 40. Perzentile das niedrigste Risiko auf. Unabhängig vom optimalen Bereich war der Effekt für fT4 alters- und geschlechtsabhängig: Das Zehn-Jahres-Gesamtrisiko für kardiovaskuläre Ereignisse und Mortalität stieg um mehr als 5 %, wenn die fT4-Werte bei Männern über der 75. Perzentile und bei Frauen über der 85. Perzentile lagen. „Diese Untersuchung zeigt sehr deutlich, dass eine differenzierte alters- und geschlechtsspezifische Neubewertung der Referenzbereiche für fT4 und TSH dringend notwendig wäre“, erklärte Prof. Weber.

Insbesondere bei älteren Menschen sei bei einem einzelnen basal erhöhten TSH-Wert Vorsicht geboten, um nicht eine unnötige und wahrscheinlich gefährliche Übersubstitution mit Schilddrüsenhormonen einzuleiten.

Prof. Weber berichtete auch von der neuen europäischen ETA-Praxisleitlinie für die Diagnostik und Behandlung von Schilddrüsenknoten.[2]

Abkehr von medikamentöser Behandlung von Knoten

Diese konzentriere sich auf die drei wesentlichen Kriterien, die bei der Erstdiagnostik von knotigen Veränderungen an der Schilddrüse abgeklärt werden sollten: Vorliegen einer durch den bzw. die Knoten bedingten Symptomatik, Nachweis einer Autonomie und Wahrscheinlichkeitsabschätzung bezüglich der Malignität. Bei der Risikoabschätzung sind Ultraschallkriterien und die einmalige Bestimmung von Calcitonin zentral.

Neu in der Leitlinie seien die ultraschallbasierte und größenabhängige Stratifizierung der Feinnadelpunktion sowie die Nachsorge bei konservativem Vorgehen. Für alle Beteiligten erleichternd: Die Nachsorge falle bei vielen kleinen knotigen Veränderungen weg, da diese meist asymptomatisch und benigne blieben. Als interessant bezeichnete Prof. Weber auch die strikte Abkehr von der in Deutschland nach wie vor häufig praktizierten medikamentösen Behandlung von Schilddrüsenknoten. Eine neue deutsche Leitlinie wird für Mitte 2024 erwartet.

Dr. Karin Kreuel

> »Im Alter höhere TSH-Grenzwerte«

1. Xu Y et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2023;11(10):743-754. doi.org/10.1016/S2213-8587(23)00227-9

2. Durante C et al. Eur Thyroid J 2023;12(5):e230067. doi: 10.1530/ETJ-23-0067

Komplex, aber sinnvoll: Das neue DVO-Risikomodell

Die neue, lang erwartete S3-Osteoporose-Leitlinie des Dachverbandes Osteologie (DVO) für postmenopausale Frauen und Männer ab 50 Jahren wurde 2023 grundlegend überarbeitet und aktualisiert. Die Risikoschwelle für die Indikation zu einer Basisdiagnostik entfällt.„Kern der neuen Leitlinie ist das neue DVO-Risikomodell“, sagte Prof. Weber. Dieses basiere auf einem deutschen Referenzkollektiv und sei zugegebenermaßen auf den ersten Blick„etwas kompliziert“. Eine DXA-Messung wird nun bei klinischen Konstellationen empfohlen, die anhand von 11 Risikoindikatoren und 33 Risikofaktoren bestimmt werden. Die Leitlinie gebe wichtige klinische Entscheidungshilfen für die Behandlung der Osteoporose und biete eine sehr gute Basis für eine individuelle und differenzierte Beurteilung des Frakturrisikos. Als eine wesentliche Neuerung hob Prof. Weber die Betonung der Sequenztherapie mit initial anaboler und dann antiresorptiver Therapie bei Hochrisikopatient*innen hervor. Ebenso neu sei die Empfehlung, eine notwendige spezifische Therapie (v. a. nach osteoporotischen Frakturen) rasch zu beginnen – ohne Verzögerung durch die zeitgleich empfohlene zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung.

Hier geht es zur Osteoporose-Leitlinie: register.awmf.org/de/leitlinien/detail/183-001

Lassen Kälte und Chili die Pfunde schmelzen?

Braunes Fettgewebe verbraucht Energie – und könnte so helfen, Gewicht zu reduzieren

Capsaicin kann braunes Fettgewebe aktivieren.

Foto: Vector Tradition– stock.adobe.com

ROSTOCK. Um Gewicht zu verlieren, reduzieren viele Menschen die Kalorienaufnahme – zum Beispiel mit Hilfe des GIP/GLP1-Rezeptoragonisten Tirzepatid. Aber auch andere Therapieoptionen werden erforscht: Wie könnte das braune Fettgewebe helfen, den Energieverbrauch zu erhöhen?

Braunes Fettgewebe (brown adipose tissue, BAT) verbrennt im Gegensatz zu weißem Fett, das Energie speichert, Energie, um Wärme zu erzeugen, so PD Dr. Tim Hollstein, Clinician Scientist, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel. Es ist erst seit circa 15 Jahren bekannt, dass erwachsene Menschen braunes Fett besitzen. Ein durchschnittlicher Mensch besitzt etwa 100 bis 300 Gramm davon, hauptsächlich um den Hals und das Schlüsselbein herum. Interessanterweise können bereits 50 g aktives BAT bis zu 300 kcal pro Tag verbrennen – „das entspricht in etwa einem Schoko-Brownie“, verdeutlicht Dr. Hollstein. Schlanke Personen verfügen über mehr aktives BAT als übergewichtige Menschen, was darauf hindeutet, dass BAT eine Rolle für unser Körpergewicht spielt.

Neben seiner „Heizungsfunktion“ produziert BAT auch Hormone, sogenannte „Batokine“, die sowohl den Stoffwechsel als auch Organe wie Herz und Leber positiv beeinflussen. Ein Beispiel für ein Batokin ist das Hormon Fibroblast Growth Factor 21 (FGF21), das die Fettverbrennung in der Leber fördert und vor der Fettlebererkrankung schützen kann. Jüngste Studien konnten zeigen, dass die Aktivierung von BAT nicht nur durch Kälte erfolgt, sondern auch durch Nahrungsaufnahme. Damit trägt BAT zur sogenannten „nahrungsmittelinduzierten Thermogenese“ bei. Das ist die Energie, die der Körper zur Verdauung benötigt. Einige Menschen weisen eine höhere Verdauungsenergie auf als andere, trotz gleicher Nahrungsaufnahme. Sie verbrennen überschüssige Kalorien sprichwörtlich wieder und können sich so vor Übergewicht schützen. Interessanterweise scheint BAT auch ein Sättigungsgefühl im Gehirn zu induzieren, was für die Regulierung der Nahrungsaufnahme von Bedeutung sein könnte.

Der Tipp des Forschers: „Mehr Kälte zulassen“

BAT lässt sich durch regelmäßige Kälteexposition trainieren und vermehren. „Mehr Kälte zulassen“, ist hierzu der Rat von Dr. Hollstein. Zudem gibt es Hinweise, dass das in Chilischoten enthaltene Capsaicin braunes Fett aktivieren kann. Auch Medikamente können BAT aktivieren – Dr. Hollstein berichtete von Mirabegron, das ursprünglich gegen eine überaktive Blase entwickelt worden ist. Auch Salbutamol wurde als BAT-Aktivator identifiziert. Allerdings haben diese Medikamente Nebenwirkungen wie einen schnelleren Herzschlag und erhöhten Blutdruck, deshalb suche man nach anderen medikamentösen Optionen.

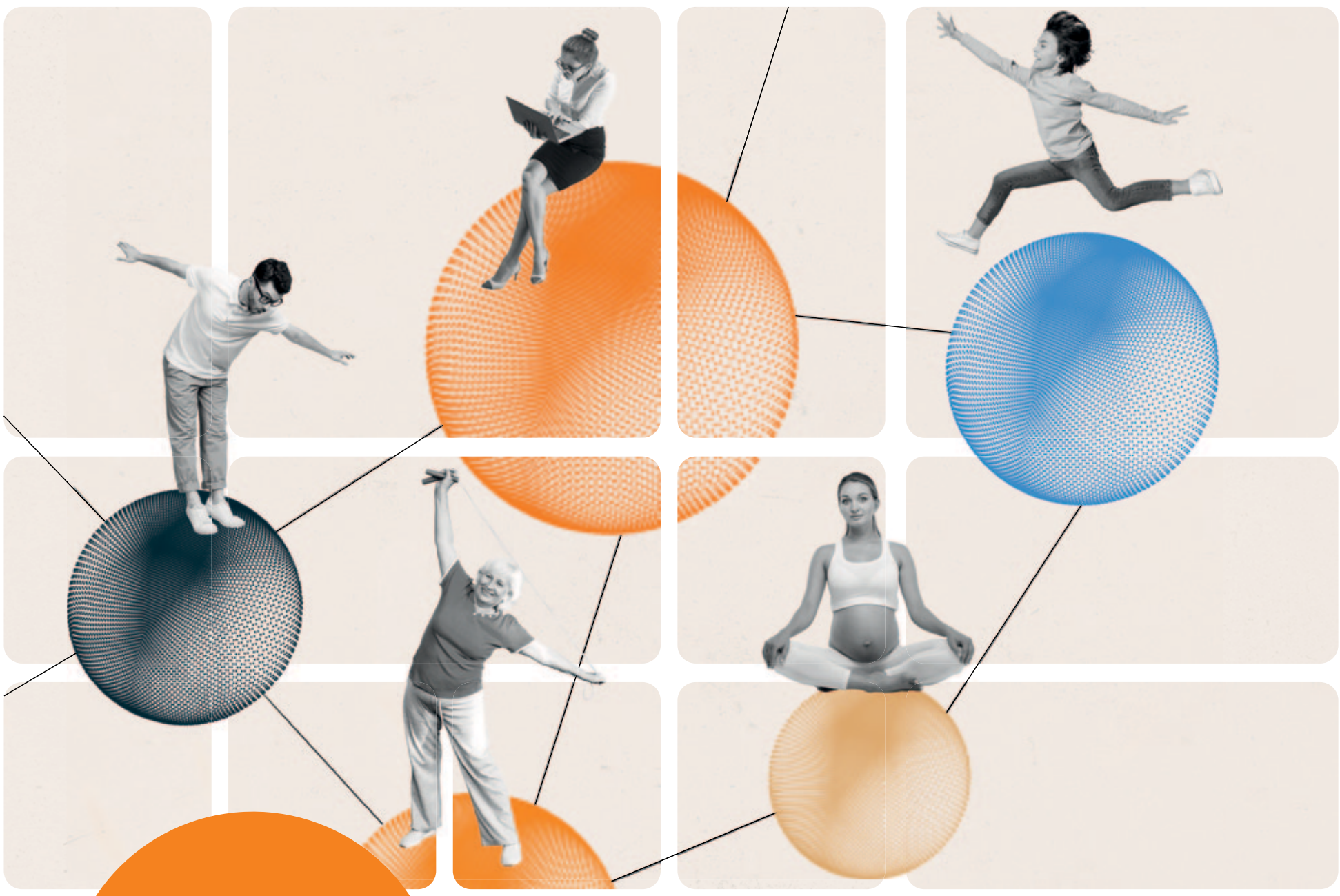
nf

Pressekonferenz zum Deutschen Kongress für Endokrinologie

DIABETES KONGRESS DDG

DIABETES. UMWELT. LEBEN.

Perspektiven aus allen Blickwinkeln



ALLE VORTRÄGE SECHS MONATE LANG **ON-DEMAND**

Diabetes Kongress 2024
08. – 11. Mai 2024
CityCube Berlin

www.diabeteskongress.de

MEDICAL REPORT

Leistungssport und Diabetes – auf die richtige Einstellung kommt es an

Die Bedeutung der sensorbasierten kontinuierlichen Glukosemessung für die Gesundheit und Leistungsfähigkeit von Athlet:innen mit Diabetes.

Spitzensportler:innen mit Diabetes haben eine ausgeprägte intrinsische Motivation, ihre Glukosewerte zu optimieren: Denn nur dann können sie Höchstleistungen erbringen. Welche Rolle dabei moderne Diabetestechnik spielt, erklärt Diabetesberaterin und Sportexpertin Ulrike Thurm.

Ulrike Thurm
Diabetesberaterin
Foto: Kathrin Harms

Lange Zeit war die vorherrschende Meinung in der Medizin, dass Leistungssport mit Typ-1-Diabetes gefährlich sei. Dieses Vorurteil hat Diabetesberaterin Ulrike Thurm zusammen mit der IDAA (International Diabetic Athletes Association) entkräftet. Heute sind Topsportler:innen mit Diabetes in vielen Disziplinen erfolgreich vertreten. „Nach dem aktuellen Wissensstand und mit den modernen Möglichkeiten der Glukosekontrolle ist intensiver Sport alles andere als gefährlich und hat sogar gesundheitliche Vorteile für Menschen mit Diabetes[1,2]“, erklärt Ulrike Thurm. Sie muss es wissen, denn sie ist selbst an Typ-1-Diabetes erkrankt, aktive Sportlerin und unterstützt seit vielen Jahren Profi-Athlet:innen bei ihrem Diabetesmanagement.

Jeder Mensch mit einem Typ-1-Diabetes steht vor der Herausforderung, in seinem Alltag schwere Entgleisungen im Sinne einer Hypo- oder Hyperglykämie und langfristige Folgeerkrankungen zu vermeiden. Für Sportprofis ist eine optimale Einstellung des Glukosewertes aber auch wichtig, um im Wettkampf die beste Leistung abrufen zu können. „Für Sportler:innen ist das Risiko, in eine Entgleisung zu geraten, erhöht, da ihr Insulinbedarf durch die Muskelaktivität stärker schwankt. Die richtige Dosierung der Insulinzufuhr ist ein fortwährender Balanceakt“, erklärt Thurm.

Generell hängt die Glukosevariabilität (GV) eines Menschen mit Diabetes neben individuellen Charakteristika wie z. B. Alter oder BMI vor allem vom Lebensstil ab. Ernährung, Stress (z. B. vom Wettkampf), das Schlafpensum sowie die Art und die Intensität der körperlichen Aktivität wirken sich auf den Glukosewert aus. Die regelmäßige Kontrolle des Glukosewertes, z. B. durch ein kontinuierliches Glukosemesssystem (CGM-System) wie das FreeStyle Libre 3 System von Abbott, kann diese Zusammenhänge individuell aufdecken,[3] das Verständnis für die Auswirkung der Bewegung und des Lebensstils auf den Kohlenhydratstoffwechsel fördern und somit auch die Selbstwirksamkeit verbessern.[4,5]

Unterstützt dabei Hypoglykämien vorzubeugen[7]

„CGM-Systeme erleichtern die glykämische Kontrolle auch während der sportlichen Belastung oder des Wettkampfes,“ sagt Ulrike Thurm und erinnert sich, dass früher Athlet:innen mit Diabetes beispielsweise ein Radrennen oder einen Marathon zwischendurch unterbrechen mussten, um am Seitenrand eine blutige Messung durchzuführen. „Das hat immer einige wertvolle Minuten Zeit gekostet“, erinnert sich Thurm. Bei modernen CGM-Systemen wie dem FreeStyle Libre 3 System überträgt ein kleiner Sensor, der an der Rückseite des Oberarmes getragen wird, 14 Tage automatisch jede Minute[a] den genauen[b] Glukosewert und den Trend an die dazugehörige Smartphone App[c] oder das Lesegerät – ganz ohne Scannen[d]. Ein Blick auf das Display reicht, um die Glukosetendenz zu erkennen und bei Bedarf die Kohlenhydratzufuhr anzupassen. „Diese zuverlässige[b] Übermittlung von Echtzeit-Glukosewerten gibt Athlet:innen in Wettkampfsituationen ein deutlich gesteigertes Gefühl der Sicherheit“, so die Diabetesberaterin.

Mehr Sicherheit[6,7] – auch in der Nacht

Ein wichtiges Thema beim Leistungssport mit Diabetes sind auch nächtliche Hypoglykämien. Das Risiko ist bei Sportler:innen erhöht, die abends trainieren oder einen Wettkampf haben und ihre Insulindosis zur Nacht nicht entsprechend des Bewegungspensums anpassen. „Die Muskeln füllen ihre Glukosespeicher nach dem sportlichen Einsatz wieder auf, deshalb kann selbst im körperlichen Ruhemodus der Glukosewert sinken und es droht eine Unterzuckerung“, erklärt Thurm. Sie selbst hat sich in den 1980er- und 1990er-Jahren nach einem Radrennen nachts zu zwei verschiedenen Zeiten einen Wecker gestellt, mittels Fingerstich den Blutzucker zu messen. „Ich wusste ja nie genau, zu welchem Zeitpunkt ich unterzuckern könnte.“ Thurm ist überzeugt, dass CGM-Systeme mit einer optionalen Alarmfunktion[e], wie das FreeStyle Libre 3 von Abbott eine wertvolle Hilfe sind und die Therapieanpassungen diesbezüglich revolutioniert haben.[6,7] „Sinkt der Glukosewert in der Nacht in einen kritischen Bereich, werden Anwender:innen des CGM-Systems rechtzeitig von dem optionalen Alarm gewarnt und haben dann die Möglichkeit mit Kohlenhydraten gegenzusteuern“, erklärt Thurm.

Echtzeitwerte mit dem Diabetesteam teilen

Bei dem CGM-System FreeStyle Libre 3 haben Profi-Sportler:innen zudem die Möglichkeit, ihre Werte zu teilen.[g] Die Fußballspielerin Sandra Starke teilt ihre Werte über die LibreLinkUpApp mit ihrer Physiotherapeutin und mit Ulrike Thurm über LibreView App[h]. „Während eines Spiels muss sich die Stürmerin auf die gegnerische Mannschaft und den Ball konzentrieren. Da bleibt keine Zeit, auch noch die Glukosewerte im Blick zu behalten. Sandra teilt ihre Echzeit-Glukosewerte mit der Physiotherapeutin. Diese kann Sandra im Falle eines Abwärtstrends bei der nächsten Spielunterbrechung an die Seitenlinie rufen, wo Sandra bevor der Glukosewert zu tief sinkt, etwas Glukosehaltiges trinken kann.“ So können gravierende Glukoseschwankungen auch im Wettkampf vermieden werden.

