

Perspektiven & Blickwinkel

Große Offenheit und neue Pfade

DIABETES KONGRESS 2024 DDG

Vorträge und Symposien sind weiterhin on demand verfügbar. ddg.meta-dcr.com/kongress2024

BERLIN. Uneingeschränkt folgte der Diabetes Kongress 2024 unter Kongresspräsident Professor Dr. Baptist Gallwitz und Kongresssekretärin Professor Dr. Cora Weigert seinem Motto „Diabetes. Umwelt. Leben. Perspektiven aus allen Blickwinkeln“: Sichtweisen wurden ausgetauscht, Horizonte erweitert, neue Formate ausprobiert. Werfen Sie mit der diabeteszeitung einen Blick auf die Kongresstage im Mai: Neuigkeiten aus der DDG gab es auf der Mitgliederversammlung, Berichte von Symposien zeigten die Themenvielfalt, innovative Lösungen wurden beim „Startup Village“ vorgestellt. Eine sehr wichtige Rolle spielte der Nachwuchs – lesen Sie darüber mehr im großen Interview und spüren Sie der Kongress-Stimmung auf der Doppelseite mit vielen Fotos nach. **4, 6, 8/9, 12-17**

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

60 JAHRE DDG

Fotos: hobbitfoot – stock.adobe.com, Creativa Images – stock.adobe.com, DDG/Dirk Michael Deckbar

Diabetestechnologie & Digitalisierung

WIESBADEN. Interessante Beilage: Ausgabe 2/2024 des diatec journals. 12 Seiten mit Neuem aus der Diabetestechnologie.



Fehlerhaft statt übersichtlich

DDG hält den Klinik-Atlas für irreführend und fordert Nachbesserungen

BERLIN. Gleich nach dem Start des Portals bundesklinik-atlas.de musste das Bundesgesundheitsministerium auf Fehlermeldungen reagieren und die Datenbank mit einem Update korrigieren – nun erscheinen nicht mehr „0 Treffer“, wenn bun-

desweit nach einer fachübergreifenden Diabetes-Behandlung gesucht wird. Zufrieden ist die DDG mit dem Angebot, das ein „übersichtlicher Wegweiser durch den Krankenhaus-Dschungel“ sein soll, trotzdem nicht, denn was fehlt, sind Angaben

zu behandlungsrelevanten Zertifizierungen wie die der DDG (z.B. Diabetes Exzellenzzentrum DDG, Diabeteszentrum DDG, Klinik mit Diabetes im Blick DDG). Die unfertige Struktur des Portals berge die Gefahr, eher abzuschrecken, deshalb fordert

die DDG Nachbesserungen. Auch Organisationen wie DKG und AWMF sind mit dem Klinik-Atlas in seiner jetzigen Form unzufrieden; Kritik kommt ebenfalls von der Vorsitzenden der Gesundheitsministerkonferenz, Kerstin von der Decken. **3**

»Wir brauchen mehr Zeit«

BERLIN. 120 junge Menschen sind mit einem DDG Reiestipendium zum Diabetes Kongress gekommen und bekamen viel geboten. Maßgeblich daran beteiligt: die AG Nachwuchs. Drei AG-Mitglieder fanden trotz vollen Programms Zeit für ein Gespräch über die Nachwuchsförderung, ihre beruflichen Wünsche und politischen Forderungen. **17**

MedTriX^{Group}

Die Mischung macht's

So funktioniert die Zusammenarbeit in interprofessionellen Teams

BAD MERGENTHEIM/STEINFURT/DUISBURG. Manchmal setzt im multiprofessionellen Diabetesteam die Diabetologin andere Prioritäten als der Psychologe – und

die Diabetesberaterin hat vielleicht noch einmal eine etwas andere Meinung, was zuerst zu tun ist. Hinzu kommen unter Umständen zwischenmenschliche Probleme,

interkulturelle Missverständnisse, Schubladendenken, Vorurteile ... So wird die Vielfalt, die eigentlich bereichernd sein könnte, zum Hemmnis. Welche Lösungen

es gibt und wie sinnvoll in die Teamarbeit investiert werden kann, berichten ein Diabetologe, eine Psychologin und eine Krankenpflegerin und Berufspädagogin. **18**



Hitze: Nicht nur Eisbären betroffen

BERLIN. Hohe Temperaturen bringen auch Gesundheitsrisiken mit sich, insbesondere für Menschen mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes. Welche praktischen Tipps können Ärztinnen und Ärzte ihnen geben? Welche Maßnahmen können sie selbst in Praxis und Klinik umsetzen? Praktische Tipps und Anregungen dazu gab es im gemeinsamen Symposium der AG Nachwuchs und der AG Diabetes, Umwelt & Klima. **12**

Seite 6 »Herz-Gesetz«: der Diabetes fehlt

BERLIN. Im Gesetzentwurf für die Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen spielen Diabetes und Adipositas keine Rolle. Die DDG fordert ein Gesamtkonzept in der Prävention.

Seite 10 DZD forscht multizentrisch

NEUHERBERG. Präzise Präventions- und Therapiemaßnahmen sind das Ziel der Multicenterstudien des DZD. Welche Studien gibt es und welches Umfeld wurde dafür geschaffen?

Seite 28 Stoffwechsel im Stand-by-Modus

GRAZ. Auch für insulinbehandelte Menschen mit Typ-2-Diabetes ist intermittierendes Fasten praktikabel – und bewirkt positive Veränderungen, und zwar nicht nur beim HbA_{1c}-Wert.

»Im Fokus: der Diabetes Kongress 2024«

Vielfalt, Offenheit und neue Wege zeigen sich beim Kongress in Berlin

News & Fakten

Klinik-Atlas des BMG: DDG fordert Nachbesserungen; BVND kritisiert Jahrespauschalen im GVSG; DDG Mitgliederversammlung; Gesetzentwurf zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Zu kurz gedacht?; Meldungen „DDG macht Politik“; Diabetes Kongress: Liste der Preisträgerinnen und Preisträger; DDG und LÄK Thüringen verzahnen ihre Weiterbildungsangebote; Multi-center-Studien des DZD 3–7, 10

Kongress aktuell

Diabetes Kongress: Der Kongress in Bildern, Hitzestress belastet vulnerable Gruppen, Rolle des Gehirns im Glukosestoffwechsel, Werner-Creutzfeldt-Symposium: Die Leber – vom Opfer zum Täter, Gewinner-Unternehmen Startup-Village . . . 8/9, 12–16

Das Interview

AG Nachwuchs: „Prinzipiell brauchen wir mehr Zeit“ 17

Im Blickpunkt

Zusammenarbeit und Kommunikation in multiprofessionellen Behandlungsteams; Diabetescoach DDG; Professur für Diabetes-Technologie in Bern; Zertifiziertes Zentrum: Rehaklinik Ob der Tauber; Steckbrief: AG Diabetes & Niere 18, 23, 30

Consilium Diabetes

Adipositas und metabolische Chirurgie 20

Forum Literatur

Frühzeitige Therapie bei Gestationsdiabetes; Lebenserwartung in Deutschland sinkt; Intermittierendes Fasten bei Typ-2-Diabetes; Umsetzungslücke bei partizipativer Entscheidungsfindung 25, 29

Medizin & Markt

Berichte aus der Industrie 26–27

Kurznachrichten

Neu oder rezertifizierte Arztpraxen; Neue Diabetologinnen und Diabetologen; DDG Medienpreis; Diabetes Herbsttagung: Bewerbung für Reisestipendien 31

Weiterbildung & Qualifikation

Diabetesberater*in DDG; Diabetesassistent*in DDG; Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG; Diabetespflegefachkraft DDG (Klinik); Fuß- und Wundassistent*in DDG; Diabetescoach DDG; Adipositasberater*in DAG-DDG; Seminare Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung; Fachpsycholog*in DDG 32–33

Job- & Praxenbörse

Stellenangebote 34–35

Buntes 36

Liebe Leserinnen und Leser,

diese Ausgabe der **diabetes zeitung** nimmt den aktuellen Diabetes Kongress in den Fokus: Erfahren Sie, welche Themen unsere Mitgliederversammlung bestimmt haben, wer neu ist im DDG Vorstandsteam und wer verabschiedet wurde. Lassen Sie außerdem den Kongress mit der traditionellen Foto-Doppelseite Revue passieren, lesen Sie in die Berichte von Symposien hinein und informieren Sie sich über die Unternehmen, die beim Startup-Village gewonnen haben. Da die Nachwuchsförderung beim Kongress eine sehr große Rolle spielt, kommen im Interview drei Mitglieder der AG Nachwuchs ausführlich zu Wort. Auch eine Liste der Preisträgerinnen und Preisträger gibt es in dieser Ausgabe (ausführliche Vorstellung in Ausgabe 7/8). Die Artikel finden Sie auf den Seiten 4, 6, 8/9 und 12–17.

»DDG fordert Nachbesserungen am Klinikverzeichnis des Gesundheitsministeriums«

Der Klinik-Atlas ist online und soll laut Bundesgesundheitsminister Professor Dr. Karl Lauterbach ein „übersichtlicher Wegweiser durch den Krankenhaus-Dschungel“ sein. Menschen mit Diabetes wurden zumindest am Anfang eher in die Irre geführt – inzwischen gab es ein Update. Das zeigt, dass das Portal völliges Stückwerk ist und geradezu gefährliche Desinformation sein kann. Die DDG fordert, mindestens die DDG Zertifikate in das Verzeichnis aufzunehmen, und das nicht erst im Jahr 2025. Auch andere Organisationen sind extrem unzufrieden mit dem Portal – bis hin zur Forderung



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

einer Rücknahme des Klinikatlas. Lesen Sie mehr darüber auf Seite 3.

»Investitionen ins Team lohnen sich«

Menschen mit Diabetes brauchen oft die Hilfe eines multiprofessionellen Teams – und im Team sollten alle gut zusammenarbeiten. Aber nicht immer sind sich innerhalb des Diabetesteam alle Beteiligten einig über Prioritäten und Prozesse; Konflikte im Team können u.a. hierarchische, kulturelle oder sprachliche Hintergründe haben – und sich letztendlich auf die Behandlungsqualität auswirken. Wie können solche Konflikte im eng getakteten Klinik- oder Praxisalltag gelöst werden? Mehr über verschiedene Lösungsansätze und warum es sich lohnt, in eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit zu investieren, steht auf Seite 18.

»Studien am DZD – Teilnehmende willkommen«

Das Deutsche Zentrum für Diabetesforschung führt große Multicenterstudien durch. Das Ziel: präzise Präventions- und Therapiemaßnahmen entwickeln. Für drei dieser Studien – die Deutsche Diabetes-Studie (DDS), die IFIS-Studie und die LIFETIME-Studie, werden noch Teilnehmende gesucht. Machen Sie Ihre Patientinnen und Patienten gerne darauf aufmerksam. Mehr über die Teilnahme und die Forschungsaktivitäten des DZD erfahren Sie auf Seite 10.

Ganz herzlich Ihr

Prof. Dr. Andreas Fritsche

**diabetes
zeitung**

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

Verlag: MedTriX GmbH

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

CEO: Oliver Kramer

Geschäftsführung: Stephan Kröck, Markus Zobel

Gesamtreaktionsleitung Deutschland: Günter Nuber

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

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

Redaktion Medizin: Nicole Finkenauer, Gregor Hess

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

Weitere Mitarbeitende: Cornelia Kolbeck, Antje Thiel

Corporate Publishing: Lena Feil, Katja Popp

Redaktionsbeirat:

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 Abonentenservice:

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: HYVEDE3333
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 UrHGs nichts anderes ergibt. Des Weiteren behält sich die MedTriX GmbH eine Nutzung ihrer Inhalte für kommerzielles Text- und Data Mining (TDM) im Sinne von § 44b UrHG ausdrücklich vor.

Beilagen: Novo Nordisk Pharma GmbH,
Lilly Deutschland GmbH

www.blauer-engel.de/uz195

Dieses Druckerzeugnis wurde mit dem
Blauen Engel ausgezeichnet



Ein Atlas voller Fehler

DDG fordert Nachbesserungen am Klinikverzeichnis des BMG

BERLIN. Als „übersichtlichen Wegweiser durch den Krankenhaus-Dschungel“ preist der Bundesgesundheitsminister das Portal bundes-klinik-atlas.de an. Mit wenigen Klicks könnten Patient*innen „Kliniken vergleichen und für die benötigte Behandlung in ihrer Nähe die beste Klinik finden“. Schön wär’s, meint die DDG. Die Volkskrankheit Diabetes sei in dem unfertigen Angebot leider nur unzureichend abgebildet.

Was unterscheidet den neuen steuerfinanzierten Klinik-Atlas des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) von etablierten Suchportalen wie etwa dem „Deutschen Krankenhausverzeichnis“ der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) oder dem „Gesundheitsnavigator“ der AOK? Das Ministerium antwortet: „Diese Suche ist deutlich nutzerfreundlicher als vergleichbare Angebote.“ Ein wesentlicher Unterschied sei die bessere Vergleichbarkeit von Krankenhäusern. Dafür nutze man die Erfahrungen der „Weissen Liste“, die im März nach 15 Jahren zugunsten des Atlas eingestellt wurde.

Die DDG überzeugt das aber bislang nicht. Sie findet das „Bundesportal in der bestehenden Struktur für Menschen mit Diabetes nutzlos und sogar irreführend“. Anfangs zeigte das Verzeichnis des BMG bundesweit weniger als 700 Kliniken an, die Diabetes mellitus behandeln – und das häufig mit Patientenzahlen im einstelligen Bereich. „Das sind völlig unrealistische Zahlen“, erklärt DDG Präsident Prof. Dr. ANDREAS FRITSCHKE.

»Informationen fließen nur kleckerweise ins Portal«

„In Deutschland werden jährlich etwa drei Millionen Menschen mit einem Diabetes in Krankenhäusern behandelt. Das Bundesportal suggeriert, dass Diabetes in deutschen Kliniken quasi gar nicht stattfindet.“

Zertifizierungen sofort in den Klinik-Atlas aufnehmen!

Eine Woche nach dem Start des Portals musste das BMG auf die vielfältigen Fehlermeldungen reagieren und die Datenbank mit einem

Update korrigieren. Das führte u.a. dazu, dass man nun auch nicht mehr auf „0 Treffer“ stößt, wenn man bundesweit nach einer fachübergreifenden Diabetes-Behandlung sucht (siehe Screenshot).

Prof. Dr. DIRK MÜLLER-WIELAND, Vorsitzender des DDG Ausschusses „Qualitätssicherung, Schulung und Weiterbildung“, betont: „In Deutschland gibt es allein rund 350 stationäre Einrichtungen mit einer DDG Zertifizierung für Diabetes Typ 1 und Typ 2 und für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms.“ Über Jahrzehnte hinweg habe die DDG dazu beigetragen, die Diabetesexpertise in Klinik und Praxis zu etablieren und auszuweiten. Diese Information sollte auch die Nutzer*innen des Klinik-Atlas erreichen, damit sie die bestmögliche Wahl treffen können.

Die Fachgesellschaft fordert daher, behandlungsrelevante Zertifizierungen, wie sie die DDG anbietet, sofort in den Klinik-Atlas aufzunehmen. Laut BMG sei dies aber nicht vor 2025 geplant. „Es ist unverständlich, warum diese wichtige Information nur kleckerweise ins Portal fließt“, bemängelt Prof. Müller-Wieland. „Bis es so weit ist, können Menschen mit Diabetes – insbesondere diejenigen mit Folge- und Begleiterkrankungen – im Klinik-Atlas keine für sie passenden Behandlungseinrichtungen finden.“ Als Alternative bleibt die Suche nach zertifizierten Praxen und Kliniken auf der DDG-Homepage.

Dürftiger Auftritt schreckt Nutzer*innen ab

„Prinzipiell ist es ein gutes und wichtiges Anliegen, Patientinnen und Patienten die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser transparenter und vergleichbarer zu machen“, unterstreicht DDG Präsident Prof. Fritzsche. Die unfertige Struktur des Portals berge jedoch die Gefahr, Nutzer*innen

»Unrealistische Zahlen«

eher abzuschrecken und damit dessen Glaubwürdigkeit nachhaltig zu schädigen. Die DDG fordert daher rasche Nachbesserungen im Interesse der Betroffenen.

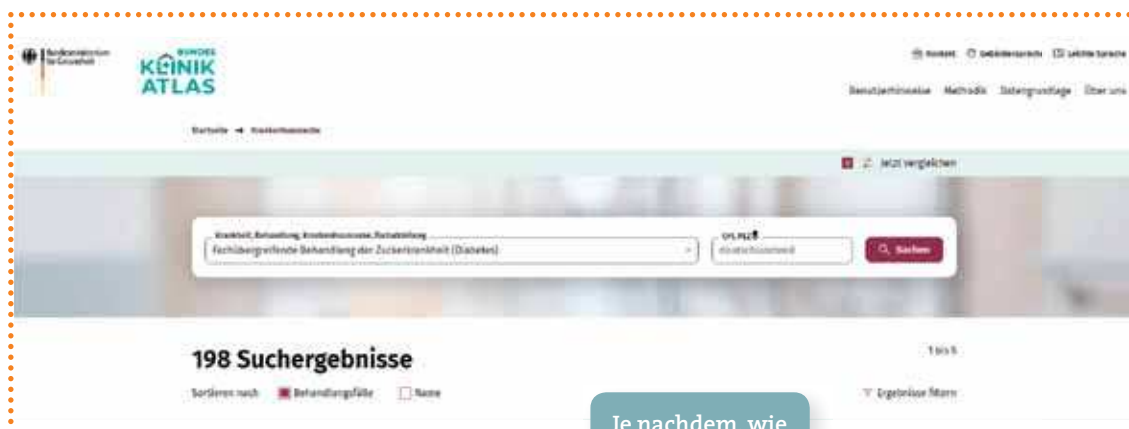
Auch die DKG berichtete von „ungezählten Meldungen aus Kliniken in allen Bundesländern, die falsche Angaben zu Ausstattungen, Notfallstufen und zu niedrig angegebenen Fallzahlen“ beklagten. Verwirrung gab es auch bei anderen Angaben, so die DKG: „Kliniken, die noch nie die Personalvorgaben unterschritten haben, werden im Atlas plötzlich mit einer roten Ampel dargestellt.“

Die Ad-hoc-Kommission Versorgungsstrukturen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) hielt den Atlas ebenfalls derzeit nicht für vertrauenswürdig. Sie forderte das BMG auf, die Webseite als Testversion auszuweisen. Vorläufige Daten und eine mangelnde Überprüfung der Datenqualität könnten Patient*innen fehlleiten und bei Kliniken zu Schäden führen. Das Redaktionsnetzwerk Deutschland hatte berichtet, die in der AWMF organisierten Fachgesellschaften hätten sogar verlangt, den Atlas vorerst vom Netz zu nehmen.

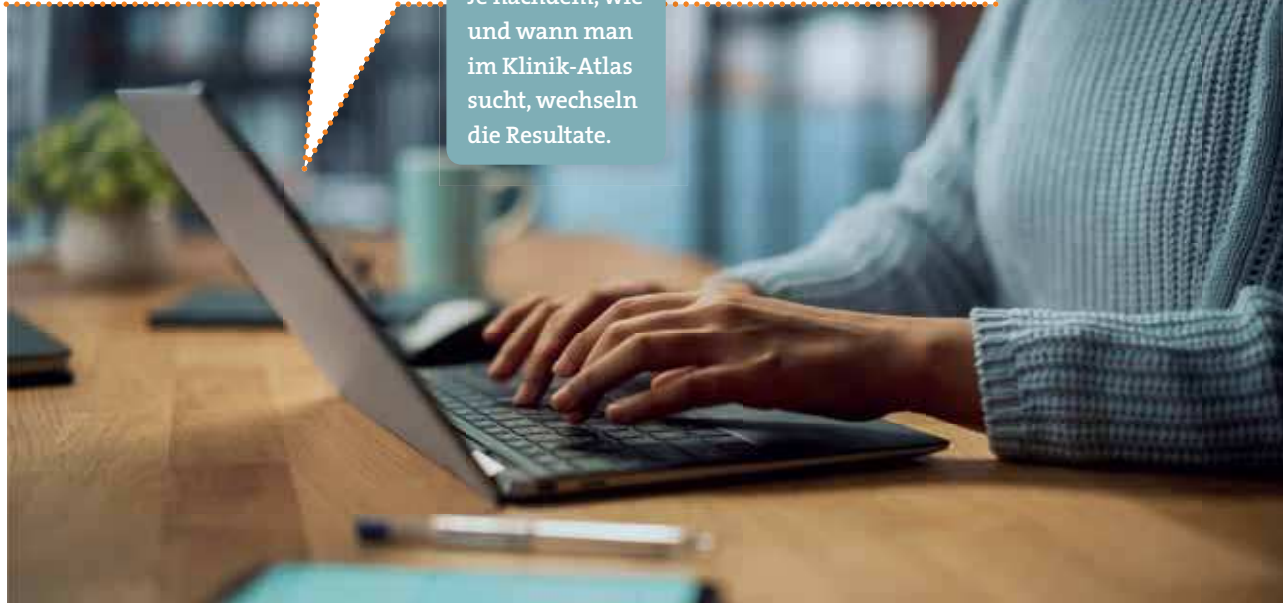
Der Staat muss sachlich und richtig informieren

Staatliches Informationshandeln unterliegt dem „Gebot von Richtigkeit“, kommentierte die Gesundheitsministerin von Schleswig-Holstein und Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz KERSTIN VON DER DECKEN (CDU) die vielseitig beklagten Fehler im Bundes-Atlas. Die Aussage, dass der Atlas ein lernendes System sei und die Kliniken Fehler selbst melden könnten, sei „verantwortungslos“, die Nutzer*innen vertrauten auf das, was sie sehen.

Michael Reischmann



Je nachdem, wie und wann man im Klinik-Atlas sucht, wechseln die Resultate.



Fotos: Gorodenkoff – stock.adobe.com, bundes-klinik-atlas.de

Schwerpunktpraxen sehen GVSG kritisch

Jahrespauschalen passen nicht zu einer Fallführung im engen Patientenkontakt

BERLIN. Im Schulterschluss mit der DDG und der KBV versucht der BVND Einfluss auf die Ausgestaltung des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) zu nehmen, um „Schäden abzuwenden“. Dass die versprochene Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung mehr Geld ins System bringt, mag man nicht glauben.

Abhängig von ihrer Struktur und der Qualität der regionalen DMP-Verträge generiere eine Schwerpunktpraxis in der Regel

60 % und mehr ihres Umsatzes aus der extrabudgetären Vergütung. Komme das Gesetz ohne Änderungen, könnten etwa 15 bis 20 % des Gesamtumsatzes ausbleiben, warnte der Vorsitzende des BVND, TORALF SCHWARZ, die Mitglieder schon anlässlich des GVSG-Referentenentwurfs. Seit dem 22.5. liegt der teilweise veränderte Kabinettsentwurf vor. Problematisch aus Sicht der Diabetologischen Schwerpunktpraxen (DSP) ist: Die bisherigen Quartalspauschalen für die Chronikerver-

sorgung sollen in Jahrespauschalen aufgehen. Außerdem sollen die Vorhaltpauschalen an bestimmte Kriterien geknüpft werden und gestaffelt zur Auszahlung kommen. „Ein Teil dieser Kriterien sind für typische Schwerpunktpraxen kaum umsetz-

»Bis zu 20 % weniger Umsatz?«

bar“, mahnt Schwarz. Die KBV habe in ihrer Stellungnahme den Vorschlag berücksichtigt, den Status als Schwerpunktpraxis als alternatives Kriterium aufzunehmen.

„Pauschalieren hilft nicht weiter, wenn man die Versorgung verbessern will“, gibt der BVND-Chef zu bedenken. Jahrespauschalen könnten bei Erkrankungen, wie einer kompensierten Hypothyreose sehr sinnvoll sein, nicht aber bei multimorbiden Patient*innen oder bei einem Menschen mit Typ-1-Dia-

betes. Hier bestehe die Fallführung im engen Patientenkontakt; häufige Praxisbesuche seien schon allein wegen der Laborkontrollen notwendig. Ohne wesentliche Korrekturen sei nicht nur die wirtschaftliche Existenz der DSP bedroht, sondern auch die Versorgung der schwer Erkrankten, warnt Schwarz. Politische Unterstützung sucht der BVND u.a. in den Ländern. Er appelliert an seine Mitglieder, wegen des GVSG bei Gesundheitsministerien und KVen zu intervenieren. REI

Im Dschungel der Gesundheitsgesetze

Mitgliederversammlung im Jubiläumsjahr – DDG betritt immer wieder neue Pfade

BERLIN. „Ich schwärme für die Diabetologie, weil sie so facettenreich ist“, sagt die DDG Geschäftsführerin Barbara Bitzer zum 60. Geburtstag der Fachgesellschaft. Es ist die Vielfalt des Fachgebiets, die begeistert, und die DDG politisch dauerhaft vor große Aufgaben stellt – von der Krankenhausreform über das Transparenzgesetz bis zum Kinderschutz in der Lebensmittelwerbung. Das zeigte die Mitgliederversammlung beim Diabetes Kongress.

Knapp 9.300 Mitglieder sind heute in der DDG engagiert. „Ihr Elan, Ihr Engagement und Ihre Arbeit“ seien seit mittlerweile 60 Jahren der Antrieb der Fachgesellschaft“, so der DDG Präsident Professor Dr. ANDREAS FRITSCHKE zu den Anwesenden.

Neue Ausbildungsformate, neue Fortbildungskurse

Die Fort- und Weiterbildungswelt der DDG Akademie ist hier ein wichtiger Baustein für eine verbesserte Versorgung – mit immer neuen Angeboten, etwa der Ausbildung zum Diabetescoach DDG; der Pilotkurs startet im Oktober (s. S. 23). Zudem hat die Akademie mit ihrer Diabetesedukation begonnen, einem flexiblen, modularen Weiterbildungsformat. Den neuen Bedarf an Adipositas-Spezialist*innen hat die Fachgesellschaft ebenfalls wahrgenommen. Durch die Einführung des DMP Adipositas im April hat das Thema nun weiteren Schub bekommen. Die Fortbildungskurse „Adiposilog*in DAG-DDG“ richten DDG und Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) gemeinsam aus. Die DDG förderte im zurückliegenden Jahr zudem 36 wissenschaftliche Projekte mit knapp 430.000 Euro. Die Fachgesellschaft baut auch auf die Vernetzung mit wichtigen Partnern wie DZD und diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe, VDBD und BVND sowie dem Diabetes-

informationsportal diainfo.de. Enge Kooperationen geht die DDG auch mit weiteren Fachgesellschaften wie DGE, DGK und DGIM ein. 15 Regionalgesellschaften, 21 Arbeitsgemeinschaften, 9 Kommissionen und 6 Ausschüsse sind kontinuierlich mit neuen Themen befasst, etwa mit zwei Leitlinien zum Typ-1-Diabetes, die aktualisiert wurden, mit dem digitalen DMP, der ePA „für alle“, der eDA der DDG, der Krankenhausreform u.v.m.

2023: 28 Stellungnahmen, 47 Pressemitteilungen

Dass die DDG aktiv in der gesundheitspolitischen Debatte mitmischte, zeigen die Zahlen aus 2023. Oft mit sehr kurzer Frist von manchmal nur wenigen Tagen wurden 28 Stellungnahmen und 47 Pressemitteilungen herausgegeben, zudem veranstaltete die Fachgesellschaft im zurückliegenden Jahr sechs Pressekonferenzen. Die DDG war überdies am Monitoring von Gesetzentwürfen, an politischen Initiativen und Strategien beteiligt und führte diverse Gespräche mit Politiker*innen über aktuelle Streitthemen, etwa beim Parlamentarischen Jahresempfang in Berlin. Diese Veranstaltung, an der auch Bundestagsabgeordnete teilnehmen, hält Prof. Fritschke für „sehr wichtig“. Daran ließe sich erkennen, dass Politiker*innen durchaus dazulernen könnten, „wenn man einen steten Tropfen tropfen lässt“. Die Durchsetzung politischer Interessen bleibe zäh, wie sich etwa beim Kinderschutz in der Lebensmittelwerbung gezeigt habe, führte er an. Eckpunkte und Vorschläge aus dem BMEL für den Gesetzentwurf liegen seit Februar 2023 auf dem Tisch der Koalition.

»DDG bleibt politisch unbeirrt dran«

Gemeinsam für die Diabetologie. Das bedeutet auch viel harte Arbeit.

Fotos: DDG/Deckbar, valadzionakvolha – stock.adobe.com

Erfolgreiche Arbeit gelingt nur im Team – unser Dank gilt den DDG Gremien und Regionalgesellschaften!



60 Jahre DDG. Prof. Dr. Andreas Fritschke geriet ins Schwärmen.



„Die FDP bremst aus und die SPD positioniert sich nicht eindeutig zum Kinderschutz und zum Koalitionsvertrag“, kritisierte er. Unterdessen mache die Industrie mit Kampagnen und Falschaussagen gegen das Vorhaben mobil.

Die DDG steckt momentan auch mitten im Dschungel der aktuellen Gesetzgebung. Allein mit 16 offenen Gesetzen im Politikbereich Gesundheit ohne konkreten Zeitplan war Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. KARL LAUTERBACH ins Jahr 2024 gestartet (das Krankenhaustransparenzgesetz wurde inzwischen verabschiedet). Dies bedeute einen „riesigen Abstimmungsprozess“, sagte der DDG Präsident. Auch fanden Treffen beim G-BA sowie in der Bundesärztekammer statt und die DDG gab gleich mehrere Positionspapiere heraus, etwa eine Stellungnahme zum BMG-Impulspapier „Früherkennung und Versorgung

von Herz-Kreislauf-Erkrankungen“ (siehe S. 6). Ein großes Thema bleibt weiterhin die Krankenhausreform, für die drei zentrale Forderungen formuliert wurden: die Sicherstellung strukturierter Diabetes-Erkennung und -Versorgung in allen Krankenhäusern, der Schutz vulnerabler Gruppen und die gesicherte Finanzierung von nachgewiesener Versorgungsqualität. „Menschen mit Diabetes dürfen durch die Reformen nicht unter die Räder kommen.“ Dies gelte auch für die Sicherstellung der Schwerpunktpaxen, die durch das neue

Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) gefährdet seien. Das Bundeskabinett hat das Gesetz, das den Hausarztberuf attraktiver machen soll, inzwischen beschlossen.

DDG: politisch dranbleiben beim Diabetes!

Wie viele Chancen seitens der Politik beim Diabetes immer wieder vertan werden, zeigt der Geschäftsbericht 2023. Auf dem Cover sind Ampel-Politiker*innen bei ihrer Klausurtagung zu sehen – die meisten jedoch von hinten. Kehren sie drängenden Fragen den Rücken? Das fragt sich die Fachgesellschaft zwar, treibt ihre Anliegen aber weiter unbeirrt voran (siehe Kritik am neuen „Klinik-Atlas“, S. 3). *Angela Monecke*

Drei neue Gesichter im Vorstand

Bei der DDG Mitgliederversammlung standen auch Wahlen auf der Agenda. Neu in den Vorstand gewählt wurden Professor Dr. BEATE KARGES vom Bethlehem Gesundheitszentrum Stolberg, ANTJE WEICHARD, Diabeteszentrum Magdeburg/Haldensleben und Professor Dr. BARBARA LUDWIG vom Universitätsklinikum Carl Gustav Carus in Dresden.

Mit viel Applaus haben die Vorstandschaft und alle anderen Teilnehmenden der Mitgliederversammlung die langjährigen und engagierten Vorstandsmitglieder Professor Dr. BAPTIST GALLWITZ – er bleibt weiterhin Pressesprecher der DDG –, Dr. DOROTHEA REICHERT aus Landau und Dr. KILIAN RITTIK aus Teltow verabschiedet.



Prof. Dr. Beate Karges
Bethlehem
Gesundheitszentrum
Stolberg

Foto: DDG/Dirk Deckbar



Antje Weichard
Diabeteszentrum
Magdeburg/
Haldensleben

Foto: DDG/Dirk Deckbar



Prof. Dr. Barbara Ludwig
Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus,
Dresden

Foto: TU Dresden

DDG Geschäftsbericht erschienen

Wer mehr über die DDG erfahren möchte, wird im Geschäftsbericht mit vielen interessanten Informationen versorgt: über die Entwicklung der Fachgesellschaft allgemein, über die gesundheitspolitischen Aktivitäten, neue Leitlinien, über die von der DDG angebotene Diabetesedukation ... Viele Bilder, die das Jahr Revue

passieren lassen, sind auch dabei, außerdem die Bilanz für alle, die an Zahlen interessiert sind. Der Geschäftsbericht lässt sich auf ddg.info herunterladen.




Diabetes Kongress 2024

Podcast-Folgen mit Kongresspräsident Professor Dr. BAPTIST GALLWITZ und der AG Nachwuchs; Videos mit Dr. SEBASTIAN PETRY, dem Sprecher der AG Diabetes, Umwelt & Klima, Professor Dr. LUTZ HEINEMANN, Experte für Diabetes-Technologie und Vorsitzender der DDG Kommission Labordiagnostik in der Diabetologie, und mit Prof. Gallwitz; Berichte aus Symposien und von der Pressekonferenz, Stimmen und Impressionen vom Kongress ... all das finden Sie auf medical-tribune.de.



Thomas-Fuchsberger-Preis: Vorschläge bis 15.08.

Am 17. Oktober wird bei der Diabetes-Charity-Gala zum 13. Mal der Thomas-Fuchsberger-Preis verliehen. diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe ruft dazu auf, für den Preis langjährig und vorwiegend ehrenamtlich engagierte vorzuschlagen; auch Influencer können den Preis bekommen. Der Preis ist dotiert mit 10.000 Euro, gestiftet von der MedTriX Group, die mit dem „Diabetes-Anker“ als Medienpartner und Platinsponsor die Diabetes-Charity-Gala unterstützt. Vorschläge können bis zum 15. August eingereicht werden, E-Mail: info@diabetesde.org.



Was müssen wir tun,
um die Adhärenz in
der Insulintherapie
zu verbessern?

DAS BASALINSULIN NEU ERFINDEN.



Jetzt mehr erfahren auf
novo-wissen.de/insulininnovation

Insulin:
schlauer denn je,
einfach wie nie.



»Herz-Gesetz«: Prävention ganzheitlich denken!

DDG fehlt Diabetes und Adipositas im Gesetzentwurf

BERLIN. Das geplante „Herz-Gesetz“ ist zu kurz gedacht. Darauf weist die DDG hin. Einen Gesetzentwurf zur Stärkung der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen will das BMG bis zur Sommerpause vorlegen. Zwar begrüßt die Fachgesellschaft die Initiative, ein „selektives Maßnahmenpaket“, das Volkskrankheiten wie Diabetes und Adipositas nicht berücksichtigt, reiche allerdings nicht aus.

Bevor das Herz erkrankt, trifft es oft erst andere Organe; Volkskrankheiten wie Diabetes mellitus und Adipositas könnten allerdings bereits Vorläufer von Herzerkrankungen sein, erklärt die DDG. Seit über 20 Jahren sei bekannt, dass Lebensstilfaktoren wie ungesunde Ernährung, wenig Bewegung, Rauchen und zu viel Alkohol schon für weitere Krankheitsbilder verantwortlich sind – vor allem für Typ-2-Diabetes und damit verbundene Erkrankungen wie Fettleber, obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom, chronische Nierenerkrankung (CKD) sowie neurodegenerative Erkrankungen –, bevor sie kardiovaskuläre Erkrankungen auslösen, erklärt DDG Präsident Professor Dr. ANDREAS FRITSCHKE.

BMG soll nicht nur aufs Herz schauen

Diabetes mellitus gelte als Treiber von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, wie aktuelle Forschungsergebnisse zeigten. So sterben bis zu drei Viertel der Menschen mit Diabetes an Herzinfarkten und Schlaganfällen. Ein zwei- bis vierfach erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen – bei Frauen ist das Risiko sogar um das Sechsfache höher – bringen Menschen mit Typ-1- oder Typ-2-Diabetes mit. Dass das BMG „Volkskrankheiten als ein Zusammenspiel versteht und die geplanten Präventionsmaßnahmen nicht isoliert auf das Herz bezieht“, wünscht sich auch BARBARA BITZER, Geschäftsführerin der DDG und Sprecherin der Deutschen Allianz Nichtübertragbarer Krankheiten (DANK). Für das geplante Präventionsgesetz gegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen hatte das BMG bereits im Oktober 2023 in einem Impulspapier vier Handlungsfelder



Hohe Zuckerwerte schaden oft dem Herzen. Volkskrankheiten sollte man deshalb im Zusammenspiel sehen, raten Fachleute.

Foto: KaterynaNovikova – stockadobe.com

definiert (wir berichteten; siehe auch die Stellungnahme der DDG): die Früherkennung bei Kindern und Jugendlichen sowie bei Erwachsenen verbessern, die Disease-Management-Programme (DMP) erweitern und den Nikotinkonsum reduzieren. „Diese Punkte können wir so unterschreiben und begrüßen es ausdrücklich, dass Gesundheitsprävention wieder auf die politische Agenda gesetzt wird“, so Professor Dr. BAPTIST GALLWITZ, Mediensprecher der DDG.

Prävention muss in Kita und Schulen starten

Keine chronische Erkrankung könne allerdings nur für sich stehen, so Barbara Bitzer. Schon für die Nationale Diabetesstrategie (NDS) – deren Start hatte der Bundestag im Juli 2020 beschlossen – seien seinerzeit deshalb ganzheitliche Präventionsmaßnahmen gefordert worden, die auch anderen Volkskrankheiten vorbeugen, vor allem die Förderung von täglichen Bewegungszielen in Kitas und Schulen, die Einführung einer Zucker- und Fettsteuer sowie verbindlicher Qualitätsstandards für

die Verpflegung in Kitas und Schulen und mehr Kinderschutz in der Lebensmittelwerbung.

In einem Gesamtkonzept, das auf die größten Volkskrankheiten wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfall, Bluthochdruck und Adipositas fokussiert, könnten hingegen Ressourcen gebündelt, sinnvoll eingesetzt und die Prävention so wirksamer umgesetzt werden. Denn eine ganzheitliche Präventionsstrategie sei nur mit einem umfassenden „Health in all Policies“-Ansatz möglich, um das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen zu reduzieren und die NDS konsequent fortführen zu können, heißt es seitens der DDG.

Einen solch übergreifenden Ansatz forderten auch WHO und DANK. Doch weder in dem vorgelegten Impulspapier noch in der aktuellen Kommunikation des BMG finde sich dieser wieder, kritisiert die DDG-Geschäftsführerin

Diabetesstrategie in der Schublade

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft appelliert daher an die Politik, längst fällige Schritte der Nationalen Diabetesstrategie endlich anzugehen. „Seit der Verabschiedung im Sommer 2020 schlummert die NDS in der Schublade der vergessenen Vorhaben und wartet auf eine Überführung in einen nationalen Rahmenplan“, so Prof. Gallwitz. Dass das BMG jetzt mit einem neuen Präventionsgesetz „um die Ecke“ komme, „nicht aber bereits gestartete Vorhaben“ konkretisiere, sei „unverständlich“. Die Fachgesellschaft hofft, dass das BMG „geeignete Strukturen und die Finanzierung“ schaffe, um gegen die steigende Zahl an Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorzugehen.

Angela Monecke

Stellungnahme zum Impulspapier ddg.info



Strategiepapier Primärversorgung dank-allianz.de



Diabetes in Europa: DDG für Prävention ohne Grenzen!

Mit Blick auf die Europawahlen im Juni weist die DDG erneut auf die Diabetes-Epidemie in der EU hin: Fast 32 Millionen Menschen mit Diabetes leben in den 27 EU-Mitgliedstaaten. Bis 2030 wird die Zahl voraussichtlich die 33-Millionen-Marke überschreiten – und damit werden die derzeit jährlich schon fast 700.000 Todesfälle aufgrund von Diabetes oder seiner Folgeerkrankungen weiter ansteigen.

Noch mehr in Präventionsmaßnahmen gegen Volkskrankheiten wie Diabetes müsse daher investiert werden. Eine „umgesetzte Nationale Diabetesstrategie“ könnte hier „ein gutes Vorbild für eine europäische Diabetesstrategie sein“, so Prof. Dr. Baptist Gallwitz. Deren „verhältnis- wie verhaltenspräventiven Ansätze“ würden „Synergien mit einem nachweislich guten Effekt“ schaffen.

DDG
macht
Politik

DDG im Austausch mit Prof. Hecken vom Gemeinsamen Bundesausschuss

Mitte Mai hatten das Präsidium der DDG sowie Professor Dr. DIRK MÜLLER-WIELAND und Professor Dr. BAPTIST GALLWITZ von der Kommission Gesundheitspolitische Fragen der DDG mit dem G-BA-Vorsitzenden Professor JOSEF HECKEN und zwei seiner Mitarbeitenden ein sehr konstruktives Gespräch beim Gemeinsamen Bun-

desausschuss im Rahmen der jährlichen Gesprächstermine. Hierbei ging es um Fragen der Arzneimittelnutzenbewertung und deren Weiterentwicklung im Rahmen des EU-Health-Technology-Assessments sowie um Fragen der Entwicklung der stationären und ambulanten Diabetesversorgung.



Foto: Svea Prietschmann/G-BA

Diabetes-Faktenblatt für die Arbeit der Mitglieder in den Regionen

Mitte Mai fand mit den Regionalgesellschaften und zertifizierten Kliniken ein Treffen statt. Die DDG erarbeitete daraufhin ein Mailing. Dieses enthält ein Factsheet Diabetes mit Kasuistiken und Kodierbeispielen für die Mitglieder.

Das kann vor Ort genutzt werden, um an die regionalen Gesundheitskonferenzen heranzutreten und Probleme der regionalen Versorgungsgefährdung direkt zu adressieren sowie mit Daten zu unterfüttern.

Selbsthilfe schreibt Prof. Lauterbach: GVSG bringt diabetologische Versorgung in Gefahr

diabetesDE und der Landesverband NRW der DDH-M sorgen sich aufgrund des Entwurfs des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) um die Betreuung von multimorbiden Menschen mit Diabetes. Sie haben deswegen den Bundesgesundheitsminister ange-

schrieben. Die Verbände befürchten, dass eine hausärztliche Jahrespauschale pro Patient*in bei gleichzeitigem Wegfall der Chroniker-/Quartalspauschalen dazu führt, dass DSP künftig Menschen mit Diabetes nicht mehr engmaschig betreuen können, wenn die Beratungsintensität nicht mehr bezahlt wird (s. Einschätzung des BVND, S. 3). Wenn aber eine Therapie nur einmal im Jahr auf den Prüfstand komme, weil ein persönlicher Patientenkontakt öfter nicht als erforderlich angesehen werde, dauere es deutlich länger, bis wissenschaftlicher Fortschritt bei den Menschen mit Diabetes ankomme. Zudem steige die Gefahr, dass Nebenwirkungen unentdeckt bleiben.

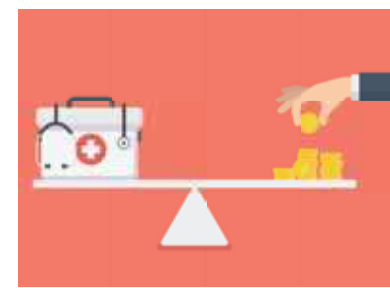


Foto: doyata – stock.adobe.com

Diabetes Kongress 2024: Preisträger*innen

- Hellmut-Otto-Medaille: **Professor Dr. Stefan Bornstein**, Dresden
- Ehrenmedaille: **Ulrike Thurm**, Berlin
- Ehrennadel in Gold: **Prof. Dr. Peter Hürter**, Springe
- Ehrenmitgliedschaft: **Prof. Dr. Klaus-Dieter Palitzsch**, München
- Paul-Langerhans-Medaille: **Prof. Dr. Anette-Gabriele Ziegler**, München
- Young Investigator Award: **Prof. Dr. Thomas Ebert**, Leipzig
- Werner-Creutzfeldt-Preis: **Prof. Robert Wagner**, Düsseldorf
- Silvia-King-Preis: **Dr. Martin Schön**, Düsseldorf
- Paul-Kimmelstiel-Projektpreis der AG Niere: **Ahmed Elwakiel**, Leipzig
- Friedrich-Arnold-Gries-Preis: **Prof. Dr. Martin Heni**, Ulm
- Ernst-Friedrich-Pfeiffer-Preis: **Dr. Joachim Rosenbauer**, Düsseldorf
- Adam-Heller-Projektförderung: **PD Dr. Friederike Weschenfelder**, Jena
- Hans-Christian-Hagedorn-Projektförderung: **Dr. Zoltán Kender**, Heidelberg
- Hellmut-Mehner-Projektförderung: **Dr. Thilo Speckmann**, Nuthetal
- Promotionspreise: **Dr. Kilian Rüther**, Berlin, **Dr. Julia Hummel**, Ulm, **Dr. Nathalie Rohmann**, Kiel

Eine ausführliche Vorstellung der Preisträger*innen folgt in Ausgabe 7/8.

DIABETES
KONGRESS
2024 DDG

Wie Puzzleteile, die ineinander greifen

DDG und Landesärztekammer Thüringen verzahnen ihr Angebot in der Weiterbildung

BERLIN. Die Deutsche Diabetes Gesellschaft und die Landesärztekammer Thüringen sind Anbieter der Weiterbildungen zur Diabetesassistent*in DDG bzw. zur „Assistenz in der Diabetologie“ – und sind nun Weiterbildungspartner geworden. Die Kollaboration mit der LÄK Thüringen könnte zum Modell für die Zusammenarbeit mit den anderen Landesärztekammern werden.

Schon lange bietet die DDG die Weiterbildung zur Diabetesassistent*in DDG an und hat die Weiterbildungsinhalte gerade um wichtige Themen zum Typ-1-Diabetes und zum Gestationsdiabetes erweitert. Die Landesärztekammer (LÄK) Thüringen bietet wiederum das Weiterbildungscurriculum „Assistenz in der Diabetologie“ an, das von der Bundesärztekammer für alle Ärztekammern zertifiziert ist und den Typ-2-Diabetes in den Mittelpunkt rückt. Da sich in diesem Bereich die Weiterbildungen decken, werden DDG und LÄK Thüringen zu Weiterbildungspartnern: Ab sofort bildet die DDG „Assistentinnen und Assistenten in der Diabetologie LÄK Thüringen“ gemeinsam mit „Diabetesassistent*innen DDG“ aus. Dieser Zusammenschluss bringt mehr Diabetes-Expertise in Kliniken und Praxen.

Pflegepersonal und Menschen mit Diabetes profitieren

„Wir freuen uns sehr über diese neue Kooperation. Damit erweitern wir das Spektrum an Weiterbildungsangeboten für Diabetesassistentinnen und -assistenten deutlich“, begrüßt Professor Dr. DIRK MÜLLER-WIELAND, Vorsitzender des Ausschusses „Qualitätssicherung, Schulung & Weiterbildung“ (QSW) der DDG. „Von der Synergie, die aus der Zusammenarbeit unserer Fachgesellschaft und der Landesärztekammer entsteht, profitieren neben dem Fachpflegepersonal natürlich auch die Patientinnen und Patienten, die flächendeckender professionell betreut werden können.“ Die DDG hofft, dass die Kollaboration mit der LÄK Thüringen eine Blaupause für die Zusammenarbeit mit den anderen Landesärztekammern werden kann.

Neues Modell soll Schule machen

Die Verzahnung der Weiterbildungsangebote von LÄK Thüringen und DDG führt dazu, dass Kurs teilnehmende der Weiterbildungsstätte Thüringen auf einen Schlag zwei Qualifizierungen erwerben können: den berufsrechtlich anerkannten Abschluss der Assistenz in der Diabetologie LÄK und darauf aufbauend den Abschluss Diabetesassistent*in DDG. „Die Kooperation ist ein Doppelerfolg für das medizinische Pflegepersonal, da sie ihre berufliche Expertise maßgeblich bereichert“, wie PD Dr. RAINER LUNDERSHAUSEN als Vorsitzender der Thüringer Gesellschaft für Diabetes und Stoffwechselerkrankungen betont. „In Zeiten

von Fachkräftemangel müssen wir Fort- und Weiterbildungsangebote attraktiver und effizienter machen, um eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung sicherzustellen. Wir hoffen daher, dass dieses neue Modell in weiteren Bundesländern Schule macht“, ergänzt Professor Dr. REINHARD FÜNFSTÜCK, Vorsitzender der Projektgruppe Diabetologie der LÄK Thüringen. Die Weiterbildung zur Diabetesassistentin umfasst ein breites Spek-

trum an diabetologischen Themen. Innerhalb von vier Wochen erhalten die Weiterzubildenden eine fundierte Übersicht über Epidemiologie, Diagnostik, Behandlung, Schulung, Notfallmanagement und Recht. Sie lernen, wie sie Menschen

bei der Bewältigung ihres Diabetes und der Vermeidung von Folgeerkrankungen unterstützen können, und erfahren, wie sie das Empowerment sowie Selbstmanagement der Betroffenen fördern können.

DDG/dz

Informationen und Anmeldung über

www.ddg.info/qualifizierung-diabetesassistentin-ddg/-diabetesassistent-1

Die Kurstermine finden Sie auch auf den Seiten 32/33.



LÄK Thüringen und DDG kooperieren in der Weiterbildung.

Foto: Trueffelpix – stock.adobe.com

FÜR IHRE PATIENT:INNEN MIT TYP-2-DIABETES GEHT'S HOCH HINAUS

DANK ÜBERRAGENDER ERGEBNISSE.

1 x wöchentlich

Tirzepatid

Jetzt Verfügbar:
Der Mounjaro® KwikPen®

Auch zur Behandlung von Adipositas zugelassen.¹

Ein einzelnes Molekül, das sowohl

GIP- als auch GLP-1-

Überlegene HbA_{1c}-Reduktion¹

Überlegene Gewichtsreduktion^{1,b}

Bis zu -2,5%

HbA_{1c}-Reduktion mit Mounjaro® 15 mg nach 40 Wochen^{1,a}

Bis zu -13%

Gewichtsreduktion mit Mounjaro® 15 mg nach 40 Wochen^{2,c}

Jetzt mit Mounjaro® starten.

Mehr Informationen zur Dosierung und Anwendung.

Mounjaro® (Tirzepatid) ist angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen mit unzureichend eingestelltem Typ-2-Diabetes als Ergänzung zu Diät und Bewegung als Monotherapie, wenn die Einnahme von Metformin wegen Unverträglichkeiten oder Kontraindikationen nicht angezeigt ist, zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Diabetes mellitus sowie als Ergänzung zu einer kalorienreduzierten Diät und erhöhter körperlicher Aktivität zum Gewichtsmanagement, einschließlich Gewichtsabnahme und Gewichtserhaltung, bei Erwachsenen mit einem Ausgangs-BMI von $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (Adipositas) oder $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ bis $< 30 \text{ kg/m}^2$ (Übergewicht) bei Vorliegen mindestens einer gewichtsbedingten Begleiterkrankung.

a) Bezogen auf den Ausgangswert.¹ Mittlere HbA_{1c}-Reduktion im Vergleich zum Ausgangswert. **b)** Die Veränderung des Körpergewichts war ein sekundärer Endpunkt in den SURPASS-Studien.¹ **c)** Bezogen auf den Ausgangswert.² Mittlere Gewichtsreduktion im Vergleich zum Ausgangswert.²

1. Fachinformation Mounjaro® (aktueller Stand). 2. Frias JP, et al. N Engl J Med. 2021 Aug 5; 385(6): 503–515.

Bezeichnung der/s Arzneimittel/s: Mounjaro® 2,5 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro® 5 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro® 7,5 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro® 10 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro® 12,5 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro® 15 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro® 2,5 mg/Dosis KwikPen® Injektionslösung in einem Fertigpen, Mounjaro® 5 mg/Dosis KwikPen® Injektionslösung in einem Fertigpen, Mounjaro® 7,5 mg/Dosis KwikPen® Injektionslösung in einem Fertigpen, Mounjaro® 10 mg/Dosis KwikPen® Injektionslösung in einem Fertigpen, Mounjaro® 12,5 mg/Dosis KwikPen® Injektionslösung in einem Fertigpen, Mounjaro® 15 mg/Dosis KwikPen® Injektionslösung in einem Fertigpen. **Zusammensetzung:** Durchstechflasche, Einzeldosierung; **arzneilich wirksamer Bestandteil:** Jede Durchstechflasche enthält 2,5 mg (5 mg/ml), 5 mg (10 mg/ml), 7,5 mg (15 mg/ml), 10 mg (20 mg/ml), 12,5 mg (25 mg/ml) oder 15 mg (30 mg/ml) Tirzepatid in 0,5 ml Lösung; **sonstige Bestandteile:** Dinatriumhydrogenphosphat 7 H₂O (E339), Natriumchlorid, Konzentrierte Salzsäure (zur pH-Wert-Einstellung), Natriumhydroxid (zur pH-Wert-Einstellung), Wasser für Injektionszwecke, Fertigpen (KwikPen®), Mehrfachdosis; **arzneilich wirksamer Bestandteil:** Jede Dosis enthält 2,5 mg, 5 mg, 7,5 mg, 10 mg, 12,5 mg oder 15 mg Tirzepatid in 0,6 ml Lösung. Jeder Mehrfachdosis-Fertipen enthält 10 mg (4,17 mg/ml), 20 mg (8,33 mg/ml), 30 mg (12,5 mg/ml), 40 mg (16,7 mg/ml), 50 mg (20,8 mg/ml) oder 60 mg (25 mg/ml) Tirzepatid in 2,4 ml. Jeder Pen gibt 4 Dosen zu je 2,5 mg, 5 mg, 7,5 mg, 10 mg, 12,5 mg oder 15 mg ab; **sonstige Bestandteile:** Dinatriumhydrogenphosphat 7 H₂O (E339), Benzylalkohol (E1519), Glycerin, Phenol, Natriumchlorid, Salzsäure 36% (zur pH-Wert-Einstellung), Natriumhydroxid (zur pH-Wert-Einstellung), Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Typ-2-Diabetes mellitus: Mounjaro ist angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen mit unzureichend eingestelltem Typ-2-Diabetes mellitus 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. Studienergebnisse hinsichtlich Kombinationen, Auswirkungen auf die glykämische Kontrolle, sowie auf die untersuchten Populationen, sind in den Abschnitten 4.4, 4.5 und 5.1 der Fachinformation zu finden. **Gewichtsmanagement:** Mounjaro ist angezeigt als Ergänzung zu einer kalorienreduzierten Diät und erhöhter körperlicher Aktivität zum Gewichtsmanagement, einschließlich Gewichtsabnahme und Gewichtserhaltung, bei Erwachsenen mit einem Ausgangs-Body-Mass-Index (BMI) von $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (Adipositas) oder $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ bis $< 30 \text{ kg/m}^2$ (Übergewicht) bei Vorliegen mindestens einer gewichtsbedingten Begleiterkrankung (z. B. Hypertonie, Dyslipidämie, obstruktive Schlafapnoe, Herz-Kreislauf-Erkrankung, Prädiabetes oder Typ-2-Diabetes mellitus). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder gegen einen der genannten sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Hypoglykämie³ bei Anwendung mit Sulfonharnstoff- oder Insulin; Übelkeit, Diarrhoe. *Häufig:* Überempfindlichkeitsreaktionen; Hypoglykämie³ bei Anwendung mit Metformin und SGLT2-Inhibitoren, verminderter Appetit³; Schwindel³, Hypotonie³, Bauchschmerzen, Erbrechen, Dyspepsie, Verstopfung, Blähungen, Aufstoßen, Flatulenz, gastroösophageale Refluxkrankheit, Harcausfall³, Fatigue (umfasst die Begriffe Müdigkeit, Asthenie, Unwohlsein und Lethargie), Reaktionen an der Injektionsstelle; erhöhte Herzfrequenz, erhöhte Lipase- und Amylasewerte. *Gelegentlich:* Hypoglykämie³ bei Anwendung mit Metformin, Gewichtsverlust³; Cholelithiasis, Cholezystitis, akute Pankreatitis, Schmerzen an der Injektionsstelle; erhöhter Calcitonin-Wert. *Selten:* Anaphylaktische Reaktion³, Angioödem³. ³ Klinisch signifikante Hypoglykämien (Blutzucker $< 3,0 \text{ mmol/l}$ ($< 54 \text{ mg/dl}$)) oder schwere Hypoglykämien (die Hilfe einer anderen Person erfordern); ¹ Nebenwirkung, die nur auf Patienten mit Typ-2-Diabetes mellitus (T2DM) zutrifft; ² Nebenwirkung, die hauptsächlich auf Patienten mit Übergewicht oder Adipositas mit oder ohne T2DM zutrifft. ³ Über Berichte nach Markteinführung. **Warnhinweise:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren, weitere Warnhinweise siehe Fachinformation. **Verschreibungspflichtig.** **Zulassungsinhaber:** Eli Lilly Nederland B.V., Poppendorpsweg 83, 3528 BJ Utrecht, Niederlande; **Ansprechpartner in Deutschland:** Lilly Deutschland GmbH, Werner-Reimers-Str. 2-4, D-61352 Bad Homburg. **Stand der Information:** April 2024

PP-TR-DE-1236 April 2024





Das war der Diabetes Kongress 2024 in Zahlen

- **58. Jahrestagung** der Deutschen Diabetes Gesellschaft
- Über **6.500 Teilnehmende** vor Ort und online, rund **70 Symposien** und **26 Workshops**
- Mehr als **120 Reisestipendiat*innen**, über 20 Veranstaltungen speziell für den Nachwuchs
- Über **160 Poster**
- **Über 400 Teilnehmende** beim Diabetes-Lauf



Herzlich Willkommen:
Prof. Dr. Annette Schürmann
und Univ.-Prof. Dr. Jochen Seufert
begrüßen den diabetologischen
Nachwuchs.

Gespannt auf den Kongress: die mehr als
100 Reisestipendiat*innen des Diabetes Kongresses 2024.



Keynote-Speaker Janis McDavid
begeisterte bei der
Eröffnungsveranstaltung.



Prof. Dr. Giles Yeo (ganz links) aus Cambridge hat die
Einladung zum Diabetes Kongress gerne angenommen.

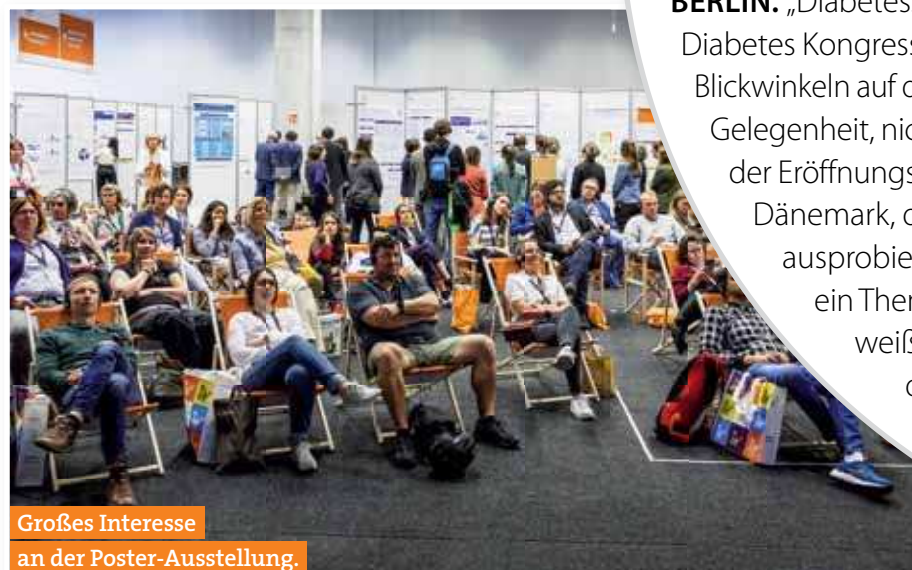
Kongress Perspe

So vielfältig war der 5

BERLIN. „Diabetes. Umwelt. Leben. Perspektiven“ – Der Diabetes Kongress uneingeschränkt. Neue Perspektiven, neue Blickwinkel auf den Diabetes zu schauen – dazu eine tolle Gelegenheit, nicht zuletzt durch Giles Yeo und die Beiträge der Eröffnungsveranstaltung, und die Beiträge von Dänemark, das Gastland des Diabetes Kongresses, ausprobiert, z.B. die „Battle of Experts“, bei der ein Thema in Übersichtsvorträgen mehrmals „auf den Kopf gestellt“ als bei klassischen Pro- und Kontrastvorträgen. Und ganz ungewohnt war die Mischung von Teilnehmenden am Diabetes Kongress: Die DDG Night im sportlichen Rahmen...



Amtsübergabe beim VDBD: Kathrin Boehm (2. v.l.) wurde zur neuen
VDBD-Vorsitzenden gewählt. Dr. Nicola Haller wurde verabschiedet.



Großes Interesse
an der Poster-Ausstellung.



Mitmachen, damit sich was bewegt:
Warm-up zum Diabetes-Lauf 2024
mit Musik und viel guter Laune.



DDG Mediensprecher
Prof. Dr. Baptist
Gallwitz (oben, Mitte)
und Vizepräsidentin
Prof. Dr. Julia Szendrödi
(unten, links) informieren
bei der Kongress-
Pressekonferenz.



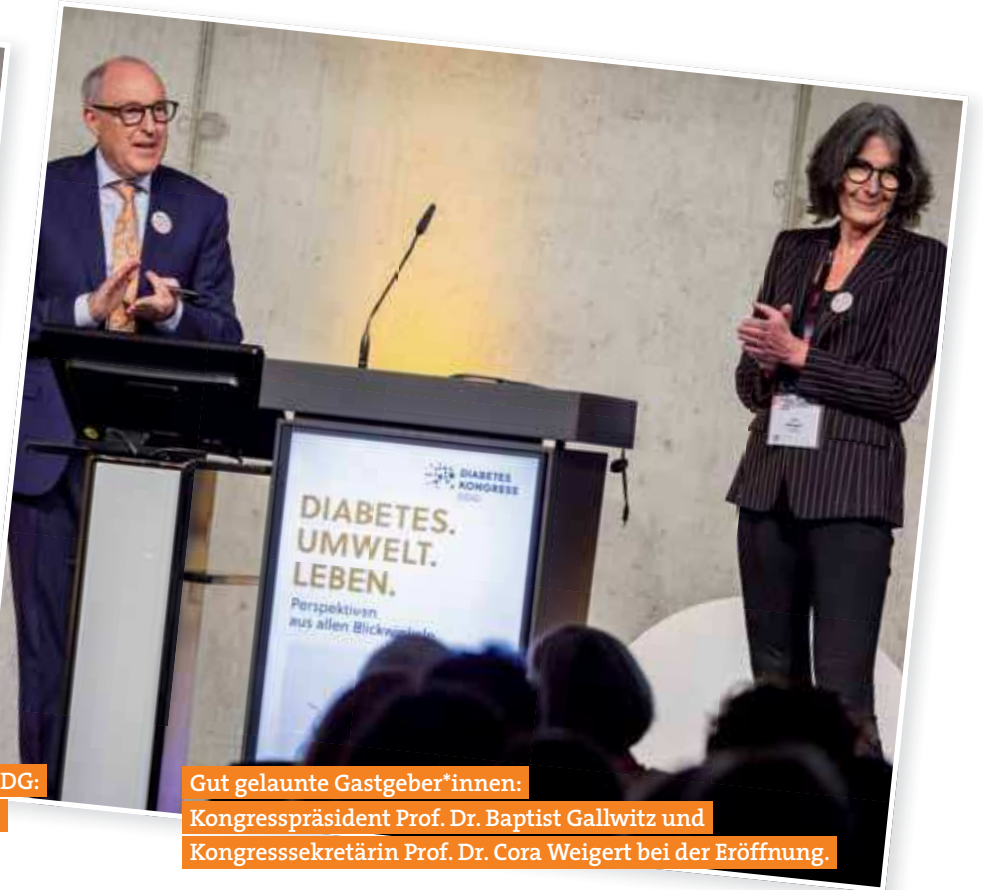
60 Jahre DDG: Zur DDG Vorstandssitzung gab's eine Torte von der Messe Berlin.



20 Jahre zertifizierte Fußbehandlungseinrichtungen DDG: Dr. Joachim Kersken wird für sein jahrelanges Engagement geehrt.



Gut gelaunte Gastgeber*innen: Kongresspräsident Prof. Dr. Baptist Gallwitz und Kongresssekretärin Prof. Dr. Cora Weigert bei der Eröffnung.



DIABETES KONGRESS 2024 DDG eröffnet

58. Diabetes Kongress

„aus allen Blickwinkeln“: Diesem Motto folgte der Kongress mit der Zielsetzung, neue Perspektiven zu entdecken, aus bisher unbekanntem Blickwinkel. Es gab es während der vier Kongresstage reichlich zu entdecken. Prof. Dr. Janis McDavid, die Keynote-Speaker während der vier Tage von Forscher*innen aus dem Nachbarland Österreich war. Auch neue Formate wurden erprobt. Bei der unterschiedlichen Sichtweisen auf Diabetes wurde bei der unterschiedlichen Sichtweisen auf Diabetes mehrdimensional und weniger „schwarz-weiß“ beleuchtet. Kontra-Sitzungen beleuchtet wurden auch der Anblick des Diabetes-Lauf und an der Eröffnung bzw. festlichen Dress ...



Prof. Dr. Martin Heni, Kongresspräsident 2025, wurde mit dem Friedrich-Arnold-Gries-Preis der DDG ausgezeichnet.



PD Dr. Kilian Rittig war beim Start-up-Village im Einsatz.



Die neuen Zertifizierungsmodule der DDG waren (fast) überall präsent.



Gern gesehener Gast beim Diabetes Kongress: MdB Dietrich Monstadt, CDU-Bundestagsfraktion.



Glückliche Gewinnerin eines der zwei orangefarbenen Fahrräder, die am DDG Stand verlost wurden.



Nicole Mattig-Fabian (Mitte), Geschäftsführerin von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe, gratulierte der DDG zum 60. Geburtstag.



Tanzen, bitte! Die Sugar Doctors brachten bei der DDG Night die Tanzfläche zum Beben.

Präzise Diabetestherapie

Für aktuelle klinische Studien im DZD werden Teilnehmende gesucht



NEUHERBERG. Das Deutsche Zentrum für Diabetesforschung (DZD) führt große Multicenterstudien für die Entwicklung von präzisen Präventions- und Therapiemaßnahmen für Prädiabetes, Typ-2- und Gestationsdiabetes durch. An den zehn Studienzentren wirken bereits mehr als 5.000 Teilnehmende mit. Dank der Studien hat das DZD Subtypen für Prädiabetes und Diabetes definiert und klinisch charakterisiert. Diese Ergebnisse sind eine wichtige Basis für Precision Medicine in der Diabetologie, also die passende Behandlung für die jeweilige Patientengruppe zur richtigen Zeit. Vorgestellt werden Aktivitäten in der klinischen Forschung im DZD und eine Auswahl aktueller Studien.

Die rasche Translation von Forschungsergebnissen in die medizinische Praxis ist oberstes Ziel der Forschungsaktivitäten im DZD. Die klinische Forschung spielt im DZD hierfür eine zentrale Rolle.

Precision Medicine – Subtypen des Prädiabetes und Diabetes

Unter anderem zeigen klinische Studien des DZD, dass die Diabeteserkrankung, aber auch bereits Prädiabetes, sehr heterogen ist. Die einzelnen Subtypen haben spezifische Risiken für den weiteren Krankheitsverlauf und die Entwicklung von Komorbiditäten und Komplikationen. In aktuellen Studien charakterisieren Forschende des DZD die Subtypen mit modernen Technologien noch detaillierter (z.B. Charakterisierung

der Proteinzusammensetzung von individuellen Blutproben mit Hilfe von Proteomics). Und sie erarbeiten gezielte Präventions- und Therapiemaßnahmen, die sowohl auf dem gezielten Einsatz von Medikamenten als auch von Lebensstilmaßnahmen wie Intervallfasten beruhen können.

Multicenterstudien –

rascher zu validieren Ergebnissen
Das DZD untersucht Ergebnisse aus den Forschungslaboren, aber auch Beobachtungen aus dem medizinischen Alltag in großen Multicenterstudien. Aufgrund hoher Teilnehmerzahlen ergibt sich ein umfassenderes Bild von Erkrankungen und Krankheitsverläufen oder von Effekten bestimmter Therapien mit größerer statistischer Wahrschein-

lichkeit. Mehrere Standorte erlauben zudem regionale Unterschiede, z.B. bedingt durch Umwelteinflüsse, zu identifizieren. Bis zu zehn Studienzentren des DZD wirken deutschlandweit an diesen klinischen Studien mit. Das DZD kann so eine größere Zahl Teilnehmende schneller einschließen und Interessierte haben eine kürzere Anreise.

Hohe Qualitätsstandards – aussagekräftige Ergebnisse

Das DZD hat viele Maßnahmen des Qualitätsmanagements für seine klinischen Studien etabliert, um standardisierte, valide und aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten. Standard Operating Procedures (SOPs) stellen sicher, dass alle Studienzentren standardisiert arbeiten und regulatorische Anforderungen sowie ethische Grundsätze einhalten.

Der DZD-Basisdatensatz legt Standards zur harmonisierten Erfassung und Speicherung von metabolisch relevanten Daten in der klinischen Diabetesforschung fest. Die Berücksichtigung internationaler Daten- und Terminologiestandards ermöglicht es Forschenden, Ergebnisse unterschiedlicher klinischer Studien leichter zu vergleichen. Er enthält 146 Parameter (wichtige Informationen zu den Teilnehmenden (z.B. die medizinische Vorgeschichte und

Unterstützung translationaler Forschung durch das DZD

- **Klinische Studien:** DZD Klinische Studienplattform – zentrales Studien- und Datenmanagement der klinischen Studien des DZD
- **Kohorten:** Große Bevölkerungsstudien (Kohortenstudien) liefern Erkenntnisse zum Einfluss von Genen, Umwelt und Lebensstil. KORA- und EPIC-Kohorten: Epidemiologische Kohortenstudien dienen als Basis für Daten und Proben zu Diabetes. Die DZD Prädiabeteskohorte umfasst 8.106 Teilnehmende zur Entwicklung personalisierter Präventionsstrategien für Typ-2-Diabetes. Die bisherige Datenanalyse ergab, dass Diabetes in der Familie das Risiko für Prädiabetes um 40 % erhöhen kann.
- **High-Throughput-Screening-Plattform**
- **GMP-Facility:** Labore entsprechend dem Standard GMP (Good Manufacturing Practice) ermöglichen die Vorbereitung von Zellen und Gewebe für die klinische Anwendung wie z.B. Transplantation.

Diagnosen, Krankheitsverlauf und -symptome) und zahlreiche Laborparameter). Dieser gut strukturierte Basisdatensatz für Diabetes trägt dazu bei, spätere Datenanalysen zu vereinfachen und zu beschleunigen. Der DZD-Basisdatensatz ist auf dem Portal für medizinische Datenmodelle veröffentlicht und kann von allen Forschenden als Vorlage für klinische Studien benutzt werden (www.medical-data-models.org) Bioproben haben sich zunehmend auch dank der rasanten Entwicklung von neuen Technologien als besonders wertvolle Forschungsressourcen etabliert. Auch bei Bioprobenbanken sind hohe Qualitätsstandards für den Erfolg maßgeblich. In der DZD Biobank sammelt das DZD im Zu-

sammenhang mit den klinischen Studien Bioproben. Standardisierte Prozesse, ein zentrales Probenlager und ein professionelles Datenmanagement tragen zum Erfolg dieser wichtigen Infrastruktur bei.

Mitmachen lohnt sich!

Das DZD sucht laufend neue Teilnehmende für klinische Studien im Bereich Prädiabetes, Diabetes und Gestationsdiabetes. Sie profitieren von kostenlosen Untersuchungen basierend auf modernen Technologien und einer umfangreichen Beratung zur Diabeteserkrankung.

Weitere Informationen auf www.dzd-ev.de/forschung



Sich über Studien informieren – an Studien teilnehmen

Menschen mit Diabetes, die sich für eine Studienteilnahme interessieren, können sich auf diabinfo.de informieren und registrieren. Herausgeber der Website sind Helmholtz Munich, das Deutsche Zentrum für Diabetesforschung und das Deutsche Diabetes-Zentrum.

Eine Übersicht über alle Multicenter-Studien gibt es hier:

www.dzd-ev.de/forschung/multicenterstudien/index.html



Aktuell laufende klinische Studien finden Interessierte auf:

diabinfo.de in der Rubrik **Leben mit Diabetes/Info-Ecke/**



Ist aktuell keine Studie zur Teilnahme geeignet, können sich Interessierte in ein Interessentenregister eintragen.

Alle, die dort registriert sind, erhalten per E-Mail Informationen zu passenden Studien in Wohnortnähe. Auch das Register ist auf diabinfo.de in der Rubrik **Leben mit Diabetes/Info-Ecke** zu finden.



Laufende klinische Multicenterstudien im DZD – Teilnehmende willkommen

➔ German Diabetes Study (GDS)/Deutsche Diabetes-Studie (DDS)



In der Deutschen Diabetes-Studie (engl.: German Diabetes Study) werden Menschen mit einem neu diagnostizierten Typ-1- oder Typ-2-Diabetes von Beginn an über 15 Jahre hinweg untersucht. DZD-Forschende untersuchen Subtypen der Erkrankung anhand unterschiedlicher Krankheitsverläufe und identifizieren frühzeitig auftretende Warnzeichen für spätere Komplikationen. Sie erforschen auch den Einfluss der Erbanlagen (Gene), des Lebensstils

und der Umwelt auf den Verlauf der Erkrankung. Die Studie wird deutschlandweit an sieben DZD-Standorten durchgeführt. Aktuell werden Menschen mit Typ-1- oder Typ-2-Diabetes bis zu einem Jahr nach der Erstdiagnose eingeschlossen. Teilnehmen können Männer und Frauen im Alter zwischen 18 und 69 Jahren mit allen möglichen Behandlungsformen (diätätisch, medikamentös, Insulintherapie). Auch gesunde Menschen werden als

Kontrolle in die Deutsche Diabetes-Studie aufgenommen. Zu Studienbeginn sowie nach fünf und zehn Jahren finden jeweils mehrtägige Untersuchungen statt. Sie beinhalten verschiedene Stoffwechselltests, mehrere Untersuchungen des Nerven- und Herz-Kreislauf-Systems sowie eine Magnet-Resonanz-Tomografie der Leber (MRT). In der Folgezeit werden die Teilnehmenden einmal im Jahr kontaktiert, um den Verlauf der Erkrankung verfolgen zu können.

➔ IFIS-Studie



In der IFIS-Studie (IFIS: Intermittent Fasting to Improve Insulin Secretion) untersucht die Wirkung von Intervallfasten auf die Insulinsekretion bei Menschen mit Prädiabetes und Diabetes bestimmter Subtypen, die ein erhöhtes Risiko für Folgeerkrankungen aufweisen. Hintergrund: Frühere klinische Studien zeigten die positive Wirkung von Intervallfasten auf die Gewichtsreduktion und den

Stoffwechsel. In der IFIS-Studie soll detailliert der Effekt des Intervallfastens auf den Blutzuckerstoffwechsel und den Körperfettgehalt untersucht werden. Teilnehmen können Männer und Frauen zwischen 18 und 70 Jahren mit Prädiabetes oder einem neu manifestierten Diabetes. (Die Diagnose muss weniger als fünf Jahre zurückliegen.) Die Studiendauer beträgt ca. sechs Wochen,

in denen die Teilnehmenden entweder angeleitet werden, eine Standarddiät durchzuführen oder mit dem Prinzip des Intervallfastens abzunehmen. Nach sechs Monaten folgt eine Nachuntersuchung. Die Teilnehmenden erhalten ausführliche Stoffwechseluntersuchungen sowie eine wissenschaftlich fundierte Ernährungsberatung durch Fachpersonal.

➔ LIFETIME-Studie



Ziel der LIFETIME-Studie ist es, die Wirkung eines glukosenkenden Medikaments kombiniert mit einer Lebensstilintervention auf das Risiko für diabetische Komplikationen zu untersuchen. Verlangsamt das Medikament Dapagliflozin in Kombination mit einer Lebensstiländerung das Fortschreiten einer Nierenerkrankung, wenn es bereits in einer frühen Phase eingesetzt wird? Diese Fragestellung

wird speziell bei Menschen mit Prädiabetes untersucht, die ein hohes Risiko haben, Folgeerkrankungen zu entwickeln. Teilnehmen können Männer und Frauen im Alter zwischen 35 und 75 Jahren mit einem BMI ≥ 20 kg/m² und einem Prädiabetes (entweder ein HbA_{1c} > 5,6 % oder eine gestörte Glukoseregulation), bei denen eine (zumeist unerkannte) frühe Nierenschädigung vorliegt.

Die Studiendauer beträgt ca. zwei Jahre, in denen die Teilnehmenden entweder das Prüfpräparat oder ein Placebo bekommen. Zusätzlich dazu werden sie angeleitet, eine Lebensstilintervention gemäß den Leitlinien durchzuführen. Die Medikation wird als Tablette einmal täglich eingenommen. Die Teilnehmenden erhalten ausführliche Stoffwechseluntersuchungen.

Diabetes in Balance halten

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

Insuline aus dem Sanofi-Portfolio



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. Lipotrophie, nicht bekannt kutane Amyloidose. **Skelettmusk./Bindegew./Knochen:** Sehr selten Myalgie. **Allg./Verabrort.:** 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 Injektionszwecke. **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/sonstige Bestandt. **Warnhinw. u. Vorsichtsm.:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. Nur klare und farblose Lösung verwenden. Nur in diesem Pen verwenden. **Nebenwirk.:** **Infekt. u. parasitäre Erk.:** 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, Abdschmerz. **Selten:** Verzögerte Magenentleerung. **Leber- und Gallenerkr.:** Gelegentlich: Cholelithiasis, Cholezystitis. **Haut/Unterhautzellgew.:** Nicht bekannt: Kutane Amyloidose, Lipodystrophie. **Allg./Verabrort.:** 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/Unterhautzellgew.:** Gelegentlich: Lipodystrophie, nicht bekannt: kutane Amyloidose. **Allg./Verabrort.:** Häufig: 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 H₂O, 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 (Unterhautzellgew.):** Gelegentlich: Lipodystrophie; Nicht bekannt: kutane Amyloidose. **Allg./Verabrort.:** 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

© Sanofi 2023. Alle Rechte vorbehalten.

Sanofi-Aventis Deutschland GmbH | Lützowstraße 107 | 10785 Berlin | Telefon 0800 52 52 010 | www.sanofi.de

Klimawandel betrifft nicht nur die Eisbären

Hitzestress belastet vulnerable Gruppen besonders stark



BERLIN. Steigende Temperaturen und immer häufigere Extremwetterereignisse infolge der Erderwärmung bergen erhebliche Gesundheitsrisiken, insbesondere für Menschen mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes und Adipositas. Die DDG Arbeitsgemeinschaft Diabetes, Umwelt & Klima hat neben gezielter Gesundheitsberatung dieser Personengruppen weitere Handlungsfelder für die Diabetologie identifiziert.

Wie dringlich das Problem ist, fasste Professor Dr. ERHARD SIEGEL vom Diabeteszentrum am St. Josefskrankenhaus Heidelberg gleich zu Beginn der Sitzung zusammen: „Die ersten vier Monate des Jahres 2024 waren die heißesten seit Beginn der Aufzeichnungen. Wir werden die Pariser Klimaziele reißen, es wird immer mehr Extremwetterereignisse geben. Das ist besonders für vulnerable Gruppen wie Menschen mit Diabetes und Adipositas kritisch. Dass diese stärker als andere unter den Auswirkungen des Klimawandels leiden und auch häufiger vorzeitig sterben, sei mittlerweile durch gute Daten belegt.“

Das Gesundheitssystem als CO₂-Emittent

„Zur Wahrheit gehört aber auch, dass sie selbst durch ihren erhöhten CO₂-Fußabdruck maßgeblich an dessen Verstärkung beteiligt sind“, betonte Prof. Siegel mit Blick u. a. auf Energieverbrauch und Müllaufkommen im Zusammenhang mit der Therapie. Denn immerhin ist das Gesundheitssystem weltweit für

etwa 5 % des CO₂-Ausstoßes verantwortlich.

Innerhalb der DDG hat sich daher kürzlich die AG „Diabetes, Umwelt & Klima“ (DUK) gegründet.

Sie möchte Bewusstsein für Aktivitäten im Zusammenhang mit Umwelt und Klima in der Diabetologie schaffen, ohne dadurch die Versorgungsqualität von Menschen mit Diabetes zu mindern, und hat Ende April 2024 ein Positionspapier veröffentlicht. Wie DUK-Sprecher Dr. SEBASTIAN PETRY, Universitätsklinikum Gießen, berichtete, werden darin vier zentrale Handlungsfelder identifiziert (s. Kasten). Diese gehen weit über die Reduzierung von Material- und Müllaufkommen in der Diabetestherapie hinaus: „Auf den vielen Müll und die verwendeten Materialien haben Menschen mit Diabetes und Diabetespraxen ja eher wenig Einfluss.“

Ärztliche Aufgabe: über den Klimawandel aufklären

LAURA SCHWIENEN, die am Hamburger Universitätsklinikum Eppendorf ihre Weiterbildung in der Neurochirurgie absolviert und sich in der Gruppe „Health for Future“ engagiert, betonte: „Es gibt immer noch das Narrativ, dass der Klimawandel woanders stattfindet als bei uns, dabei ist er allgegenwärtig.“ Sie

verwies u. a. auf endokrine Disruptoren, die zu einer gestörten Glukosetoleranz führen können, auf die Zunahme von Allergien und Asthma infolge kleinerer Pollenpartikel, die tiefer ins Lungengewebe eindringen, und eine schlechtere Wasserqualität im Zusammenhang mit dem Anstieg der Meeresspiegel, die Erkrankungen wie Cholera oder Campylobacter-Enteritis begünstigt. Schwierien sieht es als Teil der ärztlichen Aufgabe, Menschen über den Klimawandel aufzuklären: „Unser Berufsstand genießt großes Vertrauen in der Bevölkerung – das sollten wir nutzen!“

Weniger Hitze bei Insulin: Diese Empfehlung ist zu pauschal

Dr. BENEDICT LACNER aus Mülheim an der Ruhr richtete den Fokus auf vulnerable Gruppen, die besonders stark durch Hitzestress gefährdet sind. Hierzu zählen Ältere, Schwangere, Säuglinge und Kleinkinder, Menschen, die im Freien arbeiten oder Sport treiben und Wohnungslose. Und natürlich auch Menschen mit Vorerkrankungen wie Diabetes. „Während einer Hitzewelle steigt

»Hitze steigert das Mortalitätsrisiko«

die Hospitalisierungsrate von Menschen mit Diabetes, Gleiches gilt für das Mortalitätsrisiko“, warnte der Referent.

Denn Hitzestress produziere einen Shift vom inneren zum peripheren Kreislauf, der die Insulinwirkung verstärken und damit zu vermehrten Hypoglykämien führen kann. „Die pauschale Empfehlung, bei Hitze weniger Insulin zuzuführen, ist dennoch falsch“, betonte der Diabetologe. Denn durch eine hitzebedingte Dehydratation und daraus resultierende erhöhte Osmolalität steige auch das Risiko für Hypoglykämien. Man sollte die Medikation daher individuell anpassen.

Praktische Tipps, worauf bei Hitze zu achten ist

Ganz konkret riet Dr. Lacner dazu, ein Hitzewarnsystem (etwa des Deutschen Wetterdienstes, auch als App verfügbar) zu nutzen, um vulnerable Gruppen rechtzeitig warnen

und Praxisabläufe anpassen zu können. So sei es sinnvoll, bei höheren Außentemperaturen Sprechzeiten für Risikopatienten frühmorgens oder abends anzubieten, für ein kühles Raumklima in der Praxis zu sorgen, im Wartezimmer Getränke anzubieten, an Tagen mit Hitzewarnung auf besonders anstrengende diagnostische Maßnahmen wie ein Belastungs-EKG zu verzichten und bei der Diagnostik besonders auf Zeichen für eine Dehydratation zu achten.

„Es gibt auch eine Reihe von Medikamenten, die die physiologische Hitzeanpassung beeinflussen“, erklärte der Referent und nannte ACE-Hemmer und Sartane (können das Durstgefühl vermindern), psychotrope Arzneimittel (beeinträchtigen die zentrale Temperaturregulation), antimuskarische Stoffe (können eine Hypohidrose auslösen) und Sympathomimetika (können über kutane Vasokonstriktion die Regulation der Hautdurchblutung beeinflussen). Hilfestellung bietet hier u. a. die Heidelberger Hitze-Tabelle (zu finden unter www.dosing.de), die Arzneistoffe mit potenziellen Risiken in Hitzewellen auflistet. Antje Thiel

Diabetes Kongress 2024

Handlungsfelder und Handlungsempfehlungen der AG Diabetes, Umwelt & Klima (DUK)

Im Positionspapier der AG Diabetes, Umwelt & Klima (DUK) werden fünf Handlungsfelder definiert:

- **Medizin und Gesundheit:** gezielte Beratung von Patient*innen zu: Gesundheitsrisiken durch Hitzestress, Anpassung der Medikation, Lagerung von Insulin, Einfluss von Umweltfaktoren auf Diabetesmanifestation, ressourcenschonendem und gesundheitsförderndem Lebensstil
- **Ressourcen:** Förderung eines ressourcenschonenden Umgangs mit Medizinprodukten, Müllvermeidung
- **Klinik und Praxis:** praxistaugliche Konzepte für Hitzeschutzmaßnahmen in Diabetes-Schwerpunktpraxen, klimaneutrale Bauweise, klimafreundliche und ressourcenschonende Praxisorganisation

- **Kongresse und Veranstaltungen:** Fokus auf Online- und Hybrid-Events, klimaschonende Mobilitätskonzepte bei Präsenzveranstaltungen, Verzicht auf Drucksachen und Mehrweggeschirr, Bevorzugung pflanzenbasierter Kost beim Catering
- **DDG Geschäftsstelle und Gremien:** Fokus auf Online-Sitzungen, Verzicht auf Drucksachen, klimafreundliche Mobilitätskonzepte, ressourcenschonender Umgang z.B. mit Strom

Weitere Informationen zur AG und das Positionspapier unter www.ddg.info/die-ddg/gremien-der-ddg



»Der Klimawandel findet nicht anderswo statt«

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



diabinfo.de erweitert sein Angebot

Das nationale Diabetesinformationsportal erweitert sein Informationsangebot zur Prävention und klärt nun auch über diabetesassoziierte nicht-übertragbare Erkrankungen auf (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen).

8

neue „Klug entscheiden“-Empfehlungen gibt es von der DGIM; ein Thema: Abstriche aus chronischen Wunden.

Diabetes-Medikament bei Parkinson-Erkrankung

Lixisenatid könnte laut einer aktuellen Studie auch bei Parkinson helfen. Die Substanz verlangsamt das Fortschreiten der Symptome in einem geringen, aber statistisch signifikanten Umfang. Quelle: Dt. Ges. f. Parkinson.



Wenn das Gehirn nicht ansprechbar ist

Deutsch-dänisches Symposium thematisiert Rolle des Gehirns im Glukosestoffwechsel

Wie Insulin im Gehirn wirkt, wird eingehend untersucht.

Foto: Danii Pollehn – stock.adobe.com

BERLIN. Das Gehirn ist ein insulinempfindliches Organ, bei manchen Menschen ist die Reaktion auf Insulin im Gehirn aber verringert oder fehlt sogar ganz. Zudem gibt es Geschlechtsunterschiede bei der Insulinempfindlichkeit. Welche Auswirkungen kann die unterschiedliche Insulinempfindlichkeit auf das Körpergewicht, kognitive Fähigkeiten und die Entstehung der Alzheimer-Erkrankung haben?

Über die letzten Jahre wurde nachgewiesen, dass das Gehirn ein insulinempfindliches Organ ist, aber auch, dass eine ganze Reihe von Menschen nicht auf Insulin im Gehirn anspricht“, sagt Apl. Professor Dr. rer. nat. STEPHANIE KULLMANN, stellvertretende Leiterin der Abteilung Metabolic Neuroimaging am Institut für Diabetesforschung und Metabolische Erkrankungen (IDM)/ Helmholtz Munich an der Universität Tübingen. Man spricht bei ihnen von einer Insulinresistenz des Gehirns: „Diese findet sich besonders häufig bei Personen mit Adipositas, aber auch Unterschiede zwischen Männern und Frauen spielen eine Rolle“, erklärt Professor Dr. med. MARTIN HENI, Leiter der Sektion Endokrinologie und Diabetologie der Klinik für Innere Medizin I am Universitätsklinikum Ulm. Prof. Kullmann und Prof. Heni waren die Vorsitzenden des Symposiums.

Unterschiede zwischen Männern und Frauen

Studien mit männlichen Teilnehmern ergaben beispielsweise, dass Personen mit einer verringerten oder sogar fehlenden Reaktion auf Insulin im Gehirn zu einer Gewichtszunahme und einer Ansammlung von viszeralem Fett neigen. Neue Forschungsergebnisse über junge Frauen geben Hinweise darauf, dass bei ihnen die Gehirnreaktion auf Insulin je nach Zyklusphase variiert. In einer Studie wurde dazu elf schlanken Frauen, die keine hormonellen Verhütungsmittel nutzten, Insulin als Nasenspray verabreicht. Dieses ermöglichte eine selektive Stimulierung der Insulinwirkung im Gehirn im Vergleich zu einem Placebo-Nasenspray. Die Auswertung belegte, dass nach nasaler Insulingabe während der Follikelphase, also vor dem Eisprung, eine höhere Insulinempfindlichkeit im Körper bestand als während der Lutealphase, also der Zeit nach dem Eisprung. „Das ist wahrscheinlich auf eine Insulinresistenz in dieser Zyklusphase zurückzuführen“, schlussfolgern Prof. Kullmann und Prof. Heni, die beide an der Studie beteiligt waren. Bei weiteren 15 Frauen wurden

diese Ergebnisse durch funktionelle MRT-Scans bestätigt.

Beeinträchtigung der Kognition, wenn Insulin nicht mehr wirkt

Mit dem Alter lässt bei Frauen die Insulinwirkung im Gehirn nach. Das betreffe vor allem limbische Regio-

nen, führt Prof. Kullmann aus. „Interessanterweise zeigt vor allem der

»Wie wirkt Insulin im Hippocampus?«

Hippocampus eine Abnahme der Insulinwirkung bei Frauen nach dem 50. Lebensjahr, während sich die Insulinwirkung im Hippocampus bei Männern mit zunehmendem Alter zwischen 20 und 70 Jahren nicht verändert.“ Der Hippocampus ist bei der Alzheimer-Erkrankung be-

troffen. Frauen erkranken häufiger an Alzheimer als Männer. „Neueste Daten legen nahe, dass eine Insulinresistenz des Gehirns zu kognitiven Beeinträchtigungen beiträgt, unabhängig von einer Ganzkörper-Insulinresistenz“, so Prof. Heni. *DDG/dz* Diabetes Kongress 2024

JETZT INFORMIEREN!

EFFEKTIVES DIABETESMANAGEMENT IM GRÜNEN BEREICH

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

Dexcom G7

Das Dexcom G7 ist in einer mmol/L- und mg/dL-Ausführung verfügbar. | 1 Dexcom G7 Benutzerhandbuch, 2023:9-115. | 2 Thomas A, et al. Expertenaustausch zum Einsatz von kontinuierlichem Glukosemonitoring (CGM) im Diabetesmanagement: Eine aktuelle Bestandsaufnahme und Blick in die Zukunft. Diabetologie. 2022;1-12. | 3 Dexcom G7 Benutzerhandbuch, 2023:1-3. | 4 Garg SK, et al. Accuracy and Safety of Dexcom G7 Continuous Glucose Monitoring in Adults with Diabetes. Diabetes Technol Ther. 2022;24(6):373-380. | Dexcom G7 Empfänger optional. | Die Übertragung der Glukosewerte auf eine kompatible Smartwatch erfordert die gleichzeitige Nutzung eines kompatiblen Smartphones. | Kompatible Geräte sind separat erhältlich. Eine Liste kompatibler Geräte finden Sie unter: www.dexcom.com/de-AT/compatibility | Dexcom, Dexcom Clarity, Dexcom Follow, Dexcom One, Dexcom Share, Share sind eingetragene Marken von Dexcom, Inc. in den USA und sind möglicherweise in anderen Ländern eingetragenen. © 2024 Dexcom, Inc. Alle Rechte vorbehalten. | www.dexcom.com | +1.858.200.0200 | Dexcom, Inc. 6340 Sequence Drive San Diego, CA 92121 USA | MDSS GmbH, Schiffgraben 41, 30175 Hannover, Germany | MAT-3574 REV001/ 05. 2024 | Agenturfoto. Mit Model gestellt.