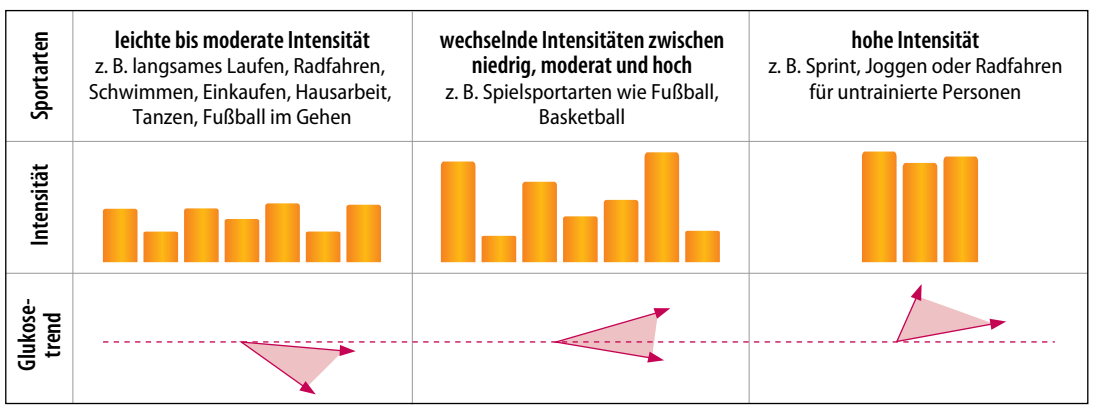
Fußballprofi mit Typ-1-Diabetes: Sandra Starke spielt in der Bundesliga bei RB Leipzig.
Fotos: Abbott

Digitales Datenmanagement sei aber auch für Behandler:innen sehr vorteilhaft: „Für uns Diabetesteams bietet die Remote Sharing-Funktion eine immense Erleichterung für die medizinische Betreuung von Menschen mit Diabetes. Wir können so schneller auf situativ auftretende Probleme eingehen und beim Diabetesmanagement unterstützen.“

a Der Sensor ist 60 Minuten nach der Aktivierung für die Glukosemessung bereit.
b Alva S et al. Diabetes Ther. 2023 Mar 6. doi: 10.1007/s13300-023-01385-6. Online ahead of print.
c Die FreeStyle Libre 3 App ist nur mit bestimmten Mobilgeräten und Betriebssystemen kompatibel. Bevor Sie die App nutzen möchten, besuchen Sie bitte die Webseite www.FreeStyleLibre.de um mehr Informationen zur Gerätekompatibilität zu erhalten.
d Eine zusätzliche Prüfung der Glukosewerte mittels eines Blutzucker-Messgeräts ist erforderlich, wenn die Symptome nicht mit den Messwerten oder den Alarmen des Systems übereinstimmen.
e Alarme sind standardgemäß ausgeschaltet und müssen eingeschaltet werden.
f Die Übertragung der Daten zwischen den Apps erfordert eine Internetverbindung.
g Die Übertragung der Daten zwischen der FreeStyle Libre 3 App, LibreLinkUp und LibreView erfordert eine Internetverbindung.
h Libre View ist eine cloudbasierte Anwendung. Die Libre View Website ist nur mit bestimmten Betriebssystemen und Browsern kompatibel. Weitere Informationen finden Sie unter www.libreview.com

Das Sensorgehäuse, FreeStyle Libre und damit verbundene Markennamen sind eingetragene Marken von Abbott.

Bewegung bei Diabetes



Quelle: mod. nach Riddell MC et al. Lancet Diabetes Endocrinol, 2019; 5: 377-390/ © 2022 Abbott

MT-Grafik

1. Esefeld K et al. Diabetologie und Stoffwechsel 2022; 17(S 02): 301-310
2. Rietz et al. Diabetes Care 2022;45: 3101-3111; https://doi.org/10.2337/dc22-0886
3. Moser O et al. Diabetologia 2020; 63(12): 2501-2520
4. K. Lange, B. Kulzer. Diabetes Stoffw Herz 2023; 32: 180-189, online verfügbar unter: https://www.diabetologie-online.de/a/cgm-psychologische-aspekte-der-kontinuierlichen-glukosemessung-2492753
5. Brinkmann C et al. AGP-Bewegungsfibel, Kirchheim Verlag
6. Bolinder J et al. The Lancet 2016; 388 (10057): 2254-2263
7. Haak, T. et al. Diabetes Therapy 2017; 8 (1): 55-73

Bundesliga-Profi mit Diabetes

Sandra Starke spielt seit 2013 in der Fußball-Bundesliga beim RB Leipzig, ist für die deutsche Nationalmannschaft aufgelaufen und gewann 2022 mit dem VfL Wolfsburg Meisterschaft und Pokal. 2018 wurde bei ihr Typ-1-Diabetes diagnostiziert. Zur Glukosekontrolle verwendet sie das FreeStyle Libre 3 System von Abbott. „Die Glukoseverlaufskurven zeigen mir, wie ich mein Diabetesmanagement noch besser auf meinen Sport ausrichten kann, zum Beispiel in Sachen Ernährung“, erklärt die 30-Jährige. Hypoglykämien bekommt sie eher selten und leicht. „Ich habe gelernt direkt gegenzusteuern, wenn der Glukosetrend abwärts geht.“ Auch die optionale Alarmfunktion[e] ist für Starke sehr wichtig: „Die gibt mir Sicherheit für die Nacht, denn manchmal wirkt sich die körperliche Anstrengung in meinem Beruf ja auch sehr viel später noch auf den Glukosewert aus“, erläutert die Stürmerin. Starke teilt[g] ihre Werte über LibreView[h] mit ihrer medizinischen Betreuung und tauscht sich dadurch sehr häufig mit Ulrike Thurm aus, um optimal auf den Leistungssport eingestellt zu sein. Über die Remote Sharing-Funktion ging das sogar, als sie einige Monate für die Chicago Red Stars in den USA gespielt hat.

ADC-89331v1.0

IMPRESSUM • Idee und Konzeption: Inter Medical Sonderpublikationen • **Redaktion:** Marcus Sefrin • **Corporate Publishing:** Lena Feil • Mit freundlicher Unterstützung der Abbott GmbH
diabetes zeitung 4/2024 – 43557 • **Die Herausgeber der Zeitung übernehmen keine Verantwortung für den Inhalt dieser Seite.**

»Noch ist das Thema Diabetes in den Fitnessstudios nicht angekommen«

Durch ein neues Siegel wird sich das ändern, sagt Dr. Meinolf Behrens

MINDEN. „Fit mit Diabetes" heißt das neue Gütesiegel für ein sicheres Training im Fitnessstudio, das von der AG Diabetes, Sport & Bewegung der DDG zusammen mit Partnern entwickelt wurde. Vorgestellt wurde „Fit mit Diabetes" im April auf der FIBO in Köln, der weltgrößten Fitnessmesse. Dr. Meinolf Behrens, einer der Initiatoren, erklärt, was es mit dem Siegel auf sich hat.

Foto: privat

DR. MEINOLF BEHRENS

Der Diabetologe, Sport- und Ernährungsmediziner Dr. Meinolf Behrens ist seit 20 Jahren niedergelassen im Diabeteszentrum Minden in Ostwestfalen. Er engagiert sich in der DDG AG Diabetes, Sport & Bewegung und ist auch in der Patientenkommunikation aktiv – als Redaktionsmitglied des Diabetes-Journals und des Portals „Diabetes-Anker". Ins Fitnessstudio und zum Laufen geht er jeweils zweimal pro Woche.

? Wozu bedarf es eines Siegels wie „Fit mit Diabetes"? Können Menschen mit Diabetes nicht einfach in ein Sportstudio gehen und loslegen?

Dr. Behrens: Zunächst einmal fällt es im Bereich der Gesundheits- und Fitnessstudios auch Fachleuten relativ schwer, unter Qualitätsgesichtspunkten den Markt zu sondieren und zu unterscheiden, welche Studios etwas mehr für den gesundheitsorientierten Sport stehen. Und wir wissen natürlich auf der anderen Seite, wie wichtig die körperliche Aktivität für Menschen mit Diabetes ist. Aber: Sport mit Diabetes bedarf eben schon einer besonderen Aufmerksamkeit – wegen des möglichen Risikos für eine Stoffwechselentgleisung, aber auch aufgrund von diabetesassoziierten Erkrankungen.

Unser Eindruck ist, dass in den Fitnessstudios das Thema Diabetes noch nicht angekommen ist. Wir haben aber nicht das Anliegen, dass nun Fitnesstrainer*innen zu Mediziner*innen und Diabetolog*innen werden, sondern es geht darum, Bewusstsein für die Erkrankung und damit für Menschen mit Diabetes, die Sport im Fitnessstudio treiben, zu schaffen. Die Grundidee ist, für diese Menschen Qualität, Sicherheit und Transparenz in die Studios zu bringen.

? Welche Kriterien muss ein Studio für das Siegel erfüllen?

Dr. Behrens: Wir haben einen Kriterienkatalog erstellt. Primär waren daran Diabetolog*innen beteiligt, aber auch Sportwissenschaftler*innen und letztlich auch die Trainingsanbieter. Das ist eine ganz besondere Konstellation, die es in dieser Form noch nicht gegeben hat.

Das Herzstück dieses Katalogs ist sicherlich die Qualifizierung der Mitarbeiter*innen. Wir haben eine sogenannte Fachqualifikation geschaffen: Jedes Studio, das zertifiziert wird, benötigt jemanden, der beim Thema Diabetes „den Hut aufhat". Wir wollten keine neue Ausbildung schaffen, weil der Fitness- und Gesundheitsmarkt schon voll ist mit Ausbildungen. Unser Grundkriterium ist deshalb z. B. eine Übungsleiterausbildung der unterschiedlichen Verbände oder auch eine andere, ähnliche Ausbildung. Wer die hat, hat schon eine ganz entscheidende Grundvoraussetzung erfüllt.

Diese Grundausbildung kombinieren wir mit einer fünfstündigen diabetesspezifischen Qualifikation, die wir Basisqualifikation nennen. Zusätzlich ist angedacht, dass die Trainer*innen in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis hospitieren, so dass sie am Ende von uns die Fachqualifikation bekommen. Darüber hinaus müssen die Studios weitere Mitarbeiter*innen qualifizieren, die dann aber „nur" die Basisqualifikation haben.

Es gibt noch weitere Voraussetzungen für die Studios wie das Notfallmanagement, eine entsprechende Infrastruktur, ein Angebot an Gruppen- und Einzeltraining. Das sind aber letztlich Kriterien, die ein gutes Fitnessstudio, ein gutes Gesundheitsstudio sowieso erfüllt. Zudem sollte es in einem Studio mit dem Siegel „Fit mit Diabetes" ein Blutglukosemessgerät und ein Ketonmessgerät geben. Die Geräte müssen regelmäßig überprüft werden. Auch sollten schmale und breite Blutdruckmanschetten vorhanden sein. Und: Die Studios müssen ärztlich betreut werden.

? Wann startet die Qualifikation der Trainer*innen?

Dr. Behrens: Wir haben die ersten Termine festgelegt, zwei für Düsseldorf und zwei für München. Informationen dazu gibt es auf unserer Website diabetes-bewegung.de. Zudem bieten wir Studios/Studioketten, die mehrere Trainer*innen qualifizieren möchten, an, zu ihnen ins Studio zu kommen.

? Wer vergibt das Siegel – die AG?

Dr. Behrens: Genau, die Arbeitsgemeinschaft Diabetes, Sport & Bewegung vergibt das Siegel. Aber wir haben Partner, mit denen wir zusammenarbeiten. Zum einen ist das die Expertenallianz für Gesundheit, das ist ein Zusammenschluss von Fachleuten aus verschiedenen Gesundheits- und Wissenschaftsdisziplinen. Daran sind Sportwissenschaftler*innen beteiligt, aber auch Trainingsanbieter, mit denen wir kooperieren und die ein vorzügliches Netzwerk haben, denn es ist ja ganz wichtig, dass wir als Diabetolog*innen die Studios auch erreichen.

Der Prozess der Zertifizierung läuft über einen weiteren Partner, die IST-Hochschule, die Bachelor- und Masterstudiengänge im Bereich Fitness und Gesundheit anbietet. Einer der Dozenten ist Professor Dr. Christian Brinkmann, der auch in der AG sehr aktiv ist und dafür sorgt, dass Auditoren gewonnen werden, die den Zertifizierungsprozess fachlich überwachen. All das können wir als AG natürlich nicht so nebenbei leisten.

? Wer kann sich am Siegel „Fit mit Diabetes" orientieren?

Dr. Behrens: Alle Menschen mit Diabetes, egal, ob sie Typ-1- oder Typ-2-Diabetes haben. Zwar gibt es bei Menschen mit Typ-2-Diabetes einen kausalen therapeutischen Ansatz. Aber man muss auch ganz nüchtern sagen: Der Lebensstil der Gegenwart geht auch nicht an Menschen mit Typ-1-Diabetes vorbei. Außerdem wollen natürlich auch Menschen mit Typ-1-Diabetes sich im Fitnessstudio sicher fühlen. Wir wissen ja, wie komplex es ist, mit Typ-1-Diabetes Sport zu treiben. Deshalb finde ich es einfach schön, wenn man in einem Studio trainieren kann, wo man nicht schief angeguckt wird, wenn man einen Sensor am Arm trägt oder sich den Blutzucker misst.

? Wie viele Studios sind derzeit in der Lage, das Siegel zu erhalten?

Dr. Behrens: Das ist für uns schwer zu erfassen. Ich glaube, es gibt unzählige sogenannte „Premium-Studios", die problemlos die allgemeinen Voraussetzungen erfüllen, wenn es um Kurse und Geräte geht. Aber was die Qualifizierung der Mitarbeiter*innen im Bereich Diabetes angeht, ist sicherlich viel Arbeit zu leisten.

Wie viele Studios es am Ende werden, muss man abwarten. Wir setzen natürlich auf unser super Netzwerk, und ich denke schon, dass wir mit unseren Partnern die Studios erreichen werden. Das Interesse auf der FIBO war auf jeden Fall klar zu spüren. Zwar will nicht jedes Fitnessstudio unbedingt diese Qualität abbilden, weil das ja auch immer ein gewisser Aufwand ist und Kosten verursacht. Aber die Studios wissen sehr wohl, dass sie sich irgendwie abgrenzen müssen von den Ketten, von den Billigstudios, die eben „nur" ihre Geräte anbieten.

? Wann geht es richtig los – und wie wird das Siegel bekannt gemacht?

Dr. Behrens: Menschen mit Diabetes möchten wir auch über einen weiteren Partner erreichen, nämlich diabetesDE, und natürlich über die Patientenmedien. Aber erst einmal müssen sich jetzt Studios zertifizieren lassen, denn nichts ist frustrierender, als vergeblich nach einem Studio mit dem Siegel zu suchen. Die Kurse für Trainer*innen starten im Juni, ich denke, im September werden die ersten Studios das Siegel „Fit mit Diabetes" tragen. Wenn es einige Studios gibt, möchten wir auch an die Diabetolog*innen herantreten, die dann als Multiplikatoren wirken können.

Interview: Günter Nuber und Nicole Finkenauer

Alle Tipps finden Sie in den Shownotes zur Podcast-Folge (QR-Code).

nachgefragt

»Das Herzstück ist die Qualifizierung der Trainer*innen«

»Partner mit sehr gutem Netzwerk«

Sie möchten mehr wissen?

Noch mehr über das Siegel „Fit mit Diabetes", das Engagement der AG Diabetes, Sport & Bewegung und über die Motivation zum Sport hören Sie in der Podcast-Folge mit Dr. Meinolf Behrens (Qr-Code). Zugriff auf alle Folgen von *O-Ton Diabetologie* haben Sie auf medical-tribune.de und auf allen gängigen Podcast-Plattformen.

diabeteszeitung • 9. Jahrgang • Nr. 5 • 29. Mai 2024

KOLUMNE

Einfacher mit einem Klick!?

Wie KI Menschen mit Diabetes unterstützen kann

Foto: zVg

von Liesa Regner-Nelke

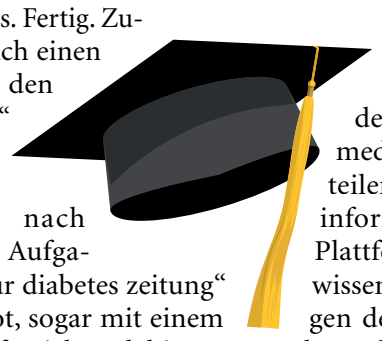
DÜSSELDORF. Der folgende Artikel ist mit Hilfe von ChatGPT entstanden – geschrieben hat ihn trotzdem unsere Kolumnistin. Und die Quellen lassen sich natürlich ganz klassisch nachprüfen.

»Apps entdecken Glukose-Trends«

Noch ehe die Panik darüber, eine professionelle E-Mail schreiben zu müssen, in mir aufsteigen kann, fällt mir bereits eine Lösung ein und ich lehne mich wieder entspannt in meinem Schreibtischstuhl zurück. ChatGPT. Meine Rettung. Schutzheiliger der E-Mail-Phobiker*innen. Ich öffne die Website des Chatbots und tippe meinen Wunsch nach einer ausformulierten E-Mail ein. Sofort erscheint ein Entwurf, den ich nun nur noch etwas abändern muss. Fertig. Zufrieden setze ich einen Haken neben den Punkt „E-Mail“ auf meiner To-do-Liste und schaue nach der nächsten Aufgabe. „Artikel für diabetes zeitung“ steht da in Rot, sogar mit einem dicken Ausrufezeichen dahinter. Wenn das doch nur so einfach wäre wie die E-Mail, denke ich, während mein Blick wieder auf die Website des Chatbots fällt. Unweigerlich frage ich mich, ob ChatGPT mir auch in dieser Angelegenheit nützlich sein könnte – oder ob Menschen mit Diabetes mellitus einen Nutzen daraus ziehen könnten.

Fragen zu Diabetes sind etwas anderes als eine E-Mail

Noch bevor ich mit der Recherche beginne, frage ich die künstliche Intelligenz (KI) einfach selbst. Nach einigen Formulierungsversuchen habe ich die richtige Frage gefunden und ChatGPT zeigt mir, wie das System zur Informationssuche, Ernährungsberatung, Medikamentenmanagement oder auch Motivation eingesetzt werden kann. Zeitgleich betont der Chatbot, dass er keine medizinischen Ratschläge erteilen kann. Doch allein die informativen Inhalte, die die Plattform gibt, werden in den wissenschaftlichen Auswertungen der KI hervorgehoben. So kann der Chatbot Patient*innen bei ihrem Wissensstand abholen und sie individuell über ihre Erkrankung aufklären. Aspekte wie emotionale Zuwendung oder die Einbettung der ausgetauschten Informationen in einen genaueren Kontext hat die menschliche Interaktion dem Chatbot jedoch noch voraus.



»Schwierig für die KI: Informationen in einen Kontext einbetten«

Der Einsatz von KI zur Wissensvermittlung an Menschen mit Diabetes wurde bereits wissenschaftlich untersucht. In einer Studie der Arbeitsgruppe um Chunling Huang und Lijun Chen aus China wurde überprüft, wie genau Fragen zu Diabetes von ChatGPT beantwortet werden. Hierfür wurden zunächst häufige Fragen und Missverständnisse recherchiert. Anschließend wurden zwölf Fragen ausgewählt und vom Chatbot beantwortet. Die Fragen lauteten zum Beispiel „Führt das Trinken von zuckerhaltigen Getränken zu Diabetes?“ oder „Kann Diabetes bei normalem Nüchternblutzucker ausgeschlossen werden?“. Die Qualität der Antworten wurde dann von Endokrinologie-Expert*innen bewertet und auf einer Skala von 1 bis 10 eingeordnet. Drei Antworten wurden mit 10 (sehr genau) bewertet. Die übrigen Antworten erhielten ebenfalls gute Bewertungen, waren aber teilweise nicht vollständig oder nicht präzise genug.

Im Vergleich mit herkömmlichen Methoden der Patientenschulung wie Gruppenkursen oder Einzelberatungen wird der einfache Zugang zu ChatGPT als großer Vorteil angesehen. Der Zugriff auf das Programm erfordert jedoch technische Kenntnisse und Ressourcen, die vor allem jüngere Menschen haben.