Nintamed Handels GmbH – a Dexcom company | Europaring F16 103 | 2345 Brunn am Gebirge | at.info@dexcom.com

»Insulinsensitivität bei Frauen variiert«



Prof. Dr. Baptist Gallwitz würdigte Werner Creutzfeldt. Auf der Staffelei: ein Bild von Werner Creutzfeldt, gemalt von seiner Frau.



Laudator Prof. Dr. Michael Nauck war 2007 der erste Creutzfeldt-Preisträger.



Prof. Dr. Robert Wagner bekam den Werner-Creutzfeldt-Preis verliehen.

Fotos: DDG/Dirk Michael Deckbar

Die Leber: vom Opfer zum Täter

Mitochondrien als interessantes therapeutisches Ziel bei MAFLD und Diabetes

BERLIN. Für ein besseres Verständnis der Diabetestypen und den Weg in die „Präzisionsdiabetologie“ werden Crosstalk-Meditoren untersucht. Aus Mendelschen Randomisierungsstudien gehen kausale Assoziationen zwischen Biomarkern, dem Risiko für Typ-2-Diabetes und seinen Komplikationen hervor, aber auch das Konzept der „umgekehrten Kausalität“. Dies war eines der Themen während des Werner-Creutzfeldt-Symposiums.

Am 11. Mai 2024, genau am Tag des Symposiums, wäre Professor Dr. Werner Creutzfeldt 100 Jahre alt geworden. Die Referenten beschäftigten sich deshalb mit Themen, die dem Forscher, Arzt und Internisten besonders wichtig waren, so Kongresspräsident Professor Dr. Baptist Gallwitz,

der zusammen mit Professor Dr. Wolfgang Schmidt, Bochum, den Vorsitz des Symposiums innehatte. Prof. Creutzfeldt war Gründungsmitglied der DDG und 1967/1968 deren Präsident, später dann auch Ehrenmitglied. Unter seinen vielen Auszeichnungen sind die Paul-Langerhans-Medaille und die Claude-

Bernard-Medaille; zudem wurde er von der DGIM für sein Lebenswerk ausgezeichnet. Während des Symposiums anwesend waren Mitglieder der Familie des 2006 Verstorbenen.

Dysbiose des Darms, adipöse Dysfunktion und MASLD

Ein Referent war DZD-Forscher Professor Dr. Michael Roden, Düsseldorf. Angesichts der steigenden Prävalenz von Diabeteserkrankungen und metabolisch-assoziierten Fettlebererkrankungen (MASLD bzw. MAFLD; früher: NAFLD) sprach er zur speziellen Rolle der Leber in der Pathogenese des Diabetes und des hepatogenen Diabetes. Klinische Studien zu den Auswirkungen von

Diäten oder bariatrischen Operationen haben die Lebermitochondrien als interessantes therapeutisches Ziel bei der MASLD beschrieben. „Wir sehen die Leber in der Stoffwechselforschung primär als Opfer“, konstatierte Prof. Roden. „Von der Dysbiose des Darms und der adipösen Dysfunktion zur MASLD.“¹

Letztlich schädige eine Reihe von Faktoren die Leber, dabei sei es initial ihr Energiestoffwechsel, der gestört werde. Bei manchen Menschen mit Adipositas ließen sich zwar keine relevanten Fettsäureanreicherungen in der Leber feststellen. In der Regel sei die oxidative Kapazität in der Leber aber bereits erhöht, wenn Personen eine Adipositas, aber noch keine Fettleber aufweisen. Bei ihnen „entsteht mehr oxidativer Stress“, erklärte Prof. Roden. Hier sei die Leber nicht die Ursache, sondern infolge vorausgegangener Entwicklungen bzw. genetischer Besonderheiten involviert. Ein Polymorphismus des patatinähnlichen phospholipasedomänenhaltigen Proteins 3 (PNPLA3, auch bekannt als Adiponutrin) ist mit einem erhöhten Risiko und dem Fortschreiten einer NAFLD (nach damaliger Definition) assoziiert. So weiß man mittlerweile, dass dieser Single-Nukleotid-Polymorphismus (SNP) nicht direkt mit der Ganzkörper-Insulinsensitivität bei schwerem insulinresistentem Diabetes (SIRD) assoziiert ist.² Dennoch wiesen die Träger des G-Allels signifikant höhere Konzentrationen an zirkulierenden freien Fettsäuren sowie signifikant eine größere Insulinresistenz des Fettgewebes im Vergleich zu Nicht-Trägern auf. Ebenso gibt es Belege dafür, dass Menschen mit metabolisch-assoziierten Fettlebererkrankungen deutliche Anomalien des viszeralen

Fett-Energiestoffwechsels aufweisen, die mit einer Dysfunktion des Fettgewebes korrelieren und das Fortschreiten zu einer Steatohepatitis (vormals: NASH, jetzt: MASH) begünstigen können.³ „Im viszeralen Fettgewebe ist die oxidative Kapazität gestört“, sagte Prof. Roden. Während die Leber imstande sei, die oxidative Kapazität „raufzuregulieren“, sei das viszerale Fett dazu offensichtlich nicht in der Lage. Ähnliches sei über das Muskelgewebe bekannt.

Proaktiv die Entzündung und Fibrose in der Leber erkennen

„Leider nehmen die meisten Menschen mit Typ-2-Diabetes innerhalb der ersten fünf Jahre nach der Diagnose kontinuierlich noch weiter zu.“ Dies sei zumindest vor der Möglichkeit der Behandlung mit GLP1-Rezeptoragonisten (GLP1-RA), dualen GLP1-RA und SGLT2-Hemmern der Fall gewesen. Dadurch steige der Fettgehalt in der Leber trotz guter glykämischer Kontrolle an. Der hepatische Energiestoffwechsel nimmt ab, während die hepatische Insulinresistenz ansteigt und über die Störung der Leber verschlechtert sich dann die glykämische Kontrolle. Somit werde die „Leber relativ rasch vom Opfer zum Täter“, erklärte Prof. Roden. Das Risiko für die Gesamtmortalität sei bei gleichzeitigem Vorliegen von MASLD und Typ-2-Diabetes bis zu fünfmal erhöht, wobei die Hauptursache für die Mortalität dann in der kardiovaskulären Erkrankung und nicht in der Leberzirrhose zu sehen sei. Als klinischen Auftrag gab Prof. Roden dem Auditorium daher mit auf den Weg, Diabeteserkrankungen zu diagnostizieren und proaktiv Menschen mit Typ-2-Diabetes nicht nur auf das Vorliegen, sondern vor allem den Schweregrad einer MASLD zu untersuchen (Entzündung, Fibrose) und die Therapie interdisziplinär zu planen.

Dr. Karin Kreuel

Diabetes Kongress 2024

- Xourafa G et al. Nat Rev Endocrinol 2024; 20(1): 27-49; doi: 10.1038/s41574-023-00898-1
- Zaharia O et al. Diabetes Care 2020; 43:2161-2168; doi:10.2337/dc20-0329
- Pafili K et al. J Hepatol 2022; 77:1504-1514; doi:10.1016/j.jhep.2022.08.010

INFOBOX ■ Diabetes mellitus

Insulintherapie vereinfachen

Was ist Diabetes-mellitus-Patient:innen und ihren Ärzt:innen wichtig?

Oft verstreichen mehrere Jahre, bis eine notwendige Initiierung der Insulintherapie erfolgt. Ein Grund dafür könnte sein, dass Patient:innen häufig Ängste bzgl. einer Therapie mit Insulin haben (z.B. Angst vor Schmerzen durch Injektionen).¹ Eine rechtzeitige Behandlung ist wichtig, da dauerhaft erhöhte Blutzuckerwerte zu diabetesbedingten Komplikationen führen können, wie z.B. diabetische Retinopathie, Neuropathie und Nephropathie.² Außerdem kann eine hohe Therapieadhärenz mit besseren Behandlungsergebnissen einhergehen.³

Patient:innen von der Notwendigkeit einer Insulintherapie zu überzeugen, kann für Ärzt:innen zu einer zeitlichen Herausforderung werden. Um eine gute Therapieadhärenz für die Insulinbehandlung von Diabetes zu erreichen, sollten die Bedürfnis-

Umfrage: Diabetes mellitus

Wo liegt das Potenzial zur Weiterentwicklung geeigneter Behandlungen für Menschen mit Diabetes mellitus? Machen Sie mit bei einer aktuellen Umfrage für Ärzt:innen:

medical-tribune.de/
umfrage-
insulintherapie



se von Patient:innen und Ärzt:innen betrachtet werden: Beispielsweise sollten eine reduzierte Anwendungshäufigkeit von Insulin und eine angenehmere Anwendung ermöglicht werden. Der Behandlungsplan sollte sich zudem gut in das Alltagsleben

der Betroffenen einfügen lassen. Außerdem bevorzugen Patient:innen Therapien mit einem geringeren Risiko für Nebenwirkungen.⁴ Daher sind innovative Therapiemöglichkeiten, welche die Bedürfnisse von Patient:innen berücksichtigen und einen einfachen Therapieanstieg ermöglichen, notwendig. Beispielsweise könnte eine wöchentliche statt tägliche Behandlung von Diabetes die Therapieakzeptanz verbessern und die Therapieadhärenz verbessern, um so langfristig zu einer guten Versorgung beizutragen.

- Landgraf R et al. Diabetol Stoffwechs 2021; 16(02): 149-161
- International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 9th Edition. Accessed: 10. Juni 2024; https://diabetesatlas.org/
- Cani CG et al. Clinics 2015; 70(2): 102-106
- Peyrot M et al. Diabet Med 2012; 29(5): 682-689



NEU: Das Diabetes Duett
»Mit der zweiten Perspektive
lernt man besser«

1 Thema, 2 Sichtweisen:
Praxis & Wissenschaft im Dialog



Erstes
Diabetes Duett
zu neuropathischem Schmerz
und Hypertonie bei Diabetes
14.09.2024, ab 09:55 Uhr
Live im Stream aus dem Studio

Mehr zum Programm
erfahren &
kostenfrei anmelden



[medical-tribune.de/
diabetes-duett](https://medical-tribune.de/diabetes-duett)



MEDICAL
TRIBUNE
DIABETES DUETT CME

[MTX]

Gute Daten und Motivationsschub

Junge Unternehmen überzeugen mit ihren digitalen Innovationen

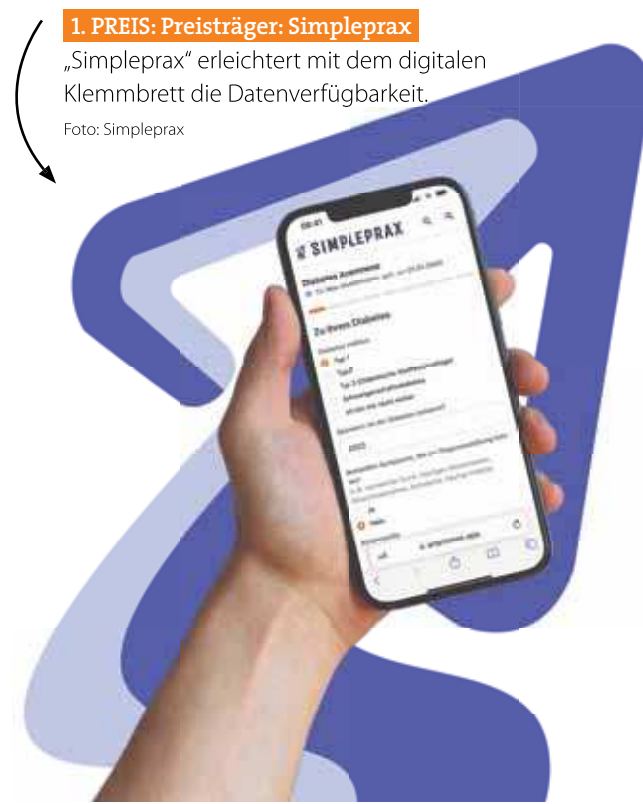
BERLIN. Beim Wettbewerb um innovative Lösungen im Diabetesbereich belegte 2024 erneut das Startup Simpleprax den ersten Platz. Diesmal überzeugte eine verbesserte Dokumentation und Nutzbarkeit von Patientendaten. Zweiter Preisträger war Una Health mit digitalen Hilfen zur Lebensstiländerung bei Menschen mit Typ-2-Diabetes.

Vorgestellt wurden die neuen bzw. verbesserten Simpleprax-Lösungen im „Startup Village“ von ANTONIA SALEH. Wie die Mitgründerin des Unternehmens Simpleprax anfangs erklärte, ist Ziel der Anwendungen, die Patientenaufnahme und Dokumentation zu digitalisieren und damit die Administration zu reduzieren. Zweites Ziel ist, medizinischen Fortschritt zu ermöglichen. „Was man dazu braucht, sind vor allem Daten und die generieren wir in strukturierter und standardisierter Form“, so Saleh. Das Digitale Klemmbrett, bei dem Patient*innen vor dem Arztkontakt ihre Daten eingeben, war 2023 bereits prämiert worden.

Seit 2023 wurde kräftig am gesamten Projekt gearbeitet, Verbesserungen und neue Lösungen sind dazugekommen. Simpleprax konnte dabei auf die Expertise von

Diabetolog*innen aus der Praxis zurückgreifen. Es gibt jetzt auch u.a. Risikoscore-Fragebogen zum Wohlbefinden in der Schwangerschaft und bei Problemen in der Diabetesbehandlung. Neu sind eine Foto- und Fußdokumentation sowie die Auswertung von Labordaten einschließlich der automatischen Übernahme der Daten in die Patientenakte.

Das Beste aber, wie Antonia Saleh es bezeichnete, sei die Schnittstelle zur Registerdatenbank GestDiab, das Register zu Diabetes in der Schwangerschaft. „Wir haben uns sehr gefreut, dass Herr Dr. Kalthener letztes Jahr auf uns zugekommen ist und wir zusammen die Datenerhebung digitalisieren konnten.“ Der Diabetologe Dr. MATTHIAS KALTHEUNER ist Geschäftsführer von windDiab. Die Daten kommen zurzeit von etwa 90 Praxen. Diese lassen Patient*innen mit Diabetes in der Schwangerschaft bei der Aufnahme einen Fragebogen ausfüllen. Die Informationen (Dateiformat: CSV) können dann per Klick sofort ins Register übertragen werden. Antonia Saleh zeigte sich sichtlich zufrieden. Sie erklärte, dass der Eintrag zuvor nur händisch erfolgen konnte und die Übertra-



1. PREIS: Preisträger: Simpleprax

„Simpleprax“ erleichtert mit dem digitalen Klemmbrett die Datenverfügbarkeit.

Foto: Simpleprax

2. PREIS: Una Health

„Una Health for Diabetes“ unterstützt mit einer App das Diabetesmanagement.

Foto: una health



»Was man jetzt braucht, sind vor allem Daten«

gung in die Registerdatenbank pro Patient*in etwa zehn Minuten gedauert hat. Jetzt benötigt man für den Übertrag nur noch rund eine Minute: „Und damit haben wir ein großes Ziel erreicht: Die Teilnahme an der Versorgungsforschung durch eine Integration in die Praxisprozesse und ohne großen Mehraufwand zu ermöglichen.“

Mit Simpleprax haben Ärzt*innen die wichtigsten Angaben zusammengefasst vor sich, z.B. den Grund für den Praxisbesuch, Beginn des Diabetes, Maßnahmen zur Blutzuckereinstellung, Nutzung eines CGM-

Systems, letzter HbA_{1c}-Wert, Zahl der Unterzuckerungen pro Monat, Lebensgewohnheiten, sportliche Aktivitäten. Das Programm ist laut Antonia Saleh mit allen gängigen Praxisverwaltungssystemen kompatibel.

Lebensstilanpassung und Diabetes-Management

Una Health bietet Diabetes-Teams eine innovative digitale Lösung zur Unterstützung von Menschen mit Typ-2-Diabetes. Die DiGA verbindet Lebensstilcoaching mit Glukosemessung und soll Betroffene befähigen, ihren Alltag selbstbestimmt anzugehen und Glukosewerte, Gewicht und Lebensqualität nachhaltig zu verbessern, wie PASCAL GRIMM, CEO und Gründer der Una Health GmbH, erläuterte. „Unser Ziel dabei ist es, Betroffene zwischen Arztterminen bei der Lebensstilanpassung und der Therapieumsetzung zu Hause zu unterstützen.“

Menschen mit Typ-2-Diabetes erhalten durch die Kombination von Ernährungs- und Glukosedaten Einblicke in ihre individuelle Reaktion des Glukosespiegels und darauf basierend ein personalisiertes Lebensstilcoaching. Dies führt zu „Aha-Momenten“, mit der die Motivation gestärkt und Menschen dazu angeregt werden, ihre Gewohnheiten anzupassen.

Durch das direkte Widerspiegeln des Fortschritts bei Faktoren wie Glukosewerten, Gewicht und Energielevel entdecken Anwender*innen sehr schnell, ob sie sich auf dem richtigen Weg befinden, und werden durch

kleine Erfolgserlebnisse motiviert, dranzubleiben.

Therapieunterstützende Funktionen wie ein intelligentes Tagebuch, Coaching-Nachrichten und kurze, evidenzbasierte Lerninhalte unterstützen bei der Umsetzung der Empfehlungen zur Verbesserung von Glukosekontrolle und Lebensqualität. Informationen bietet Una Health zu relevanten Themen wie Ernährung, Bewegung, Therapie und Alltag. Aber auch die mentalen Faktoren werden zentral ins Programm einbezogen, da diese oft den Grundstein für Verhaltensänderungen bilden.

Eine kürzlich abgeschlossene Studie hat den Erfolg von „Una Health für Diabetes“ gezeigt: „Der personalisierte Ansatz, bei dem Schritt für Schritt vorgegangen und der Fortschritt stets sichtbar gemacht wird, hat zur einzigartig hohen Motivations- und Adhärenz der Teilnehmenden beigetragen; 86 % absolvierten das Programm über die gesamte Studienzeit, 96 % wollen auch danach weitermachen“, berichtet Pascal Grimm. Die Studie zeigte nicht nur eine signifikante Verbesserung des HbA_{1c} (minus 1 %), sondern auch eine signifikante Gewichtsabnahme (84 % der Teilnehmenden) und Verbesserung des mentalen Wohlbefindens (Reduktion des Risikos einer Depression um 55 %). „Una Health für Diabetes“ ist als Digitale Gesundheitsanwendung zugelassen und kann extrabudgetär verordnet werden.

Cornelia Kolbeck

Diabetes Kongress 2024

INFOBOX ■ Stoffwechsel

Mehr erreichen mit dem ersten GIP/GLP-1-Rezeptor-Agonisten

Tirzepatid ist eine Klasse für sich

Tirzepatid^{a,1} vereint die Potenziale der beiden Inkretinhormone GIP (glukoseabhängiges insulinotropes Polypeptid) und GLP-1 (Glucagon-like-Peptide-1) in einem einzelnen Wirkstoff. Die Hormone beeinflussen die glykämische Kontrolle, die Nahrungsaufnahme und den Fettstoffwechsel.¹

Bei Stoffwechselgesunden ist GIP für etwa 2/3 der inkretinvermittelten Insulinsekretion nach einer Mahlzeit verantwortlich (sog. Inkretineffekt).² Auch die Insulinsensitivität verbessert sich durch Tirzepatid (Mounjaro[®]) stärker als durch einen reinen GLP1-Rezeptor-Agonisten (GLP1-RA).³ Das Ergebnis sind mittlere HbA_{1c}-Reduktionen von bis zu 2,5 % bei Menschen mit Typ-2-



Dr. Tim Heise, Neuss, ist leitender Wissenschaftler im Bereich der Insulin-Analoga.

Diabetes.^{b,c,1} Ähnlich wie GLP-1-RA senkt Tirzepatid den Appetit und erhöht die Sättigung.¹ Zusätzlich wirkt Tirzepatid gezielt im Fettgewebe und führt zu Gewichtssenkungen von bis zu 13 %.^{c,e,4}

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 Bezogen auf den Ausgangswert.¹ Mittlere HbA_{1c}-Reduktion im Vergleich zum Ausgangswert.
c Unter Tirzepatid 15 mg nach 40 Wochen.
d Die Veränderung des Körpergewichts war ein sekundärer Endpunkt in den SURPASS-Studien.¹
e Bezogen auf den Ausgangswert.⁴ Mittlere Gewichtsreduktion im Vergleich zum Ausgangswert.⁴

1. Fachinformation Mounjaro[®], aktueller Stand
2. Nauck MA, Meier JJ. Diabetes 2019; 68(5): 897-900
3. Heise T et al. Lancet Diab Endocrinol 2022; 10(6): 418-429
4. Frias JP et al. N Engl J Med 2021; 385(6): 503-515



Mehr zu den Wirk-
effekten im Video
mit Dr. Heise.

Tirzepatid ist jetzt
im KwikPen[®] erhältlich
und voll lieferfähig

Worum geht es beim Startup Village?

- Das Programm richtet sich an Firmen,
 - die im medizinischen Bereich tätig sind,
 - die jünger als zehn Jahre sind,
 - die ein geplantes Mitarbeiter*innen-/Umsatzwachstum haben und/oder
 - die (hoch) innovativ in ihren Produkten, Dienstleistungen, Geschäftsmodellen und/oder Technologien sind.

Diese Unternehmen können eines ihrer Angebote beim DDG Kongress vorstellen. Eine Jury (Stephan Kröck, PD Dr. Kilian Rittig, Dr. Dorothee Deiss, Irena Drozd, Dr. Tobias Wiesner) wählt die überzeugendsten Produkte aus. Den Siegern winkt ein Medienpaket mit Vorstellung des Unternehmens in der diabetes zeitung.

»Prinzipiell brauchen wir mehr Zeit«

Die AG Nachwuchs der DDG hat viel vor, will mitreden – und tut das auch

BERLIN. Sie hat schon Tradition, die Podcast-Folge mit der AG Nachwuchs während des Diabetes Kongresses. Dieses Mal waren drei „junge Wilde“ dabei. Gesprochen haben sie über ihre Pläne und Hoffnungen und die Nachwuchsförderung der DDG.

Jonas, Du bist neu in der Runde. Was sind die Herausforderungen der AG Nachwuchs, mit denen Du Dich als Sprecher beschäftigst?

Dr. Jonas Laaser: Als Stipendiat bin ich seit 2017 dabei, 2018 habe ich die ersten Miniprojekte in der AG übernommen, jetzt darf ich Micha Korte-meier beerben und finde eine super aufgeräumte, gut funktionierende AG vor. Das Ziel des Teams und mein Ziel ist es, die Strukturen weiter zu professionalisieren, noch enger mit der Geschäftsstelle zusammenzuarbeiten und die AG nicht nur mit dem Fokus auf das Stipendiatenprogramm arbeiten zu lassen, sondern so langsam in weitere Gremien überzugehen. Dieses Jahr durfte ich u.a. im Programmkomitee mitarbeiten und habe Symposien vorgeschlagen, die auch angenommen wurden.

Inwiefern ist es Euch gelungen, auf dem Kongress Nachwuchs für die Diabetologie zu gewinnen?

Irena Drozd: Wir haben ein sehr umfangreiches Reisestipendiatenprogramm. Viele waren davon begeistert und wollen in die Diabetologie gehen. Und genau das wollen wir langfristig erreichen.
Jasmin von Zezschwitz: Ein Riesenvorteil ist, dass man Leute kennenlernen kann. Sehr viele sind beim Kongress über die AG schon in Famulaturen oder Praktika reingekommen, haben Stellen gefunden. Das ist für uns richtige Nachwuchsförderung und der größte Vorteil einer Präsenzveranstaltung.

Welche Erwartungen und Perspektiven hat denn der Nachwuchs an die und in der Diabetologie?

Dr. Laaser: Wir brauchen genug Zeit für die Ausbildung. Wir brauchen die Möglichkeit, früh berufspolitisch mitzusprechen und gehört zu werden. Wir brauchen eine gute Ausbildung, wir brauchen genug Ausbildungsstellen. Wir als AG arbeiten zusammen mit der DDG daran, dass das Niveau in Zukunft mindestens erhalten bleibt, aber eigentlich noch viel, viel besser werden muss.

Alle Redner*innen auf dem Kongress sind sich einig: Ja, es muss

»Wir brauchen genug Zeit für die Ausbildung«

eine Krankenhausreform geben. Wie erlebt Ihr die Situation in der Klinik?

Dr. Laaser: Ich komme gerade aus knapp dreieinhalb Jahren universitärer Ausbildung und hatte das Glück, sehr gut endokrinologisch-diabetologisch ausgebildet worden zu sein. Aber sobald es in die benachbarten Fächer ging, hatte ich oft das Gefühl, ein Case-Manager zu sein. Ich arbeite so eher Fälle ab, als als Arzt zu arbeiten. Deshalb ist es eine der Kernforderungen der AG Nachwuchs, dass explizit Zeit dafür da sein muss. Wir wünschen uns, dass die DDG dies für uns weiterträgt. Zeit muss im Personalbemessungstool für die Weiterbildung integriert werden und die ärztliche Weiterbildung darf nicht weiter im Kreislauf der Ökonomisierung stattfinden. Also: Prinzipiell brauchen wir mehr Zeit und diese Zeit muss uns von außen politisch gegeben werden.

Was bekommt Ihr selbst mit von den Nachwuchsproblemen und vom Personalmangel?

Dr. Laaser: Ich wurde heute schon von mehreren Kolleginnen und Kollegen angesprochen, die mir gesagt haben: „Ich bin Anfang 60 und ich möchte gerne irgendwann meine Praxis abgeben. Wie finde ich denn Nachwuchs?“
Drozd: In der Klinik ist der Personalmangel ein Problem, wir sind überarbeitet und kommen nicht hinterher. Da muss sich politisch etwas ändern.
Von Zezschwitz: Ich arbeite in einer Kinderarztpraxis. Auch dort bräuchte man entweder drei Paar Hände mehr oder die entsprechende Vergütung. Aber selbst dann gibt es ja zu viele Patient*innen. Eigentlich muss man überall gleichzeitig ansetzen.

Dr. Laaser: Die Quintessenz eines Vortrags von Dr. Oana-Patricia Zaharia zu den Perspektiven des Nachwuchses in der Forschung war, dass ihr Weg nicht möglich gewesen wäre ohne gutes Mentoring und die hilfreichen Strukturen des DZD. Auch da müssen die DDG und jeder Diabetologe, jede Diabetologin sich hinterfragen: Mache ich genug für den Nachwuchs? Welche Möglichkeiten gibt es noch, mich zu engagieren?

PODCAST-AUFNAHME WÄHREND DES DIABETES KONGRESSES IN BERLIN

Mit dabei (v.l.n.r.):

Günter Nuber, Chefredakteur diabeteszeitung, Dr. Jonas Laaser (hinten, Sprecher der AG Nachwuchs, Arzt), Nils Gräff, Christian Duda (beide Tontechniker), Dr. Maximiliane Knöfel (Sprecherin der AG Nachwuchs, Ärztin), Michael Reischmann (Politikredakteur diabeteszeitung), Irena Drozd (Sprecherin der AG Nachwuchs, Ärztin), Jasmin von Zezschwitz (Board AG Nachwuchs, Ernährungswissenschaftlerin).
Aus der Aufnahme mit Dr. Laaser, Irena Drozd, Jasmin v. Zezschwitz, Günter Nuber und Michael Reischmann ist dieses Interview für die dz entstanden.



Podcast-Folge zum Interview



Foto: MedTriX Group, fotolia/JJSign

Wo gibt es derzeit den dringenden Handlungsbedarf?

Dr. Laaser: Wenn man das auf einen einzigen Punkt runterbrechen könnte, wäre es vermutlich einfach zu lösen. Wir brauchen mehr Diabetesberater*innen, es muss besser vergütet werden. Wir brauchen mehr Personal in den Praxen, in den Kliniken. Wir brauchen mehr Lehre. Wir brauchen mehr davon, um die Menschen im Endeffekt gut versorgen zu können, denn das ist das Hauptziel von all dem, was wir hier machen: Wir wollen eine gute Versorgung gewährleisten.

Während des Symposiums „Blick in die Zukunft: Erfolgsfaktor Diabetes-Team“ wurde der Teamgedanke als Erfolgsbringer angesprochen. Wie seht Ihr das?

Drozd: Diabetologie ist Teamarbeit, weil die Therapie so komplex ist. Leider ist in den jetzigen Plänen zur Krankenhausreform diese Interdisziplinarität nicht in der Vergütung abgebildet. Das ist schlecht, denn ohne ein gutes Team, ohne eine gute Vergütung für das ganze Team kann es nicht funktionieren.

Wie stellt Ihr selbst Euch Euren Arbeitsplatz der Zukunft vor?

Dr. Laaser: Mein Arbeitsplatz der Zukunft sollte patientenzentriert, strukturiert und wenn möglich digital sein. Er ist außerdem flexibel, im besten Falle sowohl zeitlich wie vielleicht manchmal auch örtlich.

Vor allem wünsche ich mir, dass der Spaß an der Arbeit nicht vergeht.

Von Zezschwitz: Patientenzentriert ist ein gutes Stichwort. Wir stecken so viel Zeit und Energie in Fragen wie: Habe ich genug Zeit? Was wird bezahlt? Diese Zeit und Energie würde ich lieber für die Patient*innen nutzen. Wenn man engagiert ist, geht das, aber es geht auf Kosten der eigenen Gesundheit und der eigenen Zeit. Und das sollte nicht der Fall sein.

Drozd: Ich wünsche mir, dass ich patientenorientiert arbeiten kann, dass ich Zeit für Dinge habe, die mir Spaß machen, klinisch und auch in der Forschung. Und dass ich auch die Möglichkeiten habe, mich zu engagieren und mitzusprechen.

Wie beurteilt Ihr denn das Jahr 2024 bezüglich der Unterstützung Eurer AG durch die DDG?

Dr. Laaser: Ich habe mich wirklich gefördert gefühlt – durch die Möglichkeit, mich im Programmkomitee einzubringen, die Möglichkeit, hier Vorträge zu halten und auf einer Bühne mit den Größen der DDG zu stehen. Das motiviert ungemein und bestärkt mich noch mehr, die Arbeit für die AG und die DDG auszubauen.
Von Zezschwitz: Gerade mit der Geschäftsstelle ist der Kontakt so gut, unkompliziert und schnell, dass wir uns nicht beschweren können.

Warum sollten junge Menschen in die Diabetologie einsteigen?

Drozd: Aktuell ist alles so innovativ und vielfältig, dass uns als Nachwuchs in Praxis und Forschung z.B. im Rahmen des DZD sehr viele Wege offenstehen. Ich finde es sehr motivierend und inspirierend, dass wir in einer Zeit tätig sind, in der wir so viel erreichen, forschen und als Team vorankommen können.

Von Zezschwitz: In der Diabetologie passiert so viel und ich persönlich liebe Diabetes – das darf ich sagen, weil ich selbst Diabetes habe. Ich finde auch cool, dass man so viele Möglichkeiten zur Prävention hat. Und es gibt, glaube ich, kein anderes Fach, in dem man so viele Schrauben hat. Man hat nicht nur eine Chance, Menschen zu helfen, und immer wieder gibt es Erfolge.

Dr. Laaser: Für mich macht die Diabetologie aus, dass sie sowohl hochspezialisiert und technologisiert ist, aber auch oft einfach sehr breit und hausärztlich. Dieses Spektrum fasziniert mich extrem.

Interview: Günter Nuber und Michael Reischmann

Für den Diabetologie-Durchblick der Podcast für Expert*innen



Neugierig auf die komplette Podcast-Folge?

Dann hören Sie sich die Folge mit der AG Nachwuchs in voller Länge an und erfahren Sie noch mehr darüber, was den Nachwuchs umtreibt und antreibt. Scannen Sie dafür einfach den QR-Code und erhalten Sie so Zugriff auf diese und weitere Folgen von O-Ton Diabetologie. O-Ton Diabetologie finden Sie außerdem auf allen gängigen Podcast-Plattformen.



Miteinander sprechen – und sich zu einem guten Team entwickeln

Bei Differenzen innerhalb des Teams ist sensible Kommunikation gefragt



BAD MERGENTHEIM/STEINFURT/DUISBURG. In multiprofessionellen Behandlungsteams sind sich nicht immer alle Beteiligten einig über Prioritäten und Prozesse. Konflikte können u. a. hierarchische, kulturelle oder sprachliche Hintergründe haben. Wenn es im Team knirscht, bekommen das neben den Mitarbeitenden selbst auch die behandelten Patient*innen zu spüren. Zeit und Geld, die man in kontinuierliche Teamarbeit investiert, zahlen sich deshalb auf lange Sicht aus.

Wer als Mensch mit Diabetes in einer Diabetesklinik oder Schwerpunktpraxis behandelt wird, kommt in der Regel mit etlichen verschiedenen Berufsgruppen in Kontakt. Da ist die Diabetologin, die ihn mit Blick auf die Laborwerte zum schnellen Abnehmen drängt. Der Ernährungsberater würde dafür gern bestimmte Lebensmittel ganz vom Speiseplan streichen. Die Psychologin wiederum möchte mit Blick auf die psychologische Historie lieber kleinschrittige Ziele vereinbaren.

„Für Patient*innen ist es sehr unbefriedigend, wenn die verschiedenen Professionen ihnen ganz unterschiedliche Empfehlungen mit auf den Weg geben“, weiß LAURA KLINKER von der Diabetesklinik Mergentheim. Sinnvoll wären aus Sicht der Psychologin daher regelmäßige Fallkonferenzen, bei denen sich die beteiligten Professionen zu einzelnen Patient*innen austauschen und gemeinsame Ziele vereinbaren. Eine solche strukturierte interprofessionelle Zusammenarbeit wird allerdings bislang nur in wenigen Gesundheitseinrichtungen umgesetzt (s. Kasten).

Grenzüberschreitungen als Nährboden für Konflikte

Neben Differenzen auf interprofessioneller Ebene können aber auch zwischenmenschliche Probleme die Zusammenarbeit im Team erschweren. „Die größten Konflikte entstehen – wie immer im Leben –, wenn Menschen nicht gesehen werden in ihrem Handeln und ihrem Bemühen“, erklärt Klinker die psychologische Dynamik. Fehlende gegenseitige Wertschätzung und Anerkennung

im Team könnten Nährboden für Konflikte und erlebte Grenzüberschreitungen sein.

„Wir befassen uns im Alltag recht wenig mit unseren persönlichen Grenzen. Es wird leichter, Grenzen aufzuzeigen, wenn man sie konkret benennen kann“, sagt Klinker. Sie bietet den Teams der Diabetesklinik deshalb gelegentlich Workshops an, in denen die Teilnehmenden versuchen, ihre persönlichen Grenzen besser wahrzunehmen und zu artikulieren: „Wir machen dann Rollenspiele und Erlebensübungen, bei denen wir zum Beispiel mit einem Seil markieren, wie groß der persönliche Raum um uns herum ist – und was passiert, wenn jemand diesen Kreis durchbricht.“

Verschiedene Kulturen: besser keine Schubladen aufmachen

Auch MARION DEITERS, die in Steinfurt gemeinsam mit einer Kollegin das Schulungs- und Beratungsunternehmen „Die Denkstation“ betreibt, weiß um die kommunikativen Fallstricke in gemischten Teams. Ihr Fokus gilt den kultursensiblen Aspekten der Zusammenarbeit, wobei der Begriff „Kultur“ sich nicht nur auf die ethnische Herkunft bezieht, sondern auf Sprache, Rituale, Werte

und Normen innerhalb einer Gruppe. „Wie nehme ich mein Gegenüber wahr, ohne direkt Schubladen aufzumachen?“, beschreibt Deiters ihren Ansatz.

In ihren Coachings versucht die Krankenpflegerin und Diplom-Berufspädagogin daher, die Teilnehmenden für die Bedeutung der individuellen Sozialisation und daraus resultierende interkulturelle Missverständnisse zu sensibilisieren. „Ein häufiges Thema sind Pünktlichkeit und das Verständnis von Zeit“, berichtet Deiters. Doch auch in anderen Verhaltensweisen macht sich die jeweilige kulturelle Prägung bemerkbar. So sei beispielsweise das Fragenstellen nicht in allen Kulturen gleichermaßen verankert. „Diese Sozialisation kann man nicht einfach abstellen“, betont die Coachin, „insbesondere wenn nicht klar kommuniziert wird, dass es erwünscht ist, Fragen zu stellen.“

Vorurteile und mangelndes gegenseitiges Verständnis können sich ungünstig auf die Dynamik im Team auswirken. „Häufig wird die Vielfalt in den Teams gar nicht wahrgenommen, und es gibt zu wenig Zeit für Teambesprechungen oder Reflexion der eigenen Haltung“, weiß Deiters. Sie empfiehlt, neuen Kolleg*innen in der Einarbeitungsphase erfahrene Teammitglieder als Mentor*innen an die Hand zu geben. Diese könnten bei Tätigkeiten unterstützen, aber auch ungeschriebene Regeln der Einrichtung bzw. der jeweiligen Teams sowie unterschiedliche Verständnisse von Gesundheit und Krankheit erklären. „Es ist auch hilfreich, ein Verzeichnis mit den typischen Begriffen und internen

Abkürzungen zu erstellen, die in der eigenen Einrichtung verwendet werden.“

Kultursensible Teamarbeit spart Zeit und Ressourcen

Den Einwand, für diese Form der Teamarbeit sei im Arbeitsalltag keine Zeit, mag sie dabei nicht gelten lassen: „Zeitmangel ist natürlich eine große Herausforderung, aber nicht alles kostet mehr Zeit.“ Viel aufwendiger sei es, wenn Mitarbeitende im Team unzufrieden sind, sich nicht wahrgenommen fühlen, deswegen häufiger krank sind und schneller ihren Job verlassen. Deiters rät Teams initial zu Fortbildungen, in denen grundlegendes Wissen über Kultursensibilität erworben wird. Im Anschluss sei die regelmäßige Selbstreflexion wichtig, „die dauert manchmal nur wenige Minuten“, sagt Deiters. Auf lange Sicht spare kultursensible Teamarbeit viel Zeit und Ressourcen.

Ein Tag für die Entwicklung des Teams – pro Monat

Wie wichtig bewusste Teamentwicklung ist, weiß auch Dr. HANSJÖRG MÜHLEN. Der in Duisburg niedergelassene Diabetologe hat eine turbulente Zeit hinter sich: „In den vergangenen Jahren sind zwei meiner besten Kräfte in Rente gegangen“, erzählt er. Die Suche nach Ersatz war zum einen aufgrund des Fachkräftemangels schwierig. Zum anderen passten die wenigen Bewerber*innen oftmals nicht ins Team. „Wir haben daher häufiger Mitarbeiterinnen austauschen müssen. Dadurch war viel Bewegung im Team, es gab auch Neid und Konkurrenzkämpfe.“

Zum Team in Dr. Mühlens Praxis gehört zum Glück auch eine auf Diabetes spezialisierte Fachpsychologin. „Sie ist im gesamten Team geschätzt und respektiert und steht nicht nur den Patienten, sondern auch den Mitarbeitenden für persönliche Probleme zur Verfügung“, erzählt der Diabetologe. Außerdem führt die Psychologin Team-Coachings durch. Seit gut einem Jahr schließt die Praxis einmal pro Monat für einen ganzen Tag, dann dreht sich alles um das Praxisteam. „Wir besprechen an diesen Tagen zwar auch organisatorische Dinge oder frischen unsere Kenntnisse in Reanimation auf, aber im Wesentlichen dient der Tag der Teamentwicklung. Und so langsam läuft es wieder rund.“

Er rät Kolleg*innen, auch das Qualitätsmanagement (QM) für die Zusammenarbeit im Team zu nutzen: „Man kann sich mit QM einerseits totregulieren, andererseits brauchen 80 % der Tätigkeiten Standards, die sich über eine solche Verschriftlichung festschreiben lassen.“ Das schütze auch das Team vor Problemen: „Wenn man sich auf bestimmte Routinen und Regeln verständigt hat, greift Kritik nicht mehr auf der persönlichen, sondern auf der Sachebene. Die Kommunikation ist dann anders.“ Und noch eine Beobachtung hat Dr. Mühlen im Zusammenhang mit dem oft eher ungeliebten QM gemacht: „Die Gedanken verändern sich, wenn man etwas verschriftlicht. Dann merkt man, wo es hakt und an welcher Stelle noch Arbeit erforderlich ist.“ Der Prozess koste initial zwar viel Zeit, „doch am Ende zahlt er sich aus. Wir haben keine Zeit, auf ihn zu verzichten.“ Antje Thiel

Interprofessionelle Zusammenarbeit

Eine möglichst reibungslose Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe mit ihren unterschiedlichen Professionen und Disziplinen kommt Patient*innen und den beteiligten Fachkräften selbst zugute.

Ihre flächendeckende Umsetzung scheitert bislang allerdings an fehlenden Rahmenbedingungen und Hürden bei der Abrechnung – insbesondere im ambulanten Bereich. Dabei sollte die interprofessionelle Zusammenarbeit

eigentlich bereits in der Ausbildung gefördert werden. Gesundheitsfachkräfte, die das moderne Konzept vorantreiben wollen, können sich dem Netzwerk „Gesundheit Interprofessionell“ anschließen, das u. a. einen vierteljährlichen digitalen Salon veranstaltet.

Wer noch tiefer eintauchen möchte, kann z. B. den neuen Bachelor-Studiengang „Interprofessionelle Gesundheitsversorgung“ absolvieren. Darin werden Berufserfahrene aus

den Gesundheitsberufen für den Blick über den eigenen fachlichen Horizont sensibilisiert und in ihren kommunikativen Fähigkeiten gestärkt (www.ash-berlin.eu/studium/studiengaenge/bachelor-interprofessionelle-gesundheitsversorgung-online/profil/#c31489).

gesundheitinterprofessionell.com





**DIABETES
HERBSTTAGUNG**
2024 **DDG**

**22. – 23.
NOV. 2024**



FOTO: © 3DSCULPTOR

HANNOVER CONGRESS CENTRUM

DER MENSCH IM MITTELPUNKT

**REINE PRÄSENZVERANSTALTUNG
OHNE LIVESTREAM**

HERBSTTAGUNG-DDG.DE

DIABETES HERBST TAGUNG

**DIGITALISIERUNG +
DIABETESTECHNOLOGIE**

**SCHULUNG +
BERATUNG**

**WISSENSCHAFT +
FORSCHUNG**

**UNSER KOMPLEXES
VERSORGUNGSSYSTEM**

ALLTAG MIT DIABETES

Nach OP: Medikamentöse Intervention ist inzwischen Standard

Neue Medikamente verändern die Adipositas-therapie; die Rolle des Hypothalamus wird weiter erforscht

MAINZ. Nicht allein der BMI, auch die individuelle Fettschwelle hat Einfluss auf die Entstehung von Typ-2-Diabetes. Der Prävention von Folgeerkrankungen tragen das Disease-Management-Programm Adipositas und ein Impulspapier des BMG Rechnung.

Kann eine Gewichtsreduktion auch bei einem normalen bis leicht erhöhten BMI eine Diabetesremission bewirken? Gemäß der „Personal Fat Threshold“-Hypothese gibt es individuell unterschiedliche Schwellenwerte für Lipidüberschüsse und negative Auswirkungen auf die Betazellfunktion, erklärte Professor Dr. JENS ABERLE, Hamburg. In der kleinen Interventionsstudie ReTUNE wurde diese Hypothese überprüft.¹ Darin unterzogen sich 20 Personen im Alter von 20 bis 70 Jahren mit einem Typ-2-Diabetes (T2D) und einem BMI < 27 kg/m² zwei zwei- bis vierwöchigen Zyklen mit Formulardiät, um 5 % ihres Körpergewichts (KG) zu reduzieren.

„Persönliche Fettschwelle“ findet sich nicht in Leitlinien

Im Vergleich zum Ausgangswert waren BMI und Gesamtkörperfett nach zwölf Monaten signifikant gesunken, außerdem fielen Leberfettgehalt und Nüchternplasmainsulin in den Normbereich. Durch einen medianen Gewichtsverlust von 6,5 % (5,5 % bis 10,2 %) erreichten 70 % der Testpersonen eine

andauernde T2D-Remission (mit Absetzen aller glukosesenkenden Pharmaka). Die Resultate werden als Bestätigung für die Hypothese der persönlichen Fettschwelle gewertet: Die Ätiologie des T2D hänge nicht allein vom BMI ab. Bemerkenswert findet Prof. Aberle dabei, dass in keiner der aktuellen Leitlinien den Proband*innen eine Gewichtsreduktion empfohlen werde. Hier sei ein Umdenken notwendig, auch wenn die Studienergebnisse in einem größeren Kollektiv reproduziert werden sollten.

Mehr „Time in Target Range“ beim Gewicht anstreben

Wie bei anderen Parametern gewinnt auch beim KG die „Time in Target Range“ (TTR) stärker an Bedeutung, wie eine aktuelle Beobachtungsstudie über im Median acht Jahre mit 3.601 Proband*innen aus der Look-AHEAD-Studie zeigt.² Die Teilnehmenden mit T2D und Übergewicht bzw. Adipositas wiesen zu Studienbeginn eine eGFR \geq 60 ml/min auf. Definiert war die KG-TTR als Zeitanteil während der ersten vier Follow-up-Jahre, in denen das Körpergewicht im Zielbereich war (Gewichtsverlust \geq 7 % des Ausgangsgewichts). Im Fokus der Studie stand die Nierengesundheit. Als Ergebnis zeigte sich nach Prof. Aberles Worten eine „nahezu lineare Beziehung“: Je länger eine TTR beim KG erreicht

wurde, desto niedriger war das Risiko für die Niere. Auch die Fünf-Jahres-Daten zur DiRECT-Studie sprechen für die Erfolge einer andauernden Gewichtsreduktion bei erhöhtem BMI für die Diabetesremission: 26 % derjenigen, die nach zwei Jahren Follow-up in Remission waren, blieben dies auch nach 5 Jahren.³

Aus Tierversuchen ist bekannt, dass eine Läsion oder Stimulation des Hypothalamus – als wichtigem neuroendokrinen Zentrum für die Kontrolle von Appetit und Sättigung – das Fressverhalten und damit folglich auch die Körpermasse verändert. Inzwischen wurden auch in einer größeren Untersuchung von jungen Erwachsenen signifikante Zusammenhänge zwischen dem Volumen des Hypothalamus und dem BMI gefunden.⁴ Für diese Analyse wurden vier unabhängige Datensätze und ein automatischer Segmentierungsalgorithmus verwendet, um die Beziehung zwischen dem BMI und dem Volumen des Hypothalamus auf das intrakranielle Volumen herzustellen. Die Forschenden vermuten anhand ihrer Vergleiche von insgesamt 1.351 adipösen, über-, normalgewichtigen und anorektischen Testpersonen eine hypothalamische Entzündung bei einem hohen BMI, wie sie in Tiermodellen als Reaktion auf eine fettreiche Ernährung beobachtet wurde, erklärte Prof. Aberle.

Bariatrische Chirurgie: Mit neuen Antidiabetika erfolgreicher?

Wie viel Chirurgie brauchen wir noch angesichts der vielen wirksamen Diabetes-Medikamente? Aufgrund der hohen Preise der Medikamente gebe es hierzu viele Diskussionen, sagte Prof. Aberle. In einer aktuellen Studie wurden die Langzeiteffekte der bariatrischen Chirurgie auf die Blutdruckeinstellung bei einem mittleren Ausgangs-BMI von 37 kg/m² analysiert (n = 100; primärer Endpunkt: \geq 30 % Reduktion der Antihypertensiva bei

Wie hemmen GLP1-RA systemische Entzündungen?

GLP1-RA üben antiinflammatorische Effekte aus, schwächen u. a. durch T-Zellen vermittelte Entzündungen im Darm und Immunsystem ab – direkt über die intraepithelialen Darmlymphozyten.

Bisher war unklar, wie GLP1-RA systemische Entzündungen in Abwesenheit einer weit verbreiteten Immunexpression des GLP1-Rezeptors hemmen können. Nun zeigte eine Forschergruppe, dass die GLP1-Aktivierung die Induktion von TNF- α im Plasma durch mehrere Toll-like-Rezeptor-Agonisten abschwächt.⁸ Diese Wirkungen werden nicht durch hämatopoetische oder endotheliale, sondern durch neuronale GLP1-Rezeptoren vermittelt. Diese Daten erweitern laut Prof. Aberle aufkommende Konzepte von Gehirn-Immun-Netzwerken und stellen eine neue GLP1-Achse zwischen Darm und Gehirn zur Unterdrückung von peripheren Entzündungen dar.

< 140/90 mmHg). Das relative Hypertonie-Risiko sank durch die Gewichtsreduktion der operierten Personen um 20 %, und damit deutlich gegenüber medikamentöser Behandlung.⁵ Zu beachten sei, dass relativ viele operierte Menschen drei bis fünf Jahre nach einer bariatrischen Operation wieder mehr Gewicht auf die Waage bringen, betonte Prof. Aberle. Dies sei häufig mit der Angst verbunden, die anfänglich empfundene Steigerung der Lebensqualität wieder zu verlieren. In Adipositaszentren sei daher eine medikamentöse Intervention zum Standard geworden und habe vielfach eine erneute chirurgische Intervention abgelöst.

Aufgrund der überschaubaren Datenlage zur Effektivität einer Therapie mit GLP1-RA nach einem bariatrischen Eingriff hat eine Forschergruppe die Wirksamkeit einer Zusatzbehandlung mit Semaglutid an einer kleinen Gruppe von Menschen ohne T2D mit postbariatrischem Behandlungsversagen über einen Zeitraum von zwölf Monaten retrospektiv bewertet.⁶ Die Zusatzbehandlung mit Semaglutid an einer kleinen Gruppe von Menschen ohne T2D mit postbariatrischem Behandlungsversagen über einen Zeitraum von zwölf Monaten retrospektiv bewertet.⁶ Die Zusatzbehandlung mit Semaglutid führte unabhängig vom Geschlecht, einer Wiederzunahme des Gewichts bzw. einem unzureichenden Gewichtsverlust sowie der Art der Operation zu einem anhaltenden Gewichtsverlust. Bei allen prädiabetischen Personen

»DMP Adipositas: ein Schritt in die richtige Richtung«

(n = 6) führte die zwölfmonatige Behandlung mit dem GLP1-RA zu einer Normoglykämie. Ein aktuelles Review spreche dafür, dass vor allem Betroffene mit einer geringen postprandialen GLP1-Reaktion weniger gut auf eine bariatrische Operation reagieren und besonders effektiv mit GLP1-RA behandelt werden können.⁷

„Große Neuheit, andere Länder beneiden uns darum!“

Die Versorgung adipöser Menschen beruht in Deutschland überwiegend auf nicht erstatteten Leistungen. „Der kürzliche Beschluss von Richtlinien für ein DMP Adipositas hat diesbezüglich eine positive Entwicklung in Gang gebracht“, sagt Prof. Aberle. Der G-BA-Beschluss vom November 2023 schaffte die Voraussetzungen für ein DMP Adipositas für Erwachsene: Multimodale Behandlungsprogramme werden nun als Bestandteil des DMP in die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen. Ohne Komorbidität in das DMP einschreiben können sich Erwachsene mit einem BMI \geq 35 kg/m². Bei einem BMI von 30 bis 35 kg/m² muss mindestens eine der im DMP aufgeführten Komorbiditäten vorliegen, auch eine prädiabetische Stoffwechsellaage gehört dazu, betont Prof. Aberle. Es sei „ein wichtiges Anliegen“ gewesen, Prädiabetes ins DMP aufzunehmen, was trotz einiger Kritikpunkte ein Schritt in die richtige Richtung sei. Ein Impulspapier des BMG zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen, das zur Stärkung der Prävention aufruft, sei ebenfalls positiv zu werten. „Adipositas-Therapie ist Prävention von Folgeerkrankungen.“

Dr. Karin Kreuel

Diabetes Update 2024

1. Taylor R et al. Clin Sci (Lond) 2023; 137(16): 1333-1346; doi: 10.1042/CS20230586

2. Zu C et al. Diabetes Care 2024; 47(3): 371-378; doi: 10.2337/dc23-1727

3. Lean ME et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2024; 12(4): 233-246; doi: 10.1016/S2213-8587(23)00385-6

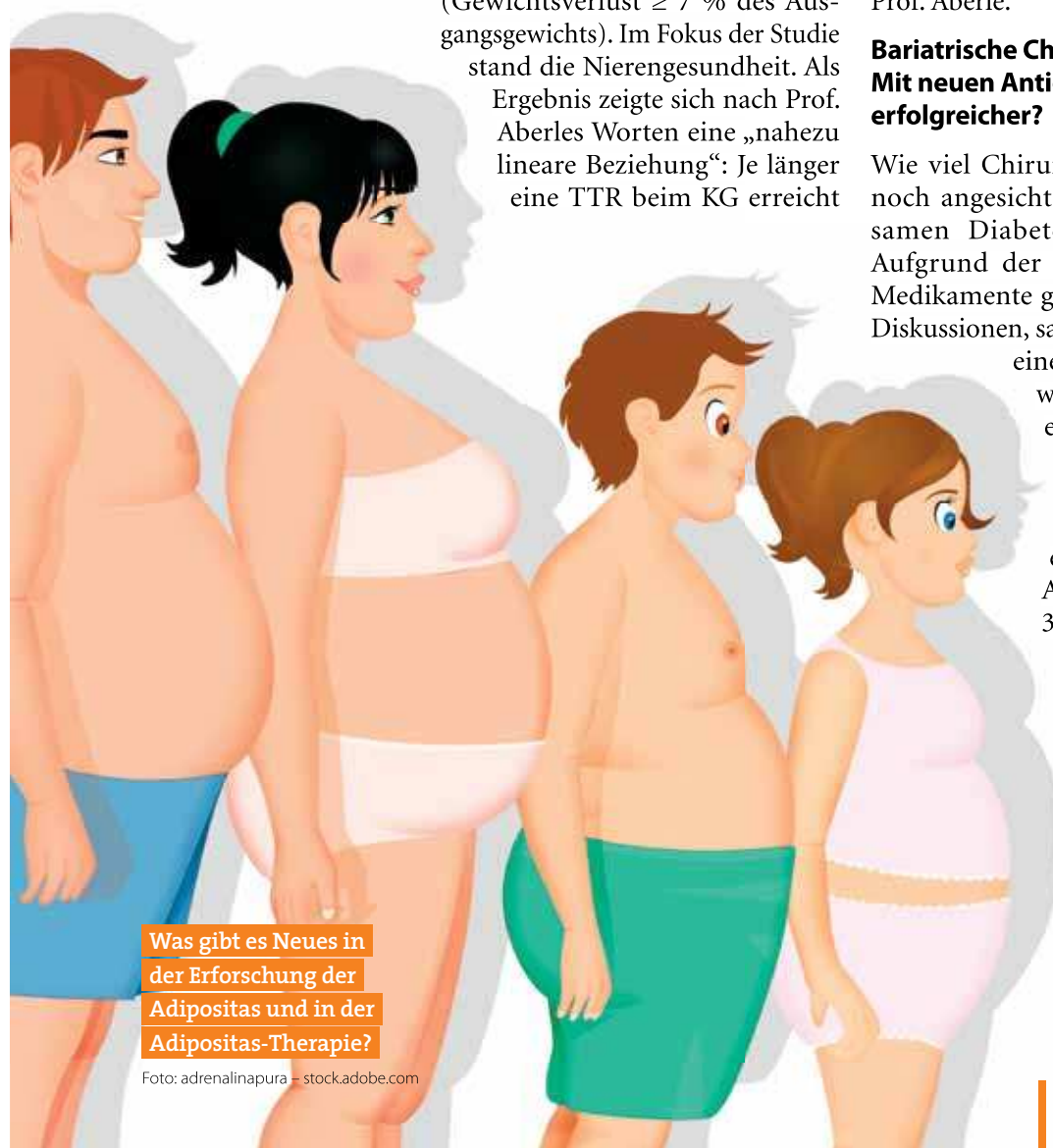
4. Brown SSG et al. Neuroimage Clin 2023; 39: 103478; doi: 10.1016/j.nicl.2023.103478

5. Schiavon CA et al. J Am Coll Cardiol 2024; 83(6): 637-648; doi: 10.1016/j.jacc.2023.11.032

6. Lautenbach A et al. Clin Obes 2023; 13(5): e12593; doi: 10.1111/cob.12593

7. Çalik Başaran N et al. Int J Obes (Lond) 2024 Jan 15; doi: 10.1038/s41366-024-01461-2

8. Wong CK et al. Cell Metab 2024; 36(1): 130-143.e5; doi: 10.1016/j.cmet.2023.11.009



Was gibt es Neues in der Erforschung der Adipositas und in der Adipositas-Therapie?

Foto: adrenalinaipura - stock.adobe.com

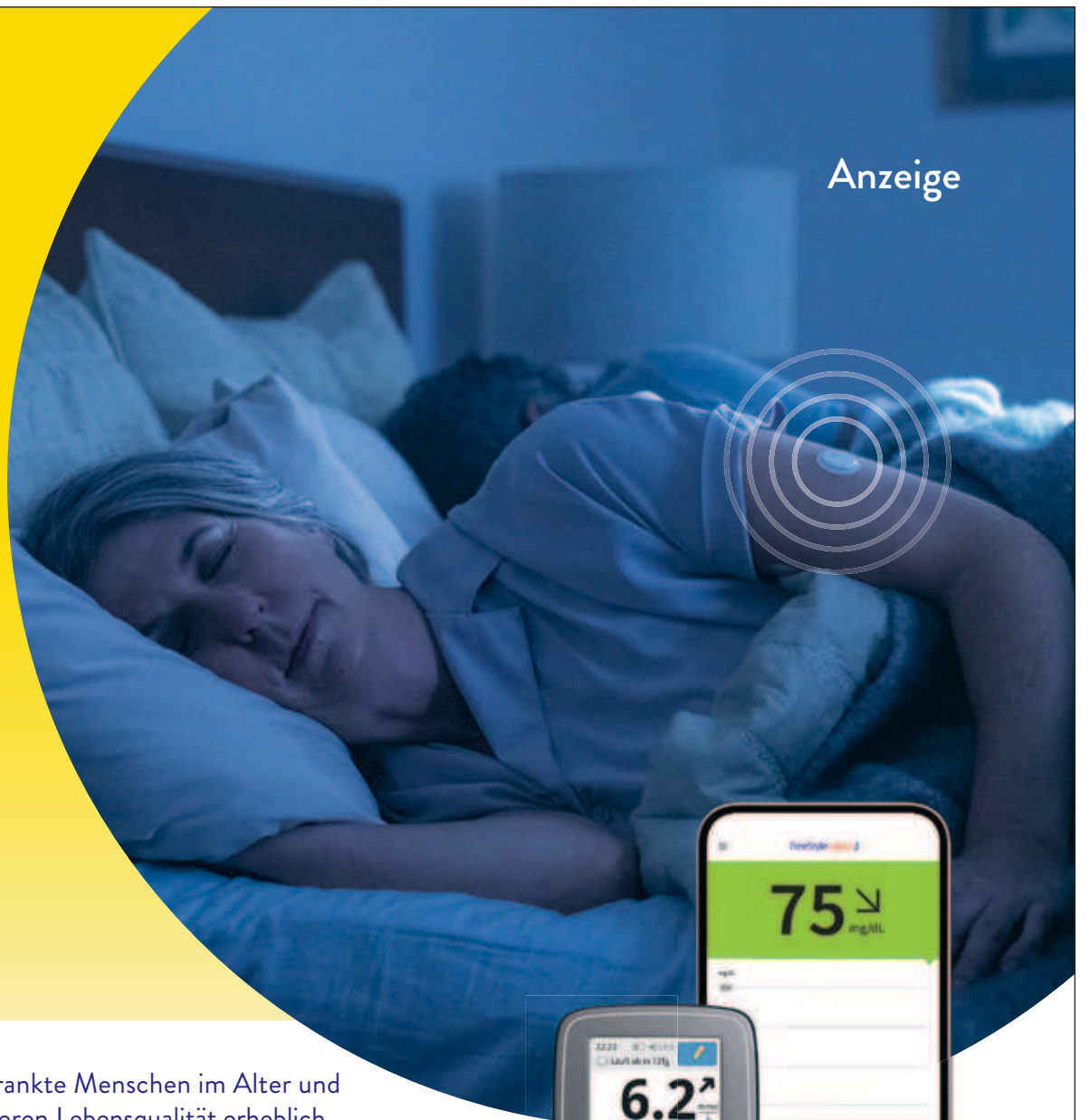
»Hypothalamus-Volumen und BMI: Zusammenhänge gefunden«



FreeStyle Libre 3

Mehr Sicherheit^{1,2} – Tag und Nacht

Diabetes im Alter: mit kontinuierlicher Glukosemessung Hypoglykämien und das Risiko für Komorbiditäten reduzieren.



Anzeige



Hypoglykämien stellen eine der größten Ängste von Patient:innen mit Diabetes dar – ungeachtet ob Typ-1- oder Typ-2-Diabetes vorliegt. Dabei ist die Angst vor Stürzen, Wahrnehmungsstörungen und Einschränkungen der Selbstbestimmtheit insbesondere bei älteren Menschen mit Typ-2-Diabetes groß. Zudem steigt mit dem Alter das Risiko für schwerwiegende Folgen hypoglykämischer Episoden. Daher ist die Reduzierung von Hypoglykämien sowohl bei Menschen mit Typ-1- als auch Typ-2-Diabetes ein wichtiger Behandlungsbaustein, um die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern und ihnen mehr Sicherheit^{1,2} im Alltag zu bieten.

Unentdeckte Hypoglykämien mit Folgen
Insbesondere nächtliche Hypoglykämien bleiben oftmals unentdeckt, wie eine prospektive multizentrische Studie mit 155 insulinpflichtigen Menschen mit Typ-2-Diabetes (≥75 Jahren) zeigte.³ Dabei wurden gerade diese mit kognitiven Beeinträchtigungen, Herzversagen und depressiven Störungen in Verbindung gebracht.³ Auch eine Metaanalyse von 44 Studien und insgesamt mehr als 2,5 Mio. Proband:innen (≥55 Jahren) weist auf den Zusammenhang von Hypoglykämien und diversen schwerwiegenden Folgen wie Demenz, makro- und mikrovaskulären Komplikationen, Stürzen und Frakturen hin.⁴ Schwerwiegende Hypoglykämien sind daher auch ein häufiger Grund für Krankenhausaufenthalte.⁴ Das Bewusstsein um diese Gefahren belastet

an Diabetes erkrankte Menschen im Alter und beeinträchtigt deren Lebensqualität erheblich. Gerade deshalb sollte die Reduzierung von Hypoglykämien in dieser Patientengruppe oberste Priorität haben.³

Mehr Sicherheit^{1,2} im Alltag bieten
FreeStyle Libre 3 kann Menschen mit Typ-2-Diabetes dabei helfen, wieder mehr Sicherheit² und Lebensqualität⁵ zurückzugewinnen. Die minütliche* Glukosemessung und optionalen Alarme** sowie lückenlosen Glukoseberichte erleichtern das Diabetesmanagement; das Teilen von Werten über die LibreLinkUp App*** ermöglicht die Einbindung von Angehörigen und stärkt so das Sicherheitsempfinden. Die kontinuierliche Glukosemessung kann Hypoglykämien nachweislich⁶ reduzieren und führt zu einer anhaltenden Verbesserung des HbA_{1c}-Wertes⁶. Außerdem kommt es zu weniger hypoglykämiebedingten Notfall- und Krankenhauseinweisungen.⁷ So wird nicht nur die Diabetes-Kontrolle unterstützt, sondern auch ein wichtiger Beitrag zur Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit im Alter geleistet: für ein rundum besseres Lebensgefühl – Tag und Nacht.

Ein Beispiel aus der Praxis – Franz
Franz Mikolas ist 87 Jahre alt und seit über 40 Jahren an Typ-2-Diabetes erkrankt. Er führt eine intensivierete Insulintherapie durch und nutzt seit rund zwei Jahren FreeStyle Libre 3.

„SEIT ICH DAS FREESTYLE LIBRE 3 SYSTEM NUTZE, FÜHLE ICH MICH WESENTLICH SICHERER, DA DER ALARM MICH UND ZUGLEICH MEINEN SOHN WARNT, SOBALD MEINE WERTE ZU NIEDRIG WERDEN. ICH HABE SOMIT TAG UND NACHT EIN NETZ MIT DOPPELTEM BODEN, DAS BERUHIGT MICH ENORM UND LÄSST MICH BESSER SCHLAFEN!“



*Der Sensor ist 60 Minuten nach der Aktivierung für die Glukosemessung bereit.
**Alarme sind standardgemäß ausgeschaltet und müssen eingeschaltet werden.
***Die Nutzung von LibreLinkUp erfordert eine Registrierung bei LibreView. Die Übertragung der Daten zwischen den Apps erfordert eine Internetverbindung. Es besteht die Möglichkeit, die LibreLinkUp Einladung anzunehmen und damit Benachrichtigungen und Warnhinweise zu erhalten oder diese abzulehnen. Eine Entscheidung hierüber sollten Sie basierend auf Ihren Kenntnissen und Erfahrungen treffen, bei dem Erhalt eines zu hohen oder zu niedrigen Glukosewerts angemessen reagieren zu können.
1. Bolinder, J. et al. The Lancet. 2016; 388(10057):2254-2263. 2. Haak, T. et al. Diabetes Ther. 2017; 8(1):55–73. 3. Boureau, AS. et al. J Am Geriatr Soc.2023. doi: 10.1111/jgs.18341 4. Mattishent 2021 https://www.frontiersin.org/journals/endocrinology/articles/10.3389/fendo.2021.571568/full. 5. Fokkert, M. et al. BMJ Open Diab Res Care. 2019; doi: 10.1136/bmjdr-2019-000809. 6. Bao 2022 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9127838/. 7. Reaven 2023 https://diabetesjournals.org/care/article-abstract/46/4/854/148455/Initiation-of-Continuous-Glucose-Monitoring-Is
Agenturfoto. Mit Model gestellt. Glukosedaten dienen zur Illustration, keine echten Patientendaten. Das Lesegerät oder die Apps der FreeStyle Libre Messsysteme sind sowohl in mg/dL als auch mmol/L erhältlich.
Das Sensorgehäuse, FreeStyle, Libre und damit verbundene Markennamen sind Marken von Abbott.
© 2024 Abbott. ADC-89413 v3.0

MEDICAL REPORT

Das Diabetische Fußsyndrom

Der GEHWOL Diabetes-Report reflektiert Sichtweisen zum Präventionsverhalten

Zu den häufigsten Folgekomplikationen bei Diabetes gehört das diabetische Fußsyndrom (DFS) – das dramatische Auswirkungen für die Betroffenen haben kann: 85 % aller Amputationen unterhalb des Sprunggelenks werden bei Menschen mit Diabetes vorgenommen.¹ Viele Fußläsionen könnten jedoch durch geeignete präventive Maßnahmen verhindert werden. Der GEHWOL-Diabetes-Report gibt Einblicke, wie entsprechende Empfehlungen umgesetzt werden.²

92 % der befragten 120 Hausärzte, Endokrinologen und Diabetologen waren der Meinung, dass das individuelle Risikoverhalten einen erheblichen Einfluss auf die Fußgesundheit hat (Abb. 1). Bei bis zu einem Drittel der Patient*innen machten sie typische Symptome aus, die auf ein erhöhtes DFS-Risiko schließen lassen. Dazu gehören vor allem Neuropathie, Druckfehlbelastungen, Mikroangiopathie, mangelnde Fußhygiene, periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK), eingeschränkte Gelenkmobilität und psychosoziale Defizite. Um schwerwiegenden Begleiterkrankungen des Diabetes an den Füßen frühzeitig vorzubeugen, bedarf es nach Ansicht der Behandelnden regelmäßiger Untersuchungen sowie einer Sensibilisierung für die Diabeteserkrankung aufseiten der Betroffenen.

Fußnetz schützt

Für das Risiko der Betroffenen spielt auch die Vernetzung der Praxis eine Rolle: Ist die behandelnde Praxis einem Fußnetz angeschlossen, gelten die Betreuten seltener als Träger eines Risikos für ein DFS. Dazu trägt bei, dass diese Praxen häufiger diagnostische Maßnahmen wie die Pal-

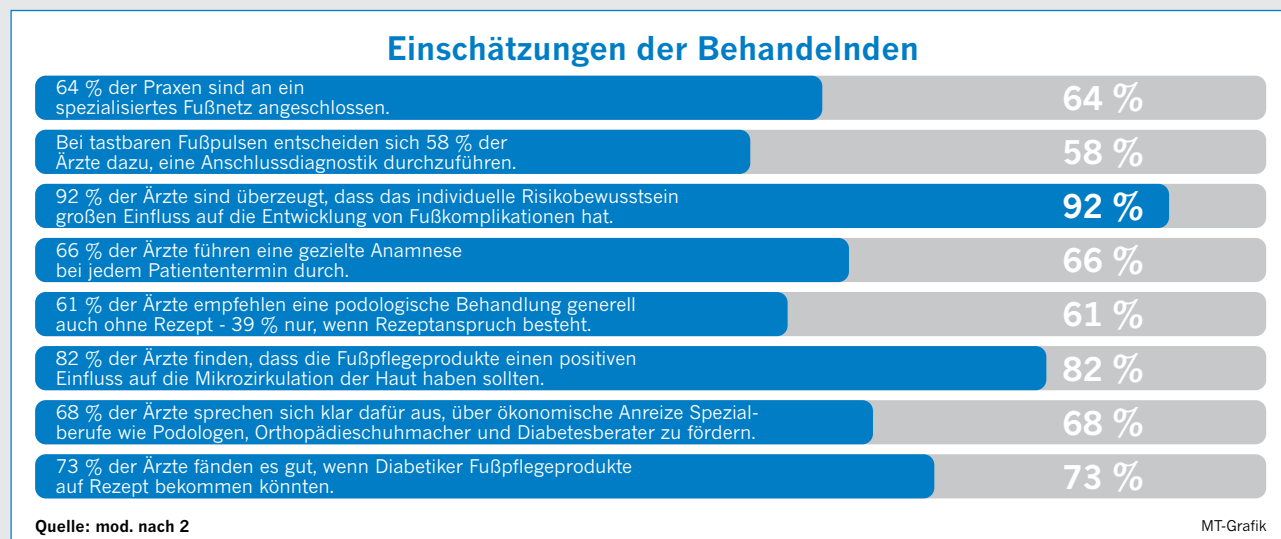


Abb. 1: GEHWOL Diabetes-Report: Antworten der befragten Ärzt*innen.²

pation der Fußpulse und Anschlussdiagnostiken durchführen. Das hat positive Auswirkungen insbesondere auf die Patient*innen, die die Kontrolluntersuchungen regelmäßig in Anspruch nehmen. Unter Menschen mit einer peripheren diabetischen Neuropathie gehen immerhin 69 % mindestens einmal alle drei bis sechs Monate zur Kontrolle.

Gefragt nach Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen, sprechen

sich die Behandelnden für konsequente Druckentlastung, Schulungen für Menschen mit Diabetes und eine gute podologische Versorgung aus.

Podologische Maßnahmen

So empfehlen 61 % der Behandelnden grundsätzlich allen Patient*innen eine podologische Komplexbehandlung – also auch dann, wenn sie keinen Verordnungsanspruch haben und die Kosten selbst tragen müssen. Das ist ein guter Wert im Sinne der Prävention. Das bedeutet aber auch, dass 39 % podologische Maßnahmen nur dann empfehlen, wenn ein Verordnungsanspruch besteht. Ähnlich sieht es bei der orthopädischen Schuhversorgung aus: 42 % grundsätzliche Empfehlung vs. 58 % Empfehlung nur bei Verordnungsanspruch. Hier wäre es wünschenswert, wenn Patient*innen generell auf die Notwendigkeit und Möglichkeit einer podologischen und orthopädischen

technischen Versorgung aufmerksam gemacht würden. Ebenfalls im Sinne einer optimierten Prävention wäre es, wenn grundsätzlich alle Patient*innen systematisch über eine angemessene, selbst durchzuführende Fußinspektion und -pflege aufgeklärt werden würden. Dies machen 67 % der befragten Behandelnden, während 28 % dies nur bei einem erkennbaren Ulkusrisiko empfehlen.

Maßnahmen in Eigenregie

Als konkrete Präventionsmaßnahmen in Eigenregie eignen sich unter vielen weiteren Maßnahmen die tägliche Fußkontrolle und das Eincremen der Füße (siehe Kasten). Geeignete Präparate sollten den Behandelnden zufolge einen positiven Einfluss auf die Mikrozirkulation der Haut haben und der Xerosis entgegenwirken, die häufig am Beginn einer Kaskade von Problemen steht, die sich zum DFS weiterentwickeln

Handlungsempfehlungen zur Fußgesundheit

- ▶ gerades Abschneiden der Zehennägel
- ▶ Untersuchung der Füße und der Schuhe
- ▶ Eincremen der Füße mit Pflegepräparaten
- ▶ Podologische Behandlung von präulzerativen Hautproblemen, z.B. Hornhautbildung, eingewachsene Zehennägel, Pilzinfektionen
- ▶ Integrierte Fußversorgung inkl. professioneller Fußpflege, angemessener Schuhversorgung und systematischer Aufklärung über selbst durchzuführende Pflege
- ▶ Schulung von Menschen mit Diabetes
- ▶ Tägliches Waschen der Füße mit anschließendem Abtrocknen – insbesondere der Zehenzwischenräume
- ▶ Fuß- und Bewegungsübungen
- ▶ Maßnahmen zur Druckentlastung, z.B. Druckschutz aus Polymergel

GEHWOL Diabetes-Report

- ▶ Zweijährliche Bestandsaufnahme der Eduard Gerlach GmbH (GEHWOL) in Kooperation mit Statista
- ▶ Untersucht Disease Management und Disease Awareness in Zusammenhang mit den Risiken eines DFS
- ▶ Online-Befragung im Mai und Juni 2023: 120 Ärzte, die zusammen rund 46.000 Menschen mit Diabetes behandeln, und – erstmals – auch direkt 500 Patienten. Sie erhielten jeweils zwei unterschiedliche Fragebögen mit vergleichbaren Fragestellungen.

können. Auch der Urea-Gehalt der Pflegepräparate ist ein Indikator für eine Empfehlung.

1. Eckhard M. Deutsches Ärzteblatt 2023 (120) Nr. 19 A864-A870

2. GEHWOL Diabetes-Report 2023. Strukturierte standardisierte schriftliche Befragung mit n = 500 Patient*innen sowie n = 120 Ärzt*innen. Erhebung und Auswertung durch Statista. April bis Juni 2023. Im Internet: www.gehwol.de/Aktuelles/GEHWOL-Diabetes-Report-2023 (Zugriff 20.04.2024)

Diabetisches Fußsyndrom verhindern – die Sicht der Betroffenen

Hohe Diskrepanz zwischen der Wahrnehmung von Behandelnden und Betroffenen

Der GEHWOL Diabetes-Report hat seinen Datenpool vergrößert und erfasst jetzt auch die Einschätzungen von 500 online befragten Menschen mit Diabetes. Die Ergebnisse geben zu erkennen, wie weit bei Themen wie beispielsweise Wissen über Begleiterkrankungen, Präventionsmaßnahmen sowie Adhärenz die Sicht der Behandelnden und die Selbsteinschätzung der Betroffenen auseinanderliegen.²

Die Einbeziehung der Betroffenen in die Erhebung schafft eine größere Datengrundlage und trägt dazu bei, einen anderen Blickwinkel auf das Thema und ein besseres Verständnis über die Wirkung von Prävention und Versorgung zu entwickeln. Die unterschiedlichen Einschätzungen von Behandelnden und Betrof-

fenen stechen besonders bei den Themen Gesundheitsbewusstsein und Disease Management hervor: Während Ärzt*innen schätzen, dass nur knapp 60 % der Patient*innen auf ihre Füße achten, geben 85 % der Betroffenen an, dass ihnen regelmäßige Fußpflege wichtig ist. Eine Diskrepanz, zumal die Behandelnden davon berichten, dass die überwiegende Mehrheit der Patient*innen die gebotenen Vorsorgemaßnahmen nicht umsetzt.

Kennen Betroffene das DFS?

Das Fußpflegebewusstsein ist erheblich davon beeinflusst, ob Menschen mit Diabetes die Risiken eines Fußsyndroms kennen. Deshalb ist es erfreulich, dass die befragten Personen die Begleiterkrankungen

ihrer Diabetesgrunderkrankung kennen: 94 % der Befragten gaben an, zu wissen, was ein diabetischer Fuß ist. Eine Mehrheit gab außerdem an, zu wissen, wie diese Erkrankung entsteht. Entsprechend fürchtet sich fast die Hälfte der Patient*innen konkret vor einer Schädigung der Füße und 61 % haben Angst davor, dass sich der Zustand der eigenen Fußgesundheit verschlechtert.

Aufklärung ist wichtig

Das zeigt, wie wichtig Aufklärung ist. Gefragt nach den Informationsquellen, geben die meisten Betroffenen an, dass sie sich ihre Informationen von Ärzt*innen (72 %) und Diabetesberater*innen (41 %) einholen. Danach folgen mit einigem Abstand Aufklärungsmaterialien, Fuß-

pflege- und Podologiepraxen, Familie und Freunde sowie die Medien.

Fußpflege der Betroffenen

Eine substanzielle Erkenntnis des Reports: Die Pflegemotivation hängt stark davon ab, ob Patient*innen ein Risikobewusstsein besitzen. So pflegen Menschen, die von einer Folgeerkrankung betroffen sind oder die sich um die Gesunderhaltung der Füße sorgen, ihre Füße regelmäßiger: Etwa zwei Drittel von ihnen gaben an, die Füße auf Verletzungen hin zu überprüfen und die Füße einzucremen. Doch liegen hier möglicherweise Wunsch und Wirklichkeit auseinander, denn fast 60 % derer, die Fußpflege wichtig finden, äußerten, ihre Füße nur unregelmäßig bzw. gar nicht zu pflegen. Auch die Behandelnden schätzen die

Umsetzung der präventiven Maßnahmen durch die Patient*innen gering ein: deren Fußpflegebewusstsein betreten nur 18 % der Ärzt*innen mit gut oder sehr gut.

Prävention verbessern

Eine andere Erkenntnis des Reports ist, dass auch die wirtschaftlichen Voraussetzungen eine Rolle spielen. So geht etwa jeder Zweite mit einem Haushaltseinkommen unter 2.000 € nie zur medizinischen Fußpflege. Deshalb bedarf es struktureller Maßnahmen, um die Prävention zu verbessern. Dazu gehört die psychosoziale Entlastung der Patient*innen ebenso wie eine bessere Vergütung für Leistungserbringende wie z.B. Mitarbeitende in Podologie, Orthopädie-schuhtechnik und Diabetesberatung.

»Schwieriges« Patientengespräch? Der Diabetescoach hilft weiter!

Neues Fortbildungsangebot für Diabetesberater*innen DDG

BERLIN. Vulnerable Menschen mit chronischen Erkrankungen über einen längeren Zeitraum begleiten, die Kommunikation mit ihnen verbessern und Handlungskompetenzen stärken: Das ist das Ziel des neuen Fortbildungsangebots „Diabetescoach DDG“ für qualifizierte Diabetesberater*innen DDG. Der Pilotkurs startet im Oktober und ist schon ausgebucht.

Patient X hat zu hohe Glukosewerte, Herzprobleme und starkes Übergewicht. Mit viel Engagement, Empathie und Fachkompetenz informiert und berät die zuständige Diabetesberaterin den Betroffenen. Er nickt zwar artig, hält sich aber dann doch nicht an die Hinweise – trotz seiner ernstesten Lage.

Non-compliant oder nur falsches Angebot?

Nicht nur Berater*innen kommen in solchen Fällen an ihre Grenzen. Ist der Mensch mit Diabetes aber wirklich „beratungsresistent“ bzw. mangelt es ihm an Adhärenz oder erhält er nur nicht das passende Angebot? Hier setzt der Diabetescoach DDG an, der Menschen mit Diabetes kurz-, mittel- und langfristig dabei unterstützen soll, mögliche Barrieren hinsichtlich der Ziele der Diabetestherapie – Lebensqualität erhalten sowie diabetesassoziierte Akut- und Folgekomplikationen als auch Exzess-Mortalität vermeiden – „mit der Methode des Coachings zu reduzieren bzw. zu überwinden“, so



Ergänzt das neue modulare Fortbildungskonzept für Gesundheitsfachberufe der Fachgesellschaft: der Diabetescoach DDG.
Grafik: DDG

Bildungsreferentin ANGELIKA DEML, Katholische Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern.

Bei dem neuen Angebot gehe es jedoch nicht nur um ein Coaching vulnerabler, chronisch erkrankter Personen, ergänzt VDBD-Vorsitzende KATHRIN BOEHM, sondern auch um Menschen, die „ein definiertes Problem im Kontext ihrer Diabeteserkrankung bzw. -Therapie“ mitbrächten, für das sie die (temporäre) Unterstützung eines Coaches in Anspruch nehmen könnten.

»Blaupause für andere chronisch Erkrankte«

„Der Schwerpunkt der Fortbildung liegt auf dem Erkennen von Coaching-Anlässen, dem Kennenlernen eines Coaching-Prozesses sowie der Entwicklung und Anwendung neuer Methoden.“ Am Ende soll ein solcher Prozess geplant, durchgeführt und evaluiert werden, sagt sie.

Herausforderungen des Alltags als Therapiehürde

Kathrin Boehm gibt aber auch zu bedenken, dass Therapie-Adhärenz bei den Betroffenen oft „nicht am Wissen, sondern an den Herausforderungen im Alltag“ scheitert. Hier könne das Diabetescoaching ansetzen, damit Betroffene diese Barrieren herausfinden, eigene Ziele klarer formulieren, neue Ressourcen entdecken. Da Coaching „immer freiwillig“ sei, könne es „zu einem zusätzlichen Angebot in Schwerpunktpraxen werden“, hofft sie.

Die Kommunikation mit den Menschen mit Diabetes sei stets „einrichtungintern gebunden“ und werde „individuell gestaltet“, führt Angelika Deml an. Erfolgreiche Diabetes-Teams verfügten bereits über eine gute Kommunikationsstruktur. Die Bildungsreferentin wünscht sich noch, „dass möglichst viele Mitarbeitende in den Diabeteseinrichtungen genauso viel Spaß und Erfüllung“ in der Patientenversorgung hätten wie sie selbst. Das „Feuer für diese Tätigkeit“ möge „weiter brennen, ungeachtet der Rahmenbedingungen mit Verbesserungsbedarfen an manchen Stellen“, wie in der Diabetestechnologie. Das Problem „der fehlenden Interoperabilität der verschiedenen Software-Programme der Herstellerfirmen untereinander“ sei weiterhin nicht gelöst.

Für Professor Dr. DIRK MÜLLER-WIELAND, Vorsitzender des DDG

In 80 Stunden zum Coach

Die Qualifikation zum Diabetescoach DDG ist für Diabetesberater*innen DDG mit fünfjähriger Berufserfahrung gedacht und umfasst 240 Unterrichtseinheiten (80 Stunden). Die insgesamt fünf Abschnitte finden sowohl in Präsenz als auch online statt.

Weitere Infos gibt es unter

www.ddg.info/ddg-akademie/fuer-gesundheitsfachkraefte/diabetescoach-ddg

Ausschusses „Qualitätssicherung, Schulung & Weiterbildung“, ist der Diabetescoach „ein echter ‚Medical/Patient Need‘ bei der kontinuierlichen Begleitung von Menschen mit Diabetes aller Altersgruppen“. Mit der neuen Ausbildung, die im Oktober in Regensburg startet, erhielten sie „bei komplexen Lebenssituationen oder -krisen eine kompetente und systemorientierte Unterstützung im Sinne eines Coachings mit spezifischer Diabeteserfahrung“.

Diabetescoach DDG: der Neue im Bunde

Der Diabetescoach DDG ergänzt das neue modulare Fortbildungskonzept für Gesundheitsfachberufe der DDG mit Fokus auf einer individualisierten, system- und problemorientierten Begleitung von Menschen mit Diabetes, so Prof. Müller-Wieland. Damit werde auch die „modulare Komorbiditäten-orientierte Vertiefung der Module im ärztlichen Bereich erweitert“, erklärt er. Das neue Konzept könne auch „zu einer ‚Blaupause‘ für Menschen mit anderen chronischen Erkrankungen“ werden. *Angela Monecke*

KI-Systeme sicherer und robuster machen

Dr. Lisa Koch ist Professorin für Artificial Intelligence und Data Science

BERN. Die neu geschaffene Assistenzprofessur mit Tenure Track ist die dritte von insgesamt drei Professuren im Bereich „Diabetestechnologie und künstliche Bauchspeicheldrüse“ und wurde vor Kurzem besetzt. Die Professur wurde gemeinsam von der Universität Bern, der Insel Gruppe und dem Diabetes Center Berne (DCB) geschaffen.

Bevor sie ihre neue Stelle antrat, arbeitete Dr. LISA KOCH an Machine Learning für die biomedizinische Datenanalyse. Sie verfügt über einen Hintergrund in der akademischen Forschung sowie in der Entwicklung von datenwissenschaftlichen Produkten für medizinische Geräte. Nach einem Bachelor-Abschluss in Elektrotechnik (BSc) und

Biomedizintechnik (MSc) an der ETH Zürich promovierte Lisa Koch am Imperial College London, UK, im Bereich maschinelles Lernen für die medizinische Bildanalyse. Nach einem Post-doc-Aufenthalt an der ETH Zürich wechselte sie zum Schweizer Start-up Ava, wo sie die Leitung des Data-Science-Teams übernahm.

Sichere, verlässliche und effektive Tools für Data Science

2021 kehrte Dr. Koch in die akademische Forschung zurück, um dieses Thema als Gruppenleiterin für Machine Learning in der medizinischen Diagnostik am Hertie-Institut für Artificial Intelligence in der Hirnforschung an der Universi-

tät Tübingen, weiter zu verfolgen. In ihrer neuen Rolle als Assistenzprofessorin an der Universität Bern ist es ihr langfristiges Ziel, nachweislich sichere, zuverlässige und effektive Data-Science-Tools für patientenspezifische Behandlungssysteme in der Diabetesversorgung zu entwickeln.

„Mit meiner Forschung möchte ich eine vertrauenswürdige, AI-gestützte Diabetesversorgung bieten, die Patienten und Ärzten einen echten Nutzen bringt. Ich freue mich sehr, dem interdisziplinären Ökosystem des Diabetes Center Berne und der Klinik für Diabetologie, Endokrinologie, Ernährungsmedizin und Stoffwechsel der Universität Bern (UDEB) beizutreten – ein ideales



Prof. Dr. Lisa Koch
Universität Bern/
Insel Gruppe/
Diabetes Center Berne
Foto: DCB

Umfeld, um diese Vision voranzutreiben“, sagt Dr. Koch.

In ihrem Forschungsprofil auf der Website des Inselspitals heißt es zudem: „Maschinelles Lernen für die medizinische Datenanalyse ist inzwischen in vielen Anwendungen vergleichbar mit menschlicher Leistung. Dennoch stehen der breiten

Einführung von KI in der klinischen Praxis noch grosse Hürden im Weg. In der Praxis sind insbesondere Deep-Learning-Algorithmen bekanntermaßen fragil und neigen dazu, still und katastrophal zu versagen. KI-Systeme haben daher das Potenzial, der Patientin/dem Patienten zu schaden. Wird beispielsweise eine Hypoglykämie in einem KI-gestützten künstlichen Pankreas nicht erkannt, hat dies schwerwiegende Folgen. (...) Unser langfristiges Ziel ist die Entwicklung nachweislich sicherer, zuverlässiger und wirksamer KI-Instrumente zur Verbesserung patientenspezifischer Behandlungssysteme.“

Pressemitteilung Diabetes Center Berne; Inselspital – Universitätsspital Bern

Typ-2-Diabetes: Langzeitblutzuckerkontrolle und stabile Insulindosis durch SGLT-2-Hemmer

Herz und Nieren in der Primär- und Sekundärprävention schützen

Die Insulintherapie kann noch immer ein wichtiger Baustein der glykämischen Kontrolle des Typ-2-Diabetes mellitus (T2D) sein.¹ Jedoch ist die Behandlung mit Insulin nicht unproblematisch: Sie kann zu Hypoglykämien und zur Gewichtszunahme führen² und eine bestehende Insulinresistenz verstärken.³ Bei einer langfristigen Insulintherapie werden sukzessive höhere Insulinmengen benötigt.³ Dies erschwert die Insulintherapie zusätzlich. Für die Patient*innen stellen die wiederkehrenden Injektionen eine Alltagsbelastung dar.^{2,3} Daher ist von Interesse, ob eine Kombination mit anderen Antidiabetika wie den SGLT-2-Inhibitoren (SGLT-2i) Vorteile für die Insulintherapie ergibt.