Feinheiten wie die Einheiten von BZ-Werten können fehlen

Trotz der Vorteile von KI ist es entscheidend, ihre Grenzen und Risiken zu berücksichtigen. So sind Chatbots auf die Datensätze begrenzt, auf die sie trainiert wurden.

Im Fall von ChatGPT wurden allgemeine Informationsdatenbanken verwendet, wodurch medizinische Feinheiten wie verschiedene Insulintypen oder unterschiedliche Einheiten von Glukosewerten fehlen können. Wenn hierdurch Fragen wie „Mein Blutzucker ist 30, was soll ich tun?“ aufgrund von fehlenden Details falsch beantwortet werden, kann das zu ernsthaften Gesundheitsrisiken führen.

Präziser: mit Hilfe von KI entwickelte Apps

Doch gerade der Umgang mit Glukosewerten und Insulininjektionen ist für Menschen mit Diabetes eine anspruchsvolle tägliche Aufgabe. Um hierbei Unterstützung zu bieten, werden mit Hilfe von KI Apps entwickelt, die Glukosedaten auswerten, Trends erkennen und Maßnahmen empfehlen, um den Glukosespiegel in einem gesunden Bereich zu halten. Die Wissenschaftler Peter Jacobs und Leas Wilson von der Oregeon Health & Science University entwickelten mit ihrem Team die App DailyDose, welche den Nutzenden Empfehlungen zu Insulindosen und Verhaltensweisen gibt. Bereits 2020 konnte die Forschungsgruppe in einer Studie die Vergleichbarkeit der Empfehlungen der App mit denen von Fachärzt*innen für Endokrinologie und Diabetologie zeigen. Für 2024 ist eine multizentrische Studie geplant, in der Menschen mit Typ-1-Diabetes über 38 Wochen beobachtet werden. Teilnehmende, die nach 12 Wochen nicht allein von der Nutzung der App profitieren, erhalten zusätzlich menschlichen Kontakt (Diabetesberater*in, Psycholog*in).

Foto: iStock/Vladwel

Internationales MELISSA-Projekt läuft bis zum Jahr 2026

Einen ähnlichen Ansatz verwendet das internationale Forschungsprojekt MELISSA (Mobile Artificial Intelligence Solution for Diabetes Adapted Care). In einem Verbund von zwölf Partnern aus sieben Ländern entwickeln Forschende unter der Koordination der Universität Maastricht eine KI-basierte Anwendung für das Selbstmanagement von Typ-1- und Typ-2-Diabetes. Das Projekt startete 2022 und ist auf vier Jahre angelegt. Eine Funktion der App ist es, die Menge der verzehrten Kohlenhydrate anhand von zwei Fotos zu erkennen und einen entsprechenden Vorschlag für die zu applizierende Insulindosis zu geben. Es ist geplant, die App im Rahmen einer klinischen Studie mit herkömmlichen Methoden zu vergleichen.

Eine spannende Perspektive, denke ich, und setze einen weiteren grünen Haken auf meine To-do-Liste. Ich habe es also doch noch geschafft, etwas Unterstützung für meinen Artikel von der KI zu bekommen, wenn auch eher indirekt. Beim nächsten Punkt auf der Liste wird dies schon schwieriger. „Müll runterbringen“. Mit einem Seufzer stehe ich auf und schlurfe in die Küche. Irgendwo hat auch KI ihre Grenzen. *Liesa Regner-Nelke*

Quellen zu ChatGPT-Studien in Zusammenhang mit Diabetes:

- Sagstad MH et al. JMIR Form Res 2022 Apr 18; 6 (4): e28091; doi: 10.2196/28091
- Sharma S et al. Cureus 2023 May 1;15 (5): e38380 ; doi: 10.7759/cureus.38380
- Huang C et al. J Transl Med 2023 Jul 26;21 (1): 502; doi: 10.1186/s12967-023-04354-6
- Sng G et al. Diabetes Care 1 May 2023; 46 (5): e103–e105; doi : 10.2337/dc23-0197

Quellen zu MELISSA:

- www.ernaehrungs-umschau.de/news/05-09-2022-mit-kuenstlicher-intelligenz-die-lebensqualitaet-von-menschen-mit-diabetes-verbessern
- www.melissa-diabetes.eu
- link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-031-44240-7_8#Sec9

Quellen zu Decision-Support-Tools (App „DailyDose“)

- news.ohsu.edu/2023/01/10/artificial-intelligence-diabetes-experts-combine-forces-for-blood-sugar-management-study
- Mackenzie SC et al. 2024 Feb; 67 (2): 223-235; doi: 10.1007/s00125-023-06038-8

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

Rund 100 Menschen beim Looper-Barcamp

Unter dem Motto „Loop your life: Dein Leben, deine Kontrolle“ kamen im Frühjahr rund 100 Menschen mit Diabetes in Frankfurt a. M. zusammen, um sich über ihre persönlichen Erfahrungen auszutauschen. Mehr auf diabetes-anker.de.

8 %

der deutschen Medizinstudierenden – mindestens 7.500 Personen – studieren im Ausland. Österreich, Ungarn und Polen sind beliebte Studienländer.

Drive-in und Pizza bedrohen gesunde Darmmikroben

In industrialisierten Gesellschaften gibt es eine Abkehr von ballaststoffreicher Ernährung. Damit einher geht der Verlust wichtiger zelluloseabbauender Mikroben im Mikrobiom – diesen Zusammenhang legt eine in „Science“ erschienene Studie nahe.

sanofi

Diabetes *in Balance* halten

Mit der ***richtigen Blutzuckereinstellung*** können Sie Ihre Patient*innen effektiv vor Folgeerkrankungen schützen.[1–5]

Insuline aus dem *Sanofi-Portfolio*

Toujeo® Insulin glargin 300 E/ml

SULIQUA® Insulin glargin (100 E/ml) und Lixisenatid

APIDRA® Insulinglulisin

Insulin lispro Sanofi®

Insulin aspart Sanofi®

1. Stratton IM *et al. BMJ 2000*; 321: 405–12; **2.** Aiello LP *et al. Diabetes Care* 2014; 37(1): 17–23; **3.** ADVANCE Collaborative Group. *N Engl J Med* 2008; 358: 2560–72; **4.** Martin CL *et al. Diabetes Care* 2014; 37(1): 31–8; **5.** Paul SK *et al. Cardiovasc Diabetol* 2015; 14: 100.

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

Suliqua® 100 Einheiten/ml + 33 Mikrogramm/ml Injektionslösung im Fertigpen.
Wirkstoffe: Insulin glargin und Lixisenatid. **Zusammens.:** Insulin glargin 100 E/ml und Lixisenatid 33 µg/ml. Jeder Fertigpen enthält 300 Einheiten Insulin glargin und 100 Mikrogramm Lixisenatid in 3 ml Lösung. Sonst. Bestandt. m. bekannt. Wirkung: Metacresol 2,7 mg/ml. **Sonst. Bestandt.:** Glycerol 85 %, Methionin, Metacresol, Zinkchlorid, Salzsäure, Natriumhydroxid, Wasser für Injektionszw. **Anw.geb.:** Verbesserung der Blutzuckerkontrolle als Ergänzung zu Diät u. Bewegung in Kombination mit Metformin ± Natrium-Glucose-Cotransporter-2-(SGLT-2-)Inhibitoren bei erw. Pat. mit unzureichend kontrolliertem Diabetes mellitus Typ 2. **Gegenanz.:** Überempfindlichk. gegen die Wirkstoffe/sonstig. Bestandt. **Warnhinw. u. Vorsichtsm.:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. Nur klare und farblose Lösung verwenden. Nur in diesem Pen verwenden. **Nebenwirk.:** *Infekt. u. parasitäre Erkr.:* Gelegentlich: Nasopharyngitis, Infekt. der oberen Atemwege. *Immunsyst.:* Gelegentlich: Urtikaria. *Stoffwechsel/ Ernährungsstör.:* Sehr häufig: Hypoglykämie. *Nervensyst.:* Häufig: Schwindel. Gelegentlich: Kopfschm. *Gastrointestinaltrakt:* Häufig: Übelkeit, Diarrhö, Erbrechen. Gelegentlich: Dyspepsie, Abd.schmerz. Selten: Verzögerte Magenentleerung. *Leber- und Gallenerkr.:* Gelegentlich: Cholelithiasis, Cholezystitis. *Haut/Unterhautzellgew.:* Nicht bekannt: Kutane Amyloidose, Lipodystrophie. *Allg./Verabr.ort:* Häufig: Reaktionen a. d. Inj.stelle. Gelegentlich: Ermüdung. **Verschreibungspflichtig**. **Pharmazeutischer Unternehmer: Sanofi Winthrop Industrie,** 82 avenue Raspail, F-94250 Gentilly, Frankreich. Örtlicher Vertreter d. Zulassungsinhabers: **Sanofi-Aventis Deutschland GmbH**, D-65926 Frankfurt am Main. **Stand:** Mai 2023

Apidra® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Patrone · Apidra® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Durchstechflasche · Apidra® SoloStar® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einem Fertigpen
Wirkstoff: Insulinglulisin. **Zusammens.:** 1 ml enthält 100 Einheiten Insulinglulisin (entsprechend 3,49 mg). **Sonstige Bestandteile:** Metacresol, NaCl, Trometamol, Polysorbat 20, Salzsäure 36%, NaOH, Wasser für Injektionszwecke. **Anw.-geb.:** Zur Behandlung von Erwachsenen, Jugendlichen u. Kindern. ab 6 J. mit Diabetes mellitus, sofern die Behandlung mit Insulin erforderlich ist. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile, Hypoglykämie. **Warnhinw. u. Vorsichtsmaßn.:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. Nur klare u. farblose Lösung verwenden. *Apidra® SoloStar:* Nur Nadeln verwenden, die für SoloStar geeignet sind. **Nebenwirkungen:** *Stoffwechsel, Ernähr.:* Sehr häufig Hypoglykämie. Unbekannt Hyperglykämie (kann zu diabetischer Ketoazidose führen). *Haut, Unterhautzellgew.:* Häufig Reaktionen an der Injektionsstelle, lokale Überempfindlichkeitsreaktionen. Selten Lipodystrophie. Nicht bekannt kutane Amyloidose. *Allgemein:* Gelegentlich systemische Überempfindlichkeitsreaktionen. **Verschreibungspflichtig. Sanofi-Aventis Deutschland GmbH**, D-65926 Frankfurt am Main. **Stand:** Juli 2020

Insulin aspart Sanofi® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Durchstechflasche · Insulin aspart Sanofi® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Patrone · Insulin aspart Sanofi® 100 Einheiten/ml Injektionslösung im Fertigpen
Wirkstoff: Insulin aspart. **Zusammens.:** 1 ml enthält 100 Einheiten (3,5 mg) Insulin aspart. **Sonst. Bestandt.:** Phenol, Metacresol (Ph.Eur.), Zinkchlorid, Polysorbat 20, Natriumchlorid, Salzsäure 36 % und Natriumhydroxid zur Einstellung des pH, Wasser für Injektionszwecke. **Anw.-Geb:** Zur Behandlung von Diabetes mellitus bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab dem Alter von 1 Jahr. **Gegenanz.:** Überempfindlichk. gegen d. Wirkstoff/sonstige Bestandt. **Nebenwirk.:** *Immunsyst.:* Gelegentlich: Urtikaria, Exanthem, Hautausschlag; sehr selten: Anaphylaktische Reaktionen. *Stoffwechsel/Ernährungsstör.:* Sehr häufig: Hypoglykämie. *Nervensyst.:* Selten: Periphere Neuropathie (schmerzhafte Neuropathie). *Augen:* Gelegentlich: Refraktionsanomalien, diabetische Retinopathie. *Haut/Unterhautgeweb.:* Gelegentlich: Lipodystrophie, nicht bekannt: kutane Amyloidose. *Allg./Verabr.ort:* Gelegentlich: Reakt. a. d. Injektionsstelle, Ödeme. **Verschreibungspflichtig.** Pharmazeutischer Unternehmer: **Sanofi Winthrop Industrie**, 82 avenue Raspail, 94250 Gentilly, Frankreich. Örtlicher Vertreter d. Zulassungsinhabers: **Sanofi-Aventis Deutschland GmbH,** D-65926 Frankfurt am Main. **Stand:** Dezember 2022
▽ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden.

Insulin lispro Sanofi® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Patrone · Insulin lispro Sanofi® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Durchstechflasche · Insulin lispro Sanofi® 100 Einheiten/ml Injektionslösung im Fertigpen
Wirkstoff: Insulin lispro. **Zusammens.:** 1 ml enthält 100 Einheiten (3,5 mg) Insulin lispro. **Sonst. Bestandt.:** m-Cresol, Glycerol, Dinatriumhydrogenphosphat 7 H_2O, Zinkoxid, Wasser für Injektionszwecke, Salzsäure 36 % und Natriumhydroxid zur Einstellung des pH. **Anw.-geb.:** Zur Behandlung von Erwachsenen und Kindern mit Diabetes mellitus, die Insulin für die Aufrechterhaltung eines normalen Glucosehaushaltes benötigen. Ebenfalls angezeigt bei Ersteinstellung des Diabetes mellitus. **Gegenanz.:** Hypoglykämie, Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen sonstigen Bestandteil. **Warnh. u. Vorsichtsmaßn.:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. **Nebenw.:** *Stoffwechsel/Ernährungsstör.:* Häufigste Nebenwirkung jeder Insulinbehandlung ist Hypoglykämie. Schwere Hypoglykämien können zu Bewusstlosigkeit und im Extremfall zum Tod führen. *Immunsyst.:* Häufig: lokale allerg. Reaktionen; Selten: systemische Allergie. *Haut (Unterhautzellgeweb.):* Gelegentlich: Lipodystrophie; Nicht bekannt: kutane Amyloidose. *Allg./Verabr.ort:* Nicht bekannt: Ödeme. **Verschreibungspflichtig.** Pharmazeutischer Unternehmer: **Sanofi Winthrop Industrie**, 82 avenue Raspail, 94250 Gentilly, Frankreich. Örtlicher Vertreter d. Zulassungsinhabers: **Sanofi-Aventis Deutschland GmbH**, D-65926 Frankfurt am Main. **Stand:** Dezember 2022

MAT-DE-2301007-2.0-07/2023

© Sanofi 2023. Alle Rechte vorbehalten.
Sanofi-Aventis Deutschland GmbH | Lützowstraße 107 | 10785 Berlin | Telefon 0800 52 52 010 | www.sanofi.de

diabeteszeitung • 9. Jahrgang • Nr. 5 • 29. Mai 2024

Fotos: ireneromanova – stock.adobe.com, Kit8 d.o.o. – stock.adobe.com

HAMBURG. Künstliche Intelligenz spielt in der Diabetesversorgung eine stetig wachsende Rolle. Sie kann dazu beitragen, Behandlungsergebnisse zu verbessern und die Komplikationsrate zu verringern, zugleich aber auch die Belastung von Menschen mit Diabetes reduzieren und die Arbeit ihrer Behandlungsteams effektiver gestalten.

Ich muss Sie sicherlich nicht davon überzeugen, dass die Qualität der Diabetesversorgung insgesamt besser werden muss“, erklärte Professor Moshe Philipp vom Schneider Children‘s Medical Center Givatayim in Tel Aviv (Israel). Weniger als die Hälfte aller Menschen mit Diabetes erreichten das empfohlene HbA_{1c}-Ziel von < 7 % bzw. 70 % Zeit im Zielbereich (TiR). Bei insulinbehandelten Menschen sei es sogar weniger als ein Drittel. Dies erhöhe auch die Häufigkeit von Komplikationen. „Ich bin davon überzeugt, dass die vielen Entscheidungen, die sie in Bezug auf ihren Diabetes täglich treffen müssen, eine große Belastung darstellen. Warum sollte man also nicht Künstliche Intelligenz einsetzen, um diese Belastung zu verringern?“

Systeme zur Unterstützung der klinischen Entscheidungsfindung (Clinical Decision Support Systems, CDSS), wie sie bei der automatisierten Insulindosierung (AID) mittlerweile von hunderttausenden Menschen mit Diabetes weltweit genutzt werden, seien ein gutes Beispiel für den Erfolg einer algorithmusgesteuerten Therapie: „Alle, die ein AID-System nutzen, erreichen nahezu dieselbe Zeit im Zielbereich“, erklärte Prof. Philipp mit Blick auf eine vielzitierte Veröffentlichung aus 2022, wonach die Anwender*innen eines hybriden AID-Systems in Italien, Schweden, Belgien, Großbritannien, Finnland, Südafrika, der Schweiz und den Niederlanden allesamt um die 76 % TiR erreichten und auch bei allen anderen Parametern (Zeit oberhalb bzw. unterhalb des Zielbereichs) die Zielvorgaben aus dem internationalen Konsensus-Statement von 2019 schaffen.

> »Erleichternd: weniger Entscheidungen«

KI als neues Mitglied im Behandlungsteam

Aus diesem Grund sollten alle Behandlungsteams, die Menschen mit Diabetes begleiten, sich mit dem Einsatz von AID-Systemen vertraut machen, betonte Prof. Philipp. Wie dies im klinischen Alltag vonstattengehen kann, ist Gegenstand eines neuen Konsensuspapiers, das eine internationale Expertengruppe Anfang 2023 veröffentlicht hat. Sogar bei einer Diabetestherapie ohne Insulinpumpe und AID könne man von Künstlicher Intelligenz (KI) profitieren, erklärte der Referent mit Blick auf ein neues, KI-unterstütztes CDSS. Dieses verknüpft die individuellen Patientendaten mit in der Cloud hinterlegten klinischen Anwendungsfällen und leitet daraus konkrete Behandlungsempfehlungen ab, die sowohl für Patient*innen als auch ihre Behandlungsteams zugänglich sind. Die Qualität der Empfehlungen entsprach ziemlich genau der Qualität ärztlicher Empfehlungen, sodass Prof. Philipp folgerte: „Die KI ist also ein neues Mitglied im Behandlungsteam, das ähnlich gute Ratschläge gibt wie ein erfahrener Diabetologe.“

Real-World-Daten zeigten, dass binnen sechs Monaten 48 % der Anwender*innen ihre TiR klinisch relevant verbessert hatten. Auch die Zufriedenheit mit dem Tool und hier insbesondere mit dem Boluskalkulator war hoch. So gaben die Anwender*innen an, weniger Zeit für die Insulindosierung zu benötigen. Die Empfehlungen des Boluskalkulators empfanden sie als vertrauenswürdig und gaben an, ihn deshalb gern weiterhin nutzen zu wollen.

Darüber hinaus war es mit dem Tool auch möglich, die Zahl der Prozessschritte bei jedem Patientenkontakt zu halbieren – „vor allem, weil man als Arzt nicht ständig zwischen verschiedenen Plattformen hin- und herwechseln muss“, so Prof. Philipp. „Das spart knapp 9 Minuten Zeit bei jedem Patientenkontakt.“ Diese Zeit könne man dafür nutzen, mit den Menschen darüber zu sprechen, wie sie im Alltag mit ihrem Diabetes zurechtkommen, schlug er vor.