In einer Studie wurde dies mit dem SGLT-2i Dapagliflozin* (Forxiga, 10 mg) bei Patient*innen mit einer unzureichenden glykämischen Kontrolle unter einer Insulin-Behandlung ≥ 30 IU/Tag untersucht.⁴ Die Studie war randomisiert, multizentrisch, doppelblind und dauerte 24 Wochen mit einer Nachbeobachtungszeit von 80 Wochen (insgesamt 2 Jahre). Die Patient*innen in der Dapagliflozin- (n = 194) und in der Placebo-Kohorte (n = 193) konnten bis zu zwei weitere orale Antidiabetika einnehmen. Davon machten 42,8 % in der Dapagliflozin- und 40,4 % in der Placebo-Kohorte Gebrauch und nahmen zusätzlich Metformin ein. Der primäre Endpunkt war die glykämische Kontrolle (HbA_{1c}) nach 24 Wochen. Zu den sekundären Endpunkten gehörten die Änderung der mittleren täglichen Insulindosis sowie die Gewichtsentwicklung nach 24 Wochen.¹ Die Auswirkungen auf den HbA_{1c}-Wert, die Insulindosis und das Körpergewicht wurden auch nach 2 Jahren untersucht.⁴

Bessere glykämische Kontrolle – stabiler Insulinverbrauch

Nach einer 2-jährigen Therapiedauer reduzierte sich in der Placebo-Kohorte der HbA_{1c}-Wert im Mittel um absolut 0,43 %. Die Reduktion lag in der Dapagliflozin-Gruppe aber bei 0,78 %. Damit reduzierte Dapagliflozin den HbA_{1c}-Wert von Patient*innen mit T2D im Vergleich zu Placebo signifikant stärker (95%-Konfidenzintervall [KI]: 0,15-0,55; p = 0,0007). Gleichzeitig reduzierte sich in dem Untersuchungszeitraum von 2 Jahren in der Gruppe

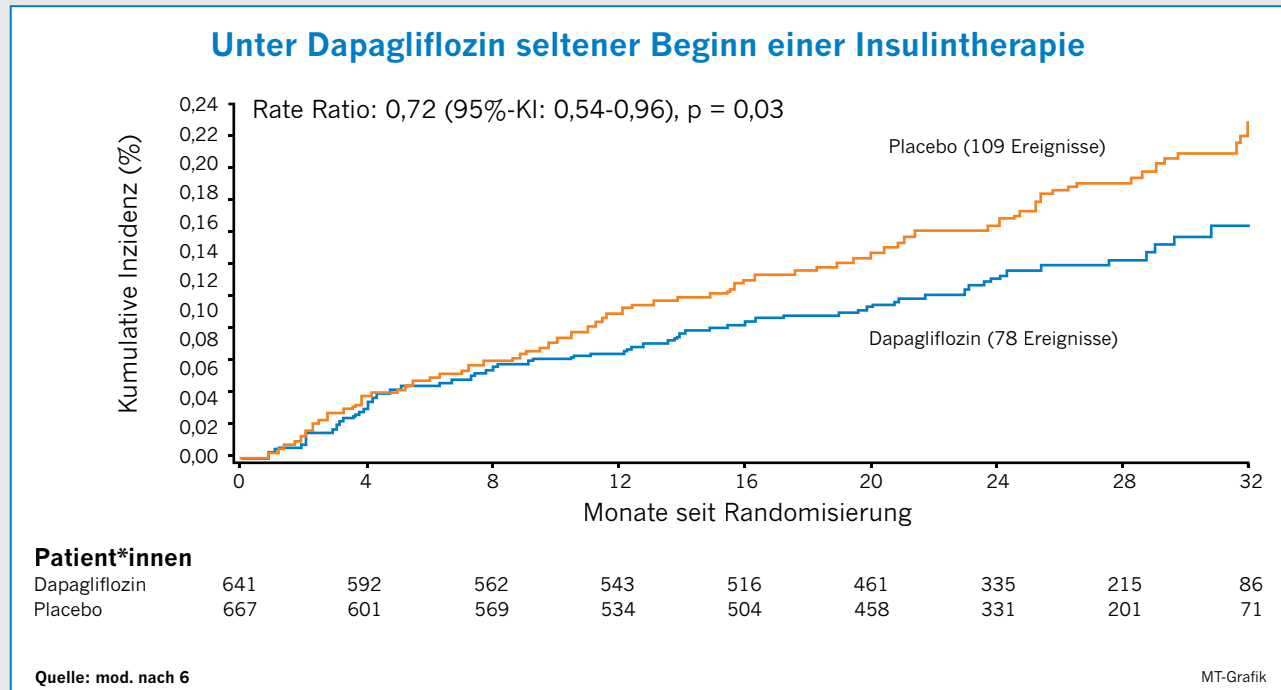


Abb. 1: Unter Dapagliflozin begannen weniger Patient*innen eine Insulintherapie neu (n = 78 von 641) verglichen mit der Placebogruppe (n = 109 von 667), entsprechend einer relativen Risikoreduktion von 28 %.

von Patient*innen, die den SGLT-2i erhielten, der Insulin-Verbrauch signifikant um 19,2 IU pro Tag (95%-KI: 12,9-25,5; p < 0,0001). Während die Insulindosis unter Dapagliflozin über die 2-jährige Studiendauer stabil blieb (Differenz zur Baseline: -0,8 IU), nahm sie in der Placebo-Kohorte zu (Differenz zur Baseline: 18,3 IU).¹ Auch in Bezug auf das Körpergewicht erzielten die Patient*innen nach 2 Jahren Erfolge: Die zusätzlich zu Insulin mit Dapagliflozin behandelten Patient*innen reduzierten ihr Körpergewicht im Durchschnitt um 1,4 kg.¹ In der Placebo-Gruppe nahmen die Studienteilnehmer*innen durchschnittlich 1,8 kg zu.^{1,2} Dapagliflozin kann somit dazu beitragen, bei Patient*innen mit T2D unter einer Insulintherapie die glykämische Kontrolle zu verbessern und die Steigerung der Insulindosis zu verhindern.⁴

Bei T2D und CKD: seltener Beginn mit einer Insulintherapie

Bei Patient*innen mit T2D und chronischer Nierenkrankheit (CKD) konnten in einer weiteren Studie Einflüsse auf die Notwendigkeit einer Insulinbehandlung durch die Therapie mit dem SGLT-2i Dapagliflozin festgestellt werden.⁶ So wurde in einer präspezifizierten Analyse der DAPA-CKD-Studie gezeigt, dass unter der Therapie mit Dapagliflozin im Vergleich zu Placebo deutlich seltener eine Insulinbehandlung bei Patient*innen mit T2D und CKD begonnen werden musste

[Abb. 1].⁶ Die relative Risikoreduktion für den Beginn der Insulintherapie lag bei 0,72 (95%-KI: 0,54-0,96; p = 0,03), also einer relativen Risikoreduktion um 28 %.

Schutz für Herz und Nieren

Der SGLT-2i Dapagliflozin ist nicht nur zur Therapie des T2D zugelassen, sondern auch zur Behandlung der chronischen, symptomatischen Herzinsuffizienz (HF) – unabhängig von der Ejektionsfraktion – und zur Therapie der CKD.^{5,7-9} Die Zulassung zur Behandlung der CKD erfolgte auf Basis der DAPA-CKD-Studie. Bei dieser Untersuchung ging es um die Risikoreduktion eines Ereignisses wie einer anhaltenden Reduktion der geschätzten glomerulären Filtrationsrate (eGFR) ≥ 50 %, einer Niereninsuffizienz im Endstadium, einer renalen oder kardiovaskulären Mortalität. Dapagliflozin konnte das Risiko für eines dieser Ereignisse um 39 % senken (HR: 0,61; 95%-KI: 0,51-0,72; p < 0,001).⁹ Der SGLT-2i wurde zudem im Rahmen der placebokontrollierten, doppelblinden kardiovaskulären Phase-3-Outcome-Studie DECLARE-TIMI 58 bei T2D-Patient*innen untersucht.¹⁰ Dapagliflozin reduzierte das relative Risiko einer Hospitalisierung aufgrund einer HF oder eines kardiovaskulären Todes um 17 % (HR: 0,83; 95%-KI: 0,73-0,95; p = 0,005). Wesentliche sekundäre Endpunkte dieser Studie waren der kombinierte renale

Endpunkt (Abnahme der eGFR von ≥ 40 % bis auf < 60 mL/min/1,73 m², Nierenversagen oder renaler Tod). Das relative Risiko für diese renalen Ereignisse konnte durch Dapagliflozin im Vergleich zu Placebo um 47 % gesenkt werden (HR: 0,53; 95%-KI: 0,43-0,66; p < 0,0001).¹¹

Zusatznutzen und Praxisbesonderheit bei CKD

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bescheinigte Dapagliflozin bei T2D als Kombinationstherapie einen Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen bei Erwachsenen mit unzureichend kontrolliertem Blutzucker trotz Diät, Bewegung und ≥ 1 Blutzuckersenkern (außer Insulin) mit hohem kardiovaskulärem Risiko, die eine weitere Medikation zur Behandlung der kardiovaskulären Risikofaktoren erhalten.¹² Für Dapagliflozin gibt es zahlreiche Rabattverträge mit den gesetzlichen Krankenkassen.¹³ Zur Behandlung der CKD gibt es für den SGLT-2i eine bundesweite Praxisbesonderheit nach § 130b Abs. 2 SGB V. Die Praxisbesonderheit gilt im Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 17. Februar 2022 für Erwachsene mit CKD mit oder ohne symptomatische, chronische HF als Komorbidität.¹⁴ Sofern bei Patient*innen mit T2D oder solchen mit HF zusätzlich eine CKD diagnostiziert wurde, kommt aufgrund der CKD-Diagnose

auch hier die Praxisbesonderheit für Dapagliflozin zum Tragen.

- * Dapagliflozin ist zur Behandlung des T2D, der chronischen Nierenkrankheit (CKD) und der Herzinsuffizienz (heart failure, HF) zugelassen.⁵
- † Dapagliflozin ist beim T2D zur Verbesserung der glykämischen Kontrolle indiziert, nicht für die Behandlung von Übergewicht.⁵
- ‡ Ergebnisse einschließlich der Daten nach Insulin-Auftitration
- 1. Hanefeld M et al. Diabetes Ther 2020;11:1645-1666
- 2. S3-Leitlinie: Nationale Versorgungsleitlinie Typ-2-Diabetes - Version 3.0 (Stand: Mai 2023). AWMF-Register-Nr. nvl-001 unter: <https://www.leitlinien.de/themen/diabetes/pdf/diabetes-vers3-0.pdf>, letzter Aufruf: Mai 2024
- 3. McFarlane SL. J Clin Hypertens 2009;11:601-607
- 4. Wilding JPH et al. Diabetes Obes Metab 2014; 16: 124-136
- 5. Fachinformation Forxiga® (aktueller Stand)
- 6. Beernink JM et al. Diabetes Care 2023; 46: 602-607
- 7. McMurray JJV et al. N Engl J Med 2019; 381: 1995-2008
- 8. Solomon SD et al. N Engl J Med 2022; 387: 1089-1098
- 9. Heerspink HJL et al. N Engl J Med 2020; 383: 1436-1446
- 10. Wiviott SD et al. N Engl J Med 2019; 380: 347-357
- 11. Mosenzon O et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2019; 7: 606-617
- 12. Beschluss des G-BA über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie: Dapagliflozin (Stand: 19.02.2019) unter: https://www.g-ba.de/download/39-261-4088/2919-12-19_AM-RL-XII_Dapagliflozin_D-461_BAnz.pdf, letzter Aufruf: Mai 2024
- 13. DeutschesArztPortal Networks GmbH 2024. Rabattverträge Forxiga (Stand: 15. April 2024) unter: <https://www.deutschesarztportal.de/wirtschaftlichkeit/aktuelle-rabattvertraege/rabattvertraege-zu-originalen/detail/produkt/1207>, letzter Aufruf: Mai 2024
- 14. GKV Spitzenverband. Anlage 1 zur Vereinbarung nach § 130b Abs. 1 Satz 1 SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband und der AstraZeneca GmbH zum Arzneimittel Forxiga® (Wirkstoff: Dapagliflozin) bezüglich der Anerkennung einer Praxisbesonderheit (Stand: 13. Jan 2023) unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenkassenversicherung/1/arzneimittel/amnog_praxisbesonderheiten/13016_pb20230113.pdf, letzter Aufruf: Mai 2024

Fazit für die Praxis

Der SGLT-2i Dapagliflozin ist bei erwachsenen Patient*innen zur Behandlung von unzureichend kontrolliertem T2D in Ergänzung zu einer Diät und Bewegung indiziert – als Monotherapie, wenn Metformin aufgrund einer Unverträglichkeit als ungeeignet erachtet wird, oder zusätzlich zu anderen Arzneimitteln.⁵ Dapagliflozin unterstützt die Senkung des Langzeitblutzuckerwertes HbA_{1c}.⁴ Der Wirkstoff kann auch die Insulindosis reduzieren, den Beginn einer Insulintherapie bei Patient*innen mit T2D verzögern und zugleich Herz sowie Nieren schützen.^{4,6-11}

Forxiga® 5 mg Filmtabletten, Forxiga® 10 mg Filmtabletten.

Wirkstoff: Dapagliflozin. Verschreibungspflichtig. Zusammensetzung: 1 Filmtablette Forxiga® 5 mg enthält Dapagliflozin-(2S)-Propan-1,2-diol (1:1) (1 H₂O), entsprechend 5 mg Dapagliflozin. 1 Filmtablette Forxiga® 10 mg enthält Dapagliflozin-(2S)-Propan-1,2-diol (1:1) (1 H₂O), entsprechend 10 mg Dapagliflozin. Sonstige Bestandteile: Tablettenkern: Mikrokristalline Cellulose, Lactose, Crospovidon, Siliciumdioxid, Magnesiumstearat. Filmüberzug: Poly(vinylalkohol), Titandioxid, Macrogol 3350, Talkum, Eisen(II)-hydroxid-oxid x H₂O. Anwendungsgebiete: 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. Patient*innen 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 Patient*innen zur Behandlung der chronischen Niereninsuffizienz. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. 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 Fasiitis des Perineums (Fournier-Gangrän), Angioödem, tubulointerstitielle Nephritis. 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: Januar 2024

Neonatale Komplikationen vermeiden

Leichte, aber signifikante Vorteile einer frühzeitigen Therapie

CAMPBELLTOWN. Der Gestationsdiabetes (GDM) birgt sowohl für die Mutter als auch für das Kind erhebliche Gefahren. Schwangere mit erhöhtem Hyperglykämierisiko und einem auffälligen oralen Glukosetoleranztest (oGTT) innerhalb der ersten 20 Schwangerschaftswochen (SSW) profitieren möglicherweise von einer frühzeitigen GDM-Therapie.

Der GDM prädisponiert unter anderem für hypertensive Schwangerschaftserkrankungen (Gestationshypertonus, Präeklampsie, Eklampsie), für maternale und fetale Geburtsverletzungen infolge einer fetalen Makrosomie und begünstigt Hypoglykämien des Neugeborenen, so die Arbeitsgruppe um Professor Dr. DAVID SIMMONS von der Western Sydney University in Campbelltown, Australien. Üblicherweise wird daher zwischen der 24. und 28. SSW mithilfe eines oGTT nach Blutzuckerauffälligkeiten gefahndet. Werdende Mütter mit erhöhtem GDM-Risiko sollen dagegen bereits

in einem früheren Gestationsalter ein Screening absolvieren. Ob bei entsprechenden Blutzuckerauffälligkeiten eine frühzeitig eingeleitete GDM-Therapie Vorteile im Hinblick auf den weiteren Schwangerschaftsverlauf oder die neonatale Morbidität hat, untersuchte Prof. Simmons gemeinsam mit weiteren

»oGTT: meist zwischen der 24. und 28. SSW«

internationalen Forschenden im Rahmen der TOBOGM-Studie. An der Studie, die an 17 Kliniken in Australien, Österreich, Schweden und Indien durchgeführt wurde, nahmen 802 Frauen mit einer Einlingsschwangerschaft teil, die mindestens einen Risikofaktor für eine Hyperglykämie aufwiesen (z. B. vorangegangener GDM oder Makrosomie, BMI > 30 kg/m², Alter ≥ 40 Jahre, familiäre Vorbelastung, polyzystisches Ovarsyndrom). Alle Frauen hatten in der ersten Hälfte der Schwangerschaft – im Schnitt in der 15. SSW – einen Zwei-Stunden-75-g-oGTT absolviert, dessen Ergebnis in allen Fällen die WHO-Kriterien für einen GDM erfüllte (s. Tabelle). Gemäß Randomisierung erhielten 406 Frauen unmittelbar eine GDM-Behandlung inklusive Schulungen zum Blutzuckermonitoring, Diätberatung sowie gegebenenfalls Pharmakotherapie. Die 396 Schwangeren der Kontrollgruppe absolvierten dagegen zu-

nächst zwischen der 24. und 28. SSW einen weiteren oGTT zur Kontrolle. Nur bei einem erneut auffälligen Testergebnis wurde bei ihnen eine Behandlung eingeleitet. Dies war bei 67 % der Frauen der Fall.

Weniger respiratorische Komplikationen

Zu einem neonatalen Endpunktereignis, also die Kombination verschiedener neonataler Komplikationen (Frühgeburt vor der 37. SSW, Geburtsgewicht ≥ 4.500 g, Geburtstrauma, Atemnotsyndrom, Phototherapie, Totgeburt, Tod während der Neonatalperiode, Schulterdystokie), kam es bei 24,9 % der Frauen mit frühzeitiger GDM-Therapie und 30,5 % der Frauen in der Kontrollgruppe. Dieser Unterschied war hauptsächlich auf eine niedrigere Rate respiratorischer Komplikationen in der Interventionsgruppe zurückzuführen.

Bezüglich der Häufigkeit einer schwangerschaftsassozierten Hy-

WHO-Kriterien für Gestationsdiabetes

- Nüchternblutzucker ≥ 92 mg/dl
- Ein-Stunden-Wert nach oGTT ≥ 180 mg/dl
- Zwei-Stunden-Wert nach oGTT ≥ 153 mg/dl

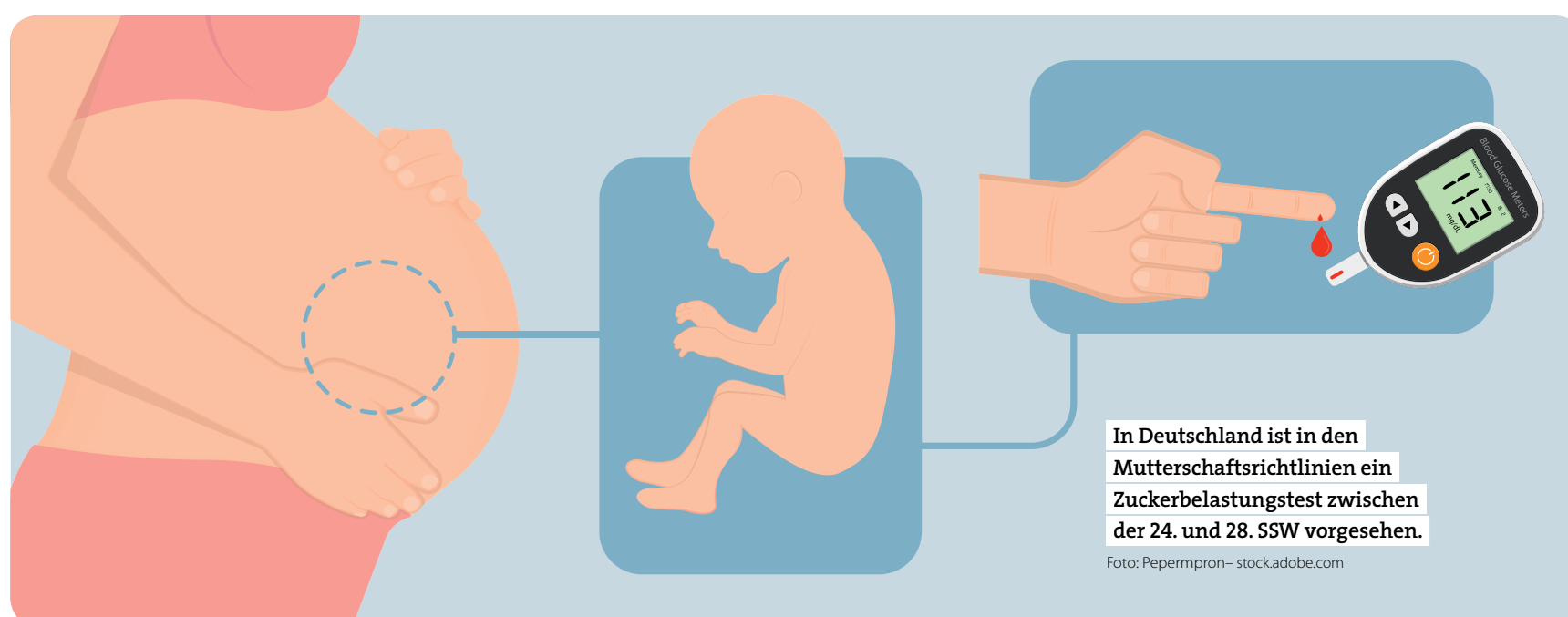
pertonie unterschieden sich die beiden Studiengruppen dagegen nicht wesentlich (10,6 % vs. 9,9 %). Gleiches galt für die mittels eines Bauchzirkels gemessene fettfreie Körpermasse der Neugeborenen, für weitere neonatale Endpunkte sowie für die Häufigkeit schwerwiegender unerwünschter Ereignisse in Zusammenhang mit dem Screening- und Behandlungsprozess.

Braucht es andere Diagnosekriterien?

Die zeitnahe Behandlung eines vor der 20. SSW diagnostizierten GDM hat gegenüber dem Abwarten auf die Ergebnisse des WiederholungsoGTT nur leichte, wenn auch signifikante Vorteile im Hinblick auf neonatale Komplikationen, fasst Prof. Simmons die Studienergebnisse zusammen. Ob diese Beobachtungen auch für Schwangere ohne Risikokonstellation zutreffen, sei unklar. Weitere Studien müssen daher die Ergebnisse überprüfen, meint er. Weiterhin gibt er zu bedenken, dass sich ein Drittel der vor der 20. SSW gestellten GDM-Diagnosen später nicht bestätigte. Es sei daher zu hinterfragen, ob die zwischen der 24. und 28. SSW etablierten Diagnosekriterien auch im früheren Gestationsalter gültig sind.

Dr. Judith Lorenz

Simmons D et al. N Engl J Med 2023; 388: 2132–2144; doi: 10.1056/NEJMoa2214956



In Deutschland ist in den Mutterschaftsrichtlinien ein Zuckerbelastungstest zwischen der 24. und 28. SSW vorgesehen.

Foto: Pepermprom – stock.adobe.com

Das Jahr 2000 brachte die Wende

Deutschland fällt bei Lebenserwartung in Westeuropa weiter zurück; Entwicklung setzt um die Jahrtausendwende ein

WIESBADEN. Deutschland gehört in Westeuropa zu den Schlusslichtern bei der Lebenserwartung und verliert weiter an Anschluss. Dies zeigt eine aktuelle Studie von Mitarbeitenden des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung (BiB) und des Max-Planck-Instituts für demografische Forschung. Für die Studie wurden Sterblichkeitstrends über mehrere Jahrzehnte untersucht.

Betrug der Rückstand Deutschlands auf die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt im restlichen Westeuropa im Jahr 2000 rund 0,7 Jahre, so hat sich der Abstand bis 2022 auf 1,7 Jahre vergrößert. „Der Beginn der 2000er-Jahre markiert einen Wendepunkt in der Dynamik der Sterblichkeitsentwick-

lung in Deutschland“, fasst Dr. PAVEL GRIGORIEV vom BiB die Ergebnisse zusammen. Seitdem ist die Sterblichkeitslücke zwischen Deutschland und den anderen westeuropäischen Ländern relativ stetig angewachsen.

Der Rückstand ist größer geworden

Seit der Jahrtausendwende haben sowohl West- als auch Ostdeutschland gegenüber den anderen Ländern Westeuropas an Boden verloren. Betrug der Rückstand von Deutschland bei der Lebenserwartung der

Männer im Jahr 2000 rund 0,7 Jahre, ist dieser bis 2022 auf 1,8 Jahre angestiegen. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den Frauen: Hier vergrößerte sich der Abstand von 0,7 Jahren (2000) auf aktuell 1,4 Jahre.

Lediglich im ersten Pandemiejahr 2020 wurde bei beiden Geschlechtern eine kurzfristige Annäherung an den westeuropäischen Durchschnitt verzeichnet, da die Coronasterblichkeit in Deutschland zunächst deutlich geringer ausfiel als in anderen Ländern Westeuropas.

Nachholbedarf bei Prävention und Früherkennung

Zu dem wachsenden Rückstand Deutschlands in der Lebenserwartung tragen einzelne Altersgruppen in unterschiedlicher Art und Weise

Ostdeutsche Männer haben nie ganz aufgeholt

Wie aus der Untersuchung hervorgeht, konnte Ostdeutschland nach der Wiedervereinigung im Jahr 1990 zunächst den Rückstand gegenüber Westdeutschland und Westeuropa erheblich verringern. Hierzu trugen auch massive finanzielle Investitionen in die Gesundheitsversorgung bei. Bis Anfang der 2000er-Jahre hatte die Lebenserwartung der Frauen in Ostdeutschland zu Westdeutschland aufgeschlossen und auch gegenüber dem restlichen Westeuropa erheblich aufgeholt. Die Männer in Ostdeutschland konnten zunächst ebenfalls den Abstand gegenüber Westdeutschland und dem restlichen Westeuropa reduzieren. Allerdings ist bei ihnen im Gegensatz zu den Frauen bis heute ein Abstand von rund einem Jahr gegenüber Westdeutschland geblieben.

bei. Während die Sterblichkeit von Menschen unter 50 Jahren im Rahmen des westeuropäischen Durchschnitts liegt, ist sie bei der Bevölkerung über 65 Jahre deutlich erhöht. Bei den Frauen weisen in Deutschland gerade Personen im Alter ab 75 Jahren eine höhere Sterblichkeit

auf als Gleichaltrige im westeuropäischen Ausland. Dagegen tragen bei den Männern insbesondere die Personen im Alter zwischen 55 und 74 Jahren zur Lücke bei.

Pressemitteilung BiB

Grigoriev P et al. Bundesgesundheitsbl 2024; 67(5): 493–503; doi.org/10.1007/s00103-024-03867-9

»Lücke ist gewachsen«

Medizin & Markt

Preis „Quality of Life“ vergeben

Lilly Deutschland Stiftung zeichnet drei Wissenschaftlerinnen aus

Pressemitteilung Lilly Deutschland Stiftung BAD HOMBURG. Die Lilly Deutschland Stiftung hat den mit insgesamt 10.000 Euro dotierten Quality of Life Preis 2023 an drei Wissenschaftlerinnen für ihre Arbeiten in der Lebensqualitätsforschung verliehen. Die prämierten Studien untersuchten die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Menschen mit Adipositas, mit Psychosen sowie von Kindern mit einer seltenen Erkrankung.

Mit der Auszeichnung werden wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Health-Related Quality of Life, HRQoL) gewürdigt. Damit möchte die Stiftung einen starken

Impuls geben, dass Lebensqualität stärker in Therapieentscheidungen berücksichtigt wird. „Vor allem für Menschen mit schweren chronischen Erkrankungen ist es bedeutsam, dass die Behandlung nicht nur Symptome verbessert, sondern auch die Lebensqualität steigert“, so Dr. CECILIA HANNE, Geschäftsführerin der Lilly Deutschland Stiftung.

Die Studie von Preisträgerin Professor Dr. ANJA HILBERT vom Universitätsklinikum Leipzig untersuchte die psychosozialen Veränderungen bei 748 Menschen mit schwerer Adipositas vor einer bariatrischen Operation und sechs Monate sowie in jährlichen Abständen ein bis sechs Jahre danach. Dabei wurde ermittelt, wie

sich das bei diesen Menschen häufig auftretende nicht-normative Essverhalten im zeitlichen Verlauf verändert und auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität auswirkt.

Ein neues, praxisrelevantes Ergebnis der Studie ist, dass nicht-normatives Essverhalten während der Nachbeobachtung als prospektiver Prädiktor für eine langfristig verminderte Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und einen geringeren Gewichtsreduktionserfolg herangezogen werden kann. Dies hebt die Relevanz eines langfristigen, über das erste Jahr nach der Operation hinausgehenden Monitorings nach einer bariatrischen Operation hervor, um Menschen zu identifizieren, die eine gezielte Prävention oder Psychotherapie benötigen, was im Behandlungsalltag derzeit in dieser Form noch nicht durchgeführt wird.

Über die Lilly Deutschland Stiftung: „Gesundheit weiterdenken“ lautet das Leitbild der gemeinnützigen, unabhängigen Lilly Deutschland Stiftung. Der paritätische, ehrenamtlich tätige Vorstand ist besetzt mit Expert*innen aus Gesundheitswesen, Gesellschaft und Politik sowie Mitarbeitenden der Lilly Deutschland GmbH. Mehr unter lilly-stiftung.de

Hilbert et al. JAMA Network Open 2022; 5 (8): e 2226244; doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.26244



Die drei Preisträgerinnen nach der Preisverleihung (vorne, v.l.n.r.): Dr. Anja Christine Rohenkohl, Prof. Dr. Silke Wiegand-Grefe, Prof. Dr. Anja Hilbert.

AID-System in besonderen Situationen

So hilft das MiniMed 780G Patient*innen in verschiedenen Lebenslagen

Industriesymposium – Medtronic BERLIN. Das AID-System MiniMed 780G bietet auch in besonderen Lebenssituationen wie einer Schwangerschaft, bei Sport und Krankheit Vorteile für die Therapie.

Dr. SANDRA SCHLÜTER (Northeim) stellte Ergebnisse der CRISTAL-Studie vor, die den MiniMed-780G-Einsatz in der Schwangerschaft untersuchte: Frauen in der Interventionsgruppe verbrachten mehr Zeit im Zielbereich und hatten weniger Hypoglykämien im Vergleich zur Kontrollgruppe. Das AID-System half dabei, die Glukosewerte stabil zu halten und die Zeit im Zielbereich besonders nachts zu verbessern. Dr. Schlüter präsentierte

zudem Praxisbeispiele, die zeigen, „dass das AID-System eine wertvolle Unterstützung während der Schwangerschaft bietet und zudem die Patientenzufriedenheit erhöht“.

Dr. STEPHAN ARNDT (Rostock) erläuterte die Herausforderungen bei der Insulintherapie während körperlicher Aktivität. Er präsentierte eine Studie, die zeigte, dass das Einschalten des 780G-Sportmodus 90 Minuten vor dem Training und eine Reduktion des Insulinbolus um 25 % das Hypoglykämierisiko signifikant senken. Besonders die Gruppe, die den Sportmodus 90 Minuten vor dem Training aktivierte, zeigte die besten Ergebnisse. Dr. Arndt schloss, dass die Anpassung des Insulinbolus und die

rechtzeitige Aktivierung des Sportmodus entscheidend sind, um eine stabile Glukosekontrolle während des Sports zu gewährleisten.

Dr. OLIVER SCHUBERT-OLESEN (Hamburg) zeigte anhand von Praxisbeispielen, dass das MiniMed-780G-System in der Lage ist, die Glukosewerte auch bei grippalen Infekten und COVID-19-Infektionen stabil zu halten. Nutzer*innen mussten kaum manuell eingreifen, da das System automatisch Anpassungen vornahm. Er betonte, dass die Insulinwirkdauer gegebenenfalls reduziert und die Aggressivität des Systems erhöht werden sollten, um optimale Ergebnisse zu erzielen. Sein Fazit war, dass das MiniMed-780G-System eine zuverlässige Unterstützung während Krankheitsphasen bietet und die Notwendigkeit manueller Anpassungen minimiert. Das System biete eine verbesserte Glukosekontrolle, erhöhe die Sicherheit und die Lebensqualität.

MiniMed™ 780G System in verschiedenen Lebenssituationen, Diabetes Kongress 2024

NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

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



Foto: iStock/AzmanJaka

Digitale Therapie in der Regelversorgung

BfArM bescheinigt DiGA klaren medizinischen Nutzen bei Typ-2-Diabetes

Pressemitteilung – Vitadio Health Technologies GmbH

BERLIN/BONN. Erwachsene mit Typ-2-Diabetes können für die Reduktion von Körpergewicht und HbA_{1c} neuerdings auf die digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) Vitadio zurückgreifen. Sie wurde dauerhaft für die Verbesserung des Selbstmanagements und Lebensstils zugelassen.



Foto: Vitadio/MedTrix

Im Zulassungsprozess beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) habe die digitale Therapie durch klinische Studien einen klaren medizinischen Nutzen hinsichtlich der Verbesserung des Gesundheitszustandes belegen können. Der Hersteller hob hervor, dass Vitadio nunmehr die erste dauerhaft zugelassene DiGA ist, mit der Erwachsene mit Typ-2-Diabetes ihre Diabeteskontrolle optimieren können. Die unbegrenzte Anwendungsdauer ermöglicht erstmals eine digitale Langzeittherapie, wobei die extrabudgetäre Verordnung auf dem Muster 16 erfolgt und von den Krankenkassen voll erstattet wird. Nach dem erfolgreich absolvierten Fast-Track-Zulassungsverfahren nach § 139e SGB V ist es ein wichtiges Ziel für den Hersteller, nun innerhalb der

nächsten Monate einen wirtschaftlichen Preis zusammen mit dem GKV-Spitzenverband zu verhandeln. „Wir freuen uns sehr, den Ärztinnen und Ärzten nun die notwendige Sicherheit für ihre nachhaltige Therapieentscheidung geben zu können“, erklärte Vitadio-Geschäftsführerin LENKA RÖHRYOVÁ. „Uns ist es durch die gute Zusammenarbeit mit dem BfArM gelungen, dass unsere innovative Therapielösung nach nur zwei Jahren vollumfänglich in die Diabetes-Regelversorgung aufgenommen ist.“ Vitadio sei damit schon heute eine wichtige evidenzbasierte und wirtschaftliche Therapieform für die Versorgung der Menschen mit Typ-2-Diabetes in Deutschland.

Smartes Diabetesmanagement

Personalisierte Ernährungsempfehlungen auf der Grundlage von CGM-Daten

Pressemitteilung Dexcom/Perfood LÜBECK/MAINZ. Die Unternehmen Dexcom und Perfood sind eine Kooperation eingegangen, die Menschen mit Typ-2-Diabetes ohne Insulintherapie die Personalisierung und Visualisierung ihres Diabetesmanagements mithilfe von rtCGM und Künstlicher Intelligenz (KI) ermöglicht. Perfood ist der Anbieter der als DiGA zugelassenen App „glucura“.

Und so arbeiten DiGA und rtCGM zusammen: Integriert in die KI-basierte App glucura, sendet das rtCGM-System Dexcom G7 den glucura-Nutzer*innen über bis zu zehn Tage alle fünf Minuten einen Sensor-Messwert und zeigt auf diese Weise, wie ihr Stoffwechsel auf unterschiedliche Mahlzeiten oder Ernährungsgewohnheiten reagiert. Auf Basis dieser Messwerte errechnet die digitale Therapie von glucura perso-

nalisierte Ernährungsempfehlungen. So kann glucura die Nutzer individuell anleiten, spezifische Mahlzeiten zu reduzieren, durch andere Nahrungsmittel zu ersetzen oder anders zu kombinieren. Der glucura-eigene Algorithmus trifft mithilfe von KI auch nach der Sensorphase Vorhersagen über individuelle Reaktionen des Stoffwechsels auf bestimmte Nahrungsmittel.

Erste Pilotstudien zeigen, dass doppelt so viele Menschen mit Diabetes nach drei Monaten Anwendung von glucura im therapeutischen Zielbereich (HbA_{1c} unter 7,0 %) waren wie vor der Anwendung. 34 % von ihnen erreichten sogar einen HbA_{1c}-Wert unter 6,5 %. Auch der BMI nahm im Durchschnitt um mehr als einen Punkt ab. Ärzt*innen können glucura in Kombination mit Dexcom G7 rtCGM per Muster-16-Rezept verordnen.

»Ausweitung der Produktionskapazität nicht von heute auf morgen«

So reagiert der Hersteller auf Lieferengpässe bei Medikamenten mit dem Wirkstoff Semaglutid und bei Insulin

International Press Briefing, Novo Nordisk KOPENHAGEN. Off-Label-Nutzung, unsachgemäße Anwendung, anhaltende Lieferengpässe. Die neue Abnehmspritze beschäftigt weiterhin die Behandlungsteams. Henrik Wulff, Vorstandsmitglied bei Europas derzeit wertvollstem börsennotierten Unternehmen, über den Hype um Semaglutid und wie der dänische Hersteller auf die Lieferengpässe reagiert.

INTERVIEW



Henrik Wulff
Executive Vice President
Novo Nordisk
Foto: Novo Nordisk

? Mehr als eine Milliarde Menschen mit Adipositas gibt es weltweit – ein Riesensmarkt für den Wirkstoff Semaglutid. Bislang kann Ihr Unternehmen weltweit insgesamt jedoch nur rund 42 Millionen Menschen versorgen, davon rund eine Million mit Adipositas. Wie wollen Sie die Produktion schnellstmöglich steigern, ohne dabei die Patient*innen und das Qualitätsniveau zu gefährden?

Henrik Wulff: Ausweitung der Produktionskapazitäten geht natürlich nicht von heute auf morgen. Wir expandieren momentan überall dort, wo wir heute schon unsere Standorte haben: in Europa und den USA, in Brasilien, in China. Es handelt sich um sehr komplexe Produktionsanlagen und der Ausbauprozess ist sehr aufwändig, besonders, wenn wir an einem Standort ganz neu anfangen. Die Einhaltung höchster Qualitäts- und Sicherheitsstandards erfordert viel Expertise. Dies alles zu prüfen, dauert knapp zwei Jahre ab Fertigstellung der Produktionsanlage. Erst dann können wir mit der Produktion beginnen.

? War der Hype um Semaglutid tatsächlich nicht absehbar?

Wulff: Seit 26 Jahren arbeite ich bei Novo Nordisk. Ich war auch an der Entwicklung der ersten Generation unserer Adipositas-Medikamente beteiligt, das erste kam 2016 auf den deutschen Markt. Die Reaktion in der Öffentlichkeit und bei den Patienten war damals aber nicht im Ansatz so außergewöhnlich wie das, was wir heute mit Semaglutid erleben. Und die Nachfrage nach dieser neuen Generation von Produkten ist weiter sehr hoch. Es ist für uns momentan der größte Markt und es gibt nur wenige Akteure. Das ist für uns natürlich sehr interessant.

? Wie kann es beim Insulin immer wieder zu Versorgungsproblemen kommen, obwohl die Nachfrage vorhersehbar ist und die Versorgung lange gut funktioniert hat?

Wulff: Die derzeitige Situation ist auf eine Reihe von Gründen zurückzuführen, darunter eine noch nie dagewesene Nachfrage bei den meisten unserer Produkte und Kapazitätsbeschränkungen an einigen Produktions-

standorten. Wir hatten einige Lieferengpässe, das ist richtig. Der Grund war ein Ungleichgewicht zwischen unseren verschiedenen Produktionsplattformen. Das haben wir jetzt gelöst.

? Wie haben Sie das erreicht?

Wulff: Wir haben unsere Produktionskapazitäten bereits erheblich ausgebaut und werden sie weiter ausbauen. Unsere weltweite Produktion läuft rund um die Uhr, wir fahren neue Produktionslinien und Anlagen hoch, erwerben und bauen neue Kapazitäten und Anlagen. Daher betrachte ich die derzeitige Situation als kontinuierlichen Aufbau der Versorgung, nicht als Versorgungsproblem. Wir bauen in der Tat eine starke, nachhaltige Lieferkette auf, um Patienten auf der ganzen Welt noch viele Jahre lang mit hochwertigen Produkten zu versorgen. Das Interesse an dem Wirkstoff war so groß, dass Angebot und Nachfrage aus dem Gleichgewicht gerieten. Bei Neueinführungen in den einzelnen Ländern treffen wir jetzt Vereinbarungen für feste Produktionsmengen. So kann man den Lagerbestand viel besser kontrollieren als in der Anfangszeit. Das mussten wir

auch erst lernen und wir hatten viele Gespräche mit den Behörden. Dafür haben wir viel Zeit aufgewandt.

? Wie wahrscheinlich ist es, dass alle Menschen mit Adipositas und/oder Diabetes in Deutschland, die GLP1-Analoga zur Behandlung benötigen, diese künftig erhalten?

Wulff: Wenn z.B. in Deutschland die Nachfrage für unsere Produkte nicht bedient werden kann, dann expan-

dieren wir nicht einfach in weitere Länder, sondern halten uns stattdessen mit Neueinführungen zurück. Primär geht es uns um die Versorgung der Patienten, die unsere Medikamente bereits erhalten. Den Ärzten empfehlen wir, wie im Fall der Ozempic®-Lieferschwierigkeiten, keine neuen Patienten mit dem Medikament zu behandeln, bis sich die Versorgungssituation wieder verbessert. (s. Kasten)

Interview: Angela Monecke



Steigende Nachfrage nach Medikamenten mit Semaglutid, zwei Brände und ein neues Wocheninsulin

Die Nachfrage nach Medikamenten mit dem Wirkstoff Semaglutid (Ozempic®, Wegovy®), steigt ungebremst. Novo Nordisk rechnet daher weiter immer wieder mit Engpässen bei dem Diabetesmedikament Ozempic®. Auf die Lieferschwierigkeiten reagierte das Unternehmen im zurückliegenden Jahr mit einer massiven Ausweitung seiner Produktionskapazitäten, u.a. durch den Bau neuer Anlagen im dänischen Kalundborg. Zudem produzierte es an einigen Standorten vorübergehend weniger Liraglutid (Victoza®). Die Abnehmspritze (Wegovy®) hingegen ist von der EMA nur für die Behandlung von Menschen mit Adipositas zugelassen.

Um etwa die Anzahl der Neueinstellungen auf das Diabetesmedikament zu reduzieren, hat der Hersteller die Verfügbarkeit der Einstiegsdosis (0,25 mg) begrenzt, wodurch sich auch die Nachfrage nach den Erhaltungsdosen (Ozempic® 0,5 mg und 1 mg) beschränken sollte, hieß es. Das Unternehmen empfiehlt Ärzt*innen, keine Patient*innen mehr neu mit dem Arzneimittel zu behandeln, bis sich die Versorgungssituation verbessert, und es ausschließlich bei Typ-2-Diabetes zu verordnen.

Innerhalb einer Woche waren im Mai zwei Feuer in den Anlagen in Kalundborg und Bagsværd ausgebrochen. Nach Angaben von Novo Nordisk war die Arzneimittelproduktion davon aber nicht betroffen. Der Hersteller gab im Mai zudem bekannt, dass sein neues Wocheninsulin für Menschen mit Typ-2-Diabetes, Insulin icodex (Awiqli®), von der Europäischen Kommission zugelassen wurde.

Zeit im Zielbereich: wichtiger als der HbA_{1c}-Wert

Kontinuierliches Glukosemonitoring bietet besseren Schutz vor Komplikationen

Industriesymposium – Abbott WIESBADEN. Glukoseschwankungen sind für Menschen mit Diabetes belastend und gefährlich. Lediglich den HbA_{1c}-Wert zu ermitteln, genügt daher nicht. Aktuelle Studien zeigen, wie Betroffene konkret von einem CGM-System profitieren können.

Dr. BERNHARD LANDERS, Diabetologe am MVZ in Mayen/Eifel, berichtet, dass Betroffene – egal ob mit Typ-2- oder Typ-1-Diabetes (T2D/T1D) – Einschränkungen beim Essen und Trinken sowie das Gefühl der Abhängigkeit als besonders belastend empfinden. Für ihn sei der HbA_{1c}-Wert deshalb nur noch bedingt relevant. Problematischer im Hinblick auf mögliche Hypoglykämien und Langzeitfolgen des Diabetes seien vielmehr Glukoseschwankungen mit zu hohen und zu niedrigen Werten. Diese treten häufig schon beim Prädiabetes auf. Deshalb sei es wichtig, moderne Methoden wie die kontinuierliche Glukosemessung einzusetzen. Seit zehn Jahren gibt es dafür den Sensor FreeStyle Libre, aktuell die dritte Generation: FreeStyle Libre 3. Die Vielzahl an Daten zeige, dass Menschen mit Diabetes damit nicht nur besser eingestellt seien. Sie kämen auch sicherer durch die Therapie, so Dr. MATTHIAS AXEL SCHWEITZER, Medical

Director DACH, Abbott Diabetes Care, und selbst Internist und Notfallmediziner. „Wir sehen mehr und mehr: Auch die harten Endpunkte, z.B. die diabetische Retinopathie und proliferative diabetische Retinopathie, sind deutlich reduziert, wenn die Menschen Sensoren haben.“ Die neuesten Daten, die beim ATTD-Kongress im März vorgestellt wurden, zeigten eine 50-prozentige Reduktion der Mortalität bei Menschen mit Typ-1-Diabetes, die einen Sensor tragen, so Dr. Schweitzer. Dr. DIETRICH TEWS, Diabetologe aus Gelnhausen, bestätigt den Nutzen des Sensors: „Man sollte nicht vergessen, dass der Diabetes eine chronische Erkrankung ist und mit der Zeit die Funktion, den Zucker selbst zu steuern mit Ernährung, mit Bewegung eben nicht mehr funktioniert. Wir müssen ihn quasi stets überwachen.“

»Auch die harten Endpunkte werden mit CGM deutlich reduziert«

Und das bedeutet zusätzlich zur Messung des HbA_{1c} auch die regelmäßige Glukosemessung. Nur so könne man entscheiden, wann man eingreift und welche Therapie geändert werden müsse. Die Daten aus dem Sensor seien einer aktuellen Studie zufolge ebenso sicher und hätten ebensolche Aussagekraft wie der HbA_{1c}-Wert. Eine große Metaanalyse mit T2D zeigt, dass Patient*innen mit ICT-Therapie mit dem Sensor ihren Blutzuckerlangzeitwert um 0,4 % senken konnten. Auch die Time in Range wurde verbessert. Eine Studie aus Frankreich mit 6.000 Probanden mit T2D und reiner Basaltherapie zeigt, dass diejenigen, die vorher kein CGM nutzten, ihre Time in Range dank CGM während der Therapie um 63 % verbessern konnten – ein Effekt, der auch nach 24 Monaten noch anhielt. Auch Parameter wie Ketoazidosen, Hypoglykämien, diabetisches Koma und hyperglykämische Entgleisungen verbesserten sich unter der CGM-Kontrolle. Deshalb wurden auch die Behandlungsleitlinien entsprechend angepasst. Eine CGM-Verordnung ist damit nicht nur für Patient*innen mit einer ICT angezeigt, sondern auch für jene mit einer Einspritzentherapie.

Kontinuierliche Glukosemessung in der Hausarztpraxis: Potenziale erkennen & verwirklichen, DGIM-Kongress 2024

»Wir expandieren überall dort, wo wir schon Standorte haben«

Früherkennung von Typ-1-Diabetes

Schwere Stoffwechsellentgleisungen verhindern

Pressefrühstück – Sanofi BERLIN. Das präsymptomatische Frühstadium eines Typ-1-Diabetes (T1D) lässt sich bereits im Kindesalter durch den Nachweis von mindestens zwei Autoantikörpern feststellen. Das durch die Erkennung von T1D geschaffene Zeitfenster ermögliche die gezielte Kontrolle und Vorbereitung der Kinder und Familien auf die Stoffwechselerkrankung, erklärte Prof. Dr. PETER ACHENBACH, stellvertretender Direktor des Instituts für Diabetesforschung, Helmholtz Munich.

Ohne die Früherkennung kommt die Diagnose oft überraschend; besonders dramatisch ist es bei Kindern, die bei Diabetesmanifestation eine diabetische Ketoazidose (DKA) erleben. „Durch eine Untersuchung auf diabetasoziierte Autoantikörper können Personen mit einem Typ-1-Diabetes im Frühstadium identifiziert werden – und das schon Jahre vor den ersten Krankheitsanzeichen. Wenn dies der

Fall sein sollte, können bereits vor der klinischen Manifestation wichtige Maßnahmen eingeleitet, betroffene Familien entsprechend geschult und schwere Stoffwechsellentgleisungen verhindert werden“, so Prof. Achenbach.

Inzwischen hat sich das Krankheitsmodell bei T1D durch die Stadieneinteilung verändert. Erkennen lässt sich Stadium 1 nur durch den Nachweis von zwei oder mehr mit T1D assoziierten Autoantikörpern. Dieser präsymptomatische Diabetes wird in den USA ab dem 1. Oktober 2024 als Diagnose-Code ICD-10 der WHO Gültigkeit erlangen, eine Einbeziehung in die ICD-11 ist in Planung. Das Stadium 2 ist gekennzeichnet durch eine schnell absinkende funktionelle Betazellmasse; im Stadium 3 treten klinische Symptome auf und Hyperglykämie ist messbar. Mehr auf der Sanofi-Website gemeinsam-typ1.de.

„Früherkennung in Diabetologie und Pädiatrie von Typ-1-Diabetes“, Diabetes Kongress 2024

NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

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



Foto: erdikocak/gettyimages

GRAZ. Viele Menschen mit Typ-2-Diabetes kämpfen mit ihrem Körpergewicht: Sie haben es schwer, abzunehmen, oder nehmen unter der Therapie sogar weiter zu. Intermittierendes Fasten kann helfen, diesen Teufelskreis zu unterbrechen. Außer der Gewichtsabnahme profitiert auch der Glukosespiegel.

Eine wichtige Therapiensäule beim Typ-2-Diabetes ist die Ernährung. Im Rahmen einer Insulintherapie ist die Gewichtsabnahme allerdings besonders schwierig, berichtet Dr. ANNA OBERMAYER von der Forschungseinheit für interdisziplinäre metabolische Medizin an der Universität Graz: Die Insulinbehandlung begünstigt eine Gewichtszunahme, wodurch die Insulinresistenz zunimmt und wiederum noch höhere Insulindosen erforderlich werden.

»In der Studie gab es wöchentlich drei Fastentage«

Im Rahmen der INTERFAST-2-Studie untersuchten Dr. Obermayer und ihr Team, welche Vor- und Nachteile intermittierendes Fasten für Menschen mit einem insulinbehandelten Typ-2-Diabetes und ungünstiger Stoffwechsellage hat. Beim intermittierenden Fasten wird die Nahrungsaufnahme z. B. auf einen bestimmten Zeitraum pro Tag begrenzt oder es wechseln sich Fastentage mit Tagen normaler Nahrungszufuhr ab (s. Kasten). Allerdings gelten Fastenperioden unter einer Insulintherapie als nicht ungefährlich, warnt die Forscherin, denn es drohen Hypoglykämien.

An ihrer randomisierten kontrollierten Studie nahmen 46 Erwachsene mit Typ-2-Diabetes teil. Einschlusskriterien waren eine tägliche Insulinzufuhr von mindestens 0,3 IU pro kg Körpergewicht und ein HbA_{1c} von

≥ 7,0 %. Die Teilnehmenden waren im Schnitt 63 Jahre alt, hatten einen BMI von 34,3 kg/m² und wiesen trotz einer täglichen Insulindosis von durchschnittlich 56 IU einen HbA_{1c}-Wert von durchschnittlich 8,3 % auf. Alle wurden initial auf ein einheitliches Basalinsulin umgestellt, erhielten einen Glukosesensor und absolvierten eine Ernährungsberatung.

Anleitung zur Anpassung der Insulindosis an Fastentagen

Die 22 Personen der Interventionsgruppe fasteten anschließend über einen Zeitraum von zwölf Wochen jeweils an drei nicht aufeinanderfolgenden Tagen pro Woche. An diesen Tagen nahmen sie nur ein Viertel der üblichen Kalorienmenge zu sich, wobei eine Nahrungsaufnahme lediglich am Morgen und/oder am Mittag erlaubt war, um eine 18-stündige Fastenperiode zu gewährleisten. An den übrigen vier Tagen bestanden dagegen keine Einschränkungen hinsichtlich der Ernährungsweise oder Kalorienzufuhr.

Um das Hypoglykämierisiko an den Fastentagen zu senken, erhielten die Personen eine Anleitung zur Anpassung

ihrer Insulindosis. Die 24 Personen der Kontrollgruppe unterlagen während des Studienzeitraums keinen besonderen Diätauflagen.

Was geschieht mit HbA_{1c}-Wert, Gewicht und Insulindosis?

Nach zwölf Wochen hatte der HbA_{1c}-Wert in der Interventionsgruppe im Schnitt um 2,8 Prozentpunkte abgenommen, in der Kontrollgruppe dagegen war er minimal gestiegen. Dieser Unterschied behielt auch bei Berücksichtigung verschiedener potenzieller Einflussfaktoren seine statistische Signifikanz.

Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe verbrachten auch deutlich weniger Zeit oberhalb des Glukose-Zielbereichs von 70–180 mg/dl (30,4 % vs. 42,1 %), wohingegen sich die Zeit unterhalb des Zielbereichs in beiden Gruppen nur geringfügig unterschied (1,6 vs. 1,3 %). Acht Personen der Interventionsgruppe (40 %), aber keine der Kontrollgruppe (p < 0,001) erreichten nach zwölf Wochen die Kombination folgender Behandlungsziele: Gewichtsabnahme um mindestens 3 %, Reduktion der Insulindosis um

mindestens 10 % und Abnahme des HbA_{1c}-Werts um mindestens 2,4 Prozentpunkte.

Insgesamt bewirkte das intermittierende Fasten eine Gewichtsreduktion um durchschnittlich 4,8 kg und eine Senkung der Tagesinsulindosis um 9 IU. Die Kontrollpersonen nahmen dagegen etwa 0,3 kg Gewicht zu (p < 0,001) und benötigten 4 IU mehr Insulin (p = 0,008). Schwere Hypoglykämien traten im Studienkollektiv nicht auf.

Das intermittierende Fasten wirkte sich auch positiv auf die subjektive Lebensqualität der Studienteilnehmenden aus, berichten die Forschenden abschließend. Sie halten die beschriebene Strategie für eine praktikable Methode zur Optimierung der glykämischen Kontrolle, des Gewichts und der Insulindosis bei Personen mit einem insulinbehandelten Typ-2-Diabetes. Hypoglykämien können durch eine Anpassung der Insulindosis an den Fastentagen und ein kontinuierliches Glukosemonitoring vermieden werden.

Dr. Judith Lorenz

Obermayer A et al. Diabetes Care 2023; 46: 463-468; doi: 10.2337/dc22-1622

Kommunikation auf Augenhöhe?

Bei der partizipativen Entscheidungsfindung gibt es eine „Umsetzungslücke“

DUISBURG/ESSEN. Dass therapeutische oder diagnostische Maßnahmen gemeinsam beschlossen werden, gilt als Goldstandard der medizinischen Kommunikation. Wird die partizipative Entscheidungsfindung aber auch umgesetzt? An vier Universitätskliniken wurden die Arzt-Patienten-Interaktionen analysiert.

Die paternalistische Beziehung, in der Ärzt*innen zum Wohle von Betroffenen entscheiden, soll einem partnerschaftlichen Vorgehen weichen. Weltweit wird das in der medizinischen Ausbildung gelehrt. Aus Studien ist jedoch bekannt, dass die partizipative Entscheidungsfindung (PEF bzw. Shared Decision Making (SDM)) im Versorgungsalltag oft zu kurz kommt. Wie solche Gespräche verlaufen, hat ein interdisziplinäres

Team aus Soziologie, Medizin, Linguistik und Medizinpädagogik für die Sprach- und Wissenschaftsräume China, Türkei, Deutschland und Niederlande untersucht.

Es wird nicht lehrbuchgemäß partizipativ entschieden

Das Team unter Leitung von Soziologieprofessorin Dr. ANJA WEISS von der Universität Duisburg-Essen analysierte 71 Videoaufzeichnungen mit Erstkontakten mit eine*r Schauspielpatient*in, die Symptome von Herzschwäche zeigte. Eine Patientenakte liegt vor, es werden u. a. Beschwerden, Diagnose und Maßnahmen besprochen, wobei sich die vorgeblich Betroffenen auf ganz unterschiedliche Weise einbringen. „Unseren Beobachtungen nach ist die gemeinsame Entscheidungsfindung

im klinischen Alltag länderübergreifend nicht lehrbuchgemäß“, sagt Prof. Dr. Weiß. „Dennoch waren viele Aspekte und Variationen des SDM-Ideals in den von uns beobachteten Interaktionen offensichtlich: Die Ärzt*innen reagierten aktiv



Gemeinsam entscheiden – das ist das Prinzip der PEF.

Foto: peopleimages.com – stock.adobe.com

auf ihr Gegenüber, sie interessierten sich für ihre Perspektive, stellten Fragen, schlugen Erklärungen für deren Ängste vor. Oft geschah das allerdings auf routinierte Weise.“

Empfehlung für mehr Improvisation und Variation

Kulturelle Unterschiede in der Kommunikation konnte das Forschungsteam nicht feststellen. Die Interaktionen sind dynamisch, lassen sich nicht immer vorhersagen oder von den Behandelnden steuern. Und: Selbst zurückhaltende Patient*innen können eine aktive Rolle spielen, so dass es zu einer gemeinsamen Entscheidung kommt. „Das Lehrbuch-Modell von SDM ist in einigen Punkten vielleicht zu starr und sollte überdacht werden“, so Prof. Weiß. „Wir empfehlen, dies-

PEF in Diabetes-Leitlinien

Die partizipative Entscheidungsfindung wurde 2021 in der Nationalen Versorgungsleitlinie Typ-2-Diabetes verankert. Die Aktualität der PEF-Empfehlungen wurde für die Version 3.0 der NVL bestätigt. Auch in der grundlegend überarbeiteten, zur Diabetes Herbsttagung 2023 veröffentlichten S3-Leitlinie „Therapie des Typ-1-Diabetes“ spielt die PEF eine wichtige Rolle und wird in einem eigenen Kapitel dargestellt.

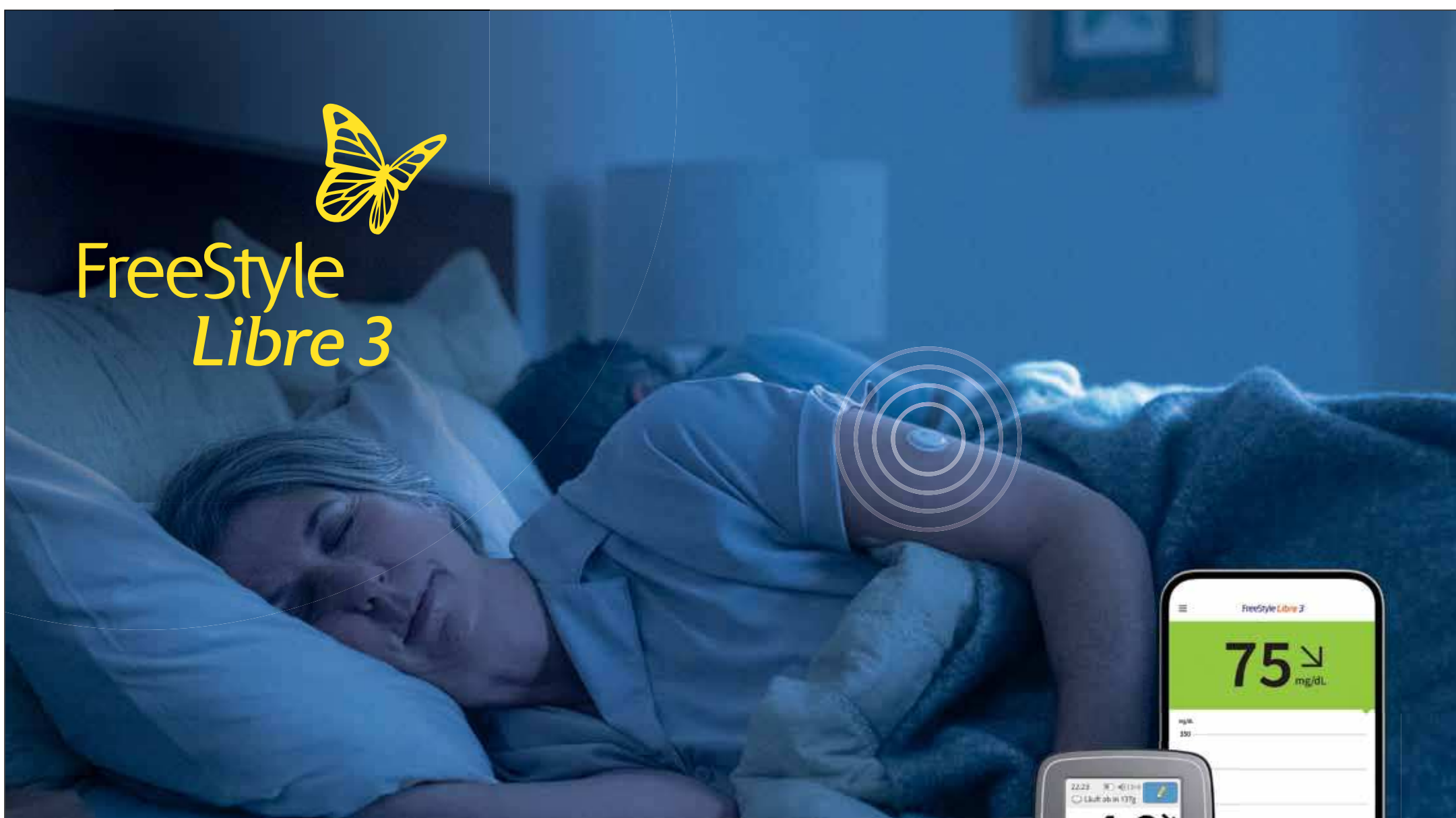
www.ddg.info/behandlung-leitlinien/leitlinien-praxisempfehlungen

bezüglich in der medizinischen Ausbildung mehr Improvisationen und Variationen zuzulassen.“ dz

Pressemitteilung Universität Duisburg-Essen



FreeStyle Libre 3



Mehr Sicherheit^{1,2} für Menschen mit Diabetes. Tag und Nacht.



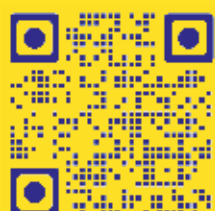
FreeStyle Libre 3 misst jede einzelne Minute³ den aktuellen Glukosewert Ihrer Patient:innen und warnt mit optionalen Alarmen⁴ vor Hypoglykämien.



Zuverlässige Echtzeitwerte:
Ausgezeichnete Messgenauigkeit⁵ mit einer MARD von 7,8 %⁶.



HbA_{1c} Nachhaltige Therapieerfolge⁷:
HbA_{1c}-Wert und Hypoglykämien können reduziert werden⁸⁻⁹.



Einfach Mehr Wissen

Mehr erfahren unter: www.FreeStyle.de

Abbott
life. to the fullest.®

1. Bolinder, J. et al. The Lancet. 2016; 388(10057):2254-2263. 2. Haak, T. et al. Diabetes Ther. 2017; 8(1):55-73. 3. Der Sensor ist 60 Minuten nach der Aktivierung für die Glukosemessung bereit. 4. Alarme sind standardgemäß ausgeschaltet und müssen eingeschaltet werden. 5. Alva, S. et al. Diabetes Ther. 2023 Mar 6. DOI: 10.1007/s13300-023-01385-6. 6. Die MARD von 7,8 % setzt sich zusammen aus folgenden Studiendaten: Studie mit 56 Erwachsenen (18 Jahre +) und einer MARD von 7,5 %. Studie mit 39 Kindern und Jugendlichen (6-17 Jahre), mit einer MARD von 8,6 %. Studie mit 5 Kindern (4-5 Jahre), mit einer MARD von 10,0 %. Daten liegen Abbott Diabetes Care vor. 7. Kröger, J. et al. Diabetes Ther, 2020; 11(1):279-291. 8. Evans, M. et al. Diabetes Ther. 2022. <https://doi.org/10.1007/s13300-022-01253-9>. 9. Haak, T. et al. Diabetes Ther. 2017; 8(3):573-586. Bolinder, J. et al. Lancet. 2016; 388(10057):2254-2263. Leelarathna, L. et al. N Engl J Med. 2022; 387(16):1477-1487. *Die Daten dieser Studie wurden mit dem FreeStyle Libre System erhoben. FreeStyle Libre 3 verfügt über die gleichen Funktionen wie das FreeStyle Libre-System mit Echtzeit-Glukosealarmen. Daher sind die Studiendaten auf beide Produkte anwendbar.

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

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

© 2024 Abbott. ADC-87655 v2.0

Keine Behandlung wie am Fließband

Rehaklinik Ob der Tauber versteht sich als lernende Organisation



**DIABETES
ZENTRUM
DDG**

Zertifizierte Einrichtung mit hervorragenden Standards

BAD MERGENTHEIM. Die Rehaklinik Ob der Tauber in Bad Mergentheim erfüllt die Qualitätskriterien der DDG als anerkanntes Schulungs- und Behandlungszentrum für Typ-1- und Typ-2-Diabetes. Um Menschen mit Diabetes zu einer nachhaltig gesunden Lebensweise zu verhelfen, erarbeitet das Diabetesteam maßgeschneiderte Therapiekonzepte.

Die Rehaklinik Ob der Tauber genießt einen herausragenden Ruf als Einrichtung zur Rehabilitation von Menschen mit Diabetes. Die Einrichtung ist eine von neun Fachkliniken der RehaZentren Baden-Württemberg gGmbH, in der schwerpunktmäßig Menschen mit Stoffwechsel- und Magen-Darm-Erkrankungen einschließlich Tumoren des Gastrointestinaltrakts behandelt werden. Pro Jahr werden in der Einrichtung circa 2.600 Patient*innen betreut. Rund 750 davon haben einen Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2. Wissenschaftlich fundierte Therapiekonzepte sowie die Anerkennung der DDG als zertifiziertes Diabeteszentrum garantieren, dass alle Patient*innen der Rehaklinik nach den neuesten Therapieleitlinien be-

handelt werden. „Wichtige Pfeiler unserer Arbeit sind der Erhalt der Autonomie sowie die Achtung von Würde und Integrität des Menschen. Eine Behandlung am Fließband gibt es bei uns nicht“, sagt Dr. SYLVIA ZIPSE. Die Internistin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie und Sozialmedizin arbeitet seit 2010 als Chefärztin an der Fachklinik.

Individuelle multimodale Behandlungskonzepte

Eine strukturierte und auf die jeweiligen Bedürfnisse abgestimmte Behandlung ist für Dr. Zipse der Schlüssel, um Folgeerkrankungen und das Fortschreiten des Diabetes zu vermeiden. „Diabetes können wir zwar im klassischen Sinne nicht heilen. Aber richtig eingestellt und mit einer entsprechenden Schulung kann

jeder Diabeteskranke gut und ohne große Einschränkungen leben. Dabei helfen wir“, erklärt Dr. Zipse.

Basis für die maßgeschneiderten Therapiekonzepte der Rehaklinik ist eine ausführliche Eingangsuntersuchung, die auch die Familien-, Berufs- und Sozialanamnese berücksichtigt. „Hierauf aufbauend entwickeln wir zusammen mit den Patient*innen individuelle multimodale Behandlungskonzepte, bei denen alle in unserem Haus vertretenen Berufsgruppen eng zusammenarbeiten“, so die 59-jährige Ärztin.

Das Angebot der Klinik umfasst neben der medizinischen Betreuung auch Leistungen der Bewegungs- und Ergotherapie, der Schmerz- und Wundbehandlung, eine psychologische Betreuung sowie Diabetes-, Ernährungs- und Sozialberatung.

„Wird beispielsweise bei Aufnahme ein diabetischer Fuß diagnostiziert, vereinbart der aufnehmende Arzt oder die Ärztin umgehend einen Termin mit einer unserer beiden Wund- und Stomaschwester“, sagt Dr. Zipse. Für Patient*innen mit einer Polyneuropathie bestehe die Möglichkeit, im Rahmen der Physiotherapie an einem propriozeptiven Training zur Verbesserung der Koordination und Tiefensensibilität teilzunehmen. Zur Betreuung aller insulinpflichtigen Menschen mit Diabetes wiederum gehöre die tägliche Besprechung der Glukosewerte mit einer Diabetesberaterin im sog. Blutzuckerzimmer, um möglichen Stoffwechsellentgleisungen zeitnah entgegenwirken zu können.

Dr. Zipse, die eine Weiterbildungs-ermächtigung für Innere Medizin besitzt, kümmert sich nicht nur um



Gruppenfoto mit DDG Zertifikat: Das Team von Ärzt*innen und Diabetesberater*innen der Rehaklinik Ob der Tauber mit Chefärztin Dr. Sylvia Zipse (sitzend, Mitte).

Foto: RehaZentren Baden-Württemberg

ihre Patient*innen, sondern auch um den fachärztlichen Nachwuchs. Derzeit durchlaufen drei der sieben Assistenzärzt*innen der Klinik bei ihr eine achtzehnmonatige interistische Weiterbildung.

Hohe Qualität des Rehaangebots erhalten

Da die Klinik auch in Zukunft ihren hohen Qualitätsansprüchen genügen will, hat sie sich im März von der DDG erneut zertifizieren lassen. Mittlerweile trägt die Einrichtung das Siegel seit 15 Jahren.

„Wir verstehen uns als lernende Organisation und sehen es daher

als selbstverständlich an, unsere Strukturen und Abläufe in einem Qualitätsmanagementsystem darzulegen. Außerdem ermöglicht uns die Rezertifizierung, kontinuierlich unsere Arbeitsabläufe und Therapieprozesse zu verbessern und so dauerhaft die hohe Qualität unseres Rehabilitationsangebotes zu erhalten“, begründet Dr. Zipse das Engagement.

Bei den Patient*innen kommt das gut an. Bei einer aktuellen internen Befragung erhielt die Rehaklinik Bestnoten. Auch bei externen Qualitätsbewertungen erzielt sie immer wieder Spitzenplätze. Petra Spielberg

STECKBRIEF

- **Ort:** Bad Mergentheim
- **Anzahl der Patient*innen mit Diabetes mellitus (2023):** 754
- **Anzahl der Mitarbeitenden:** eine Chefärztin, zwei Oberärzt*innen, sieben Assistenzärzt*innen, drei Diabetesberater*innen DDG, drei Ernährungsberater*innen, zwei Psycholog*innen, zwei Ergotherapeut*innen, zwei Wundassistent*innen, zwei Mitarbeitende aus dem Sozialdienst, elf Fachkräfte aus den Bereichen Pflege und Beratung für Gesundheits- und Hilfsmittel
- **Ansiedlung:** Fachklinik der RehaZentren Baden-Württemberg GmbH

Arbeitsgemeinschaft Diabetes & Niere

Gremium der Deutschen Diabetes Gesellschaft

Die AG Diabetes & Niere existiert seit über 30 Jahren und ist aktiv sowohl in der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses als auch in der Erstellung, Überarbeitung und Aktualisierung von Leitlinien. Zudem vergibt die AG eigene Preise.

Welche Ziele und Aufgaben gibt es?

- Das Thema des Nierenschadens bei Diabetes mellitus innerhalb wie außerhalb unserer Fachgesellschaft zu adressieren und dafür zu sensibilisieren.
- Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses und Schaffung



eines Interesses für das Thema, hierzu werden jedes Jahr während des Diabetes Kongresses Preise für das oder die besten wissenschaftlichen Poster vergeben, ferner erfolgt eine Projektförderung durch die Vergabe des mit 10.000 Euro dotierten Paul-Kimmelstiel-Preises.

- Stärkere Vernetzung der Fachdisziplinen, insbesondere die Intensivierung der Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie
 - Jährliche Überarbeitung der Praxisempfehlungen „Nephropathie bei Diabetes“, die somit ein hochaktuelles evidenzbasiertes Nachschlagewerk darstellen.

Welche Projekte werden verfolgt?

- Regelmäßige Überarbeitung und Aktualisierung der Praxisempfehlungen „Nephropathie bei Diabetes“
- Mitarbeit an den NVL Diabetes
- Integration der europäischen wie US-amerikanischen Leitlinien und Konsensempfehlungen in unsere Leitlinien und Empfehlungen
- Verstärkte Zusammenarbeit mit der DGfN

Gibt es eigene Veranstaltungen?

- Zwei Symposien während des Diabetes Kongresses, ein Symposium während der Diabetes Herbsttagung sowie regelmäßige Workshops während der genannten Veranstaltungen

SERIE GREMIEN IM FOKUS

- **Gründungsdatum:** vor mindestens 30 Jahren (genaues Datum nicht bekannt)
- **Anzahl der Mitglieder:** ca. 30
- **Sprecher:** Dr. Ludwig Merker
- **Kontakt:** diabetes@luckycloud.de

»Die Nieren sind faszinierende Organe. Das Thema „Niere“ ist in den letzten Jahren verstärkt in den wissenschaftlichen Fokus gerückt und hat uns dadurch viele neue Erkenntnisse ermöglicht. Unsere AG begleitet und fördert diese Erkenntnisse. Wir sind offen für neue Interessenten, auch aus anderen Fachdisziplinen und einschließlich der diabetesberatenden Berufe.«

Dr. Ludwig Merker

www.ddg.info/die-ddg/arbeitsgemeinschaften/diabetes-niere





Dr. Ludwig Merker



Neu- oder re-zertifizierte Kliniken und Arztpraxen

(im Zeitraum 23.04. bis 20.05.2024)

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 1		
Diabetespraxis Prenzlauer Berg	10409 Berlin	Diabeteszentrum DDG 
Diabetes Team Berlin	13086 Berlin	Diabetes Exzellenzzentrum DDG 
Helios Klinikum Berlin-Buch	13125 Berlin	Klinik mit Diabetes im Bick DDG
Asklepios Klinik Birkenwerder, Klinik für Diabetologie	16547 Birkenwerder	Diabeteszentrum DDG
PLZ 2		
Praxis am Hogenkamp	25336 Elmshorn	Diabeteszentrum DDG
Fachklinik Sylt Kinder und Jugendliche, Diabetologie	25980 Sylt	Diabeteszentrum DDG
PLZ 3		
Diabeteszentrum Hannover Süd	30457 Hannover	Diabeteszentrum DDG

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 4		
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. med. Martin Langert	46397 Bocholt	Diabeteszentrum DDG
Euregio-Klinik GmbH, Klinik für Gefäß- und Endovaskularchirurgie	48527 Nordhorn	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis mit hausärztlicher Versorgung Gronau	48599 Gronau	Fußbehandlungseinrichtung DDG
PLZ 5		
St. Vincenz-Krankenhaus, Innere Medizin	58706 Menden	Fußbehandlungseinrichtung DDG
PLZ 6		
Dres. Gregor und Eva Hess	67549 Worms	Fußbehandlungseinrichtung DDG
PLZ 9		
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. Julia Weigand	94315 Straubing	Diabeteszentrum DDG 
MVZ DiaMedicum Würzburg	97072 Würzburg	Diabeteszentrum DDG 



Medienpreise der DDG 2024

Bis 31. Juli bewerben – im Fokus: Folgeerkrankungen

Foto: anuwat – stock.adobe.com

BERLIN. In diesem Jahr feiert die DDG ihren 60. Geburtstag – und macht in ihrem Jubiläumsjahr mit vielfältigen Aktionen auf die Herausforderungen des Diabetes mellitus aufmerksam. Ein zentraler Baustein ist dabei die 11. Ausschreibung des Medienpreises.

Zum Jubiläum hat die DDG das Motto bewusst besonders offen gewählt. Es lautet: „Diabetes und dann?! Behandlung, Leben, Begleiterkrankungen“. Damit wird der Fokus des DDG Medienpreises erstmalig und ganz bewusst verstärkt auf die Begleiterkrankungen des Diabetes gelenkt.

In der **Kategorie „Behandlung von Diabetes“** kann z.B. die Reform des Gesundheitswesens im Mittelpunkt stehen. „Viele Kliniken blicken mit Sorge in die Zukunft. Auch in der ambulanten Versorgung zeigt sich ein zunehmender gravierender Mangel an Fachkräften und Schwerpunktpraxen, besonders in ländlichen Regionen. Wie die Reform die Qualität in der Versorgung endlich wieder in den Fokus rückt, ist nur ein Thema, das in den Beiträgen aufgegriffen werden kann“,

erklärt DDG Mediensprecher Professor Dr. BAPTIST GALLWITZ. Beiträge in der **Kategorie „Leben“** können z.B. „Ernährung und Diabetes“ zum Thema haben, auch die Themen Sport, Diabetes am Arbeitsplatz, Diabetes im Alter oder Inklusion von Kindern und Jugendlichen können hier aufgegriffen werden. Der Medienpreis wird auch 2024 in den Bereichen Hören, Sehen und Lesen vergeben:

- **Hören:** Hörfunk-Beiträge, Podcasts
- **Sehen:** TV-Sendungen, YouTube-Videos
- **Kategorie Lesen:** Zeitungs- und Zeitschriftenartikel, Blogbeiträge

Der Preis ist mit jeweils 2.000 Euro dotiert. Die eingereichten Publikationen müssen zwischen 1. August 2023 und 31. Juli 2024 veröffentlicht worden sein/veröffentlicht werden. Medienschaffende aus dem deutschsprachigen Raum können ihre Beiträge bis zum 31. Juli 2024 einreichen. *dz*

Informationen und Videos zum Medienpreis über den QR-Code oder: www.ddg.info/pressebereich/medienpreis



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

Dr. Benjamin Krzysztof Wandzik, Biesenthal
 Dr. Robert Gutmann, Potsdam
 Matthaios Sengeridis, Fellbach
 PD Dr. Isabel Viola Frielitz-Wagner, Magdeburg
 Johanna Farr, Esch
 Dr. Janick Braunsberger, Radolfzell
 Saskia Schicketanz, Eckernförde
 Dr. Patrick Rautenberg, Eckernförde
 Dr. Zuzana Zimmermann, Steinau
 Dr. Henner Tönjes, Münster

DIABETES HERBSTTAGUNG 2024 DDG

Reisestipendien für die Herbsttagung

Bewerbungen sind bis 29. August möglich

BERLIN. Ein Reisestipendium erleichtert den Besuch der Diabetes Herbsttagung finanziell, ermöglicht aber auch die Teilnahme am umfangreichen Nachwuchsprogramm während der Tagung. Die Diabetes Herbsttagung 2024 findet vom 22. bis 23. November im Hannover Congress Centrum statt.

Reisestipendien für die Diabetes Herbsttagung vergibt die DDG an Studierende der Medizin, Psychologie und Pharmazie mit diabetesbezogenem Schwerpunkt, an Assistenzärzt*innen und an Psycholog*innen, die sich in der Weiterbildung zur/zum Psychotherapeut*in befinden. Bis zum 29. August ist Zeit, sich zu bewerben. Reisestipendium für die Herbsttagung – das ist drin:

- Zugang zum gesamten Tagungsprogramm
- eine großzügige Reisekostenpauschale
- separates Stipendienprogramm sowie
- Einführung in das Tagungsprogramm und Begleitung durch die Mitglieder der AG Nachwuchs der DDG

Vergeben werden 60 Stipendien in Höhe von 300 Euro (Reise- und Übernachtungskostenpauschale) sowie zusätzlich ca. 20 Stipendien mit Mobilitätszuschuss in Höhe von 150 Euro. Über die Art des Stipendiums entscheidet eine Jury.

Weitere Informationen und Bewerbungsformular: herbsttagung-ddg.de/tagung/#nachwuchsfoerderung



Die DDG App

NEU! Für Smartphone und Tablet

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

Foto: blankstock – stock.adobe.com

Angebote zur DDG Weiterbildung

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


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	Modul 1: 22.07. – 02.08.2024 Modul 2: 23.09. – 27.09.2024 Modul 3: 25.11. – 06.12.2024 Modul 4: 03.02. – 14.02.2025* Modul 5: 31.03. – 04.04.2025 Modul 6: 12.05. – 23.05.2025 Modul 7: 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	Modul 1: 09.09. – 20.09.2024 Modul 2: 18.11. – 29.11.2024 Modul 3: 13.01. – 17.01.2025 Modul 4: 04.03. – 15.03.2025* Modul 5: 22.04. – 26.04.2025 Modul 6: 23.06. – 04.07.2025 Modul 7: 25.08. – 05.09.2025 zzgl. Wahlpflichtmodul
Bochum BO 01 DB	Augusta Akademie Bochum Dr.-C.-Otto-Str. 27, 44879 Bochum ☎ Tel.: 02345173 info@augusta-akademie.de http://www.augusta-akademie.de/	Modul 1: 16.09. – 27.09.2024 Modul 2: 11.11. – 22.11.2024 Modul 3: 06.01. – 10.01.2025 Modul 4: 10.03. – 21.03.2025* Modul 5: 19.05. – 23.05.2025 Modul 6: 04.08. – 15.08.2025 Modul 7: 06.10. – 17.10.2025 zzgl. Wahlpflichtmodul
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	Modul 1: 14.10. – 25.10.2024 Modul 2: 13.01. – 24.01.2025 Modul 3: 24.02. – 28.02.2025 Modul 4: 24.03. – 04.04.2025* Modul 5: 12.05. – 23.05.2025 Modul 7: 07.07. – 18.07.2025 Modul 6: 22.09. – 26.09.2025 zzgl. Wahlpflichtmodul
2025		
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	Modul 1: 13.01. – 24.01.2025 Modul 2: 17.02. – 28.02.2025 Modul 3: 07.04. – 11.04.2025 Modul 4: 23.06. – 04.07.2025* Modul 5: 21.07. – 01.08.2025 Modul 7: 22.09. – 03.10.2025 Modul 6: 24.11. – 28.11.2025 zzgl. Wahlpflichtmodul
Rheine RH 06 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	Modul 1: 27.01. – 07.02.2025 Modul 2: 24.03. – 04.04.2025 Modul 3: 19.05. – 23.05.2025 Modul 4: 21.07. – 01.08.2025* Modul 5: 13.10. – 17.10.2025 Modul 6: 24.11. – 05.12.2025 Modul 7: 12.01. – 23.01.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul
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	Modul 1: 24.02. – 07.03.2025 Modul 2: 05.05. – 16.05.2025 Modul 3: 11.08. – 15.08.2025 Modul 4: 08.12. – 12.12.2025 + 02.02. – 06.02.2026 Modul 5: 27.10. – 30.10.2025 + 09.02. – 13.02.2026 Modul 6: 18.08. – 22.08.2025 + 01.12. – 05.12.2025 Modul 7: 20.10. – 24.10.2025 zzgl. Wahlpflichtmodul

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Rheine RH 10 DB-A	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	NUR Aufbauqualifikation: Modul 4: 24.02. – 07.03.2025* Modul 5: 12.05. – 16.05.2025 Modul 6: 04.08. – 15.08.2025 Modul 7: 06.10. – 17.10.2025 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	Modul 1: 17.03. – 28.03.2025 Modul 2: 05.05. – 16.05.2025 Modul 3: 02.06. – 06.06.2025 Modul 4: 06.10. – 17.10.2025* Modul 5: 10.11. – 21.11.2025 Modul 7: 12.01. – 23.01.2026 Modul 6: 09.02. – 13.02.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul
Bochum BO 02 DB	Augusta Akademie Bochum Dr.-C.-Otto-Str. 27, 44879 Bochum ☎ Tel.: 02345173 info@augusta-akademie.de http://www.augusta-akademie.de/	Modul 1: 24.03. – 04.04.2025 Modul 2: 02.06. – 13.06.2025 Modul 3: 18.08. – 22.08.2025 Modul 4: 20.10. – 31.10.2025* Modul 5: 15.12. – 19.12.2025 Modul 6: 19.01. – 30.01.2026 Modul 7: 09.03. – 20.03.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul
Rheine RH 07 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	Modul 1: 28.04. – 09.05.2025 Modul 2: 07.07. – 18.07.2025 Modul 3: 08.09. – 12.09.2025 Modul 4: 03.11. – 14.11.2025* Modul 5: 26.11. – 30.11.2026 Modul 6: 02.03. – 13.03.2026 Modul 7: 13.04. – 24.04.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul
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	Modul 1: 07.07. – 18.07.2025 Modul 2: 20.10. – 31.10.2025 Modul 3: 01.12. – 05.12.2025 Modul 4: 26.01. – 06.02.2026* Modul 5: 09.03. – 20.03.2026 Modul 7: 20.04. – 01.05.2026 Modul 6: 08.06. – 12.06.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul
Bad Mergentheim BMH 02 DB	Diabetes-Akademie Bad Mergentheim e.V. Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim ☎ Tel.: 07931/594 165, ☎ Fax: 07931/77 50 info@diabetes-zentrum.de www.diabetes-akademie.de	Modul 1: 14.07. – 25.07.2025 Modul 3: 22.09. – 26.09.2025 Modul 2: 10.11. – 21.11.2025 Modul 4: 12.01. – 16.01.2026* Modul 5: 19.01. – 23.01.2026 Modul 6: 16.03. – 27.03.2026 Modul 7: 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/diabetesedukation.

Diabetesassistent*in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
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	Modul 1: 22.07. – 02.08.2024 Modul 2: 23.09. – 27.09.2024 Modul 3: 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	Modul 1: 09.09. – 20.09.2024 Modul 2: 18.11. – 29.11.2024 Modul 3: 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/	Modul 1: 16.09. – 27.09.2024 Modul 2: 11.11. – 22.11.2024 Modul 3: 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	Modul 1: 14.10. – 25.10.2024 Modul 2: 13.01. – 24.01.2025 Modul 3: 24.02. – 28.02.2025
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	Modul 1: 13.01. – 24.01.2025 Modul 2: 17.02. – 28.02.2025 Modul 3: 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	Modul 1: 27.01. – 07.02.2025 Modul 2: 24.03. – 04.04.2025 Modul 3: 19.05. – 23.05.2025



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



Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
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	Modul 1: 24.02. – 07.03.2025 Modul 2: 05.05. – 16.05.2025 Modul 3: 11.08. – 15.08.2025
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	Modul 1: 17.03. – 28.03.2025 Modul 2: 05.05. – 16.05.2025 Modul 3: 02.06. – 06.06.2025
Bochum BO 02 DA	Augusta Akademie Bochum Dr.-C.-Otto-Str. 27, 44879 Bochum ☎ Tel.: 02345173 info@augusta-akademie.de, http://www.augusta-akademie.de/	Modul 1: 24.03. – 04.04.2025 Modul 2: 02.06. – 13.06.2025 Modul 3: 18.08. – 22.08.2025
Jena JE 04 DA	Diabeteszentrum Thüringen e.V. Am Klinikum 1, Gebäude A, 07740 Jena ☎ Tel.: 03641/93243-46, ☎ Fax: 03641/93243-47 nadine.kuniss@med.uni-jena.de, www.diabetes-thueringen.de	Modul 1 31.03. – 11.04.2025 Modul 2 16.06. – 27.06.2025 Modul 3 01.09. – 05.09.2025
Jena JE 04 LÄK	Diabeteszentrum Thüringen e.V. Am Klinikum 1, Gebäude A, 07740 Jena ☎ Tel.: 03641/93243-46, ☎ Fax: 03641/93243-47 nadine.kuniss@med.uni-jena.de, www.diabetes-thueringen.de	Modul 1 31.03. – 11.04.2025 Modul 2 16.06. – 21.06.2025
Rheine RH 07 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	Modul 1: 28.04. – 09.05.2025 Modul 2: 07.07. – 18.07.2025 Modul 3: 08.09. – 12.09.2025
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	Modul 1: 07.07. – 18.07.2025 Modul 2: 20.10. – 31.10.2025 Modul 3: 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	Modul 1: 14.07. – 25.07.2025 Modul 3: 22.09. – 26.09.2025 Modul 2: 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

➔ Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG – Fortbildung für Pflegenden

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

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
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 (Klinik)

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Rheine DPPK 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
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	Block 1: 06.11. – 08.11.2024 Block 2: 13.11. – 15.11.2024
11	Diabetes-Akademie Bad Mergentheim e.V. Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim ☎ Tel.: 07931/594 165, ☎ Fax: 07931/77 50 boehm@diabetes-zentrum.de, www.diabetes-akademie.de	25.11. – 29.11.2024
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	Block 1: 10.03. – 12.03.2025 online Block 2: 17.03. – 19.03.2025 Präsenz

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
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	Block 1 13.10. – 15.10.2025 online Block 2 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	Block 1: 24.10. – 25.10.2024 Block 2: 14.11. – 15.11.2024 Block 3: 16.01. – 17.01.2025 Block 4: 27.02. – 28.02.2025 Block 5: 03.04. – 04.04.2025
DC 02	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. in Kooperation mit der Diabetes-Akademie Bad Mergentheim e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	Block 1: 13. und 14.03.2025 Block 2: 08. und 09.05.2025 Block 3: 26. und 27.06.2025 Block 4: 10. und 11.07.2025 Block 5: 18. und 19.09.2025
DC 03	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. in Kooperation mit der Diabetes-Akademie Bad Mergentheim e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	Block 1: 27.11. – 28.11.2025 Block 2: 15.01. – 16.01.2026 Block 3: 05.02. – 06.02.2026 Block 4: 12.03. – 13.03.2026 Block 5: 07.07. – 08.05.2026

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

➔ Adipositasberater*in DAG-DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
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	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-Straße 19, 37083 Göttingen ☎ Tel.: 0551/7974741 ☎ Fax: 0551/29213514 office@willmscoaching.de www.willmscoaching.de	Online-Termine: 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

Rodgau, 12.05.2024

Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabeteszentrum Mevero MVZ GmbH Dres. Klepzig & Sittler
- Adresse: Kronberger Straße 11, 63110 Rodgau
- Ansprechpartner: Dr. med. Christian Klepzig, 0172/6904682, klepzig@mevero.de
- Website: www.mevero.de

Frankfurt, 06.05.2024

Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: befristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Dr. Weber & Partner GmbH
- Adresse: Lyoner Straße 34, 60528 Frankfurt
- Ansprechpartner: Michael Langfeld, 0178/30 22 300, ml@dr-weber-partner.de

Wetzlar, 04.05.2024

Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabeteschwerpunktpraxis Dr. Göbel
- Adresse: Frankfurter Straße 90, 35578 Wetzlar
- Ansprechpartner: Dr. med. Rolf Göbel, 0171/1979969, goero@t-online.de

Herford, 01.05.2024

Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.01.2026
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Gemeinschaftspraxis DSP Herford
- Adresse: Bismarckstraße 78, 32049 Herford
- Ansprechpartner: Dr. med. Gunter Mitzloff, 0173/3575772, diabetes-herford@telemed.de
- Website: www.diabetes-herford.de

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, 01516/7444902, personal@primedus.de
- Website: www.primedus.de/karriere

GESUNDHEITSFACHKRÄFTE

Kutenholz-Mulsum, 13.05.2024

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis Dr. Pohl und Dr. Metz
- Adresse: Zur Loge 24, 27449 Kutenholz-Mulsum
- Ansprechpartner: Dr. med. Jürgen Pohl, 04762/8040, juergen.pohl@freenet.de

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, 01516/7444902, personal@primedus.de
- Website: www.primedus.de/karriere

Aschaffenburg, 10.05.2024

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.07.2024
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Dres. Sommer/Milnik
- Adresse: Frohsinnstraße 20, 63739 Aschaffenburg
- Ansprechpartner: Dr. med. Alexander Milnik, 06021/27103, milnik@sommer-milnik.de
- Website: www.sommer-milnik.de

Berlin, 10.05.2024

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis Dres. Hoffmann & Muth
- Adresse: Weserstraße 1, 12047 Berlin
- Ansprechpartner: Dr. med. Gregor Muth, personal@hoffmann-muth.de
- Website: www.hoffmann-muth.de

Hannover, 08.05.2024

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: KRH Siloah
- Adresse: Stadionbrücke 4, 30459 Hannover
- Ansprechpartner: Dr. med. Malte Boeck, 0177/5573371, malte.boeck@krh.de
- Website: karriere.krh.de/stellenanzeige/pflegefachkraft-als-diabetesberater-ddg-oder-diabetesassistent-kvn-m-w-d/4328

München, 08.05.2024

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

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

Berlin, 07.05.2024

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: St. Hedwig Krankenhaus
- Adresse: Große Hamburger Straße 5-11, 10115 Berlin
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Blanca Lüdecke, 030/23112865, b.luedecke@alexianer.de
- Website: www.alexianer-berlin-hedwigkliniken.de/st-hedwig-krankenhaus/karriere

Berlin, 07.05.2024

Diabetesassistent*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge
- Adresse: Herzbergstraße 79, 10365 Berlin
- Ansprechpartnerin: Irina Schumacher, 030/54723710, diabetesundernaehrungsberatung@keh-berlin.de
- Website: www.keh-berlin.de/karriere/stellenangebote

Ochsenfurt, 06.05.2024

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Gemeinschaftspraxis Dres. Swoboda/Schmidt
- Adresse: Am Greinberg 29, 97199 Ochsenfurt
- Ansprechpartner: Dr. med. Florian Swoboda, 09331/981980, dr.swoboda@diabetologie-ochsenfurt.de
- Website: www.diabetologie-ochsenfurt.de

Ochsenfurt, 06.05.2024

Diabetesassistent*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Gemeinschaftspraxis Dres. Swoboda/Schmidt
- Adresse: Am Greinberg 29, 97199 Ochsenfurt
- Ansprechpartner: Dr. med. Florian Swoboda, 09331/981980, dr.swoboda@diabetologie-ochsenfurt.de
- Website: www.diabetologie-ochsenfurt.de

Frankfurt, 03.05.2024

Diabetesassistent*in DDG (m/w/d)

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

Frankfurt, 30.04.2024

Diabetesberater*in DGG (m/w/d)

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

Unterschleißheim, 29.04.2024

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Zentrum innere Medizin
- Adresse: Rathausplatz 2, 85716 Unterschleißheim
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Annette Flegel, 089/321 00 10, info@internisten-ush.de
- Website: internisten-ush.de

Direkt zu allen Stellenangeboten





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

Warburg, 27.04.2024

Diabetesberater*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: DSP Greitens
- Adresse: Am Markt 7, 34414 Warburg
- Ansprechpartnerin: Dorothee Greitens, 05641/78080, greitens_d@t-online.de

Hamburg, 25.04.2024

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabeteszentrum Hamburg Nord-West
- Adresse: Tibarg 1b, 22459 Hamburg
- Ansprechpartnerin: Grit Müller, mueller@diabeteszentrum-hhnw.de
- Website: www.diabeteszentrum-hhnw.de

Hamburg, 25.04.2024

Diabetesassistent*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabeteszentrum Hamburg Nord-West
- Adresse: Tibarg 1b, 22459 Hamburg
- Ansprechpartnerin: Grit Müller, mueller@diabeteszentrum-hhnw.de
- Website: www.diabeteszentrum-hhnw.de

Hamburg, 25.04.2024

Diätassistent*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabeteszentrum Hamburg Nord-West
- Adresse: Tibarg 1b, 22459 Hamburg
- Ansprechpartnerin: Grit Müller, mueller@diabeteszentrum-hhnw.de
- Website: www.diabeteszentrum-hhnw.de

Böblingen, 23.04.2024

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Internistische Facharztpraxis
- Adresse: Konrad-Zuse-Straße 14, 71034 Böblingen
- Ansprechpartner: Dr. med. Rainer Talhammer, 0176/81196137, dr.talhammer@internisten-boeblingen.de
- Website: www.internisten-boeblingen.de

Kerpen, 22.04.2024

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: befristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis Dr. Franke
- Adresse: Heerstraße 330, 50169 Kerpen
- Ansprechpartnerin: Dr. Anja Franke, 02237/972114, franke@praxis-dr-franke.de
- Website: www.praxis-dr-franke.de

Frankfurt, 21.04.2024

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Krankenhaus-Sachsenhausen
- Adresse: Schulstraße 31, 60594 Frankfurt
- Ansprechpartnerin: Kathrin Rövenich, 069/6605-1329, bewerbermanagement@khs-ffm.de
- Website: www.krankenhaus-sachsenhausen.de

Norderstedt, 19.04.2024

Diabetesassistent*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Diabeteschwerpunktpraxis Norderstedt
- Adresse: Berliner Allee 40 B, 22850 Norderstedt
- Ansprechpartner: Dr. med. Andreas Schulz, 040/5231590, diabetespraxis@web.de

München, 17.04.2024

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: befristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Klinik München Bogenhausen
- Adresse: Engelschalkinger Straße 77, 81925 München
- Ansprechpartnerin: Jadranka Kosjer, 089/9270-2508, jadranka.kosjer@muenchen-klinik.de
- Website: www.muenchen-klinik.de

Bad Lauterberg, 10.04.2024

Diabetesassistent*in (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.de
- Website: www.primedus.de/karriere

Jetzt bestellen!