Die KI muss erzogen und trainiert werden

Sein Kollege und Ko-Referent Professor Tadej Battelino von der Universität Ljubljana (Slowenien) zeigte sich von diesem Nutzen ebenfalls überzeugt: „Was unsere Patienten von uns wollen, ist nicht die statistische Analyse jedes einzelnen Glukosemesswerts, sondern eine menschliche Antwort auf ihren Umgang mit der Erkrankung.“ Allerdings stecke KI noch immer in den sprichwörtlichen Kinderschuhen: „Und wir als ihre Eltern müssen sie erziehen und trainieren!“

Als ein gutes Beispiel für das Potenzial von KI präsentierte er die Genome Wide Association Study (GWAS), in der mittels KI die Glukosewerte von über 470.000 Menschen ohne Diabetes analysiert wurden, um ein besseres Verständnis für die Pathophysiologie, für Diabeteskomplikationen und geeignete Therapieoptionen zu erlangen. „Ein solches Genom-Modell kann dabei helfen, Phänotypen zu identifizieren, die ein höheres bzw. niedrigeres Risiko für bestimmte Outcomes haben“, erklärte Prof. Battelino. „Mit maschinellem Lernen kann man im Grunde genommen Menschen hinsichtlich ihrer zukünftigen Risiken profilieren.“

Auch das Retinopathie-Screening mithilfe von KI sei ein gutes Beispiel für sinnvolle KI-Anwendungen. Als weniger erfolgreich wertete er hingegen die Mahlzeitenerkennung und automatische Berechnung der entsprechenden Nährwerte. „Obwohl es hier echte Fortschritte zu verzeichnen gibt, finden Menschen mit Diabetes diese Tools noch immer wenig nützlich“, berichtete Prof. Battelino. Offenbar hätten noch immer viele Menschen kein Interesse daran, sich mit Apps zu beschäftigen – in Deutschland etwa liege der Anteil der Menschen mit Diabetes, die Apps nutzen, bei unter 20 %.

Für ein KI-basiertes CDSS braucht es einen Fahrplan

Aus diesem Grund hätten sich nun einzelne Mitglieder des European Diabetes Forum (EUDF) zusammengeschlossen, um einen Fahrplan für die Implementierung von KI-basierten CDSS zu entwickeln. Denn diese haben das Potenzial, die Therapie von Menschen mit Diabetes grundlegend zu transformieren: „Für bessere Outcomes, höhere Lebensqualität, geringere Behandlungskosten und personalisierte Medizin“, erklärte der Experte.

Entscheidend sei es, dass man zu einheitlichen Daten- und Plattformstandards gelangt, die I-Algorithmen optimiert und alle Beteiligten – insbesondere Menschen mit Diabetes – in die Entwicklung mit einbezieht, schloss Prof. Battelino.

Antje Thiel

EASD 2023

Mehr erfahren

- Das Konsensuspapier ist abrufbar unter www.endocrine.org/journals/endocrine-reviews/automated-insulin-delivery-consensus.
- Informationen über die genomweite Assoziationsstudie (GWAS) gibt es hier:

Lagou V et al. Nat Genet 2023 Sep; 55 (9): 1448-1461; doi: 10.1038/s41588-023-01462-3

Europäisches Diabetes-Netzwerk

Das European Diabetes Forum (EUDF) ist eine Organisation, die unterschiedliche Akteure in der europäischen Diabeteslandschaft vernetzen will. Sie wurde gegründet von der European Association for the Study of Diabetes (EASD), der European Foundation for the Study of Diabetes (EFSD), der Foundation of European Nurses in Diabetes (FEND) und der Juvenile Diabetes Research Foundation (JDRF). Die EUDF hat ihren Sitz in Brüssel.

www.eudf.org

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

5. Juni Webinar | 4. September Webinar | 23. Oktober Webinar | 9. November Präsenz, Berlin

Unsere Expert:innen

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

Dr. Andreas Thomas, Pirna

Dr. med. Marcus Rothsching, Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie, Diabetologe, Hanau

Dipl. Psych. Susanne Baulig, Psychotherapeutin, Ltg. Schwerpunkt Psychodiabetologie, Poliklinische Institutsambulanz f. Psychotherapie, Mainz

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

Hier mehr erfahren und anmelden:

medical-tribune.de/ddg-fortbildung

Mit freundlicher Unterstützung: eviVamed DEDICATED TO SELFCARE, omnipod leichter leben™, Roche, Abbott

Organisation: MedTriX Group

Medizin & Markt

Foto: iStock/AzmanJaka

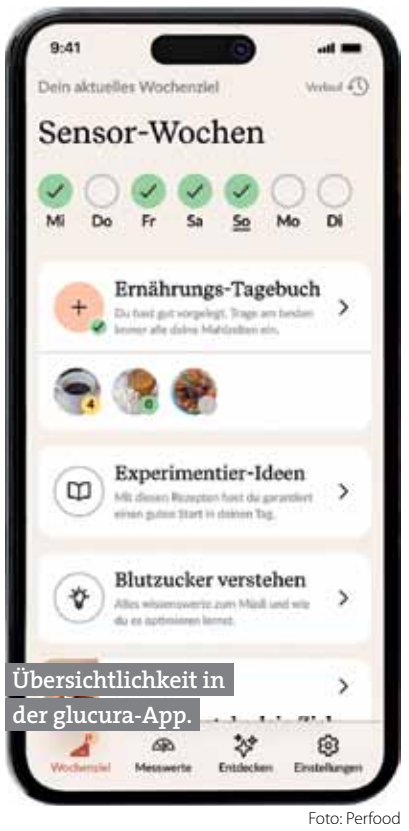
Eine App auf Rezept, die Menschen Schritt für Schritt unterstützt

Sensor-Phase als Basis für individualisierte Ernährungsempfehlungen

Pressekonferenz – Perfood

LÜBECK. Das Potenzial von Ernährung und Bewegung bei Typ-2-Diabetes ist groß und die individualisierte Bewegungs- und Ernährungstherapie wird auch in der Nationalen VersorgungsLeitlinie Typ-2-Diabetes abgebildet. Die App glucura, eine Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA), will die individualisierte/personalisierte Therapie bei Typ-2-Diabetes vereinfachen.

„Wenn Menschen sich personalisiert mitgenommen fühlen, bleiben sie auch langfristig dabei", konstatierte der Diabetologe Dr. JENS KRÖGER, Hamburg. Und glucura – vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) als DiGA zugelassen und erstattungsfähig – soll genau das leisten.
Das Besondere an glucura: Die App zieht individuelle Glukosereaktionen heran, um nicht-insulinbehandelten Menschen mit Typ-2-Diabetes personalisierte Ernährungsempfehlungen zu geben. Mithilfe Künstlicher Intelligenz erhalten Nutzer*innen auf sie zugeschnittene Lebensstilempfehlungen. „Diese Individualität ist ganz wichtig", sagte Diabetesberaterin THERESIA SCHOPPE, Warstein. Menschen mit Diabetes immer wieder Feedback zu geben, sei ebenfalls wichtig. Erreicht werden soll das mit glucura über verschiedene Funktionen:
1. Zu Beginn tragen die Nutzer*innen bis zu zwei Wochen lang einen CGM-Sensor. Nach der Sensorphase ermöglicht der glucuraeigene Algorithmus individuelle Blutglukosevorhersagen.
2. Mit glucura lassen sich körperliche Aktivitäten festhalten. Zudem gibt es Videotutorials.
3. Nach der Sensorphase erhalten die Nutzer*innen einen Wochenzielplan für Ernährung und Bewegung. Die App schlägt Rezepte vor oder regt zu mehr Bewegung an. Auch gibt es Beiträge, die Hintergrundwissen vermitteln.
4. Daten und Messwerte können in eine PDF-Datei exportiert werden; Daten aus der DiGA können in die elektronische Patientenakte übertragen werden.



Übersichtlichkeit in der glucura-App.

Foto: Perfood

Erste Pilotstudiendaten mit Personen mit Typ-2-Diabetes zeigen, dass mit glucura über drei Monate der HbA_{1c}-Wert im Vergleich zur Standardbehandlung um -0,79 Prozentpunkte gesunken ist. Auch der BMI nahm um mehr als einen Punkt ab (-1,25 kg/m²). Der Diabetologe und Ernährungsmediziner Dr. Dr. TORSTEN SCHRÖDER, Lübeck, ist einer der Gründer von Perfood – das Unternehmen hat glucura entwickelt. Für ihn ist glucura „der Therapiebegleiter in der Hosentasche". Mehr unter perfood.de und glucura.de. *nf*

Vier Dosen Tirzepatid in einem Pen

Starke Effekte auf Blutzucker und Körpergewicht bei Typ-2-Diabetes und Adipositas

Pressemitteilung – Lilly Deutschland

BAD HOMBURG. Die Europäische Kommission hat im April 2024 den Mounjaro Kwik Pen für die Behandlung von Typ-2-Diabetes und Adipositas zugelassen. Die neue Darreichungsform des kombinierten GIP/GLP1-Rezeptoragonisten ist seit Frühjahr in Deutschland verfügbar.

Wie das Unternehmen mitteilte, erzielte die Substanz bei der Therapie des Typ-2-Diabetes in den Phase-3-Studien bereits in der ersten Erhaltungsdosis von 5 mg signifikant überlegene Wirkeffekte auf Blutzucker und Körpergewicht gegenüber allen Vergleichssubstanzen.
Insgesamt habe der kombinierte GIP/GLP1-Rezeptoragonist über alle Studien hinweg in der Dosis 15 mg eine mittlere HbA_{1c}-Reduktion von bis zu 2,5 % und eine mittlere Körpergewichtsreduktion von bis zu 13 % nach 40 Wochen erreicht. Menschen mit Adipositas bzw. einem BMI-Wert ≥ 27 kg/m² und gewichtsbedingter Begleiterkrankung hätten unter Mounjaro in SURMOUNT-1 eine durchschnittliche Gewichtsreduktion von bis zu 22,5 % erzielt.
TOR EVEN NERGÅRD, Leiter der Business Unit Diabetes & Obesity bei Lilly Deutschland, sagte anlässlich der Zulassung des Medikaments: „Typ-2-Diabetes und Adipositas sind chronische Erkrankungen mit enormen Auswirkungen auf Gesundheit und Lebensqualität. Die Entscheidung der Europäischen Kommission ermöglicht es uns, Mounjaro mehr Patientinnen und Patienten zugänglich zu machen. So können mehr Menschen von den herausragenden Wirkungen des GIP/GLP1-Rezeptoragonisten profitieren."
Der Mounjaro KwikPen enthält vier Dosen des Medikaments Tirzepatid für die einmal wöchentliche subkutane Applikation und reicht damit bis zu vier Wochen. Der Hersteller Lilly kündigte an, es werde für alle der sechs verfügbaren Dosierstärken (2,5 mg, 5 mg, 7,5 mg, 10 mg, 12,5 mg und 15 mg) einen eigenen Pen mit jeweils eigener Farbcodierung geben.

Ein Pen mit vier Dosen reicht für bis zu vier Wochen.

Foto: Lilly

Herz- und Nierenschutz bei Albuminurie signifikant verbessern

Aktuelle Analyse belegt konsistente Effekte durch innovative Therapieoption

Presseveranstaltung – Bayer

WIESBADEN. Menschen mit Typ-2-Diabetes und einer chronischen Nierenerkrankung haben eine deutlich geringere Lebenserwartung. Eine aktuelle Analyse zeigt, dass eine zusätzliche innovative Therapie die Lage signifikant verbessern kann.

Dr. PETRA SANDOW, Allgemeinmedizinerin aus Berlin, wies darauf hin, dass ca. die Hälfte der Menschen mit Typ-2-Diabetes (T2D) die Chance hätten, keine chronische Nierenerkrankung (CKD) zu entwickeln. Ohne CKD liege ihre Zehn-Jahres-Mortalität bei 10 %. Mit einer Albuminurie und eingeschränkter glomerulärer Filtrationsrate (eGFR) steige sie dagegen auf 50 %.
Menschen mit T2D, die nierenkrank sind, verlieren also etwa 16 Jahre ihrer eigentlichen Lebenserwartung.
Bei den meisten Patient*innen nimmt die Albuminausscheidung zu, bevor es zu einer Verringerung der eGFR kommt. „Wenn die eGFR niedriger ist, befinden sich die Betroffenen meist schon in deutlich fortgeschrittenen Stadien der Nierenerkrankung", so die Medizinerin. Deshalb sollte man die standardisierte Urinalbumin-Kreatinin-Ratio (UACR) erheben lassen, und zwar aus dem ersten Morgenurin und auch bei jüngeren Menschen und noch deutlich erhaltener eGFR.
Mit Finerenon kann man die Funktion der Niere heute deutlich verbessern bzw. erhalten. „Die alleinige Gabe von SGLT2-Hemmern, die heute Standard ist, reicht nicht aus, um das Risiko des Patienten dahin zu führen, wo wir es hinführen könnten", sagt Dr. JÖRG SIMON, Diabetologe aus Fulda. Laut FIDELITY-Analyse, bei der man Daten aus zwei klinischen Phase-3-Studien auswertete, kann man den kombinierten Nierenendpunkt durch die zusätzliche Gabe von Finerenon um 23 % im Vergleich zu Placebo verringern. Zudem sank auch das Risiko für den kombinierten kardiovaskulären Endpunkt mit Finerenon signifikant um 14 % innerhalb von vier Jahren. Diese Vorteile für Herz und Nieren waren konsistent – unabhängig von der Anwendung eines SGLT2-Hemmers bei Baseline. Die UACR sank unter Finerenon um 32 % im Vergleich zu Placebo. Dieser Zusatznutzen kann die Betroffenen überzeugen, noch eine Tablette mehr einzunehmen; die Nebenwirkungen sind gut handhabbar und auf Placebo-Niveau. *BL*

Kerendia (Finerenon) im Praxistest: Herz und Nieren schützen bei Patienten mit Albuminurie und Typ-2-Diabetes, DGIM 2024

NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

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

Wechsel an der Unternehmensspitze

Neuer Geschäftsführer und Leiter der deutschen pharmazeutischen Sparte

Pressemitteilung – Bayer Vital GmbH

LEVERKUSEN. CHRISTIAN LAUTERBACH übernimmt zum 1. Juni 2024 die Leitung der Bayer Vital GmbH und die Verantwortung für die Division Pharmaceuticals in Deutschland. Der Manager folgt auf Dr. DANIEL STEINERS, der das Unternehmen verlassen hat.

Der neue Geschäftsführer ist seit mehr als 25 Jahren bei Bayer Pharmaceuticals aktiv und bringt Erfahrung unter anderem in der Leitung von Länderorganisationen und im internationalen Marketing mit. Zuletzt verantwortete er bei Bayer das Radiologie-Geschäft in der Region EMEA (Europa, Mittlerer Osten und Afrika). „Ich freue mich darauf, nach vielen Jahren wieder zur Bayer Vital zurückzukehren und gemeinsam an der Verwirklichung unserer Bayer-Vision „Health for all, Hunger for none" in Deutschland zu arbeiten", sagte Lauterbach. Ziel sei es, den Zugang zu Gesundheitslösungen zu sichern, die das Leben von Patient*innen und Verbraucher*innen positiv beeinflussen. „Dafür werde ich mich auch bei gesundheitspolitischen Themen engagieren und mit den Kollegen der Bayer Vital daran arbeiten, innovative Produkte dem deutschen Markt zur Verfügung zu stellen."
SEBASTIAN GUTH, Chief Operating Officer bei Bayer Pharmaceuticals, dankte Lauterbachs Vorgänger und ergänzte: „Mit Christian Lauterbach übernimmt eine anerkannte Führungspersönlichkeit die Agenden der Bayer Vital." Guth verwies auf dessen breit gefächertes Wissen im Pharmabereich und seine Erfolge bei der Gestaltung von Veränderungsprozessen und der Weiterentwicklung von Teams und Organisationen.

Zugang zu digitaler Diabetestherapie

Satzungsleistung einer Krankenkasse ermöglicht rtCGM auch bei basal unterstützter oraler Therapie

Pressemitteilung – Dexcom

MAINZ. Die KKH Kaufmännische Krankenkasse ermöglicht seit April 2024 mit einer neuen Satzungsleistung ihren Versicherten mit Typ-2-Diabetes und einer basal unterstützten oralen Therapie (BOT) die Versorgung mit einem rtCGM-System für bis zu 12 Monate.

Ziel ist es, durch Coachingeffekte das Verständnis der Zusammenhänge zwischen Bewegung, Ernährung und Insulin mit dem Glukosewert zu fördern und so durch eine bessere Stoffwechseleinstellung langfristig Folgeerkrankungen zu reduzieren. Die Satzungsleistung sieht die zusätzliche Regelung zunächst für vier Jahre vor. Damit können erstmals auch Menschen mit Typ-2-Diabetes und einer BOT die Glukosesensoren von Dexcom als Versicherungsleistung beantragen. Voraussetzung ist, dass die vereinbarten individuellen Therapieziele zur Stoffwechseleinstellung mit anderen leitliniengerechten und wirtschaftlichen Mitteln nicht erreicht werden können und dass die Notwendigkeit der Versorgung mit einem rtCGM-System von einem Vertragsarzt bzw. einer Vertragsärztin mit diabetologischer Expertise bestätigt wird.

Im Rahmen der vertraglichen Partnerschaft mit der KKH bietet Dexcom die Versorgung wahlweise mit dem Dexcom G6 oder dem Dexcom G7 an. „Durch diese Indikationserweiterung kommen wir unserem Ziel, möglichst vielen Menschen mit Diabetes den Zugang zu digitaler Diabetestechnologie zu erleichtern, wieder einen Schritt näher", erklärte Alexander Fröhlich, Geschäftsführer Dexcom Deutschland GmbH.

Und Dr. Sonja Hermeneit, Ärztin im Kompetenzteam Medizin bei der KKH Kaufmännische Krankenkasse, ergänzte: „Wir freuen uns, mit starken Partnern wie Dexcom an der Seite jetzt auch Menschen mit Basalinsulin-Therapie den Zugang zur kontinuierlichen Glukosemessung erleichtern zu können. Es ist ein weiterer wichtiger Baustein für maßgeschneiderte Leistungen – weil wir wissen, wie wichtig es ist, Behandlungen individuell auf die persönliche Lebenslage abzustimmen."

»Versorgung mit rtCGM-System für bis zu zwölf Monate«

Gewählt werden kann zwischen Dexcom G6 und Dexcom G7.

Foto: Dexcom

Unstillbarer Hunger wegen Leptinmangel

Früher Therapiebeginn kann Prognose bei Lipodystrophie verbessern

Pressemitteilung – Chiesi GmbH

FRANKFURT. Anlässlich 30 Jahren Forschung fand das 3. Leptin-Forum statt. Mittlerweile gibt es viel gesichertes Wissen zu Leptin als Schlüsselhormon im Glukose- und Fettstoffwechsel sowie zu Metreleptin als kausale Therapie der Folgen eines Leptinmangels bei Lipodystrophie (LD).