<https://shop.medical-tribune.de/eGBH-Kombi>
 E-Mail: mtd-aboservice@medtrix.group
 Fax: 0611 9746 480-228 oder per Post

Ja, ich bestelle Exemplare
Gebühren-Handbuch 2023 / Gedruckt und digital
 zum Preis von nur 49 € inkl. Porto/Verpackung gegen Rechnung, zahlbar nach Erhalt.
 (ISBN-Nr.: 978-3-938748-22-0). Den Code zur Online-Aktivierung finden Sie in der Print-Ausgabe.

Name, Vorname _____
 Fachrichtung _____
 Straße/Hausnummer _____ PLZ/Ort _____
 E-Mail _____
 Datum, Unterschrift _____



Datenschutzhinweis: Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der personenbezogenen Daten erfolgt auf Grundlage der DSGVO und dient der Erfüllung des Auftrages und zu Direktmarketingaktivitäten für unsere Produkte und Dienstleistungen. Sie können jederzeit Auskunft über Ihre gespeicherten Daten verlangen und/oder der Speicherung und/oder Nutzung Ihrer Daten mit Wirkung für die Zukunft widersprechen und die Löschung bzw. Sperrung Ihrer personenbezogenen Daten verlangen. Senden Sie dazu eine E-Mail an mtd-datenschutz@medtrix.group. Verantwortliche Stelle im Sinne der DSGVO ist: MedTriX GmbH, Unter den Eichen 5, 65195 Wiesbaden. Datenschutzerklärung unter www.medical-tribune.de/datenschutzbestimmungen/

Widerrufsrecht: Sie können Ihre Bestellung innerhalb von 2 Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief/Fax/E-Mail) widerrufen oder nach Erhalt der Ware diese ausreichend frankiert zurücksenden. Die Frist für die Rücksendung der Ware beträgt 2 Wochen ab dem Tag, an dem Sie oder ein von Ihnen benannter Dritter, der nicht der Beförderer ist, die Ware in Besitz genommen haben bzw. hat. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs oder der Ware an: MedTriX GmbH, Vertriebsservice, Unter den Eichen 5, 65195 Wiesbaden.



Nur 49 €
~~99 €~~
 inkl. Versand

Das Gebühren-Handbuch 2023
Gedruckt und digital:
Die praktische Kombi für alle Fälle
 mit EBM und GOÄ einschl. IGeL und analoger Bewertungen / von Broglie, Schade et al.
 Wertvolle juristische Kommentierungen – leserfreundlich aufbereitet

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

Diese Kombination kostet jetzt nur 49 €



Fotos: StockPhotoPro – stock.adobe.com, warmworld1 – stock.adobe.com

BUNTES

60 Jahre DDG, 60 Jahre Engagement

Darum schwärmen Menschen für die Diabetologie



„Wir schwärmen für die Diabetologie, weil uns die Vielfaltigkeit in der Therapie fasziniert und jeder Mensch individuelle Empfehlungen benötigt.“

Doreen Kessler, Diabetesberaterin DDG & Dipl. Trophologin;
Yvonne Schindler, Diabetesberaterin, beide Jena



„Ich schwärme für die Diabetologie, weil Diabetes eine Volkskrankheit mit zunehmender Tendenz ist und wir durch eine effiziente Therapie und Betreuung vielen Menschen helfen können. Insbesondere die Verhinderung der mit Diabetes assoziierten Begleiterkrankungen und Komplikationen liegt mir am Herzen.“

MU Dr. Eftichia Ovowson-Saviolau,
Hamburg, Ärztin

Die besten Wünsche zum 60. Jahrestag!

Die DDG denkt die Volkskrankheit Diabetes von der Prävention bis zur Behandlung und leistet herausragende Arbeit in der Versorgung der stetig wachsenden Anzahl von Menschen mit Diabetes. Wir schätzen unsere vertrauensvolle und konstruktive Zusammenarbeit mit dieser exzellenten Fachgesellschaft sehr und freuen uns schon darauf, gemeinsam weiter insbesondere die Bereiche Forschung, Nachwuchsförderung und Digitalisierung voranzutreiben.

Deutsches Zentrum für Diabetesforschung/Neuherberg



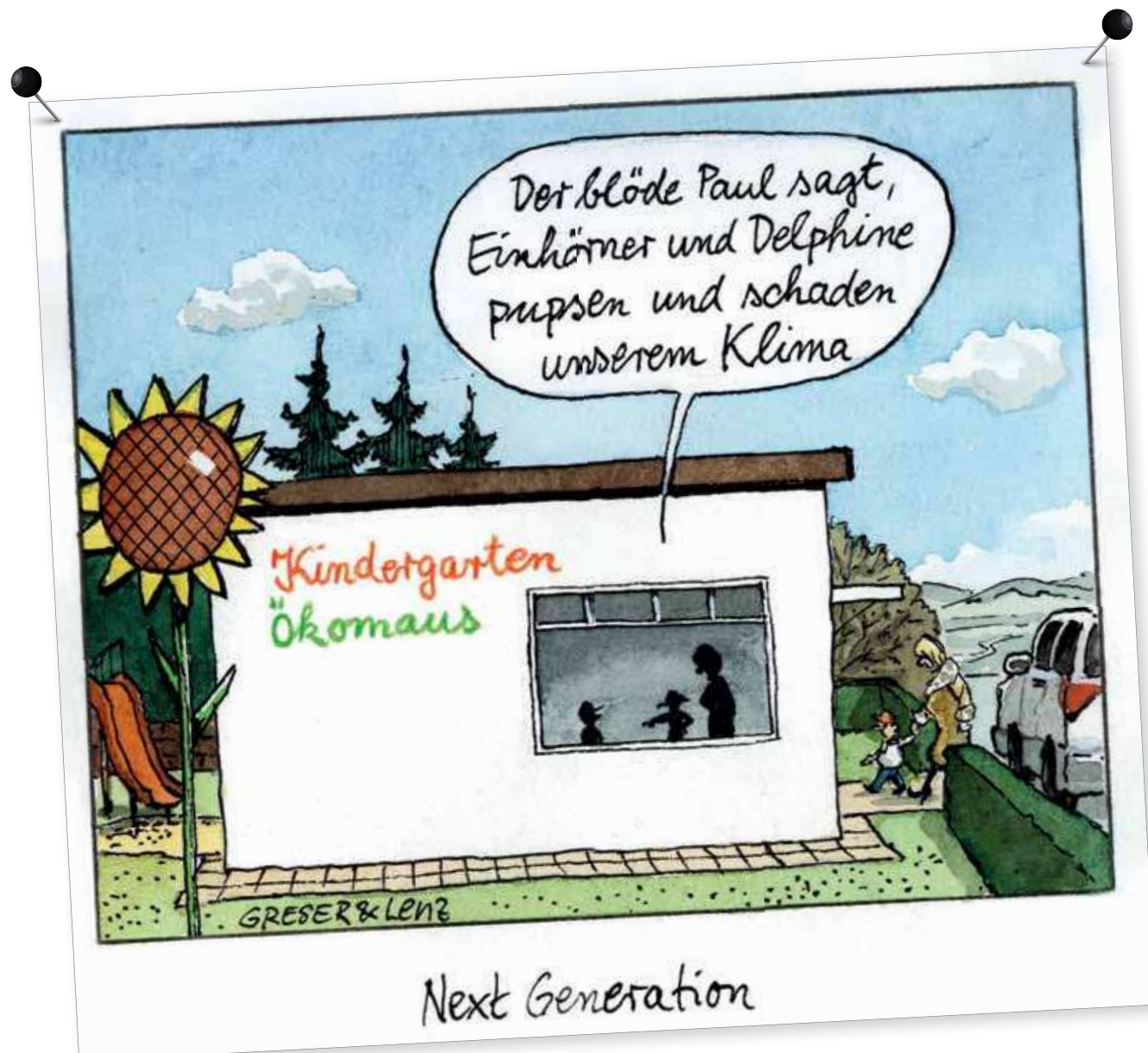
„Ich schwärme für die Diabetologie, weil wir in unserem Fachgebiet viel interdisziplinär arbeiten und im regelmäßigen Austausch stehen. Zudem können wir mit der Weiterbildung zur/zum Diabetesberater*in DDG eifrig Fachpersonal in unser Aufgabengebiet einführen und somit neue Pflanzen ziehen, die sich weiterhin um unsere Patient*innen kümmern.“

Bettina Hafner-Masek, Freilassing, Diabetesberaterin

„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 21. August +++

INHALT

Evidenz von DiGA

DiGA sind seit einiger Zeit verordnungsfähig, beim Evidenz-Nachweis hapert es aber noch. **2**

Retinopathie-Screening per KI

In Hessen wirft man mit einer All-in-One-Lösung ab sofort einen besonders scharfen Blick auf das Thema KI. **4**

Offene Schnittstellen gefordert

Auf dem ATTD-Kongress forderten Experten mehr Interoperabilität in der Diabetestechnologie. **4**

Neues vom ATTD

Bericht von der 17. Conference on Advanced Technologies & Treatments for Diabetes in Florenz. **6**

Insulintherapie: Status quo und Zukunft

Stand der Dinge, innovative Ansätze und To-dos bei der Applikation von Insulin. **8**

Kommentar zur ePA

Manuel Ickrath kommentiert, wieso die Implementierung der ePA schwerfällig, aber letztlich unumgänglich ist. **10**

Interview: Video-Studio in der Praxis

Ob für Vorträge oder Sprechstunden: Ein eigenes Video-Studio kann sich lohnen. **12**

Ergebnisse der Leserbefragung

Die Antworten unserer Leserschaft auf die Umfrage zum „diatec journal“. **12**

MedTriX Group

Das diatec journal online lesen

Alle bisherigen Ausgaben von dtj finden Sie auch im Internet unter:



<https://www.medical-tribune.de/diatec-journal>



Foto: Wavebreakmedia/Micro - stock.adobe.com

Liegen wir immer richtig?

DiGA-Evidenz / ATTD-Kongress / Kommentar zur ePA

WIESBADEN. Die Frage in der Überschrift bezieht sich auf Fakten und Aussagen zur Diabetestechnologie (DT) und Digitalisierung. Denn nicht alles, was vordergründig als zutreffend erscheint, hält auch immer einem zweiten Blick tatsächlich stand.

Hin und wieder stellen CGM-Nutzer Anfragen zur Genauigkeit der Messung. Mitunter handelt es sich um Ingenieure, die Kompetenz auf dem Gebiet der Messtechnik besitzen und mit diesem Wissen ihr CGM-System beurteilen. Nicht selten besteht der Auslöser im Ärger über festgestellte Messwertunterschiede zur Blutzuckermessung. Solche Anfragen sind leicht zu beantworten, indem man auf die physiologischen Unterschiede zwischen der Glukosekonzentration im Blut und im Gewebe bei Glukoseanstiegen bzw. -abfällen hinweist. Der Organismus ist nun mal kein Kontinuum. Schwieriger wird die Erklärung, wenn ein experimentierfreudiger CGM-Nutzer simultan einen zweiten CGM-Sensor verwendet und dabei die Messtoleranz der Systeme sichtbar wird. Nimmt man die MARD als mittlere Messwertabweichung gegenüber einem Vergleichsmessgerät zur Grundlage, so gilt ein Wert unter 10 % als annehm-

bar, was dem messtechnisch kompetenten Anwender aber hoch erscheint. Sein Denkfehler besteht in der alleinigen technischen Betrachtung der Messung. Wichtig ist aber die klinische Sicht, und da ist die Toleranz gering genug, um therapeutische Entscheidungen treffen zu können. Es ist nicht wichtig, einen Wert von z.B. 123,5 mg/dl exakt zu messen – klinisch relevant ist, dass der Großteil der Werte im breiten Bereich von 70 bis 180 mg/dl liegt, also der „Time in Range“, und dass akute Komplikationen, wie schwere Hypoglykämien, nicht auftreten. Grundsätzlich muss sich jede Art von Diabetestechnologie (DT) am klinischen Ergebnis orientieren. Das Einlassen auf die Messtechnik, die Abgabegenauigkeit von

Insulinpumpen, SmartPens etc. muss in diesem Kontext diskutiert werden.

Als ein weiterer Aspekt im Sinne „Liegen wir immer richtig?“ seien Aussagen von kompetenten Rednern von Kongressen erwähnt. Der ATTD-Kongress, über den wir auf den Seiten 6 und 7 sowie in Kurzberichten auf Seite 4 berichten, ist dafür ein Beispiel. Dabei geht es u.a. um den wichtigen Aspekt der Interoperabilität von DT. Dazu wird auf Prof. D. Klonoffs Vortrag hingewiesen und dessen Vorhaben zur Schaffung von Standards zur Interoperabilität, Datenintegration usw. im Rahmen der „Diabetes Technology Society“. Das ist alles wichtig und zeigt uns, wie in diesem regulatorischen Feld vorzugehen ist, aber eben in den USA. Zulassungsverfahren, Entwicklung von Standards usw. laufen in Deutschland aber anders, nämlich über die Gematik und das bei ihr angesiedelte Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen (KIG). Hier zeigt sich ein Makel des ATTD, des weltweit größten Kongresses zur DT: Die Vortragenden kommen zu mehr als 60 % aus den USA, als Ausdruck der dort voranschreitenden Forschung. Folglich bekommen die Europäer vor allem die Erfahrung aus Übersee mitgeteilt. Das ist gut, aber die eigene europäische Erfahrung wäre in vielen Fällen genauso wichtig. In einem gewissen Maß betrifft das auch Studien zur Wirksamkeit digitaler Gesundheitsanwendungen (S. 2–3). Denn auch wenn deren Ergebnisse signifikant sind, müssen Ärzte und auch Patienten von deren Wirksamkeit überzeugt sein. Zudem möchten wir noch verweisen auf eine wichtige Meinungsäußerung zur ePA-Implementierung, auf ein Retinopathie-Screening-Projekt in Hessen und auf die Fortsetzung des Artikels aus dem letzten Heft zu innovativen Entwicklungen in Digitalisierung und DT. Wir wünschen Ihnen einen schönen Sommer und Spaß beim Lesen! Ihre

Manuel Ickrath
Prof. Dr. Lutz Heinemann
Dr. Winfried Keuthage
Dr. Andreas Thomas

„Europäer bekommen vor allem die Erfahrung aus Übersee mitgeteilt“

Ausbaufähig: Evidenz digitaler Anwendungen

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) sind seit rund dreieinhalb Jahren verordnungsfähig, aber es mangelt noch immer an überzeugender Evidenz. Denn die komplexe Entwicklung und die hohen Studienanforderungen stellen komplexe Hürden für die Entwickler dar. Dennoch haben DiGA großes Potenzial für die Zukunft bei der Versorgung von Menschen mit Diabetes. Dr. Andreas Thomas hat sich die hiesige DiGA-Landschaft für den Bereich Diabetes genauer angeschaut und erklärt, was sich ändern muss. **Seite 2**

Neues zu CGM und AID vom ATTD-Kongress

In Florenz fand vom 6. bis 9. März 2024 zum 17. Mal die Conference on Advanced Technologies & Treatments for Diabetes (ATTD) statt. Auch die diesjährige Auflage des Kongresses war wie immer eine Leistungsschau der Diabetestechnologie mit Besuchern aus der ganzen Welt. Prof. Dr. Lutz Heinemann und Dr. Andreas Thomas haben teilgenommen und berichten insbesondere über die neuesten Entwicklungen und Erkenntnisse bezüglich der Nutzung von Systemen für das kontinuierliche Glukosemonitoring (CGM) und für die automatisierte Insulindosierung (AID) in der Behandlung des Typ-2-Diabetes. **Seite 6**

Wieso die ePA nicht scheitern darf

Seit Monaten erleben wir ein wildes Gezerre um die Entwicklung und Implementierung der elektronischen Patientenakte (ePA). Wer blickt da noch durch? Die Ärzte halten angesichts der vielen offenen Fragen den Atem an. Wo soll der Optimismus denn herkommen? Es ist Zeit, wieder an die Vision zu erinnern, denn der gesellschaftliche und politische Schaden wäre bei einem Scheitern des Projekts nicht mehr gutzumachen, kommentiert Manuel Ickrath. **Seite 10**



Foto: VectorMine – stock.adobe.com

Digitale Gesundheitsanwendungen: Erreichung einer überzeugenden Evidenz

DiGA sind seit einiger Zeit verordnungsfähig, beim Evidenz-Nachweis hapert es aber noch

PIRNA. Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) sind seit rund dreieinhalb Jahren verordnungsfähig, aber es mangelt noch immer an überzeugender Evidenz. Denn die komplexe Entwicklung und die hohen Studienanforderungen stellen komplexe Hürden dar. Dennoch haben DiGA großes Potenzial für die Zukunft. Dr. Andreas Thomas hat sich die DiGA-Landschaft für den Bereich Diabetes genauer angeschaut und erklärt, was sich ändern muss.

DiGA können seit Oktober 2020 in Deutschland durch Psychotherapeuten und Ärzte auf Rezept zulasten der gesetzlichen Krankenversicherungen verordnet werden, basierend auf dem „Digitalen-Versorgung-Gesetz“. Bis Mitte April 2024 wurden insgesamt 202 Anträge gestellt, 44 für eine dauerhafte und 158 für eine vorläufige Aufnahme. Davon sind aktuell 56 DiGA im DiGA-Verzeichnis gelistet, 31

dauerhaft und 26 vorläufig. Im Bereich „Hormone und Stoffwechsel“ sind es aktuell sieben, vier davon dauerhaft (Oviva Direkt für Adipositas, Hello-Better für Diabetes und Depression, Zanadio und Vitadio für Diabetes).

Bislang keine Erfolgsstory

Die Anzahl verschriebener DiGA hält sich dabei bisher in Grenzen und liegt

unter ca. 400.000 Verschreibungen. Dabei kann nicht genau gesagt werden, wie viele der DiGA nach deren Verschreibung dauerhaft angewendet werden. Das Ganze kann nicht gerade als Erfolgsstory bezeichnet werden. Dabei ist unstrittig, dass die durchaus kostenaufwendige Entwicklung einer DiGA durch häufig kleinere Software-Unternehmen für diese ein schwer kalkulierbares finanzielles Risiko darstellt. Aber in den DiGA liegt ein wichtiges Potenzial, was in seiner Bedeutung noch wachsen wird angesichts zunehmender Patientenzahlen und einer abnehmenden Arztdichte in der naheliegenden Zukunft.

DiGA müssen beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) beantragt und können von diesem auch zugelassen werden. Anfangs ist es möglich eine vorläufige Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis

zu erhalten. Hersteller der DiGA sind jedoch verpflichtet innerhalb der nächsten zwölf Monate deren Evidenz vorzugsweise mit einer randomisierten, kontrollierten Studie (RCT) nachzuweisen. Solche sind allerdings aufwendig und kostenintensiv. Sie müssen aber zu einer hinreichenden Evidenz führen, was in einer Reihe von Fällen auch gelungen ist.

Die Durchführung von Studien mit DiGA ist nicht einfach

Eine hinreichend gute Evidenz ist einerseits die Voraussetzung für die Zulassung einer DiGA durch das BfArM, geht aber auch einher mit der Überzeugungskraft für die Ärzte. Auch zugelassene DiGA werden sie kaum empfehlen und verschreiben, wenn sie von diesen nicht selbst überzeugt sind. Vorab ist zu bemerken, dass ak-

tuell diese „elektronische Medizin“ nicht nur seitens der Diabetologen, sondern auch von den Menschen mit Diabetes zurückhaltend betrachtet wird, sieht man doch eher eine medikamentöse Therapie als Behandlungskonzept an. Das erschwert auch die Durchführung von Studien, einerseits die Rekrutierung der Patienten, andererseits deren aktive Mitarbeit über einen längeren Zeitraum. Das soll kritische Hinweise zu nachfolgenden Studienbeispielen relativieren.

Bei der zugelassenen DiGA „Mebix“ besteht das Ziel der Anwendung bei Menschen mit Typ-2-Diabetes in einer Gewichtsreduktion, der Senkung des HbA_{1c}-Wertes, der Reduktion der Medikation, einer Senkung oder Absetzung der Insulindosis sowie in der nachhaltigen Verbesserung des Lebensstils und der Lebensqualität. Dazu enthält die DiGA eine Menge

diatec journal.

© 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.medical-tribune.de

CEO: Oliver Kramer

Geschäftsführung: Stephan Kröck, Markus Zobel

Gesamtreaktionsleitung Deutschland:
Günter Nuber

Herausgeber:
Prof. Dr. Lutz Heinemann, Neuss
(Diabetestechnologie),
Manuel Ickrath, Wiesbaden
(Digitalisierung)

Leitungsteam:
Prof. Dr. Lutz Heinemann (LH) (V.i.S.d.P.),
Dr. Winfried Keuthage (KEU),
Manuel Ickrath (MI), Dr. Andreas Thomas (AT)

Redaktion:
Gregor Hess (verantwortlich)

Corporate Publishing: Lena Feil, Bianca Lorenz

Produktionsleitung Deutschland: Ninette Grabinger
Teamleitung Layout: Andrea Schmuck
Layout: Richard Hoppe, Sabine Roach

Media- und Vertriebsleitung: 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 01.01.2024

Vertrieb und Abonnentenservice:
E-Mail: mtd-aboservice@medtrix.group

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

Bezugsbedingungen:
siehe diabetes zeitung, Seite 2

Erfüllungsort und Gerichtsstand ist Wiesbaden
Registergericht: Amtsgericht Wiesbaden
HRB 12 808, UST-IdNr.: DE 206 862 684

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

Angaben zu Interessenskonflikten des Leitungsteams unter www.medical-tribune.de/COI

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

positiv zu bewertender Interaktionen mit den Anwendern, wie unterhaltsame, leicht verständliche Videos zur Schulung und Aufklärung, Wissens-tests zur Anwendung des Erlernten und die Formulierung von Aufgaben auf der Startseite.

Um die Wirksamkeit von „Mebix“ zu belegen, wurde eine offene, prospektive, kontrollierte Studie über drei Monate durchgeführt [1]. Primärparameter war der HbA_{1c}-Wert (Erhebung der Werte alle drei Monate: retrospektiv, zu Studienbeginn und drei Monate nach Beginn der Nutzung der App). Weiterhin wurden die Gewichtsentwicklung und PRO (patient-reported outcomes: Wohlbefinden, diabetesbedingte Belastung und Selbstmanagement) bewertet.

Nach dreimonatiger Anwendung von „Mebix“ verringerte sich der HbA_{1c}-Wert signifikant um $-1,0 \pm 0,8 \%$ ($p < 0,001$). In der vorherigen Kontrolle ohne DiGA hatte der Blutzuckerlangzeitwert sich nur um $-0,2 \pm 0,8 \%$ verbessert (nicht signifikant). Weiterhin verringerten sich das Körpergewicht und verbesserten sich die PRO. Die Studie wurde als Beweis für die Wirksamkeit von „Mebix“ gewertet.

Probleme durch das Studiendesign

Für den außenstehenden Betrachter, der Kenntnisse über Evidenz von „Mebix“ haben möchte, ist problematisch, dass es sich hier um eine prospektive Studie gehandelt hat und nicht um eine randomisierte, kontrollierte Untersuchung. Auch würde man gerne längerfristige Ergebnisse zur Beurteilung heranziehen.

Weiterhin wollten von den 89 ausgewählten Patienten, welche nach dem Onboarding-Gespräch die Einschlusskriterien erfüllten, 19 nicht an der Studie teilnehmen. Von den verbliebenen 70 Probanden wurden 22 für die Analyse aus verschiedenen Gründen ausgeschlossen, z.B. weil sie die Einschlusskriterien nicht mehr erfüllten, ein HbA_{1c}-Wert fehlte etc. Die Auswertung betraf also nur noch 48 Studienteilnehmer. In Bezug auf die PRO fehlten bei einer Reihe von Patienten Antworten auf den Fragebogen. Damit betraf die Analyse nur noch 26 Patienten, was Fragen offen lässt.

Studien mit zusätzlichen Therapiemitteln

Eine andere Thematik sind Studien, in denen neben der DiGA-App noch weitere, die Glykämie verbessernde Maßnahmen zur Anwendung gelangen. Beispielsweise werden bei den DiGA „glucora“ und „una health“ über einen gewissen Zeitraum Systeme für das kontinuierliche Glukosemonitoring (CGM) genutzt für sogenannte „Sensorwochen“.

Damit sollen nicht-insulinpflichtige Menschen mit Typ-2-Diabetes ein „Biofeedback“ erhalten, d.h., sie können anhand der Glukosedaten die Auswirkungen verschiedener Mahlzeiten, körperlicher Aktivität, von Stress usw. sehen. Ziel ist es, daraus zu lernen und die gewonnenen Erkenntnisse in die Lifestyle-Intervention im Alltag umzusetzen, um eine nachhaltige Senkung des HbA_{1c}-Wertes, eine Gewichtsreduktion usw. zu erreichen. So ergab eine Pilotstudie mit „Glucora“ mit 64 Teilnehmern mit Typ-2-Diabetes (ur-

ÜBERSICHT: ZUGELASSENE DIGA IM BEREICH „HORMONE UND STOFFWECHSEL“

Im Bereich „Hormone und Stoffwechsel“ sind in Deutschland aktuell vier DiGA dauerhaft zugelassen (weitere Informationen zu den DiGA und deren Zulassungsstudien finden Sie im BfArM-Verzeichnis unter: t.ly/LZWRh):

HelloBetter Diabetes

1. Einsatzgebiete:

„HelloBetter Diabetes“ wird zur psychologischen Unterstützung bei Diabetes eingesetzt. Sie wird von Ärzten und Psychotherapeuten verordnet und richtet sich an erwachsene Patienten mit der Stoffwechselerkrankung.

2. Ziel und Wirkweise:

Die DiGA zielt darauf ab, psychische Belastung zu reduzieren und das Diabetes-Selbstmanagement zu verbessern. Die Anwendung bietet eine Förderung gesunder Verhaltensweisen durch kognitive Verhaltenstherapie und motivierende Gesprächsführung, Techniken zur Stressreduktion und Entspannungsübungen zur Stabilisierung des Blutzuckerspiegels, Informationen und Schulungen zu Diabetes, psychischer Gesundheit und Selbstmanagement sowie regelmäßige Rückmeldungen und Unterstützung durch speziell geschulte Therapeuten.

3. Studien zur Zulassung:

- Randomisierte kontrollierte Studien, die das Selbstmanagement und die psychische Gesundheit der Nutzer von „HelloBetter Diabetes“ mit Kontrollgruppen verglichen. Die Ergebnisse zeigten signifikante Verbesserungen bei der psychischen Belastung und den Selbstmanagementfähigkeiten der Nutzer.
- Prospektive Kohortenstudien, die eine Gruppe von Nutzern über einen längeren Zeitraum verfolgten, um die langfristigen Effekte der Anwendung auf das Selbstmanagement und die psychische Gesundheit zu beobachten.
- Anwendungsbeobachtungen, die die Erfahrungen und Ergebnisse von Nutzern im Alltag dokumentierten, um die Praxistauglichkeit und Benutzerfreundlichkeit der Anwendung zu evaluieren.

Zanadio

1. Einsatzgebiete:

„Zanadio“ wird zur Unterstützung bei der Behandlung von Adipositas eingesetzt. Sie wird von Ärzten und Psychotherapeuten verordnet und richtet sich an erwachsene Patienten mit einem Body-Mass-Index (BMI) zwischen 30 und 40, die eine langfristige Gewichtsreduktion anstreben.

2. Ziel und Wirkweise:

Die DiGA zielt darauf ab, das Körpergewicht der Nutzer durch eine Kombination aus Ernährungsumstellung, Bewegung und Verhaltensänderung zu reduzieren. Die Anwendung bietet individuelle Ernährungspläne und Bewegungsprogramme sowie Unterstützung zur Verhaltensänderungen durch psychologische Methoden. Zudem erfolgt die regelmäßige Erfassung und Analyse des Gewichtsverlaufs und anderer Gesundheitsdaten.

3. Studien zur Zulassung:

- Randomisierte kontrollierte Studien, die die Gewichtsabnahme bei Nutzern von „Zanadio“ mit Kontrollgruppen verglichen, die keine oder alternative Formen der Unterstützung erhielten. Die Ergebnisse zeigten eine signifikante Gewichtsreduktion bei den Nutzern der Anwendung.
- Pilotstudien, in denen die Anwendung in kleineren, kontrollierten Umgebungen getestet wurden, um erste Daten zur Wirksamkeit und Sicherheit zu sammeln.
- Anwendungsbeobachtungen, die die Erfahrungen und Ergebnisse von Nutzern im Alltag dokumentierten, um die Praxistauglichkeit und Benutzerfreundlichkeit der Anwendung zu evaluieren.

sprünglich 84 Teilnehmer; 20 mit Drop-out) eine Reduktion des HbA_{1c}-Wertes nach drei Monaten Intervention um $-0,79 \%$ (von $7,6 \pm 0,9 \%$ zur Baseline auf $6,8 \pm 0,7 \%$) und eine Verringerung des Körpergewichts um $-3,6 \text{ kg}$. Anhand der allgemein verfügbaren Daten lässt sich aber schlecht abschätzen, wie hoch der Anteil der Auswirkung der CGM-Nutzung an dem positiven Ergebnis und wie hoch der Anteil der DiGA daran war (bei der natürlich die Analyse von CGM-Daten essenziell ist).

Um die Effekte zu klären, ist eine randomisierte, kontrollierte Studie unabdingbar. Das heißt die Interventionsgruppe nutzt CGM und „Glucora“ wie festgelegt (CGM-Wochen, danach

Verwendung der Daten durch die DiGA), die Kontrollgruppe adaptiert die CGM-Daten selbst ohne die App. Entsprechende Studien sind in Vorbereitung [2].

Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass für eine überzeugende Evidenz solcher DiGA randomisierte, kontrollierte Studien notwendig sind, um die Verordner von dieser Behandlungsform zu überzeugen. Das setzt grundsätzlich voraus, dass die Ärzte in den Behandlungsprozess einbezogen sind, was derzeit nach dem „Digitalen Versorgungs-Gesetz“ noch ausgeschlossen ist, sich aber ändern soll.

Oviva Direkt

1. Einsatzgebiete:

„Oviva Direkt“ wird zur Unterstützung bei der Behandlung von Übergewicht und Adipositas eingesetzt. Sie wird von Ärzten und Psychotherapeuten verordnet und richtet sich an erwachsene Patienten, die ihr Körpergewicht durch eine Ernährungsumstellung reduzieren möchten.

2. Ziel und Wirkweise:

Die DiGA zielt darauf ab, das Essverhalten der Nutzer langfristig zu verbessern und dadurch das Körpergewicht zu reduzieren. Die Anwendung bietet personalisierte Ernährungspläne, regelmäßige Fortschrittsberichte und ermöglicht den direkten Kontakt zu Ernährungsberatern über eine integrierte Chat-Funktion. Die Nutzer erhalten kontinuierliche Unterstützung und Motivation, um ihre individuellen Ernährungsziele zu erreichen.

3. Studien zur Zulassung:

- Randomisierte kontrollierte Studien, die die Gewichtsabnahme bei Nutzern von „Oviva Direkt“ mit Kontrollgruppen verglichen, die keine oder alternative Formen der Unterstützung erhielten. Die Ergebnisse zeigten eine signifikante Gewichtsreduktion durch die Anwendung.
- Prospektive Kohortenstudien, die eine Gruppe von Nutzern über einen längeren Zeitraum verfolgten, um die langfristigen Effekte der Anwendung auf das Körpergewicht und das Essverhalten zu beobachten.
- Anwendungsbeobachtungen, die die Erfahrungen und Ergebnisse von Nutzern im Alltag dokumentierten, um die Praxistauglichkeit und Benutzerfreundlichkeit der Anwendung zu evaluieren.

Vitadio

1. Einsatzgebiete:

„Vitadio“ wird zur Unterstützung bei der Behandlung von Typ-2-Diabetes eingesetzt. Sie wird von Ärzten und Psychotherapeuten verordnet und richtet sich an erwachsene Patienten mit der Stoffwechselerkrankung.

2. Ziel und Wirkweise:

Die DiGA zielt darauf ab, das Management von Typ-2-Diabetes durch eine Kombination aus Ernährungsumstellung, Bewegung und kontinuierlicher Überwachung zu verbessern. Die Anwendung bietet personalisierte Ernährungspläne und Bewegungsprogramme, die kontinuierliche Überwachung und Aufzeichnung der Glukosewerte, Schulungen rund um das Thema Diabetes-Management sowie regelmäßige Rückmeldungen und Unterstützung durch Diabetes-Spezialisten, um die Nutzer zu motivieren und zu begleiten.

3. Studien zur Zulassung:

- Randomisierte kontrollierte Studien, die das Diabetes-Management bei Nutzern von „Vitadio“ mit Kontrollgruppen verglichen, die keine oder alternative Formen der Unterstützung erhielten. Die Ergebnisse zeigten signifikante Verbesserungen bei der Kontrolle der Blutzuckerwerte und der allgemeinen Lebensqualität der Nutzer.
- Prospektive Kohortenstudien, die eine Gruppe von Nutzern über einen längeren Zeitraum verfolgten, um die langfristigen Effekte der Anwendung auf das Diabetes-Management zu beobachten.
- Anwendungsbeobachtungen, die die Erfahrungen und Ergebnisse von Nutzern im Alltag dokumentierten, um die Praxistauglichkeit und Benutzerfreundlichkeit der Anwendung zu evaluieren.

Die Überzeugung für die Patienten kommt über den selbsterlebten Effekt der Anwendung einer DiGA. Ist das nicht der Fall oder bereitet der Umgang mit der DiGA Schwierigkeiten, so wird diese nicht weiter genutzt. Die hohen Drop-out-Raten in verschiedenen Studien lassen Letzteres offen, zeigen aber auch die höhere Komplexität im Vergleich zum Beispiel zur medikamentösen oralen Therapie.

Dr. Andreas Thomas

Quellen

1. Bretschneider MP et al. Effectiveness of a Digital Health Application for the Treatment of Diabetes Type II-A Pilot Study. J Clin Med. 2023 Sep 30;12(19):6317.
2. <https://glucora.de/studien/> (letzter Zugriff: 16.05.2024)

KI warnt vor Hypoglykämien beim Autofahren

Mehr Sicherheit dank künstlicher Intelligenz

MÜNCHEN. Anhand des Fahrverhaltens und von Kopf- und Augenbewegungen erkennt ein neu entwickeltes Tool zu niedrige Glukosespiegel.

Hypoglykämien stellen ein hohes Risiko bei kognitiv und motorisch anspruchsvollen Aufgaben wie dem Autofahren dar. Eine in NEJM AI publizierte Studie von Forschenden der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU) in Zusammenarbeit mit dem Inselspital Bern, der ETH Zürich Zürich und der Universität St. Gallen eröffnet einen bislang nicht beschrittenen Weg, eine Hypoglykämie während des Autofahrens zu erkennen.

Für ihre Studie sammelten die Forscher Daten von 30 Menschen mit Diabetes, während diese ein echtes Fahrzeug steuerten. Für jede Person wurden die Daten einmal bei normalem Blutzuckerspiegel und einmal bei Hypoglykämie aufgezeichnet. Zu diesem Zweck wurden die Probanden von den im Auto anwesenden medizinischen Fachkräften gezielt in einen Zustand niedrigen Blutzuckers versetzt. Die gesammelten Daten umfassten Fahrsignale wie die Geschwindigkeit des Fahrzeugs sowie Kopf- und Blickbewegungsdaten, beispielsweise die Geschwindigkeit der Augenbewegungen.

Frühwarnsystem im Auto

Anschließend entwickelten sie ein neuartiges Modell basierend auf maschinellem Lernen (ML), das hypoglykämische Phasen automatisch sicher erkennen kann und trainierten dies anhand der routinemäßig erfassten Daten zum Fahrverhalten sowie den Kopf- und Blickbewegungen. „Diese Technologie könnte als Frühwarnsystem im Auto dienen und die Person am Steuer in die Lage versetzen, die notwendigen Vorkehrungen zu treffen, bevor Hypoglykämiesymptome ihre Fähigkeit, sicher zu fahren, beeinträchtigen“, berichtet Simon Schallmoser, Doktorand am Institute of AI in Management der LMU. Das neu entwickelte ML-Modell schnitt auch dann gut ab, wenn nur Kopf- und Blickbewegungsdaten verwendet wurden, was für zukünftige selbstfahrende Autos von Bedeutung sei, so die Forscher. Prof. Dr. Stefan Feuerriegel, Leiter des Institute of AI in Management und Projektpartner, erklärt: „Diese Studie zeigt nicht nur das Potenzial von KI zur Verbesserung der individuellen Gesundheitsversorgung, sondern auch ihre Rolle bei der Sicherheit im öffentlichen Straßenverkehr.“

Solche Konzepte seien zwar interessant, müssten jedoch ihre Vorteile gegenüber etablierten Methoden wie CGM erst zeigen, kommentiert Redaktionsmitglied Dr. Andreas Thomas die Ergebnisse. gh

Retinopathie-Screening per künstlicher Intelligenz

In Hessen wirft man einen besonders scharfen Blick auf das Thema KI

HANAU. Der Berufsverband „Diabetologen Hessen eG“ hat in einem umfangreichen Prozess eine All-in-One-Lösung für ein niederschwelliges Retinopathie-Screening mithilfe künstlicher Intelligenz gefunden und bietet diese nun für seine Mitglieder an. Auch erste Verhandlungen mit einer Krankenkasse laufen bereits.

Das Thema künstliche Intelligenz (KI) ist seit ChatGPT in aller Munde. Dabei übersieht man leicht, dass „Machine Learning“, „Deep Learning“ oder „Computer Vision“ den medizinischen Alltag stark verändern werden und das Potenzial bieten, Menschen medizinische Leistungen auf einem Qualitätsniveau anzubieten, zu dem sie bisher keinen Zugang hatten. In der Radiologie arbeiten große Gerätehersteller mit Nachdruck daran, Radiologen bei der täglichen Befundung von Bildern zu unterstützen und zu entlasten. Die KI kann in diesen Bereichen bereits so gut Bilder begutachten wie ein erfahrener Radiologe. Ein entscheidender Vorteil der KI: Sie wird nicht müde und

bleibt daher immer gleich leistungsfähig, unabhängig von der Tageszeit. Ein weiteres großes Potenzial der KI liegt in der begrenzten Verfügbarkeit von Ärzten in den westlichen Industrienationen, einschließlich Deutschland. Dies führt bereits jetzt zu Engpässen in der medizinischen Versorgung, insbesondere bei der Behandlung von Menschen mit Diabetes. Wie oft hören Diabetologen von ihren Patienten, dass sie keinen zeitnahen Termin für eine wichtige Netzhautuntersuchung bekommen können? Die Konsequenz: Netzhautblutungen werden möglicherweise zu spät erkannt.

Diabetologen Hessen eG finden geeignete KI-Lösung

Die Diabetologen in Hessen wollten sich mit dieser Situation nicht länger abfinden und haben über ihre Genossenschaft „Diabetologen Hessen eG“ nach einer praktikablen Lösung gesucht. KI ist ein vielversprechen-

des Schlagwort, aber die Umsetzung eines Retinopathie-Screenings mittels KI erfordert die Klärung unzähliger Fragen: Welche Kamera liefert qualitativ hochwertige Netzhautaufnahmen ohne Weitropfen? Welche Kamera ist im Spannungsfeld „Kosten versus Qualität“ bezahlbar? Welche KI-Software bietet die besten wissenschaftlichen Daten und überzeugt gleichzeitig datenschutzrechtlich?

„Mehr als zwei Jahre dauernder Prozess“

Nach einem mehr als zwei Jahre dauernden Prozess hat die Diabetologen Hessen eG eine geeignete Kamera (Hersteller Icare, Finnland) und eine passende KI-Software (Hersteller Eyenuk, USA / UK) gefunden. Nach einer Testphase im April und Mai 2024 wird die Lösung schrittweise in Hessen und assoziierten Mitgliedern außerhalb von Hessen angeboten. Alle notwendigen Dokumente inklusive juristischer Prüfung, Kostenkalkulationen und verhandelte Preise für beide Komponenten werden in einem All-in-One-Paket bereitgestellt.

Über die spezifischen Details zur Wissenschaftlichkeit (Validität der Studien zur Software) sowie die datenschutz-



Dr. med. Marcus Rothsching

Facharzt für Innere Medizin, Gastroenterologe, Diabetologe in Hanau
Vorstandsmitglied Diabetologen Hessen eG
Foto: zVg

rechtlichen Besonderheiten wird das „diatec journal“ in den nächsten Ausgaben ausführlicher berichten.

Verhandlungen mit Kostenträger über Finanzierung

Für die Zukunft wird es spannend sein zu sehen, ob Krankenkassen den Nutzen des Retinopathie-Screenings direkt in der diabetologischen Schwerpunktpraxis erkennen und bereit sind, über einen wirtschaftlich tragfähigen Weg zu verhandeln. Ziel ist es, diese wichtige Innovation auch Patienten anzubieten, die keine individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) bezahlen können. Diabetologen Hessen eG diskutiert aktuell Finanzierungsmodelle mit einer ersten Krankenkasse, die hier Vorreiter sein könnte.

Dr. Marcus Rothsching

„Eine KI wird nicht müde und bleibt leistungsfähig“



Das All-in-One-Paket für Retinopathie-Screening per KI wird nun schrittweise in Hessen und assoziierten Mitgliedern außerhalb des Bundeslandes angeboten. Kontakt kann per Mail unter info@diabetologen-hessen.de bzw. unter mr@diabetologie-rothsching.de aufgenommen werden.

Foto: thejokercze – stock.adobe.com

CGM auch bei Patienten ohne Insulintherapie?

Ein Thema auf der ATTD-Tagung war ein möglicher breiter Einsatz von CGM bei Typ-2-Diabetes

FLORENZ. Im Rahmen eines Symposiums von Abbott wurde über den Nutzen der kontinuierlichen Glukosemessung für nicht insulinpflichtige Patienten mit Typ-2-Diabetes diskutiert.

Nach Ansicht von Prof. Dr. Sam Seidu von der University of Leicester lohnt sich auch eine intermittierende Nutzung eines CGM-Systems bei Pa-

tienten mit Typ-2-Diabetes, die keine Insulintherapie durchführen, da diese dabei viel lernen, selbst wenn eine traditionelle kontinuierliche 24/7-CGM-Nutzung noch mehr Sicherheit bietet. Er schlug nachdrücklich vor, dass Patienten, die potenziell Hypoglykämien verursachende Wirkstoffe einnehmen, eine kontinuierliche CGM-Nutzung in Betracht ziehen sollten, um solche Risiken zu vermeiden bzw. zu reduzieren, während es bei Patienten, die keine In-

sulintherapie durchführen, notwendig sein kann, erneut ein CGM-System zu nutzen, wenn sich die klinischen Ergebnisse und das Verhalten in die falsche Richtung entwickeln (siehe dazu auch den Beitrag ab Seite 6).

Finanzierbarkeit eines breiten CGM-Einsatzes ist zu klären

Eine Frage ist, ob die Gesundheitssysteme bereit und fähig sind, die CGM-

Nutzung durch eine große Menge von Patienten zu finanzieren, die keine Insulintherapie durchführen. Damit möglichst viele Patienten mit Typ-2-Diabetes Zugang dazu erhalten, ist es notwendig, durch klinische Forschung zu belegen, dass dies wirklich bei allen Therapieoptionen sinnvoll ist. Möglicherweise wird durch eine zielgerichtete intermittierende Nutzung von CGM-Systemen so viel Geld eingespart, dass mehr Patienten damit versorgt werden können. *LH*

Interoperabilität in der Diabetes-Technologie

ATTD: Forderung nach offenen Schnittstellen

FLORENZ. Auf dem ATTD-Kongress forderten Experten mehr Interoperabilität in der Diabetes-Technologie.