Chairman Prof. Hartmut Schmidt vom Universitätsklinikum Essen bezeichnete die Leptin-Technologie als großen Fortschritt, „weil wir gelernt haben, dass wir einen Regelmechanismus haben, womit Appetit reguliert wird, gleichzeitig also damit das Essverhalten." So werde bei Lipodystrophie aufgrund eines Mangels an subkutanem Fettgewebe zu wenig Leptin gebildet, sodass Patient*innen häufig an unstillbarem Hunger und Hyperphagie leiden. Daraus resultierende ektopische Fettablagerungen in Muskulatur und Organen seien mit Folgeerkrankungen wie Diabetes und nicht-alkoholischer Fettleber assoziiert. Ein früher Therapiebeginn mit Metreleptin könne den langfristigen Krankheitsverlauf und die Prognose insbesondere bei generalisierter Lipodystrophie verbessern. Allerdings werde die Diagnose oft erst Jahre nach den ersten Symptomen gestellt.

Kürzlich habe man zwei neue Leptin-Varianten mit antagonistischem Verhalten am Leptinrezeptor und den Folgen Hyperphagie sowie Adipositas beschrieben. So konnten zusätzliche Erkenntnisse zur Bedeutung von Leptin in diesem Regelkreis gewonnen werden. Man geht davon aus, dass die Leptin-Forschung künftig weitere Indikationen miteinbeziehen und neue Untergruppen mit partiellem Leptinmangel als Grundlage für neue klinische Studien definieren wird. Zudem wird ein metabolisches Frühwarnsystem für koronare Herzkrankheiten entwickelt.

3. Leptin-Forum

Interaktiver Livestream mit praktischen Tipps zu Risikofaktoren

Gutes Selbstmanagement und regelmäßige Kontrollen als wichtige Bausteine

Pressemitteilung „Gesünder unter 7 Plus"

FRANKFURT A. M. Eine instabile Stoffwechsellage und Blutzuckerwerte außerhalb des individuellen Zielkorridors können langfristig Begleit- und Folgeerkrankungen begünstigen. Beim ersten Diabetes-Dialog 2024 gab es Antworten und Einblicke aus der Praxis.

Fast ein Drittel aller Menschen mit Diabetes erreicht die vereinbarten Zielwerte nicht. Damit erhöht sich ihr Risiko für Folgeerkrankungen, etwa an den Füßen infolge einer Neuropathie oder den Augen in Form einer Retinopathie. Jedoch sind etwa 10 bis 15 % der Menschen mit Diabetes von Folgeschäden nicht betroffen, wie Professor Dr. Matthias Blüher, Diabetologe aus Leipzig, im ersten Diabetes-Dialog 2024 der Kampange „Gesünder unter 7 Plus" betonte.

Gemeinsam mit der Berliner Diabetesberaterin Yvonne Häusler gab er im interaktiven Livestream praktische Tipps und Tricks für den Alltag. „Chronische Entzündungen, z. B. der Zähne, aber auch erhöhte LDL-Cholesterinwerte begünstigen die Entwicklung von Begleiterkrankungen", sagte Prof. Blüher. Er empfahl Menschen mit Diabetes, keine Angst vor Folgeerkrankungen zu haben, sondern mit gesunder Ernährung, moderater Bewegung und gutem Stressmanagement eine Basis für eine gute Gesundheit zu legen. Außerdem warb er für regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen. Auch die Erreichung der individuellen Glukoseziele sei entscheidend. Blüher erläuterte, dass „wissenschaftliche Daten klar belegen, dass ein möglichst geringer Langzeitblutzuckerwert (HbA_{1c}) unter 7 Prozent das beste Mittel ist, um Folgeschäden zu reduzieren".

Yvonne Häusler wiederum empfahl Menschen mit Diabetes, offen zu kommunizieren – auch über sensible Themen wie etwa die möglichen Auswirkungen des Diabetes auf die Sexualität.

Beim nächsten Livestream von „Gesünder unter 7 Plus" wird sich alles um Fragen zum Thema Cholesterin drehen.

»Beim nächsten Livestream wird es um das Thema Cholesterin gehen«

Diabetes-Dialog 2024 – Sanofi

Bei Neuropathien auch an Vitamin B1 denken!

DSPN hat nicht nur Hyperglykämie als Ursache

Meet-the-experts-Online-Webinar NAI, Wörwag Pharma

BÖBLINGEN Nicht immer verursacht ein erhöhter Glukosespiegel Neuropathien. Auch ein Vitamin-B1-Mangel kann dazu beitragen, wie Expert*innen aus Diabetologie und Neurologie bei einer Online-Fortbildung diskutierten.

Etwa jeder dritte Mensch mit Diabetes entwickelt eine distal-symmetrische sensomotorische Polyneuropathie (DSPN). Knapp die Hälfte der Betroffenen zeigt etwa neuropathische Schmerzen oder Parästhesien, vor allem in den Füßen. Bei circa 50 % ist der Verlauf asymptomatisch. „Die Diagnose der diabetischen Polyneuropathie ist eine Ausschlussdiagnose", so Professor Dr. Dan Ziegler vom Institut für Klinische Diabetologie, Deutsches Diabetes-Zentrum an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Eine Metaanalyse zeigt, dass Diabetes mit niedrigeren Vitamin-B1-Konzentrationen im Blut assoziiert ist, was die Neuropathie fördert. Als Ursachen gelten beim Diabetes, neben einem erhöhten Bedarf, auch eine stärkere renale Ausscheidung des Vitamins. Neuropathien könne man „durch Ausgleich des Vitamin-B1-Mangels, bevorzugt mit der fettlöslichen, besser bioverfügbaren Vitamin-B1-Vorstufe Benfotiamin, wirksam begegnen", empfahl Professor Dr. Karlheinz Reiners, Facharzt für Neurologie aus Wegberg. Klinische Studien zeigten, dass sich bei Diabetespatient*innen, die mit Benfotiamin (z. B. in milgamma protekt) behandelt werden, neuropathische Symptome, wie Schmerzen, Kribbeln und Taubheit, innerhalb von 3–6 Wochen bessern. Das fettlösliche Provitamin hat zudem eine fünffach höhere Bioverfügbarkeit als wasserlösliches Thiamin. Nach internationalen Konsensus-Empfehlungen sind Benfotiamin und Alpha-Liponsäure, neben Basismaßnahmen wie der optimierten Glukoseeinstellung und der symptomatischen Schmerztherapie, Grundpfeiler der Therapie. Die Neuropathie sei jedoch weiterhin unterdiagnostiziert und untertherapiert, so Prof. Ziegler, und müsse multidisziplinär behandelt werden. *amo*

„Polyneuropathie bei Diabetes in der Praxis – ein interdisziplinärer Austausch"

Nationale Aufklärungsinitiative zur DSPN-Diagnose

Praxis-Tipps zur Früherkennung und rechtzeitigen Behandlung der DSPN bietet die Nationale Aufklärungsinitiative zur diabetischen Neuropathie (NAI) unter:

www.nai-diabetische-neuropathie.de/fachbereich

NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

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

Schutzschild für die Betazellen?

Gabe von Baricitinib bei neu diagnostiziertem Typ-1-Diabetes

MELBOURNE. Baricitinib hemmt die Januskinasen 1 und 2 und wird bereits bei verschiedenen Autoimmunerkrankungen wie der rheumatoiden Arthritis und der Alopecia areata eingesetzt. Es könnte sein, dass Menschen mit Typ-1-Diabetes von Baricitinib profitieren, wie eine australische Phase-2-Studie zeigt.

Dem Diabetes Typ 1 liegt ein durch autoreaktive CD8+ T-Zellen vermittelter Untergang der pankreatischen Betazellen zugrunde. Hierbei spielen u.a. durch Januskinasen vermittelte intrazelluläre Signalwege eine wichtige Rolle, berichtet Dr. Michaela Waibel vom St. Vincent's Institute of Medical Research in Melbourne. Hier setzen Januskinasehemmer wie Baricitinib an: Sie blockieren Zytokin-induzierte Signalwege, hemmen die Aktivierung von CD8+ T-Zellen, verhindern die Bildung sog. Immunsynapsen zwischen CD8+ T-Zellen und Betazellen und beugen so der Zerstörung der Betazellen vor.

Mit den Januskinasehemmern vollzieht sich momentan bei vielen Autoimmunerkrankungen ein Paradigmenwechsel hin zu einer Krankheitsmodifikation, erklärt Dr. Waibel. Bei vielen Autoimmunendokrinopathien wie Typ-1-Diabetes hat dieser Ansatz allerdings nur in der frühen Krankheitsphase Chancen auf Erfolg. Ob Januskinasehemmer die Betazellen tatsächlich schützen und die Stoffwechsellage bei Typ-1-Diabetes verbessern können, untersuchten Dr. Waibel und weitere australische Forschende nun im Rahmen einer randomisierten Doppelblindstudie.

> »Chancen bestehen vor allem in der Anfangsphase«

Baricitinib versus Placebo: Was geschieht?

Bei den Teilnehmenden handelte es sich um 91 Kinder und Erwachsene im Alter zwischen 10 und 30 Jahren, bei welchen innerhalb der vorangegangenen 100 Tage ein Typ-1-Diabetes neu diagnostiziert worden war. Gemäß Randomisierung nahmen 60 dieser Kinder und Erwachsenen über 48 Wochen Baricitinib ein. Die 31 Personen in der Kontrollgruppe erhielten dagegen ein Placebopräparat. Anschließend nahmen alle Studienteilnehmenden eine Zwei-Stunden-Testmahlzeit zu sich, in deren Rahmen das Forscherteam die durchschnittliche C-Peptid-Konzentration, den primären Studienendpunkt, anhand der AUC (Area Under the Concentration-Time Curve) bestimmte. Die sekundären Studienendpunkte bildeten u.a. die Veränderung des HbA_{1c}-Werts, der Insulin-Tagesdosis sowie verschiedener, mittels eines Glukosesensors erfasster Kontrollparameter.

Fotos: mariajuarez – stock.adobe.com, Bohdan – stock.adobe.com

Was geschieht nach Absetzen von Baricitinib?

- Bei Kindern und jungen Erwachsenen mit einem neu diagnostizierten Typ-1-Diabetes, so das Fazit der Wissenschaftler*innen, erhält Baricitinib die Insulinsekretionskapazität der pankreatischen Betazellen.
- Das Team geht davon aus, dass eine im präsymptomatischen Krankheitsstadium bzw. unmittelbar nach der klinischen Manifestation begonnene Baricitinib-Therapie den Bedarf an exogenem Insulin erheblich senken kann.
- Nun sei zu klären, ob sich nach dem Absetzen des Medikaments die Betazellfunktion erschöpft und ob Baricitinib so lange eingenommen werden sollte, wie die Insulinsekretion der Betazellen anhält.
- Das Team empfiehlt, auch andere Januskinasehemmer bezüglich ihrer Wirkung auf Typ-1-Diabetes zu überprüfen.

Im Hinblick auf den primären Studienendpunkt war die Baricitinib-Gruppe deutlich im Vorteil: Ihre durchschnittliche C-Peptid-Konzentration betrug nach 48 Wochen 0,65, die der Kontrollen dagegen nur 0,43 nmol/l pro Minute ($p = 0{,}001$). Unter Baricitinib war der durchschnittliche Insulin-Tagesbedarf nach 48 Wochen ebenfalls günstiger (0,41 vs. 0,52 U/kg Körpergewicht pro Tag), dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant. Gleiches galt für den durchschnittlichen HbA_{1c}-Wert (7,0 % vs. 7,5 %) sowie die anhand des Variationskoeffizienten des Glukosespiegels gemessene Variabilität (29,6 % vs. 33,8 %). Bezüglich der Häufigkeit und Schwere unerwünschter Ereignisse unterschieden sich die beiden Studienarme nicht.

Dr. Judith Lorenz

Waibel M et al. N Engl J Med 2023; 389(23): 2140-2150; doi: 10.1056/NEJMoa2306691

INFOBOX. Stoffwechsel

GIP/GLP-1-Rezeptor-Agonist im Fertigpen verfügbar

Tirzepatid: überlegene Wirkeffekte jetzt im KwikPen®

Ab sofort ist Tirzepatid[a,1] in Deutschland im Fertigpen erhältlich. Mit seinem einzigartigen Wirkansatz führt der GIP/GLP-1-Rezeptor-Agonist zu überlegenen Wirkeffekten auf Blutzucker und Körpergewicht bei Typ-2-Diabetes.[b,c,1]

Der Mounjaro® KwikPen® enthält vier Dosen Tirzepatid für die 1 x wöchentliche s.c. Applikation und reicht damit für vier Wochen. Jede der sechs Dosierungen wird in einem eigenen Pen mit individueller Farbcodierung ausgeliefert.[1] Alle Dosierungen sind in der Indikation Typ-2-Diabetes voll erstattungsfähig.

Tirzepatid zeigte überlegene Effekte auf Blutzucker und Gewicht. Bei Erwachsenen mit Typ-2-Diabetes kam es zu einer mittleren Reduktion des Blutzuckers von bis zu 2,5 %[d-f,1] und des Gewichts[b] von bis zu 13 %.[d,e,g,2] Zudem führte der Wirkstoff zu Vorteilen auf verschiedene kardiometabolische Parameter wie Lipide und Blutdruck.[1]

a Tirzepatid (Mounjaro®) 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]

b Die Veränderung des Körpergewichts war ein sekundärer Endpunkt in den SURPASS-Studien.[1]

c $p < 0{,}001$ für Überlegenheit, adjustiert für Multiplizität.

d $p < 0{,}001$ im Vergleich zum Ausgangswert, nicht multiplizitätsadjustiert.

e Unter Tirzepatid 15 mg nach 40 Wochen.[1, 2]

f Bezogen auf den Ausgangswert.[1] Mittlere HbA_{1c}-Reduktion im Vergleich zum Ausgangswert.

g Bezogen auf den Ausgangswert.[2] Mittlere Gewichtsreduktion im Vergleich zum Ausgangswert.[b]

1. Fachinformation Mounjaro®, aktueller Stand. https://www.fachinfo.de/pdf/023865
2. Frias JP et al. N Engl J Med 2021; 385 (6): 503-515

Abb.: Tirzepatid jetzt im Mounjaro® KwikPen®.

Mehr zu Tirzepatid erfahren.

PP-TR-DE-1257 Mai 2024

IMPRESSUM • Idee und Konzeption: Inter Medical Sonderpublikationen • **Corporate Publishing:** Lena Feil
Mit freundlicher Unterstützung der Lilly Deutschland GmbH • diabetes zeitung 5/2024 – 43722_1

Wie steht es um das Diabetes-Wissen an Schulen?

Diabetologin begleitet Facharbeit von Schüler*innen

EISENACH. Zum Wissen über Diabetes in der Allgemeinbevölkerung und an Schulen im Speziellen sind nur wenige Untersuchungen bekannt. Wenig weiß man auch darüber, wie betroffene Schüler*innen mit ihrem Diabetes und seinem Management zurechtkommen.

Schüler*innen des Martin-Luther-Gymnasiums in Eisenach untersuchten dazu verschiedene Aspekte im Rahmen einer Facharbeit. Für die Arbeit – u.a. extern betreut von der Diabetologin Dr. Karin Schlecht aus Eisenach – entwickelten sie Fragen für Schüler*innen mit Typ-1-Diabetes (13 Teilnehmende), Mitschüler*innen (129) sowie Lehrkräfte (22). Hier die Ergebnisse der Schüler*innen ohne Diabetes und der Lehrkräfte:

Die Kenntnisse über Typ-1-Diabetes waren gering. 1,6 % antworteten, dass sie sich sehr gut mit der Krankheit Typ-1-Diabetes auskennen. 60,5 % hatten schon einmal davon gehört, wusste aber wenig. 38,0 % sagten klar, dass sie nichts darüber wissen.

Die Frage „Wie würden Sie sich fühlen, wenn Sie erfahren würden, dass einer Ihrer Schüler einen Typ-1-Diabetes hat?“ beantworteten die Lehrkräfte zu 22,7 % mit: „Ich fühle mich unsicher, wie ich damit umgehen soll.“ Die Mehrheit von 77,3 % aber fühlte sich bereit, bestmögliche Unterstützung zu geben. Niemand fühlte sich unwohl bei der Vorstellung, jemanden mit Typ-1-Diabetes in der Klasse zu haben.

Bei einem Notfall hätten 95,5 % sofort Erste Hilfe geleistet und den Rettungswagen alarmiert. Diskriminierung von Schüler*innen mit Diabetes war aus Sicht der Lehrkräfte kaum ein Thema: 95,5 % hatten das noch nie erlebt.

Details unter
diabetes-anker.de
(Rubrik Soziales und Recht)

Professor Dr. med. habil. Karlheinz Bauch 1936–2023

Am 28. November 2023 verstarb Professor Dr. med. habil. Karlheinz Bauch in seinem Haus in Chemnitz-Rabenstein. Im Hintergrund lief leise Musik von Ludwig Güttler, welche er liebte. Seine Tochter und Enkelkinder waren bei ihm.

Karlheinz Bauch wurde am 19.02.1936 in Chemnitz geboren. Er studierte in Leipzig und Dresden Medizin und promovierte 1960. Seine Facharztausbildung absolvierte er in Chemnitz im Krankenhaus Küchwald. 1968 erfolgte die Ernennung zum Oberarzt. Es folgten 1976 die Anerkennung als Subspezialist für Diabetologie, 1977 als Gastroenterologe, 1982 die Habilitation an der II. Medizinischen Klinik der Martin-Luther-Universität Halle, 1992 als Endokrinologe und 2000 die Europäische Anerkennung als Spezialist für Endocrinology, Diabetology, Metabolism (UEMS).

»Er war an der Einführung einer Struma-Prophylaxe mit Jodsalz beteiligt«

Als Leiter der Interdisziplinären Jodkommission der Gesellschaft für Endokrinologie und Stoffwechselkrankheiten der DDR und Mitglied der Internationalen Kommission zur Bekämpfung von Jodmangelkrankheiten führte er in den Jahren 1985, 1989 und 1998 Interdisziplinäre Jodsymposien durch und war maßgeblich an der Einführung einer Struma-Prophylaxe mit Jodsalz beteiligt. Eigene Untersuchungen erfolgten u. a. zum Thema einer optimalen Jodversorgung während der Schwangerschaft.

1992 kam es zur Gründung der Sächsischen Gesellschaft für Innere Medizin durch die Vereinigung der internistischen Gesellschaften der Regierungsbezirke Dresden, Leipzig und Chemnitz. Prof. Bauch hatte den Vorsitz und die wissenschaftliche Leitung der ersten Sächsischen Internisten Kongresse 1993 und 1994. Gern erinnern wir, damals junge Assistenzärzte, uns noch an diese Veranstaltungen. Wir trafen Vorbilder wie Prof. Siegenthaler und wir hatten damals die Gelegenheit, in unserer Klinik gemeinsam Visiten durchzuführen und Fälle zu diskutieren, was uns für immer in Erinnerung bleiben wird.

Prof. Dr. Karlheinz Bauch
Foto: privat

Wir schätzten an unserem Chefarzt Prof. Bauch neben der fachlichen Kompetenz sein beratendes Wort und sein Vermögen, Mitarbeiter zu fördern sowie ihre Fähigkeiten zu entfalten. Es ist uns auch sein großes Interesse für Kunst, Literatur und Geschichte in Erinnerung, insbesondere zitierte er gern Johann Wolfgang von Goethe.

Besondere Ehrung wurde Prof. Bauch 1994 mit der Wahl in den Ausschuss der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin zuteil. Er war u. a. Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, der Deutschen Diabetes Gesellschaft, der Mitteldeutschen Gastroenterologischen Gesellschaft und der Europäischen Gesellschaft für Innere Medizin. 1992 erfolgte seine ehrenvolle Berufung in die Gesellschaft für Fortschritte in der Inneren Medizin („Walter-Siegenthaler-Gesellschaft"), 1996 in die Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina und 1998 in die New York Academy of Sciences.

»Wir schätzten seine fachliche Kompetenz und sein beratendes Wort«

Im Jahr 1997 wurde er Vorsitzender der Sächsischen Gesellschaft für Stoffwechselkrankheiten und Endokrinopathien e.V., welche ihn im Jahre 2008 zum Ehrenmitglied ernannte.

Prof. Bauch hielt mehr als 360 Vorträge auf regionalen und internationalen Fortbildungen und Kongressen und verfasste etwa 200 Publikationen. Er war ein weit über die Grenzen Sachsens bekannter Kliniker und Wissenschaftler.

Prof. Dr. med. habil. Karlheinz Bauch bleibt uns mit seinen umfangreichen Fähigkeiten, seinem kollegialen und freundlichen Wesen als hoch geachtete Persönlichkeit, Lehrer und lieber Kollege in Erinnerung.

Prof. Torsten Siepmann
Vorsitzender der Sächsischen Gesellschaft für Innere Medizin

Dr. Tobias Wiesner
Vorsitzender der Sächsischen Gesellschaft für Stoffwechselkrankheiten und Endokrinopathien e.V.

Dr. Gitta Gericke
im Namen der Kollegen und beruflichen Wegbegleiter

Übernommen aus: Ärzteblatt Sachsen 5/2024

Eine Forschungsplattform für alle

Die dia·link-Community zählt fast 2.000 Mitglieder und bringt Menschen mit Diabetes, Angehörige und Behandelnde zusammen

BAD MERGENTHEIM. „Gemeinsam forschen" ist das Motto von dia·link, einer Befragungsplattform, mit der Menschen mit Diabetes, ihre Angehörigen und Behandelnde zu verschiedenen Aspekten des Diabetes, neuen Therapien und Technologien befragt werden.

Foto: dia·link

dia·link – eine starke Forschungsgemeinschaft.

Initiiert wurde dia·link im Jahr 2022 von FIDAM, dem Forschungsinstitut der Diabetes-Akademie Bad Mergentheim. Durch die Befragung der drei Zielgruppen sollen deren Perspektiven stärker in politischen sowie forschungs- und entwicklungsrelevanten Entscheidungen berücksichtigt werden. Dafür werden die Ergebnisse der Umfragen von FIDAM-Wissenschaftler*innen aufbereitet und wichtigen Entscheidungsträgern aus Forschung, Industrie und Politik zugänglich gemacht.

Wer gehört zur dia·link-Community?

Die dia·link-Community hat mittlerweile fast 2.000 Mitglieder. 87,8 % sind Menschen mit Diabetes, davon 78,3 % Menschen mit Typ-1-Diabetes und 21,7 % mit Typ-2-Diabetes, 6,3 % Behandelnde und 5,9 % Angehörige von Menschen mit Diabetes. Das mittlere Alter der dia·link- Community beträgt 52 Jahre und die Teilnehmenden sind 18 bis 87 Jahre alt. Besonders das Thema „neue Technologien" ist bei den Teilnehmenden sehr beliebt. Ein Großteil von ihnen verwendet CGM-Systeme und über die Hälfte der Menschen mit Typ-1-Diabetes trägt eine Insulinpumpe. Auch der Anteil der AID-Nutzer*innen steigt stetig an.

Ein Projekt von dia·link ist die Frage des Monats an die Community, bei der es immer um aktuelle politische, versorgungs- oder behandlungsbezogene Diabetesthemen geht. Interessante Ergebnisse sind z. B.:

- 31,0 % der Behandelnden, 17,7 % der Menschen mit Diabetes und 20,0 % der Angehörigen sehen einen großen Effekt durch einen Nationalen Diabetesplan.
- 62,9 % der Menschen mit Typ-1-Diabetes und knapp 40 % der Menschen mit Typ-2-Diabetes haben sich schon einmal aufgrund ihres Diabetes diskriminiert gefühlt.
- 88,5 % der Behandelnden und 63,5 % der Menschen mit Diabetes erachten die Einführung einer Zuckersteuer als sinnvoll.

Registrieren und die Diabetesforschung mitgestalten

Wer Teil von dia·link werden möchte, registriert sich kostenlos auf der Website. Dort gibt es auch alle relevanten Informationen zu aktuellen Projekten, zur kostenlosen Teilnahme und zum Thema Datenschutz. Nach der Registrierung erhalten Teilnehmende Zugang zu einem persönlichen Bereich und können dort an aktuellen Umfragen teilnehmen und die Forschungsergebnisse einsehen. *dz*

dialink-diabetes.de

Heisenberg-Professur für DIfE-Forscher

Programm wird mit 600.000 Euro gefördert

POTSDAM. Seit April 2024 besetzt Dr. Maximilian Kleinert eine Heisenberg-Professur an der Universität Potsdam und leitet am Deutschen Institut für Ernährungsforschung (DIfE) eine Abteilung.

Dass die Skelettmuskulatur nach wie vor ein unterschätztes Organ ist, wenn es um die Prävention und Therapie des Typ-2-Diabetes geht, hat die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) überzeugt. Mit seinem Projektantrag „Zielgerichtete Nutzung der Skelettmuskulatur zur Verbesserung der metabolischen Gesundheit" konnte sich Dr. Maximilian Kleinert in dem mehrstufigen Bewerbungsverfahren das Heisenberg-Programm sichern. In den nächsten fünf Jahren wird der 41-jährige Wissenschaftler als Heisenberg-Professor an der Universität Potsdam lehren und am DIfE – einem Partner des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung – die Abteilung Molekulare Physiologie der Bewegung und Ernährung leiten. Damit führt er seine 2021 als Leiter der Nachwuchsgruppe Muskelphysiologie und Stoffwechsel begonnene Forschung weiter.

Zusammen mit seinem aktuell achtköpfigen Team untersucht Dr. Kleinert, wie körperliche Aktivität die Insulinempfindlichkeit der Skelettmuskulatur verbessert, wie die Skelettmuskulatur mit anderen Organen interagiert und wie sich mittelkettige Fettsäuren in der Ernährung auf die Skelettmuskulatur und die metabolische Gesundheit auswirken. Dabei nutzt er u. a. Ansätze zur CRISPR-vermittelten Genaktivierung in der Skelettmuskulatur, die künftig bei der gezielten Behandlung von Fettleibigkeit und Typ-2-Diabetes helfen könnten.

„Ich bin hoch motiviert, mit meinen Projekten die Stoffwechselforschung in Deutschland zu bereichern. Ich möchte mit meiner Expertise eine national und international sichtbare, anerkannte und führende Stoffwechselforschungseinheit aufbauen, die mithilfe von Mausmodellen und klinischer Forschung drängende Fragen des Energiestoffwechsels und der Insulinsensitivität mit besonderem Fokus auf die Skelettmuskulatur beantwortet", sagt Dr. Kleinert.

Das DIfE biete ihm dabei neben dem breiten Methodenspektrum eine exzellente technische Ausstattung und Infrastruktur sowie zahlreiche Kooperationsmöglichkeiten. *DIfE*

Wenn dem Myokard der Brennstoff fehlt

Anhaltende Glukoseakkumulation führt zum endgültigen Zelltod

DÜSSELDORF. Hohe Zuckerwerte schädigen Herz und Gefäße. Doch warum Diabetes die Entstehung der Herzinsuffizienz triggert und welche Mechanismen genau dahinterstecken, daran wird intensiv geforscht. Etwas Licht ins Dunkel könnte eine aktuelle Untersuchung bringen.

In der Studie, entstanden unter Beteiligung der Stiftung Der herzkranke Diabetiker (DHD), wurde untersucht, was auf zellulärer Ebene passiert und zur Pathogenese der diabetischen Kardiomyopathie beiträgt. „Glukoseüberladung bremst den Stoffwechsel aus und führt zum Energiedefizit. Glukose wird nicht verstoffwechselt, sondern akkumuliert“, erklärt Studien-Erstautor PD Dr. rer. nat. Bernd Stratmann aus Bad Oeynhausen.

Der Tricarbonsäurezyklus ist Drehscheibe biochemischer Reaktionen im Stoffwechsel. Beim Abbau von Proteinen, Fetten und Kohlenhydraten entsteht Acetyl-Coenzym A als nutzbare Energiequelle für Organismen. Komme es wie bei Diabetes durch reaktive Glukosemetabolite (z. B. Methylglyoxal) und Glykierungsprodukte (z. B. AGEs, advanced glycation endproducts) zum vermehrten Einstrom von Glukose in die Zelle, sei der Metabolismus dauerhaft gestört, so Dr. Stratmann.

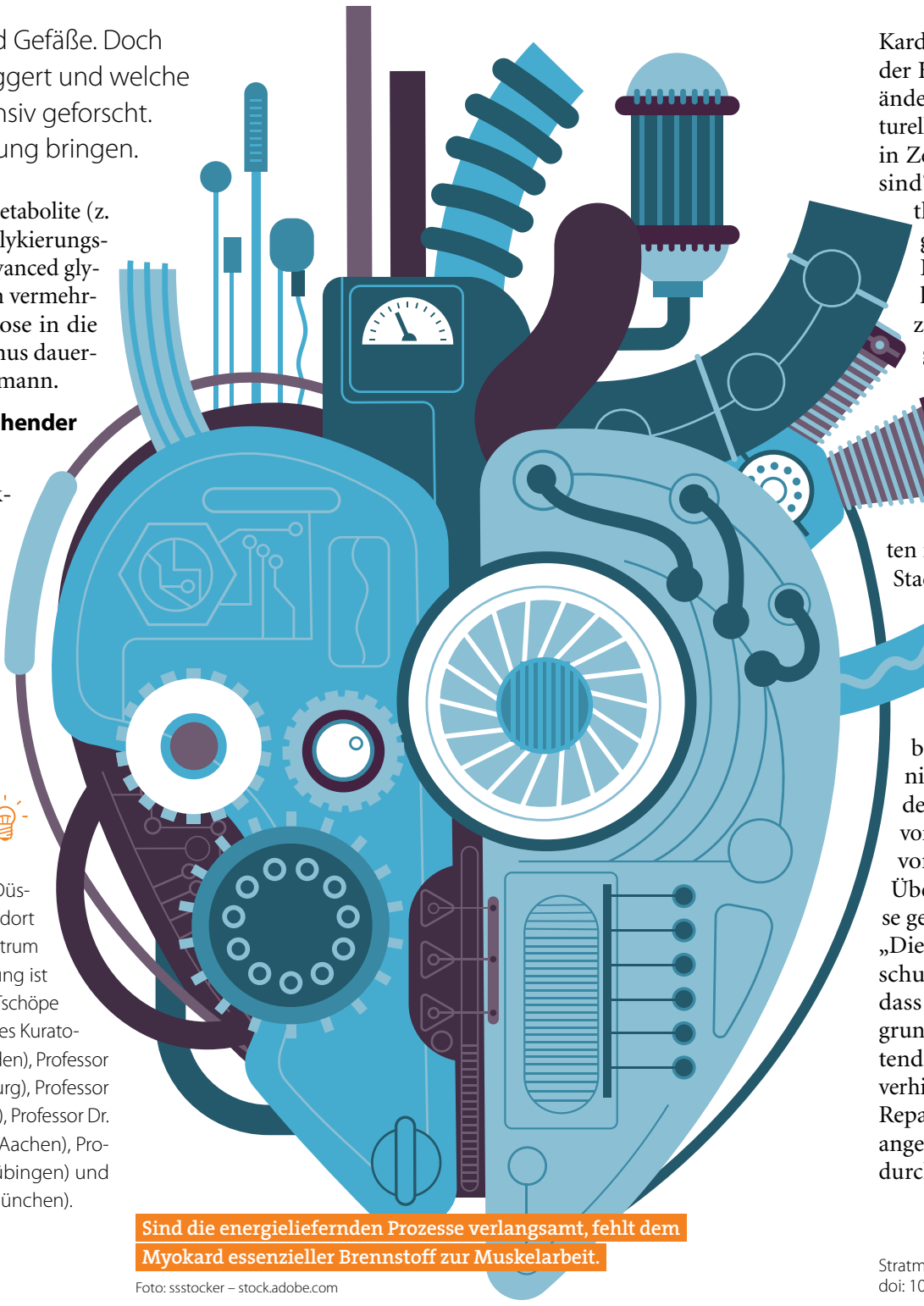
Progression als schleichender Prozess

Eine normale Herzfunktion setzt einen intakten kardialen Stoffwechsel voraus. Sind die energieliefernden Prozesse verlangsamt, fehlt dem Myokard essenzieller Brennstoff zur Muskelarbeit. „Schon zu Beginn der diabetischen Kardiomyopathie gibt es aufgrund der Hyperglykämie komplexe Veränderungen in den Spiegeln struktureller zellbezogener Proteine, auch in Zellen, die noch insulinsensitiv sind“, sagt Dr. Stratmann. Ob es therapeutische Möglichkeiten gebe, den massiven chronischen Einstrom von Glukose auf zellulärer und struktureller Ebene zu überwinden, sei noch nicht geklärt.

In jedem Fall ist die Progression der Herzinsuffizienz bei Diabetes ein schleichender Prozess. „Das süße Herz stirbt langsam, Symptome treten meist erst im fortgeschrittenen Stadium auf“, betont Professor Dr. med. Dr. h.c. Diethelm Tschöpe von der Stiftung DHD, Düsseldorf. Das sei einer der Gründe, warum Herzinsuffizienz bei Diabetes oft übersehen und nicht rechtzeitig behandelt werde. „Ungünstig für die Prognose von Betroffenen“, so der Stiftungsvorsitzende. Bei Diabetes sei die Überlebenswahrscheinlichkeit per se geringer.

„Die Ergebnisse der aktuellen Forschungsarbeit weisen darauf hin, dass der endgültige Zelltod aufgrund der Zellstörung durch anhaltende Glukoseakkumulation nicht verhindert wird.“ Kompensatorische Reparaturreaktionen würden zwar angeschaltet, aber sie würden nicht durchgreifen, ergänzt Prof. Tschöpe.

Katrin Hertrampf/DHD



Sind die energieliefernden Prozesse verlangsamt, fehlt dem Myokard essenzieller Brennstoff zur Muskelarbeit.

Foto: ssstocker – stock.adobe.com

Stratmann B et al. Diabetes Obes Metab 2024; doi: 10.1111/dom.15553

Die Stiftung Der herzkranke Diabetiker (DHD)

1999 wurde die Stiftung DHD als eigenständige Themenstiftung unter dem Dach der Deutschen Diabetes Stiftung gegründet. Es ist der Auftrag der Stiftung DHD, zum Krankheitsverständnis beizutragen, die Bevölkerung über das Risiko für Herz- und Gefäßkomplikationen aufzuklären und den Dialog zwischen behandelnden Ärzt*innen über Fachgrenzen hinaus zu fördern. Die Stiftung DHD dient dem gemeinnützigen Zweck und ist ehrenamtlich tätig. Ziel ist es auch, die Versorgung von Menschen mit Dia-betes, die am Herzen und an den Gefäßen erkrankt sind, zu verbessern. Im November 2023 wurde die DHD-Geschäftsstelle von Bad Oeynhausen nach Düsseldorf verlegt. Aktueller Standort ist das Deutsche Diabetes-Zentrum (DDZ). Vorsitzender der Stiftung ist Professor Dr. Dr. h.c. Diethelm Tschöpe (Düsseldorf), die Mitglieder des Kuratoriums sind Dr. Rolf Dörr (Dresden), Professor Dr. Thomas Meinertz (Hamburg), Professor Dr. Wolfgang Motz (Karlsburg), Professor Dr. Dr. h.c. E. Bernd Ringelstein (Aachen), Professor Dr. Norbert Stefan (Tübingen) und Professor Dr. Hans Hauner (München).

stiftung-dhd.de

SERIE **GREMIEN IM FOKUS**

Arbeitsgemeinschaft DGPAED

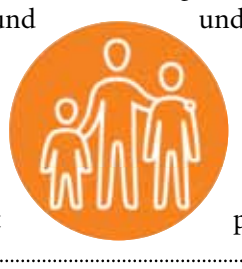
AG der Deutschen Diabetes Gesellschaft

Die Deutsche Gesellschaft für pädiatrische und adoleszente Endokrinologie und Diabetologie (DGPAED) ist hervorgegangen aus dem Zusammenschluss der AG Pädiatrische Diabetologie (AGPD) und der Deutschen Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie (DGKED) und hat zudem den Status einer AG der DDG.

? Welche Ziele und Aufgaben hat die DGPAED?

Die DGPAED setzt sich gemeinsam mit anderen Fachgesellschaften für die Interessen der Pädiatrischen Diabetologie und Endokrinologie ein, um die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit entsprechenden Erkrankungen zu erhalten und zu verbessern.

Die DGPAED veranstaltet jährliche Jahrestagungen, Symposien und Seminare zur Weiterbildung und erarbeitet wichtige Statements zu pädiatrisch-diabetologischen und -endokrinologischen Fragen. Wissenschaftliche Tätigkeiten auf diesem Gebiet werden von der Gesellschaft unterstützt und die DGPAED ist Ansprechpartnerin für alle an der Versorgung aktiv Beteiligten, inklusive der Politik, des G-BA und der Krankenkassen.



? Welche aktuellen Projekte gibt es?

- Bundesweite Diabetische Ketoazidose-Präventionskampagne von DGPAED und BVKJ
- Weiterbildungskurse (Modul 1–3) für den Erwerb der Zusatzweiterbildung Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie, Webinare
- Überarbeitung von Leitlinien
- Weiterentwicklung des Registers für AGS und Konnatale Hypothyreose

? Richtet die DGPAED 2024 Veranstaltungen aus?

DGPAED-Webinar und der Weiterbildungskurs (Modul 1) haben schon stattgefunden. Vom 26.–28. September ist die erste Jahrestagung in Köln.

- **Gründungsdatum: 10. November 2022**
- **Anzahl der Mitglieder: 486**
- **Präsident: Dr. Dirk Schnabel, Vizepräsidentin: PD Dr. Simone von Sengbusch**
- **Kontakt: Tel. 030/28 04 68 04**

PD Dr. Simone von Sengbusch

»Nach der Gründung einer gemeinsamen Gesellschaft, die alle Berufsgruppen vereint, die in Deutschland auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendendokrinologie und -diabetologie beruflich tätig sind, stehen ein kontinuierliches Weiterbildungsangebot und moderne Versorgungskonzepte im Vordergrund.«

PD Dr. Simone von Sengbusch, Lübeck

Homepage der DGPAED: dgpaed.de

Foto: privat

Neu- oder re-zertifizierte Kliniken und Arztpraxen

(im Zeitraum 19.03. bis 22.04.2024)

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 0		
HELIOS Weißeritztal-Kliniken GmbH Klinikum Freital, Innere Medizin III/ Klinik für Diabetologie	01705 Freital	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diabetes- und Hausarztzentrum Merseburg Süd, Gemeinschaftspraxis Dr. med. Annett Frank & Dr. med. Thomas Frank	06217 Merseburg	Fußbehandlungseinrichtung DDG
PLZ 2		
Diabetes Zentrum Hamburg Nord-Ost, Praxis Dr. med. Arne Elsen	22177 Hamburg	Fußbehandlungseinrichtung DDG
PLZ 3		
Herz- und Diabeteszentrum NRW, RUB, Fußambulanz	32545 Bad Oeynhausen	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Herz- und Diabeteszentrum NRW, RUB, Diabeteszentrum	32545 Bad Oeynhausen	Fußbehandlungseinrichtung DDG
PLZ 4		
Universitätsklinikum Düsseldorf, Klinik für Endokrinologie und Diabetologie	40225 Düsseldorf	Diabeteszentrum DDG ZUSATZKOMPETENZ DIABETES & FUSS DDG
Städtisches Krankenhaus Nettetal GmbH, Interdisziplinäre Fußstation, Innere Chirurgie	41334 Nettetal	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Klinikum Westfalen GmbH, Knappschaftskrankenhaus Dortmund, Klinik für Angiologie	44309 Dortmund	Fußbehandlungseinrichtung DDG
MVZ Ärzte am Niederrhein GmbH, Dr. med. Michael Wefelnberg,	46569 Hünxe	Fußbehandlungseinrichtung DDG
PLZ 4		
Zentrum für Diabetes und Gefäßerkrankungen,	48145 Münster	Diabetes Exzellenzzentrum DDG
Bonifatius Hospital Lingen, Gastroenterologie, Diabetologie & Palliativmedizin	49808 Lingen	Diabeteszentrum DDG
PLZ 5		
Diabetes-Schwerpunktpraxis Dr. med. Ralf Kolassa	50127 Bergheim	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Rhein-Maas-Klinikum	52146 Würselen	Klinik mit Diabetes im Blick DD
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. med. Ulrike Warmers	54634 Bitburg	Diabeteszentrum DDG
DRK Kinderklinik Siegen gGmbH, Station 4	57072 Siegen	Diabeteszentrum DDG
Gemeinschaftspraxis Dres. Jörg Baumann/Hildegard Greiten	57234 Wilnsdorf	Fußbehandlungseinrichtung DDG
PLZ 8		
RoMed Klinikum Rosenheim	83022 Rosenheim	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Klinikum Landshut AdöR der Stadt Landshut	84034 Landshut	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
PLZ 9		
Internistische Gemeinschaftspraxis am Pflegtor, Schräder/Schepp/Perenyei/Santner/Reisinger	94469 Deggendorf	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Gemeinschaftspraxis Drosendorf, Diabetes-Schwerpunktpraxis mit Fußambulanz	96117 Memmelsdorf	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Rehaklinik Ob der Tauber, Abteilung Stoffwechsel und Gastroenterologie	97980 Bad Mergentheim	Diabeteszentrum DDG

Zertifizierung von Fußbehandlungseinrichtungen DDG

Verfahrensbeschreibung aktualisiert

OSNABRÜCK. Im Rahmen der Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Diabetischer Fuß in der DDG hat die Mitgliederversammlung der AG wichtige Änderungen im Zertifizierungsverfahren ambulanter und stationärer Fußbehandlungseinrichtungen beschlossen.

DDG ARBEITSGEMEINSCHAFT Diabetischer Fuß

Die Änderungen im Überblick:

- Digitale Antragstellung (seit 1. März)
- Erleichterte Beantragung der Zertifizierung von zwei Standorten
- Umfangreiche Überarbeitung der Vorlage und Legende zur Evaluation
- SINBAD-Klassifikation und WIfI als fakultative Parameter der Evaluation
- Einbindung der Zertifizierung der AG Diabetischer Fuß Rheinland-Pfalz/ Saarland
- Zahlreiche Konkretisierungen und Hilfestellungen

www.ddg.info/behandlung/zertifizierung/fussbehandlungseinrichtungen

AG Diabetes & Auge: Diabetolog*innen gesucht

Die AG Diabetes & Auge (AGDA) der DDG sucht interessierte Diabetolog*innen, die sich der AG anschließen möchten. Nach dem Ausscheiden von Professor Dr. Hans-Peter Hammes (Diabetologe) und PD Dr. Klaus Dieter Lemmen (Augenarzt), ist derzeit Professor Dr. Horst Helbig, Direktor der Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde am Universitätsklinikum Regensburg, alleiniger Sprecher der AG.

Ziele und Aufgaben der AGDA – übrigens eine der ältesten Arbeitsgemeinschaften der DDG – sind die Optimierung der interdisziplinären Information zum Thema Diabetes und Auge und die Verbesserung des Augen-Screenings und der Therapie bestehender Augenveränderungen bei Menschen mit Diabetes.

Interesse? Dann melden Sie sich gerne bei:
Torben Henke, Referent Gremien in der Geschäftsstelle der DDG,
E-Mail: henke@ddg.info, Tel.: 030/311 69 37-15

Mehr über die AGDA erfahren Sie auf: ddg.info/die-ddg/arbeitsgemeinschaften oder durch Scan des QR-Codes.

Wir gratulieren der neuen Fachpsychologin DDG und wünschen ihr viel Erfolg!

Dipl.-Psych. Sonja Görgen, Karlsruhe

diabeteszeitung digital

E-Paper ist im Web verfügbar

BERLIN. Die **diabetes zeitung** finden Sie nicht nur in Ihrem Briefkasten: Als E-Paper sind alle Ausgaben jederzeit auch online abrufbar.

In der gedruckten **diabetes zeitung** blättern oder die Ausgaben digital anschauen und lesen – beides ist möglich. Das E-Paper können Sie bequem und einfach im Internet auf **www.ddg.info/diabetes-zeitung** und auf **epaper.medical-tribune.de** einsehen.

Über die Suchfunktion lassen sich die einzelnen Ausgaben nach Themen und Stichworten durchsuchen.
Zudem können Sie die elektronische Ausgabe der **diabetes zeitung** auch als Android- oder iOS-App auf Ihrem mobilen Endgerät lesen. Die App finden Sie in Ihrem jeweiligen App-Store unter dem Suchbegriff „Medical Tribune für Ärzte“.

Kontakt zur Redaktion

Bei Fragen, Wünschen und Anregungen wenden Sie sich gerne an die Redaktion,
E-Mail: **diabeteszeitung@medtrix.group**
Natürlich können Sie uns auch einen Leserbrief schicken – oder Sie rufen in der Redaktion an:

MedTriX GmbH
Unter den Eichen 5
65195 Wiesbaden
Telefon: 0611 9746-0

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.

NEU

Die Aktualisierung des Curriculums Wundassistent*in DDG hebt mit dem neuen Titel „Fuß- und Wundassistent*in DDG" den Fokus dieser wichtigen Fortbildung, der auf dem Diabetischen Fußsyndrom liegt, deutlich hervor. Weitere wichtige Neuerungen sind Modularisierung, starker Praxisbezug und Blended Learning.

www.ddg.info/ddg-akademie/fuer-gesundheitsfachkraefte/fuss-und-wundassistentin-ddg

Diabetesberater*in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Traunstein TR 01 DB	**Diabetes-Akademie Südostbayern** Haus St. Rupert, Rupprechtstraße 6, 83278 Traunstein ✆ Tel.: 08663/30 90-713 info@diabetes-akademie.net, www.diabetes-akademie.net	1. Modul: 22.07. – 02.08.2024 2. Modul: 23.09. – 27.09.2024 3. Modul: 25.11. – 06.12.2024 4. Modul: 03.02. – 14.02.2025* 5. Modul: 31.03. – 04.04.2025 6. Modul: 12.05. – 23.05.2025 7. Modul: 14.07. – 25.07.2025 zzgl. Wahlpflichtmodul
Rheine RH 04 DB	**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	1. Modul: 09.09. – 20.09.2024 2. Modul: 18.11. – 29.11.2024 3. Modul: 13.01. – 17.01.2025 4. Modul: 04.03. – 15.03.2025* 5. Modul: 22.04. – 26.04.2025 6. Modul: 23.06. – 04.07.2025 7. Modul: 25.08. – 05.09.2025 zzgl. Wahlpflichtmodul
Regensburg RB 03 DB	**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	1. Modul: 14.10. – 25.10.2024 2. Modul: 13.01. – 24.01.2025 3. Modul: 24.02. – 28.02.2025 4. Modul: 24.03. – 04.04.2025* 5. Modul: 12.05. – 23.05.2025 7. Modul: 07.07. – 18.07.2025 6. Modul: 22.09. – 26.09.2025 zzgl. Wahlpflichtmodul
Regensburg RB 04 DB	**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	1. Modul: 13.01. – 24.01.2025 2. Modul: 17.02. – 28.02.2025 3. Modul: 07.04. – 11.04.2025 4. Modul: 23.06. – 04.07.2025* 5. Modul: 21.07. – 01.08.2025 6. Modul: 22.09. – 03.10.2025 7. Modul: 24.11. – 28.11.2025 zzgl. Wahlpflichtmodul
Rheine RH 06 DB	**Akademie der Mathias-Stiftung Rheine** Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ✆ Tel.: 05971/42-42-7319, 🖷 Fax: 05971/42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Modul: 27.01. – 07.02.2025 2. Modul: 24.03. – 04.04.2025 3. Modul: 19.05. – 23.05.2025 4. Modul: 21.07. – 01.08.2025* 5. Modul: 13.10. – 24.10.2025 6. Modul: 24.11. – 05.12.2025 7. Modul: 12.01. – 23.01.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul
Jena JE 03 DB	**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	1. Modul: 24.02 – 07.03.2025 2. Modul: 05.05 – 16.05.2025 3. Modul: 11.08. – 15.08.2025 4. Modul: 08.12 – 12.12 .2025 + * 02.02 – 06.02.2026 5. Modul: 27.10. – 30.10.2025 + 09.02 – 13.02.2026 6. Modul: 18.08. – 22.08.2025 + 01.12. – 05.12.2025 7. Modul: 20.10. – 24.10.2025 zzgl. Wahlpflichtmodul
Regensburg RB 05 DB	**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	1. Modul: 17.03. – 28.03.2025 2. Modul: 05.05. – 16.05.2025 3. Modul: 02.06. – 06.06.2025 4. Modul: 06.10. – 17.10.2025* 5. Modul: 10.11. – 21.11.2025 7. Modul: 12.01. – 23.01.2026 6. Modul: 09.02. – 13.02.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul
Kurs Nr.	**Weiterbildungsort**	**Kurstermine**
Regensburg RB 06 DB	**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	1. Modul: 07.07. – 18.07.2025 2. Modul: 20.10. – 31.10.2025 3. Modul: 01.12. – 05.12.2025 4. Modul: 26.01. – 06.02.2026* 5. Modul: 09.03. – 20.03.2026 7. Modul: 20.04. – 01.05.2026 6. Modul: 08.06. – 12.06.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul
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	1. Modul: 14.07. – 25.07.2025 3. Modul: 22.09. – 26.09.2025 2. Modul: 10.11. – 21.11.2025 4. Modul: 12.01. – 16.01.2026* 5. Modul: 19.01. – 23.01.2026 6. Modul: 16.03. – 27.03.2026 7. Modul: 29.06. – 10.07.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul

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

Weitere Kurse und die Möglichkeit, sich anzumelden, finden Sie auf der Website der DDG unter www.ddg.info/qualifizierung/diabetesberaterin-ddg-1

Weitere Informationen finden Sie auf www.ddg.info/diabeteseduka tion.

Diabetesassistent*in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Gießen GI 01 DA	**UKGM** **Universitäres Diabeteszentrum Mittelhessen** **Diabetesschulungszentrum** **Med. Klinik und Poliklinik III** Klinikstraße 33, 35392 Gießen ✆ Tel.: 0641/985 42887 jutta.liersch@innere.med.uni-giessen.de, www.udzm.de	1. Modul: 03.06. – 07.06.2024 + 24.06. – 28.06.2024 2. Modul: 23.09. – 27.09.2024 3. Modul: 28.10. – 01.11.2024 + 18.11. – 22.11.2024
Traunstein TR 01 DA	**Diabetes-Akademie Südostbayern** Haus St. Rupert, Rupprechtstraße 6, 83278 Traunstein ✆ Tel.: 08663/30 90 713 info@diabetes-akademie.net, www.diabetes-akademie.net	1. Modul: 22.07. – 02.08.2024 2. Modul: 23.09. – 27.09.2024 3. Modul: 25.11. – 06.12.2024
Rheine RH 04 DA	**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	1. Modul: 09.09. – 20.09.2024 2. Modul: 18.11. – 29.11.2024 3. Modul: 13.01. – 17.01.2025
Bochum BO 01 DA	**Augusta Akademie Bochum** Dr.-C.-Otto-Str. 27, 44879 Bochum ✆ Tel.: 02345173 info@augusta-akademie.de, http://www.augusta-akademie.de/	1. Modul: 16.09 – 27.09.2024 2. Modul: 11.11 – 22.11.2024 3. Modul: 06.01 – 10.01.2025
Regensburg RB 03 DA	**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	1. Modul: 14.10. – 25.10.2024 2. Modul: 13.01. – 24.01.2025 3. Modul: 24.02. – 28.02.2025
Regensburg RB 04 DA	**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	1. Modul: 13.01. – 24.01.2025 2. Modul: 17.02. – 28.02.2025 3. Modul: 07.04. – 11.04.2025
Rheine RH 06 DA	**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	1. Modul: 27.01. – 07.02.2025 2. Modul: 24.03. – 04.04.2025 3. Modul: 19.05. – 23.05.2025
Jena JE 03 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	1. Modul: 24.02 – 07.03.2025 2. Modul: 05.05 – 16.05.2025 3. Modul: 11.08. – 15.08.2025
Jena JE 03 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	1. Modul: 24.02. – 07.03.2025 (Präsenz) 2. Modul: 05.05. – 09.05.2025 (Präsenz)
Regensburg RB 05 DA	**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	1. Modul: 17.03. – 28.03.2025 2. Modul: 05.05. – 16.05.2025 3. Modul: 02.06. – 06.06.2025
Regensburg RB 06 DA	**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	1. Modul: 07.07. – 18.07.2025 2. Modul: 20.10. – 31.10.2025 3. Modul: 01.12. – 05.12.2025
Bad Mergentheim BMH 02 DA	**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	1. Modul: 14.07. – 25.07.2025 3. Modul: 22.09. – 26.09.2025 2. Modul: 10.11. – 21.11.2025

Weitere Kurse und die Möglichkeit, sich anzumelden, finden Sie auf der Website der DDG unter www.ddg.info/qualifizierung-diabetesassistentin-ddg-/-diabetesassistent-1.

Weitere Informationen und Anmeldung unter:
www.ddg.info/qualifizierung

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

Bilden Sie in Ihrer Heimatregion ein Team aus, um im eigenen Haus und den benachbarten Einrichtungen die Pflegenden mit Basiskenntnissen zum Diabetes zu schulen. Seminare zur Basisqualifikation DDG sind im Rahmen der Zertifizierung „Klinik mit Diabetes im Blick“ für die Schulung der Pflegekräfte anerkannt! Melden Sie Ihr Team jetzt an! Verbessern Sie die Versorgung von Menschen mit Diabetes in Ihrer Heimatregion! Wir bringen das Seminar direkt zu Ihnen nach Hause – freuen Sie sich auf eine inspirierende und interaktive Online-Erfahrung.
Wir informieren Sie gerne – E-Mail: weiterbildung@ddg.info.

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
9	~~**CityCube Berlin**~~ ~~Anmeldung über: Deutsche Diabetes Gesellschaft~~ ~~Albrechtstr. 9, 10117 Berlin~~ ~~✆ Tel.: 030/311 69 37 18~~ ~~weiterbildung@ddg.info~~ Jetzt im Online-Format!	22.06.2024 (statt 11.05.2023) ACHTUNG, Termin-änderung!

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

Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG – Fortbildung für Pflegende

Kurse sind anrechenbar für die Fortbildung im Rahmen der Zertifizierung: Klinik mit Diabetes im Blick.

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
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./05.06.2025
BaQ_ TUE 04	**Medizinische Klinik Tübingen** Otfried-Müller-Straße 10, 72076 Tübingen ✆ Tel.: 07071/29-84485 marjo.graf@med.uni-tuebingen.de	24./25.09.2024
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./19.11.2024

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 (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 02	**Akademie der Mathias-Stiftung Rheine** Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ✆ Tel.: 05971/42-7319 ma.pruss@mathias-spital.de, www.afg-rheine.de	17.06.2024 – 19.06.2024 (Präsenz) 29.07.2024 – 30.07.2024 (online) 29.08.2024 – 30.08.2024 (online) 16.10.2024 – 18.10.2024 (Präsenz)

Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Klinik)

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Rheine DPFK Kurs 4	**Akademie der Mathias-Stiftung Rheine** Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ✆ Tel.: 05971/42-7319 info@afg-rheine.de, www.afg.mathias-stiftung.de/	09.12.2024 – 13.12.2024 13.01.2025 – 17.01.2025

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!**

Fuß- und Wundassistent*in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
20	**Karl Borromäus Schule am Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen** Feldstraße 16, 54290 Trier ✆ Tel.: 0651 947-0, 🖷 Fax:0651 947-2205 schule@mutterhaus.de, www.mutterhaus.de	17.06. – 21.06.2024
56	**CID Centrum für integrierte Diabetesversorgung** St. Vinzenz-Hospital Merheimer Straße 221–223, 50733 Köln Anmeldung: ✆ Tel.: 0221/9349461 schulung@cid-direct.de, www.cid-direct.de	19.08. – 23.08.2024
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	1. Block: 06.11. – 08.11.2024 2. Block: 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
Pilotkurse in Kooperation 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.: 09415696-0 a.deml@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	1.Block: 10.03. – 12.03.2025 online 2. Block: 17.03. – 19.03.2025 Präsenz
20	**Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits,- und Sozialwesen in Bayern e.V.** Ostengasse 27, 93047 Regensburg ✆ Tel.: 09415696-0 a.deml@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	1.Block 13.10. – 15.10.2025 online 2.Block 20.10. – 22.10.2025 Präsenz

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.

ACHTUNG NEU:
Fortbildungsangebot für qualifizierte Diabetesberater*innen
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.

Diabetescoach DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
DC 01	**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	1. Block: 24. und 25.10.2024 2. Block: 14. und 15.11.2024 3. Block: 16. und 17.01.2025 4. Block: 27. und 28.02.2025 5. Block: 03. und 04.04.2025

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

Adipositasberater*in DAG-DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
2	**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	10.06. – 11.06.2024 online 17.06. – 19.06.2024 Präsenz
3	**Diabetes-Akademie Südostbayern e.V.** An der Eiche 1, 83278 Traunstein ✆ Tel.: 08663/30 90 713 info@diabetes-akademie.net, www.diabetes-akademie.net	14.06. – 15.06.2024 online 20.06. – 22.06.2024 Präsenz
4	**Akademie der Mathias-Stiftung Rheine** Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ✆ Tel.: 05971/42-7319 info@afg-rheine.de, www.afg.mathias-stiftung.de	09.09. – 10.09.2024 online 11.09. – 13.09.2024 Präsenz
5	**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	21.10. – 22.10.2024 online 23.10. – 25.10.2024 Präsenz
6	**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	25.11. – 26.11.2024 online 02.12. – 04.12.2024 Präsenz

Weitere Termine zum Erwerb des Abschlusses Adipositasberater*in DAG-DDG folgen. Anmeldung: Die Bewerbungsunterlagen sind an die jeweilige Weiterbildungsstätte zu senden. Hier erhalten Sie auch Auskunft über das Bewerbungsverfahren. Das Angebot ist für Diabetesfachkräfte gedacht. Weitere Informationen unter www.adipositas-fortbildung.de.

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 akademieluftikurs@gmail.com www.akademie-luftikurs.de	26.11.2024 – 29.11.2024 Weitere Termine direkt anfragen!	Bischöfliches Priesterseminar, Große Domsfreiheit 5, 49074 Osnabrück	600,- Euro, 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	14.06. – 17.06.2024 in Augsburg 06.09. – 09.09.2024 (Online-Kurs) 29.11. – 02.12.2024 (Online-Kurs)	Tagungsräume im Hotel Am alten Park Augsburg	720,- € inkl. Kursunterlagen
willms.coaching Wilhelm-Busch-Straße19, 37083 Göttingen ✆ Tel.: 0551/7974741 🖷 Fax: 0551/29213514 office@willmscoaching.de www.willmscoaching.de	**Online-Termine:** 30.05. – 31.05. + 13.06. – 14.06.2024 10.10. – 11.10. + 24.10. – 25.10.2024 07.11. – 08.11. + 14.11. – 15.11.2024 21.11. – 22.11. + 28.11. – 29.11.2024 **Präsenzkurse im Hotel Eden, Göttingen:** 04.07. – 07.07.2024 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	**Schwerpunkt Pädiatrie** 19.09. – 22.09.2024	Elisabeth-Krankenhaus, Essen, Konferenzzentrum, Klara-Kopp-Weg 1 45138 Essen	750,- Euro 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.

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 diabetes zeitung 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

Göttingen, 10.04.2024
Weiterbildungsassistent*in (m/w/d)
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: PRIMEDUS
- Adresse: Weender Straße 27, 37073 Göttingen
- Ansprechpartner: Ingolf Gottstein, 0151/67444902, personal@primedus.de
- Website: www.primedus.de/karriere/

Ahaus, 08.04.2024
Internist*in (m/w/d)
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Klinikum Westmünsterland GmbH
- Adresse: Wüllener Straße 101, 48683 Ahaus
- Ansprechpartner: Prof. Dr. med. Kabar Iyad, 02561/991189, bewerbung@kwml.de
- Website: www.klinikum-westmuensterland.de/st-marien-krankenhaus-ahaus

Bad Lauterberg, 03.04.2024
Fachärzt*in für Endokrinologie und Diabetologie (m/w/d)
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabeteszentrum Bad Lauterberg
- Adresse: Kirchberg 21, 37431 Bad Lauterberg
- Ansprechpartnerin: Katja Burghardt, 05524/81342, bewerbung@diabeteszentrum.de
- Website: www.diabeteszentrum.de

Moers, 27.03.2024
Diabetolog*in oder zur Weiterbildung, Allgemeinmediziner*in, Internist*in (m/w/d)
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Diabetologie und Innere Medizin in der Goethestraße
- Adresse: Goethestraße 1, 47441 Moers
- Ansprechpartner: Dr. med. Jan Gewaltig, 0176/61589479
- Website: www.diabetes-moers.de

Hamburg, 26.03.2024
Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)
- Arbeitsbeginn: 01.05.2024
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetes Zentrum Wandsbek
- Adresse: Wandsbeker Marktstraße 73, 22041 Hamburg
- Ansprechpartner: Dr. med. Thorsten Koch, 040/24424980, koch@hamburg-diabetes.de
- Website: hamburg-diabetes.de/aerzteteam

Hamburg, 26.03.2024
Allgemeinmediziner*in (m/w/d)
- Arbeitsbeginn: 01.05.2024
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetes Zentrum Wandsbek
- Adresse: Wandsbeker Marktstraße 73, 22041 Hamburg
- Ansprechpartner: Dr. med. Thorsten Koch, 040/24424980, koch@hamburg-diabetes.de
- Website: hamburg-diabetes.de/aerzteteam

Ludwigshafen, 19.03.2024
Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)
- Arbeitsbeginn: 01.07.2024
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: MVZ St. Dominikus GmbH
- Adresse: Salzburger Straße 15, 67067 Ludwigshafen
- Ansprechpartner: Olaf Nitsch, 0621/5501-2490, info@mvz-st-dominikus.de
- Website: www.mvz-st-dominikus.de

Bad Mergentheim, 12.03.2024
Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: befristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetes Zentrum Mergentheim
- Adresse: Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim
- Ansprechpartner: Prof. Dr. med. Thomas Haak, 07931/594-101, haak@diabetes-zentrum.de
- Website: www.diabetes-klinik-mergentheim.de/stellenangebote/aktuelle-stellenangebote/aerzte

GESUNDHEITSFACHKRÄFTE

Berlin, 10.04.2024
Hospitant*in Diabetesassistent*in (m/w/d)
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabeteszentrum Lichtenberg
- Adresse: Frankfurter Allee 129, 10365 Berlin
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Katja Schmitt, 030/55488125, katja.schmitt@diabeteszentrum-lichtenberg.de
- Website: www.diabeteszentrum-lichtenberg.de

Bad Lauterberg, 10.04.2024
Diabetesassistent*in DDG (m/w/d)
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: PRIMEDUS
- Adresse: Kirchplatz, 37431 Bad Lauterberg
- Ansprechpartnerin: Alexandra Reibestahl, 0151/55903872, personal@primedus-sd.de
- Website: www.primedus.de/karriere

Berlin, 09.04.2024
Diabetesberater*in (m/w/d)
- Arbeitsbeginn: 1.07.2024
- Voraussichtliche Dauer: befristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Vivantes Diabeteszentrum für Kinder und Jugendliche in Neukölln
- Adresse: Rudower Straße 48, 12351 Berlin
- Ansprechpartner: Prof. Dr. med. Klemens Raile, 0151/58055286, klemens.raile@vivantes.de
- Website: www.vivantes.de/klinikum-neukoelln/diabeteszentrum-fuer-kinder-und-jugendliche-vdz

Kerpen, 05.04.2024
Diabetesberater*in DDG (m/w/d)
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetologische Schwerpunktpraxis
- Adresse: Heerstraße 330, 50169 Kerpen
- Ansprechpartnerin: Dr. Anja Franke, franke@praxis-dr-franke.de
- Website: www.praxis-dr-franke.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.

Heppenheim, 02.04.2024
Diabetesberater*in DDG (m/w/d)
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabeteszentrum DDG
- Adresse: Wilhelmstraße 1, 64646 Heppenheim
- Ansprechpartner: Dr. med. Jens Braun, 0174/4267457, info@praxis-braun-siebein.de
- Website: www.praxis-braun-siebein.de

Essen, 01.04.2024
Diabetesberater*in DDG (m/w/d)
- Arbeitsbeginn: 01.07.2024
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetes Zentrum Eleonorastraße
- Adresse: Eleonorastraße 42, 45136 Essen
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Helga Zeller, h.zeller@diabetes-zentrum-essen.de

Hamburg, 26.03.2024
MFA (m/w/d)
- Arbeitsbeginn: 01.05.2024
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetes Zentrum Wandsbek
- Adresse: Wandsbeker Marktstraße 73, 22041 Hamburg
- Ansprechpartner: Dr. med. Thorsten Koch, 040/24424980, koch@hamburg-diabetes.de
- Website: hamburg-diabetes.de/aerzteteam

STELLENGESUCHE

Freiburg, 07.04.2024
Diabetesberaterin DDG
- Arbeitsbeginn: 01.07.2024
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Ausbildung: Dipl. Oecotrophologin FH, Diätassistentin
- Berufsgruppe: Diabetesberaterin DDG
- Einsatzort: Freiburg und Umgebung
- Kontakt: el.advertising@t-online.de

Direkt zu allen Stellengesuchen

STELLENANGEBOTE

München, 21.03.2024
Diabetesberater*in DGG (m/w/d)
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Endokrinologikum München
- Adresse: Promenadeplatz 12, 80333 München
- Ansprechpartnerin: Rebecca Bunten, career@amedes-group.com
- Website: www.karriere.amedes-group.com

Erftstadt, 20.03.2024
Diabetesberater*in DDG (m/w/d)
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Dr. Salamon-Hellmig
- Adresse: 50374 Erftstadt
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Salamon-Hellmig, d.salamon@gmx.de

Königs Wusterhausen, 18.03.2024
Diabetesberater*in DDG (m/w/d)
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Klinikum Dahme-Spreewald GmbH
- Adresse: Köpenicker Straße 29, 15711 Königs Wusterhausen
- Ansprechpartnerin: Jacqueline Arens, 03375/288603, jacqueline.arens-mvz-ds@sana.de
- Website: www.klinikum-ds.de/medizin-pflege/mvz-dahme-spreewald

Bad Mergentheim, 14.03.2024
Diabetesberater*in DDG (m/w/d)
- Arbeitsbeginn: 01.07.2024
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Fachklinik Schwaben
- Adresse: Lothar-Daiker-Straße 17, 97980 Bad Mergentheim
- Ansprechpartnerin: Svenja Ebert, 07931/590248, svenja.ebert@fachklinik-schwaben.de
- Website: www.fachklinik-schwaben.de

Kernen, 14.03.2024
Diabetesberater*in DDG (m/w/d)
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: ZIDA Remstal
- Adresse: Karlstraße 21, 71394 Kernen
- Ansprechpartner: Dr. med Gregor Weisser, gregor.weisser@zida-remstal.de
- Website: www.zida-remstal.de

Berlin, 13.03.2024
MFA (m/w/d)
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: MVZ im Märkischen Viertel - Dr. Hollmann
- Adresse: Senftenberger Ring 3A, 13439 Berlin
- Ansprechpartner: Dr. med. Gerd Hollmann, 030/40779436, dr.hollmann@diabetes-in-berlin.de
- Website: www.diabetes-in-berlin.de

Berlin, 12.03.2024
Diabetolog*in DDG/LÄK
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Diabetesschwerpunktpraxis diab-doc.de
- Adresse: Wederstr. 85, 12347 Berlin
- Ansprechpartnerin: Dr. Nasila Nouniaz-Wirbelauer, 01796347159, n.nouniaz@web.de
- Website: www.diab-doc.de

Nürnberg, 11.03.2024
Diabetesberater*in DDG (m/w/d)
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Klinik Hallerwiese-Cnopfsche Kinderklinik
- Adresse: St.-Johannis-Mühlgasse 19, 90419 Nürnberg
- Ansprechpartnerin: Tanja Nolte, recruiting@diakoneo.de

Wetzlar, 10.03.2024
MFA (m/w/d)
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetesschwerpunktpraxis Dr. Göbel
- Adresse: Frankfurter Straße 90, 35578 Wetzlar
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Rolf Göbel, 0171/1979969, goreo@t-online.de

Geldern, 09.03.2024
Diabetesberater*in DDG (m/w/d)
- Arbeitsbeginn: 01.06.2024
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Gemeinschaftspraxis Hillebrands
- Adresse: Grunewaldstraße 14, 47608 Geldern
- Ansprechpartnerin: Elke Hillebrands, hillebrands@praxis-hillebrands.de
- Website: www.praxis-hillebrands.de

Direkt zu allen Stellenangeboten

MEDICAL REPORT

Überlegene Wirkeffekte bei Typ-2-Diabetes

Die Substanzklasse der GIP/GLP-1-Rezeptor-Agonisten definiert neue Maßstäbe

Tirzepatid[a,1] ist der erste und einzige zugelassene GIP/GLP-1-Rezeptor-Agonist (RA). Er erzielte bei Erwachsenen mit Typ-2-Diabetes (T2D) gegenüber allen Vergleichssubstanzen[b] überlegene Ergebnisse hinsichtlich Blutzuckerkontrolle und Gewichtsreduktion[c,].[1,d]

Die überlegenen Wirkeffekte ermöglicht der innovative Wirkansatz von Tirzepatid (Mounjaro®). Im Interview erläutern Prof. Dr. Susanne Reger-Tan und Dr. Hans-Peter Kempe, warum Tirzepatid die Therapie des T2D auf ein neues Level hebt.

Foto: Privat

Prof. Dr. Susanne Reger-Tan
Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechsel Essen

? Können heute die Zielwerte bei der Therapie des T2D besser erreicht werden?
Reger-Tan: Die neuen Behandlungskonzepte fokussieren sich nicht mehr nur auf die Kontrolle des Glukosestoffwechsels, vielmehr betrachten wir die Patient*innen ganzheitlich. Bestehende Komorbiditäten – wie z. B. Übergewicht – werden adäquat adressiert und in das Behandlungskonzept einbezogen.

? Welchen Vorteil hat eine frühe Intervention bei T2D?
Kempe: Mit einem möglichst frühen Therapiebeginn hat man die Chance, vaskuläre Komplikationen wie mikro- und/oder makrovaskuläre Folgeerkrankungen aufzuhalten.

> »Der GIP/GLP-1-RA ist noch potenter als alle anderen aktuell verfügbaren Therapieoptionen.«
> Prof. Dr. Susanne Reger-Tan

Reger-Tan: Daten zeigen die Relevanz einer sehr frühen Intervention auch für die Zukunft der Patient*innen: Noch nach 10–20 Jahren Erkrankungsdauer sind positive Effekte sichtbar. Wir können z. B. das Risiko für Herzinfarkte senken.

? Wie ordnen Sie die Wirksamkeit von Tirzepatid ein?
Kempe: Mich hat die dramatische Verbesserung der Stoffwechsellage mit einer schnellen Senkung des HbA_{1c} von bis zu 2,5 % überrascht.

Foto: Privat

Dr. Hans-Peter Kempe
Diabetologikum DDG
Ludwigshafen

Deshalb hat dort, wo wir mehr erreichen wollen, Tirzepatid einen sehr hohen Stellenwert.

? Wird Tirzepatid die Therapielandschaft des T2D verändern?
Kempe: Ja, Tirzepatid wird die Landschaft verändern, weil sich Behandler*innen und Patient*innen eine unkomplizierte, schnelle Verbesserung der Stoffwechsellage und Senkung des Körpergewichtes wünschen. Bei den therapeutischen Zielen werden wir in Bereiche kommen, die vorher nicht möglich waren.
Reger-Tan: Die Verfügbarkeit einer Kombination von GIP/GLP-1-RA in Tirzepatid hebt die bisherige Therapie des T2D auf ein ganz neues Level. Eine deutliche Verbesserung der Glukosestoffwechsellage und eine eindrückliche Reduktion des Körpergewichtes – das ist fantastisch.

> »Dieser schnelle Erfolg ist immer klasse, wenn Patient*innen sehen: Mein HbA_{1c} und Gewicht verbessern sich.«
> Dr. Hans-Peter Kempe

- Tirzepatid vereint die Potenziale der beiden Inkretine GIP (glukoseabhängiges insulinotropes Polypeptid) und GLP-1 (Glucagon-like-Peptide-1) in einem einzelnen Molekül. Bis zu 2/3 des Inkretin-Effekts können bei stoffwechselgesunden Menschen durch GIP vermittelt werden.
- Bereits in der niedrigsten Erhaltungsdosis (5 mg) erzielte Tirzepatid überlegene Wirkeffekte auf HbA_{1c} und Gewicht gegenüber allen Komparatoren.[b,d] Insgesamt war eine HbA_{1c}-Senkung bis zu 2,5 %[e] und eine Gewichtsreduktion bis zu 13 %[f] möglich (unter 15 mg nach 40 Wochen).
- Das Nebenwirkungsprofil ähnelt dem der GLP-1-RA.

[a] Tirzepatid (Mounjaro®) 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.

[b] Placebo, Semaglutid 1 mg und Insulin degludec 100 E/ml sowie Insulin glargin 100 E/ml.

[c] In den klinischen SURPASS-Studien war die Veränderung des Körpergewichts ein sekundärer Endpunkt.

[d] $p < 0{,}001$ für Überlegenheit, adjustiert für Multiplizität.

[e] Bezogen auf den Ausgangswert.[1] Mittlere HbA_{1c}-Reduktion im Vergleich zum Ausgangswert.

[f] Bezogen auf den Ausgangswert.[2] Mittlere Gewichtsreduktion im Vergleich zum Ausgangswert.[c]

1. Mounjaro® Fachinformation, aktueller Stand.
2. Frias JP et al. N Engl J Med 2021; 385: 503-515.

Die aktuelle Fachinformation kann heruntergeladen werden unter: https://www.fachinfo.de/pdf/023865.

PP-TR-DE-1098

IMPRESSUM • **Idee und Konzeption:** Inter Medical Sonderpublikationen • **Redaktion:** Monika Walter • **Corporate Publishing:** Katja Popp • Mit freundlicher Unterstützung der Lilly Deutschland GmbH
diabetes zeitung 5/2024 – 43494 • **Die Herausgeber der Zeitung übernehmen keine Verantwortung für den Inhalt dieser Seite.**

BUNTES

60 Jahre DDG, 60 Jahre Engagement

Darum schwärmen Menschen für die Diabetologie

„Ich schwärme für die Diabetologie, weil ich durch eine qualifizierte, empathische und evidenzbasierte Weiterbildung Menschen für die Tätigkeit der Diabetesberatung begeistern und zugleich qualifizieren kann!“

Doris Schöning, Gescher, Diabetes- und Gesundheitswissenschaftlerin

„Ich schwärme für die Diabetologie, weil der Erfolg der Therapie bzw. Änderungen im Lebensstil einen direkten Einfluss auf das Wohlbefinden der Menschen haben und sie dies unmittelbar spüren lassen. Das facettenreiche Klientel und die tägliche Herausforderung, Lerninhalte für Interessierte zugänglich zu machen, fasziniert mich. Es war immer mein Traum, eng mit Menschen zusammenzuarbeiten.“

Gülcan Celen, Berlin, Diabetesberaterin

60 JAHRE 60 GESICHTER

„Ich schwärme für die Diabetologie, weil sie mich unterstützt, mein Leben mit Diabetes zu genießen. Ich kann sorgenfrei in den Alltag starten. Die Lösungen für ein Leben mit Diabetes kann ich erfragen, testen und für mich persönlich herausfinden. Mehrere Therapieansätze lassen mich mein Leben mit Diabetes trotzdem mit Spaß erleben.“

Ümit Sahin, Borkwalde, Haushaltsgeräteverkäufer

Eine große Fachgesellschaft wird 60 – herzlichen Glückwunsch!

„Die Arbeit der DDG ist für Millionen Menschen von unschätzbarem Wert! Ihr Erfolg beruht auf großem Engagement, exzellenter Vernetzung und einem interdisziplinären Schulterschluss. Den hervorragenden Austausch zwischen DDG und BZfE setzen wir auch in Zukunft gerne fort. Herzliche Geburtstagsgrüße und die besten Wünsche für weiterhin viele weitere Fortschritte und Erfolge.“

Eva Zovko, Leiterin Bundeszentrum für Ernährung (BZfE)

„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 diabetes zeitung erscheint am 26. Juni + + +

Fotos: iStock/Apoorva Patel, DDG