Aktuell können Nutzer von CGM-Systemen, Insulinpumpen, Smart-Pens oder AID-Systemen nur über die herstellereigene Software auf ihre Daten zugreifen. Tim Street, ein seit über 30 Jahren an Typ-1-Diabetes erkrankter Aktivist, argumentierte, dass Patienten selbst entscheiden sollten, mit welchen Systemen sie ihre Daten teilen möchten. Er forderte ein offenes Datenmodell, das sich in andere Systeme integrieren lässt. Street kritisierte die Hersteller für ihre Silo-Denkweise und das Verstecken hinter Regularien wie der Medical Device Directive (MDR) oder der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Dies verhindert die Nutzung technischer Standards, die bereits existieren. Prof. Dr. David Klonoff vom Diabetes-Forschungsinstitut Mills-Peninsula Medical Center in Kalifornien unterstrich die klinischen Nachteile der aktuellen Datenabschottung. Interoperabilität sei in der Diabetologie ebenso wichtig wie in anderen Technologiebereichen. Derzeit ist es nicht möglich, CGM-Daten automatisch in elektronische Patientenakten oder Laborsysteme zu integrieren oder sie über Krankenhausnetzwerke zugänglich zu machen.

EU und FDA drängen

Die Diabetes Technology Society (DTS) arbeitet mit dem iCoDE-Projekt („Integration of Continuous Glucose Monitoring Data into the Electronic Health Record“) an geeigneten technischen Standards zur Datenintegration (wir berichteten). Beteiligt sind 130 Experten aus Industrie, Forschung und klinischer Praxis sowie Menschen mit Diabetes. iCoDE umfasst Datenstandards, Kontenverknüpfung, Interoperabilität, Visualisierung, Workflow und Management für CGM-Daten. Darin sollen auch Insulindosierungsdaten in die ePA integriert werden.

Bisher hat die FDA keine verbindlichen Standards für die Interoperabilität von Medizinprodukten festgelegt, jedoch könnte sich dies ändern. Die amerikanische Regierung, vertreten durch das Office of the National Coordinator for Health Information Technology (ONC), drängt auf bessere Interoperabilität und Transparenz von Algorithmen. Auch der Rat der Europäischen Union hat kürzlich ein Gesetz verabschiedet, das die Interoperabilität von Gesundheitsinformationen verbessern soll. Professor Klonoff prophezeite, dass Unternehmen, die Nutzern keinen Zugang zu ihren Daten gewähren, bald von Regulierungsbehörden dazu gezwungen werden könnten.

Antje Thiel/gh

Digitale Healthcare-Trends immer im Blick

Jetzt
Newsletter
gratis
sichern!

**Der E-Health-Newsletter
für Ärzt:innen**

Aktuell:

Jeden Monat kompakt über neuste technologische Entwicklungen informiert

Zukunftsweisend:

Schon heute wissen wohin der digitale Wandel des Gesundheitswesens geht

Multimedial:

Kongress-Highlights in Audio- und Video-Format auf einen Klick



Scannen & Newsletter
abonnieren

[qr.medtrix.group/
e-health-newsletter](http://qr.medtrix.group/e-health-newsletter)

**MEDICAL
TRIBUNE**

**ARZT &
WIRTSCHAFT**

[MTX]

ATTD 2024: neueste Entwicklungen vom wichtigsten Diabetestechnologie-Kongress

17th Conference on Advanced Technologies & Treatments for Diabetes in Florenz

FLORENZ. Vom 6. bis 9. März 2024 fand der 17. ATTD-Kongress statt – wie immer eine Leistungsschau der Diabetestechnologie. Wir haben die Tagung besucht und berichten insbesondere über neueste Entwicklungen und Erkenntnisse bezüglich der Nutzung von CGM- und AID-Systemen in der Behandlung des Typ-2-Diabetes.

Wie bei allen vergangenen ATTD-Kongressen kamen die meisten Teilnehmer und Referenten auch in diesem Jahr aus den USA. Das zeigt, dass trotz des zeitlich noch älteren amerikanischen Diabetes Technology Meeting (DTM) der ATTD offensichtlich weltweit der wichtigste Kongress in Bezug auf die Anwendung von Diabetestechnologie geworden ist. Insgesamt nahmen 5.365 Interessierte aus 95 Ländern an der Tagung in Florenz teil.

„CGM und AID: dominierende Themen“

Neben der Präsenzveranstaltung ergab sich für Dutzende von Sitzungen die Möglichkeit, virtuell daran teilzunehmen. Das führt zu der Option, Sitzungen auch im Nachhinein anschauen zu können, was angesichts der bei großen Kongressen üblichen Problematik von diversen parallel stattfindenden Sitzungen ein deutlicher Vorteil ist (Nutzung der virtuellen Plattform über attd.kenes.com/virtual-login). Die Abstracts sind, wie in der Vergangenheit auch, in der Zeitschrift DIABETES TECHNOLOGY & THERAPEUTICS verfügbar (Volume 26, Supplement 2, 2024; doi.org/10.1089/dia.2024.2525.abstracts).

Wie ebenfalls in den vergangenen Jahren waren auch diesmal das kontinuierliche Glukosemonitoring (CGM) und AID-Systeme (Automated Insulin Delivery) die dominierenden Themen. Im Unterschied zu früher wurden beide Themen auch vermehrt im Kontext mit der Anwendung bei Menschen mit Typ-2-Diabetes diskutiert. Bisher sah man besonders die AID-Systeme als eine Domäne der Behandlung des Typ-1-Diabetes an und die meisten Beiträge betreffen auch diesmal diese Patientengruppe. Trotzdem soll in der Nachbetrachtung des ATTD-Kongresses diesmal vor allem die Nutzung dieser Art der Diabetestechnologie bei Typ-2-Diabetes dargestellt werden.

USA: Update zum Erfolg des Typ-1-Diabetes-Managements

Zunächst jedoch ein Update zum Erfolg des Diabetesmanagements bei Menschen mit Typ-1-Diabetes: So wie in Deutschland gemeinsam mit Österreich, Luxemburg und der Schweiz die DPV-Wiss-Datenbank genutzt wird („Diabetes-Patienten-Verlaufsdokumentation“-Datenbank), so gibt es in den USA die Datenbank „T1D Exchange“. Nach letzten Erkenntnissen umfasste diese 2023 mehr als

87.000 Patienten. Die erste Datenauswertung betraf die Jahre 2010 bis 2012. Betrachtet wurden damals die HbA_{1c}-Werte und das Lebensalter (Miller KM, et al. for T1D Exchange Clinic Network. Diabetes Care. 2015;38(6):971-978). Dem folgte ein Update über den Zeitraum von 2016 bis 2018 (Foster NC, et al. Diabetes Technol Ther. 2019;21(2):66-72). Dabei kam es zu dem enttäuschenden Ergebnis, dass sich die HbA_{1c}-Werte in den USA bei jungen Erwachsenen von 2010 bis 2012 (n=25.529) zu 2016 bis 2018 (n=22.697) verschlechtert hatten, obwohl ein deutlicher Anstieg der Nutzung von CGM-Systemen und Insulinpumpen zu verzeichnen war.

Ein auf dem ATTD 2024 von O. Ebekezi-nen nun vorgestellte Update zeigt eine Absenkung der HbA_{1c}-Werte von 8,8 % in den Jahren 2016 bis 2017 auf 8,2 % in den Jahren 2022 bis 2023 (Abb.1). Weiterhin hat sich im Zeitraum von 2016 bis 2023 die CGM-Nutzung vervierfacht: Im Jahr 2023 wendeten 84 % der Menschen mit Typ-1-Diabetes aus der Datenbank ein solches System an. Zu bemerken ist, dass die T1D-Exchange-Datenbank angesichts von ca. 1,5 Mio. Menschen mit Typ-1-Diabetes in den USA noch recht klein ist (umfasst ca. 6 %; im Vergleich: DPV-Wiss ca. 30 %).

Anwendung von CGM bei Menschen mit Typ-2-Diabetes

Wenig umstritten ist der Einsatz von CGM bei Menschen mit Typ-2-Diabetes. Beispielsweise übernehmen in Deutschland die Krankenkassen die Kosten, wenn eine intensiviertere Insulintherapie durchgeführt wird (entsprechend des G-BA-Beschlusses aus dem Jahr 2016). Bei nicht-intensiv behandelten Typ-2-Diabetes-Patienten wird ebenfalls zunehmend CGM eingesetzt – sowohl unter einer BOT (basal unterstützte orale Therapie mit ausschließlich basalem Insulin) als auch bei einer konventionellen Insulintherapie und teilweise auch bei OAD. Auch die zeitweise Nutzung von CGM zum Erhalt eines Biofeedbacks ist sinnvoll, denn bei dieser sieht der Anwender die Auswirkungen von Mahlzeiten, körperlicher Aktivität und diversen Lebenssituationen in seinen Glukosekurven und kann daraus lernen.

Verschiedene auf dem ATTD vorgestellte Studien untersuchten die Anwendung von CGM bei Typ-2-Diabetes unter diesem Aspekt. So zeigt S. Garg et al. (Abstract 0011 in ATTD-Abstracts 2024: A46/A47) den Einfluss von CGM auf die glykämische Kontrolle in Abhängigkeit von der Häufigkeit der CGM-Nutzung. Als Nutzer mit niedri-



Aus historischer und kultureller Sicht ist Florenz jederzeit eine Reise wert – vom 6. bis 9. März war die toskanische Stadt auch Hotspot für Diabetestechnologie.

Foto: SeanPavonePhoto – stock.adobe.com

ger Häufigkeit wurden Menschen mit Typ-2-Diabetes definiert, die das CGM während eines 12-Monats-Zeitraums weniger als 90 Tage trugen. Eine hohe Nutzerhäufigkeit bedeutete die Anwendung von CGM über mehr als 180 Tage. In der retrospektiven Analyse von 2.189 erwachsenen Anwendern, deren Daten in einer Datenbank vorlagen, wurden die erzielten HbA_{1c}-Werte anhand ihrer antidiabetischen Therapie stratifiziert: keine Insulintherapie (kIT; n=742), Therapie mit Basalinsulin (BOT; n=588) und ICT (n=859). Unabhängig von der Therapieform war die HbA_{1c}-

„CGM bei T2D mit synergistischer Wirkung – unabhängig von Therapieform“

Senkung bei allen Patienten höher, die das CGM-System häufiger nutzten:

- ohne Insulintherapie: $-1,6 \pm 0,09$ % (n=528) vs. $-1,2 \pm 0,14$ % (n=214); p=0,0189
- BOT: $-1,1 \pm 0,09$ % (n=459) vs. $-1,0 \pm 0,16$ % (n=129); p=0,8377
- ICT: $-1,1 \pm 0,07$ % (n=670) vs. $-0,7 \pm 0,15$ % (n=189); p=0,0283.

Es zeigte sich ein Vorteil der Anwendung von CGM durch Typ-2-Diabetes-Patienten unter allen therapeutischen Optionen in der Verbesserung des HbA_{1c}-Wertes. Das war besonders dann der Fall, wenn eine erhöhte Häufigkeit der CGM-Nutzung vorlag. Der Einsatz von CGM bei Typ-2-Diabetes spielte auch auf einem vom Unternehmen Dexcom gesponserten Symposium eine Rolle („Plenary Industry Symposium 04: Leveraging CGM Early and Across the Spectrum of Type 2 Diabetes Care“). Dort präsentierte R. Bergenstal (USA, International Diabetes Center) die Ergebnisse

von 6.641 nicht mit Insulin behandelten Anwendern des CGM-Systems Dexcom G6. Nach 6 Monaten erhöhte sich die Time in Range (TIR) von 41 auf 57 % (p<0,001), was eine Zunahme der Zeit/Tag von 3,8 Std. bedeutet. Im niedrigen Glukosebereich waren die Daten zu Beginn und nach 6 Monaten CGM-Anwendung gleich: jeweils 0,1 % im Bereich zwischen 54 bis 70 mg/dl (3,0-3,9 mmol/l), was gerade einmal knapp zwei Minuten/Tag bedeutet. Werte unter 54 mg/dl (3,0 mmol/l) gab es keine. Die Zunahme der TIR war folglich ausschließlich mit einer Verringerung der Zeit im hyperglykämischen Bereich verbunden (TAR; Time above Range). Lagen zu Beginn 58,9 % der Werte im Bereich <180 mg/dl (10,0 mmol/l), davon 18,9 % >250 mg/dl (13,9 mmol/l), so waren es nach 6 Monaten CGM-Anwendung noch 43,4 %, davon 13,1 % im hohen Bereich (p<0,001). Der aus der Glukosekonzentration errechnete Glukose-Management-Indikator (GMI, näherungsweise vergleichbar mit dem HbA_{1c}) verringerte sich von 8,1 auf 7,7 %. Als wesentlicher Punkt der Verbesserung zeigte sich die Aktivierung des Hyperglykämie-Alarms (eingestellt bei 250 mg/dl; 13,9 mmol/l). Anwender, welche dies taten, hatten eine um 17 % höhere TIR (4,1 Std.) als jene, die diesen Alarm deaktiviert hatten.

Vorteile von CGM bei Typ-2-Diabetes ohne Insulintherapie

Der Vorteil von CGM bei nicht mit Insulin behandelten Typ-2-Diabetes-Patienten wurde auch von J. Layne et al. anhand von 6.641 Anwendern gezeigt (Abstract 0060 in ATTD-Abstracts 2024: A70). Die analysierten CGM-Nutzer (Dexcom G6) gaben relevante Therapiedaten selbst an: Alter, Geschlecht, Diagnose des Typ-2-Diabetes, Therapie ohne Insulin. Eingeschlossen wurden nur Teilnehmer, die eine TIR ≤ 70 % beim ersten Daten-Upload aufwiesen. Analysiert wurden die Veränderung der CGM-Metriken gegenüber dem Ausgangswert nach 6 Monaten und der Anteil an Patienten, die eine TIR >70 % bei der Nachuntersuchung aufwiesen. Die Kohorte wurde nach dem Alter unterteilt: jünger als 65 Jahre und darüber.

Die CGM-Anwender wiesen ein Alter von $52,1 \pm 11,5$ Jahren auf, 47,8 % waren weiblich und n=835 (12,6 %) waren älter als 65 Jahre. Innerhalb der 6 Monate trugen sie 80,3 % der Zeit das CGM-System. In beiden Altersgruppen verringerten sich der Mittelwert der Glukosekonzentration (<65 Jahre: von 201,9 mg/dl auf 182,8 mg/dl; p<0,001; ≥ 65 Jahre: von 199,9 mg/dl auf 182,3 mg/dl; p<0,001) und der GMI (<65: von 8,1 auf 7,7 %; p<0,001; ≥ 65 : ebenfalls von 8,1 auf 7,7 %; p<0,001). Die Unterschiede zwischen den Altersgruppen waren nicht signifikant. Der Anstieg der TIR (70 bis 180 mg/dl) betrug 15,8 % (von 40,8 auf 56,6 %; entspricht 3,8 Std.) in den jüngeren und 13,3 % (von 42,4

auf 55,7 %; entspricht 3,2 Std.) in der älteren Kohorte. Der Anteil der CGM-Anwender, die den Zielwert TIR >70 % erreichten, stieg von 0 auf 39,2 % in der jüngeren und von 0 auf 31,9 % in der älteren Kohorte. Das zeigt eindeutig den Vorteil von CGM auch bei Typ-2-Diabetes ohne Insulinbehandlung, wobei randomisierte, kontrollierte Studien diese Vorteile noch detaillierter zeigen müssen. CGM hat bei allen Menschen mit Typ-2-Diabetes – unabhängig von der Therapieform – eine synergistische Wirkung.

„Mit CGM lässt sich die Insulindosis sicherer titrieren“

Im gleichen Symposium zeigte dies D. Kruger (USA; Henry Ford Health System, Detroit) für die CGM-Anwendung bei Patienten unter GLP-1-Rezeptoragonisten (GLP-1-RA). Offensichtlich sorgt die Anzeige der aktuellen Glukosewerte des CGM für eine höhere Sicherheit bei der Initiierung von GLP-1-RA und anschließender Insulinanpassungen, falls auf eine derartige Kombination eingestellt wird. P. Nemlekar et al. belegten dies sowohl bei Typ-2-Diabetes-Patienten ohne Insulin (Abstract EV169 in ATTD-Abstracts 2024: A205/A206) als auch bei der Verwendung von Insulin (Abstract EV170 in ATTD-Abstracts 2024: A206). Die Daten wurden der Datenbank „Optum Clinformatics“ entnommen und umfasste Personen, die ursprünglich CGM-naiv waren und irgendwann zwischen 2018 und 2021 mit einer GLP-1-RA-Therapie begonnen hatten, während die Kontrollgruppe eine zufällig ausgewählte Gruppe von CGM-naiven Erwachsenen umfasste, unabhängig von der GLP-1-RA-Anwendung. Die Anzahl der CGM-Anwender ohne Insulin wuchs von 2018 (n=33.465) bis 2021 (n=72.009) kontinuierlich. Gleiches betraf die CGM-Anwender mit Insulintherapie (2018: n=18.473; 2021: n=31.969). Offensichtlich haben sich in dem betrachteten Zeitraum das Bewusstsein für und der Zugang zu CGM verbessert. Im Vergleich mit einer Kontrollgruppe ohne GLP-1-RA verwendeten die GLP-1-RA-Anwender signifikant häufiger CGM. Die Autoren erklärten dies damit, dass Patienten mit Insulintherapie, die mit einem GLP-1-RA beginnen, ihre Insulindosis reduzieren müssen. Mit CGM lässt sich die Insulindosis sicherer titrieren. Das zeigen auch Daten über die Auswirkungen der FreeStyle-Libre-Anwendung bei Erwachsenen mit Typ-2-Diabetes, die mit GLP-1-RA behandelt wurden. Die von E. Miller et al. vorgestellten Real-World-Daten aus einer elektronischen Datenbank schlossen 1.781 Patienten ein (52 % männlich, Alter: 55±10 Jahre, Ausgangs-HbA_{1c}: 9,8±1,5 %), denen ein GLP-1 verschrieben wurde und die anschließend begannen, CGM anzuwenden (Abstract EP277 in ATTD-Abstracts 2024: A252/A253). 38 % der ausgewählten Probanden wendeten eine SIT (supplementäre Insulintherapie mit kurz wirksamem Insulin) an und 32 % eine BOT. 30 % nutzten gar kein Insulin. 43 % der Teilnehmer nutzten Dulaglutid, 22 % Liraglutid und 23 % Semaglutid. Verglichen wurde das HbA_{1c} vor und nach Beginn der CGM-Anwendung. Mit Beginn der Nutzung eines CGM-Systems verrin-

gerte sich dieser um 1,5 Prozentpunkte von 9,8 auf 8,3 %. Bezüglich der GLP-1-RA-Anwender zeigten sich die größten Verbesserungen in der Semaglutid-Gruppe (-1,8 % von 9,9 auf 8,1 %; n=401) vor der Dulaglutid-Gruppe (-1,5 % von 9,8 auf 8,3 %; n=771) und der Liraglutid-Gruppe (-1,5 % von 9,7 auf 8,5 %; n=391). Insgesamt hatten die Patienten, die kein Bolusinsulin erhielten, eine um 0,3 % größere HbA_{1c}-Abnahme als diejenigen, die Bolusinsulin erhielten. Die größte HbA_{1c}-Reduktion verzeichneten die Patienten, die schnell mit CGM begannen, nachdem die GLP-1-RA-Anwendung eingeleitet wurde. Insgesamt zeigen die unterschiedlichen Anwendungen von CGM bei Typ-2-Diabetes praktisch bei jeder therapeutischen Option die Überlegenheit von CGM. Zweifelsfrei ist CGM eine Methode, die zum Standard der Therapie gehört, auch bei Typ-2-Diabetes.

Anwendung von AID-Systemen bei Typ-2-Diabetes

AID-Systeme ermöglichen den meisten Anwendern mit Typ-1-Diabetes das Erreichen einer TIR von ≥70 % und eines HbA_{1c}-Wertes von ≤7 %. Es ist naheliegend, dass dieser therapeutische Erfolg auch bei Typ-2-Diabetes-Patienten verzeichnet werden kann, zumal bei diesen in der Regel kein totaler Insulinmangel wie beim Typ-1-Diabetes vorliegt, sondern eine körpereigene Restsekretion unterstützend wirkt. Auf dem ATTD gab es eine Parallelsitzung zu dem Thema AID und Typ-2-Diabetes („Parallel Session 10: Hybrid Closed-Loop for Type 2 Diabetes – Hurdles and Benefits“, 08.03.2024) mit eingeladenen Referenten wie A. Peters (Abstract IS032 in ATTD-Abstracts 2024: A13) oder G. Forlenza (Abstract IS031 in ATTD-Abstracts 2024: A12). Letzterer gab einen Überblick über Real-World-Daten von MiniMed-780G-Anwendern mit Typ-2-Diabetes. Die dabei gezeigten Daten aus Europa, dem Nahen Osten und Asien finden sich auch in dem Posterbeitrag von Van den Heuvel T et al. (Abstract 0071 in ATTD-Abstracts 2024: A76). Betrachtet wurden die erzielten Ergebnisse von n=3.126 780-G-Anwendern aus der Datenbank

CareLink. Identifiziert wurden Nutzer, die sich entweder selbst als Typ-2-Diabetes-Patienten ausgaben (Kohorte a) oder einen Tagesinsulinbedarf von >100 Einheiten Insulin pro Tag aufwiesen (Kohorte B) oder auf die beides zutraf (Kohorte c). Extrahiert wurden die Daten zwischen August 2020 und Dezember 2022. Als Kriterium galten empfohlene Systemeinstellungen mit einem Glukoseziel von 100 mg/dl und einer eingestellten Zeit für das aktive Insulin von zwei Stunden über >95 % der Zeit. Die Ergebnisse zeigt Abb. 2. Kohorte a (n=617) erreichte eine TIR von 75,1±11,7 % und einen GMI von 6,9±0,4 %. In Kohorte B (>100 IE/d Insulin; n=2.509) war die TIR mit 71 % vergleichbar hoch. Beide Kohorten wiesen nur selten Hypoglykämien auf. Der Anteil der Zeit im niedrigen Glukosebereich (TBR; <70 mg/dl) betrug 1,4±1,8 %. Die TIR stieg für diese beiden Kohorten bei optimalen Systemeinstellungen weiter an, auf 80 bzw. 79 % bei einem GMI von 6,7 %.

In der nahen Zukunft sind kontrollierte Studien für Anwender von AID-Systemen mit Typ-2-Diabetes zu erwarten. So plant Medtronic im Jahr 2025 eine Untersuchung mit ≥500 Typ-2-Diabetes-Patienten an 40 Standorten in den USA unter dem Titel „In-Home Study With MiniMed™ 780G Pump Automated Control in Type 2-Evaluation of the AHCL System in Adults with Insulin-requiring Type 2 Diabetes“; Studiennummer NCT05238142 in ClinicalTrials.gov). Die Firma Insulet plant die Präsentation der Daten der SECURE-T2D-Studie mit dem System Omnipod 5 auf dem ADA-Kongress in diesem Jahr. Diese Studie stellte A. Peters vor (Abstract ID280). Die Behandlung wird in 21 Zentren in den USA durchgeführt. Nach einer zweiwöchigen Standardtherapiephase folgte die Nutzung des Omnipod-5-Systems über 13 Wochen. Die Kohorte von

„Technologie nicht mehr allein Domäne des Typ-1-Diabetes“

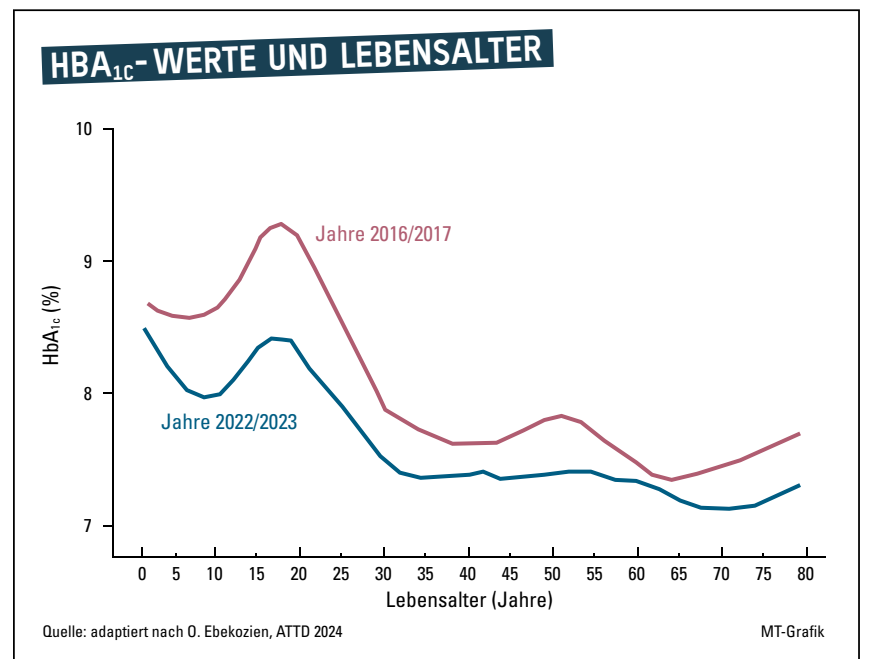


Abb. 1: HbA_{1c}-Werte in Abhängigkeit vom Lebensalter in zwei Zeitperioden der amerikanischen Datenbank T1D Exchange

305 Menschen mit Typ-2-Diabetes im Alter von 18 bis 75 Jahren wies einen HbA_{1c}-Ausgangswert von 8,2 % auf. Es zeigte sich wohl eine Erhöhung der TIR um +3,4 Std./Tag bei den Anwendern, die zuvor eine ICT durchgeführt hatten und einer Verbesserung der TIR um +5,9 Std./Tag für diejenigen, die zuvor nur eine BOT durchführten. Grundsätzlich ist allerdings die Frage zu stellen, für welche Typ-2-Diabetes-Patienten der Einsatz von AID-Systemen sinnvoll ist. Als Indikationen dafür sind die gleichen zu sehen wie bei der Insulinpumpentherapie:

- hohe Insulindosen (verbunden mit hohem Insulinverbrauch) aufgrund einer ausgeprägten Insulinresistenz,
- nicht beherrschbare, besonders häufige, schwere, unbemerkte nächtliche Hypoglykämien,
- ausgeprägte diabetische Folgeerkrankungen (z.B. schmerzhafte Neuropathie),
- jüngere Menschen mit Typ-2-Diabetes, welche mit allen anderen therapeutischen Optionen absolut keine gute glykämische Einstellung erreichen (Ultima Ratio).

Die Anwendung von AID-Systemen bei Typ-2-Diabetes in der Breite zu empfehlen, ist dagegen kontrovers zu diskutieren. Immerhin macht das Vor-

handensein der körpereigenen Insulinrestsekretion den wichtigsten Grund für den Einsatz von AID (und auch CSII) nicht so zwingend wie bei Menschen mit Typ-1-Diabetes. Außerdem sind die erheblichen Kosten einer solchen therapeutischen Option zu beachten. Wenn preiswertere und auch einfacher zu bedienende Insulinpumpen inklusiv der CGM-Systeme verfügbar werden, wird sich diese Problematik ändern.

Fazit

Der ATTD ist mittlerweile der etablierteste Kongress zur Diabetestechnologie weltweit. Das zeigen die vielen Beiträge, die zahlreichen Teilnehmer und auch die hohe Präsenz der US-Teilnehmer. Es kann nicht verkannt werden, dass in den USA mit deutlichem Abstand die meisten Studien durchgeführt werden und folglich auch die meisten Beiträge von den amerikanischen Kollegen kommen. Gut ist auch, dass Diabetestechnologie nicht mehr allein als Domäne der Behandlung von Menschen mit Typ-1-Diabetes betrachtet wird, sondern auch nach Lösungen für Menschen mit Typ-2-Diabetes gesucht wird.

Dr. Andreas Thomas
Prof. Dr. Lutz Heinemann

ATTD 2024

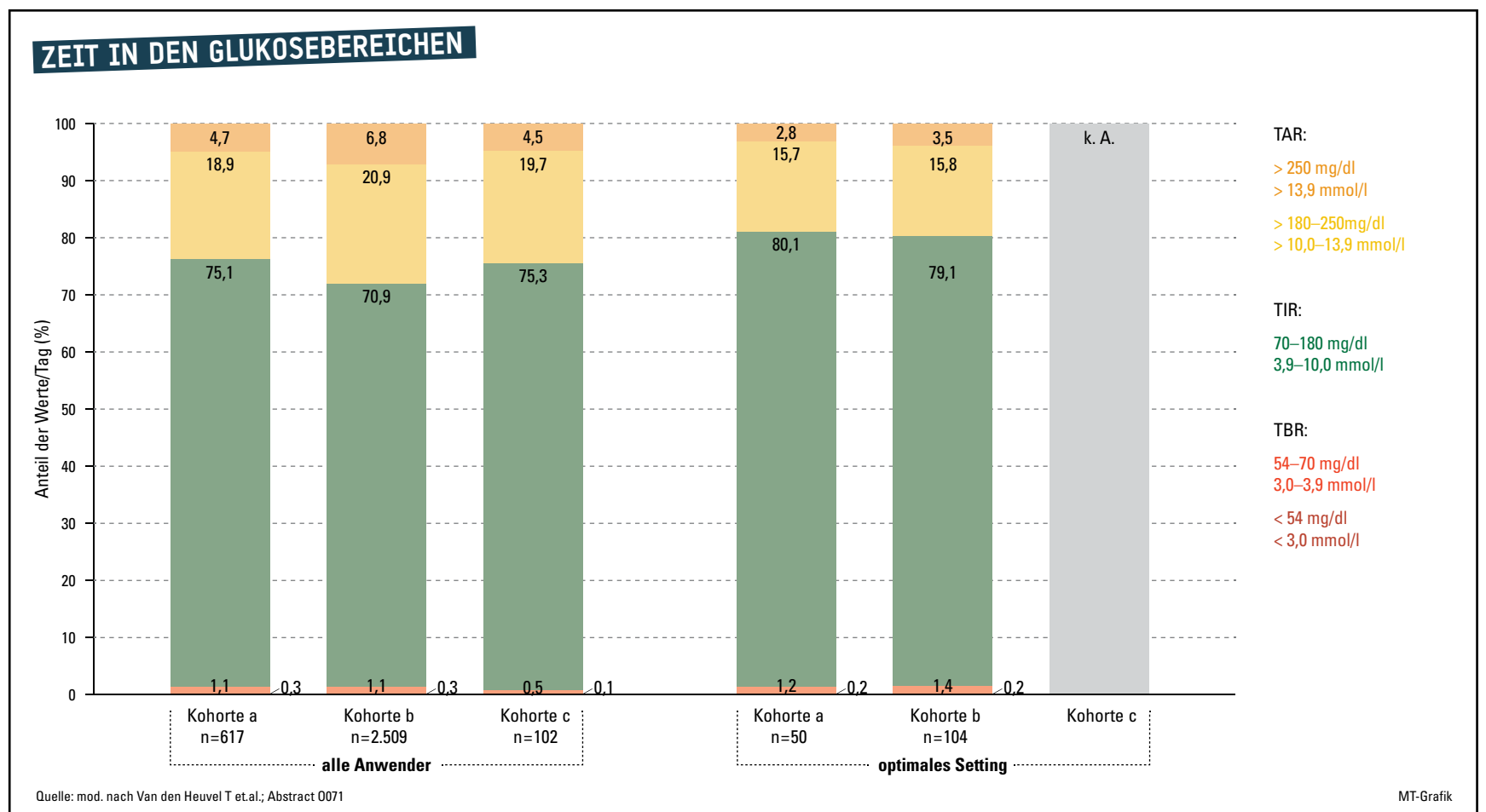


Abb.2: Anteil der Zeit in den einzelnen Glukosebereichen bei Menschen mit Typ-2-Diabetes.

Innovative Entwicklungen in der Diabetologie: therapeutische Optionen

Stand der Dinge, innovative Ansätze und To-dos bei der Applikation von Insulin

DÜSSELDORF UND BERLIN. Die technologischen und digitalen Entwicklungen im Bereich der Diabetestherapie schreiten rasant voran. Im ersten Teil unserer Artikelreihe (s. diatec journal 1/2024) haben wir innovative Lösungen im Bereich der digitalen Anwendungen und diagnostischen Optionen in den Fokus gerückt. Der zweite Teil beschäftigt sich mit therapeutischen Optionen bei der Insulinapplikation.

Die Insulintherapie ist unabdingbar für die Behandlung des Typ-1-Diabetes. Auch für viele Menschen mit Typ-2-Diabetes ist die Zufuhr von Insulin das Mittel der Wahl zur Behandlung der Stoffwechselerkrankung. In Sachen innovativer Entwicklungen bei der Insulinapplikation hat sich in den vergangenen Jahren sehr viel getan – sowohl bei Pumpen und Pens als auch bei Systemen zur automatisierten Insulindosierung wurden neue technologische Lösungen entwickelt, die die Therapie und die Lebensqualität der Betroffenen vereinfachen und verbessern. Im Folgenden geben wir einen Überblick über den Status quo sowie über innovative Ansätze der verschiedenen Komponenten der Insulinzufuhr.

Systeme zur automatisierten Insulin-Dosierung (AID)

Stand der Dinge: Neben der Insulinpumpe 780G mit Smart Guard von Medtronic gibt es inzwischen weitere AID-Systeme auf dem Markt: DBLG1 von Diabeloop, Control IQ von Tandem und CamAPS Fx im Bundle mit der Ypsopump. Nach einer längeren Vorankündigungsphase ist mittlerweile auch in Deutschland das Omnipod-5-AID-System mit einer Patch-Pumpe in den Hilfsmittelkatalog aufgenommen worden. Aufgrund der Kombination mit der schlauchlosen Pumpe könnte dieses System insbesondere einen Gamechanger für diejenigen darstellen, die sich nicht vorstellen können, eine

Pumpe mit Schlauch für ihre Insulintherapie zu verwenden. In den USA hat das Not-for-Profit-Unternehmen Tidepool eine Zulassung für den aus der Open-Source-Community stammenden Loop-Algorithmus bekommen, mit dem ein interoperables AID-System aufgebaut werden kann. Mit welchen Sensoren und Insulinpumpen das Tidepool-Loop-System erhältlich sein wird und ob dieses auch in Europa auf den Markt kommt, ist bislang noch nicht bekannt.

DIY- bzw. Open-Source-AID-Systeme: Die durch die #WeAreNotWaiting-Community entwickelten Do-it-Yourself- bzw. Open-Source-Systeme zur automatisierten Insulinabgabe haben in einer Reihe von hochrangig publizierten Studien und in einem internationalen Consensus-Statement ihren Stellenwert belegt. Sowohl erwachsene Nutzer als auch Kinder und Jugendliche erreichen damit eine deutliche Optimierung ihrer Glukose im Zielbereich und des HbA_{1c}-Wertes bei gleichzeitiger Verringerung von Hypoglykämien und Steigerung ihrer

„Open-Source-AID-Systeme bieten einen hohen Grad an Interoperabilität“



PD Dr. Katarina Braune

Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin und Diabetologin an der Charité Berlin

Foto: zVg



Prof. Dr. Lutz Heinemann

Science Consulting in Diabetes GmbH, Düsseldorf

Foto: zVg

Lebens- und Schlafqualität. Die weltweite Anzahl von Nutzern von Open-Source-Systemen bleibt auch nach Markteinführung kommerzieller AID-Systeme in einigen Ländern mit über 30.000 recht konstant. Open-Source-AID-Systeme bieten den Nutzern weiterhin einen hohen Grad an Interoperabilität. Sogar erst seit kürzerer Zeit erhältliche Produkte wie der Dexcom-G7-Sensor und der Omnipod Dash sind in AndroidAPS und Loop bereits integriert. Neueste Entwicklungen der Community fokussieren sich hauptsächlich auf das Management von Mahlzeiten (Full-Closed-Loop, automatisierte Mustererkennung und Reminder für mögliche vergessene Bolusgaben) sowie Anwendungen für Eltern und Betreuungspersonen von Kindern mit Diabetes (Loop-Caregiver-App; loopkit.github.io/loopdocs/nightscout/remote-overrides/#loopcaregiver) [1]. Auch das Potenzial der Therapieoptimierung durch Machine-Learning, z.B. bezogen auf den Menstruations-

zyklus, ist ein Fokus derzeitiger und zukünftiger Entwicklungen der patienteninitiierten Forschung (tidepool.org/blog/the-tidepool-period-project-why).

Innovative Ansätze: Weitere AID-Systeme sind in der Entwicklung und werden in den nächsten Jahren auf den Markt kommen, insbesondere auch Systeme, die eine automatische Abdeckung des prandialen Insulinbedarfs inkludieren. Unter Alltagsbedingungen könnte dies dazu führen, dass die Nutzer kaum noch Therapieanpassungen mehr vornehmen müssen. Bei sportlicher Aktivität, ungewohnten Tagesabläufen oder Mahlzeiten, hormonell oder krankheitsbedingten Schwankungen kann dies aber immer noch der Fall sein, so z.B. durch temporär aktivierte Zielbereiche oder Profile, die verschiedene AID-Systeme anbieten.

„Weitere AID-Systeme werden in den nächsten Jahren auf den Markt kommen“

Unter Verwendung von künstlicher Intelligenz (KI) und Informationen, die Wearables über Aktivitäten der Nutzer (z.B. Sport) und deren Umweltbedingungen (z.B. Temperatur) liefern, könnten die Algorithmen für die Insulinberechnung weitere Informationsquellen integrieren und damit besser individualisieren. Damit sollte eine weitere Steigerung der Glukose im Zielbereich bei gleichzeitiger Sicherheit solcher Systeme möglich sein. Es gibt zwar nun das erste AID-System (von der kleinen holländischen Firma Inreda; inredadiabetic.nl/en/home-english/) mit einer CE-Markierung, welches ein „bihormonelles“ System darstellt. Ob die Möglichkeit, nicht nur Insulin zu infundieren, sondern auch das konträr

wirkende Glukagon, zu einer wirklich wesentlich besseren Glukosekontrolle führt, ist noch nicht klar. Dem gegenüber stehen der nicht unerhebliche zusätzliche Handhabungsaufwand und Kosten.

Was gilt es zu tun? Beim Start der Nutzung eines AID-Systems verlangen diese je nach Produkt unterschiedlich viele Angaben, wie manuell eingegebene Parameter zum individuellen Insulinbedarf (z.B. Faktoren zur Bolusberechnung) und zum Zielbereich. Der Umfang der für Nutzer veränderbaren Faktoren ist dabei je nach System unterschiedlich. Beispielsweise sind in einigen AID-Systemen Parameter wie die Wirkdauer des Insulins anpassbar, in anderen Systemen hingegen nicht.

Für Anwender und Behandlungsteams gilt es weiterhin, mit einer realistischen Erwartungshaltung an AID-Systeme heranzugehen, d.h. sowohl deren Vorteile zu sehen, aber sich auch deren derzeit noch bestehenden Limitationen und Nachteile bewusst zu sein. Für optimale Ergebnisse sind immer noch Interaktionen mit dem System, verbunden mit einem gewissen Handhabungsaufwand, notwendig. Anwender sollten in der Nutzung von Insulinpumpen und CGM-Systemen sowie in der Funktionsweise des jeweiligen AID-Algorithmus umfassend geschult sein.

Der deutliche Anstieg in der Anzahl von Publikationen zu AID-Systemen in den letzten Jahren, wobei darin die Ergebnisse von klassischen klinischen Studien, aber auch Auswertungen von Real-World-Daten präsentiert werden, spricht für die positiven Effekte auf klinische Outcomes und Lebensqualität und den Stellenwert dieser Therapieform, insbesondere bei Typ-1-Diabetes.



Insulinpens und Smart-Pens

Stand der Dinge: Im letzten Jahr sind einige Insulinpens auf den Markt gekommen (oder werden dies in Kürze tun), bei denen Angaben zur Insulindosis, Insulinart und dem Injektionszeitpunkt an eine App übermittelt werden. Es gibt solche Smart-Pens von den großen Insulinherstellern (Novo, Lilly und Sanofi) sowie einem Hersteller von Medizinprodukten (Medtronic). Auch ein eher kleiner deutscher Anbieter (Emperra) hat eine Zulassung für einen Smart-Pen. Die technologischen Lösungen sind recht unterschiedlich, sie reichen von aufsetzbaren Kappen oder Clips für Einmalpens bis hin zu komplexeren wiederverwendbaren Pens. Der Funktionsumfang der Smart-Pens ist beachtlich unterschiedlich.

Innovative Ansätze: Mit Smart-Pens wird eine deutliche Lücke geschlossen, die bisher zwischen den ermittelten Glukosewerten und dem klinischen Outcome bestand. Die Verfügbarkeit von Informationen zu Details der Insulintherapie stellt einen wichtigen Fortschritt dar. Dieser hilft auch beim Erkennen von Optimierungspotenzialen durch Dosierungsvorschläge für die Nutzer, zukünftig möglicherweise auch basierend auf CGM-Daten, prinzipiell ähnlich wie bei Insulinpumpen oder AID-Systemen, wenn auch vergleichsweise deutlich limitierter.

Was gilt es zu tun? Es gibt bisher nur wenige wissenschaftliche Publikationen zu Smart-Pens mit und ohne Dosierungsvorschläge, vermutlich werden die Hersteller die Ergebnisse von klinischen Studien in Kürze publizieren.

Insulinpumpen und Patch-Pumps

Stand der Dinge: Bei konventionellen Insulinpumpen hat es in den letzten Jahren deutliche Verschiebungen im Markt gegeben, etablierte Hersteller (wie Medtronic und Roche Diabetes Care) haben Marktanteile verloren, andere Firmen wie Tandem, Ypsomed und Insulet Marktanteile gewonnen. Die Nutzer scheinen deren Produkte als attraktiver zu betrachten, beispielsweise durch die Möglichkeit, diese in einem AID-System als Pumpe ohne Schlauch oder in Kombination mit neueren und kleineren Sensormodellen nutzen zu können.

Insulinpumpen, bei denen Infusionsset und Reservoir direkt in einem Gehäuse integriert sind und die auf der Haut temporär fixiert werden (Patch-Pumpen), sind durch ihre Benutzerfreundlichkeit und Optik sehr beliebt.



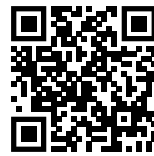
RÜCKBLICK AUF TEIL 1

In der vorangegangenen Ausgabe des diatec journals ist der erste Teil des Beitrags über Innovationen im Bereich der Diabetestechnologie und Digitalisierung erschienen. Darin wurden folgende Themenaspekte behandelt:

- digitale Ökosysteme
- Blutzuckermessung
- kontinuierliches Glukosemonitoring (CGM)
- kontinuierliches Ketonkörper-Monitoring (CKM)
- elektronische Patientenakten (ePA und eDA)

- digitale und telemedizinische Lösungen
- ökologische Aspekte

Eine ausführliche Liste mit aktueller Literatur zu technologischen und digitalen Innovationen in der Diabetologie finden Sie unter dem beigestellten QR-Code.



Dies liegt auch daran, dass diese Pumpen einfacher in der Anwendung sind sowie deutlich diskreter. Bisher vor kurzem gab es nur ein Patch-Pumpenmodell auf dem Markt, seit einiger Zeit stehen nun auch weitere Produkte zur Verfügung und zusätzliche werden kommen.

Innovative Ansätze: Bei den Produkten, die sich aktuell in der klinischen Entwicklung befinden, gilt es abzuwarten, wann diese tatsächlich auf den Markt kommen. In der Vergangenheit haben sich so manche Ankündigungen dazu oftmals nicht bewahrt. Mittlerweile sind aber bereits mehrere AID-Systeme mit einer Patch-Pumpe auch hierzulande zugelassen, verordnungsfähig und werden in der Praxis eingesetzt.

Was gilt es zu tun? Bei Patch-Pumpen fehlten bis vor kurzem gute klinische Studien, aktuell gibt es nur mehr Evidenz zu deren Nutzung [7-12]. Es fehlen aber (publizierte) Untersuchungen zur Abgabegenauigkeit des Insulins bei den Patch-Pumpen und der Stabilität des Insulins in diesen.

Insulininfusionssets

Stand der Dinge: Einen Schwachpunkt bei der Insulinpumpentherapie, dazu zählt auch die Nutzung von AID-Systemen, stellen die Insulininfusionssets dar. Es gilt diese in mehr oder weniger kurzen Intervallen zu erneuern, damit die Güte der Glukosekontrolle nicht leidet. Durch Optimierung einer Reihe von Aspekten hat ein Hersteller (Medtronic) ein Insulininfusions-

sets entwickelt, welches ohne Zunahme des Auftretens von verstopften bzw. abgeknickten Kanülen und lokalen Infektionen eine Tragedauer von sieben Tagen ermöglichen soll.

Innovative Ansätze: Vermutlich werden in den nächsten Jahren weitere Insulininfusionssets auf den Markt kommen, die eine längere Nutzungsdauer ermöglichen. Ein solcher Ansatz wurde von einem US-Hersteller von Insulinpumpen (Tandem) übernommen. Keiner der diversen anderen Ansätze, Insulin durch „Microneedles“ direkt in die oberen Hautschichten zu applizieren, wurde bisher zugelassen.

Was gilt es zu tun? Es gibt bei Insulininfusionssets eine Reihe von offenen Fragen, wobei es relativ wenige unabhängige Studien gibt.

Ausblick in die Zukunft

Medizinprodukte und digitale Tools können in der Diabetestherapie in weitem Ausmaß eingesetzt werden. In der Realität gibt es erhebliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Praxen, Ambulanzen, Kliniken und Patientengruppen. Solche Differenzen gilt es zu erkennen und geeignete Maßnahmen zu deren Potenzial im Hinblick auf Veränderung, Digitalisierung und Modernisierung zu entwickeln. Diese Unterschiede in der Versorgung sind u.a. durch Vergütungsunterschiede je nach Bundesland sowie der Kostenerstattung der Produkte je nach KV-Bereich, unterschiedliche demografische Charakteristika sowie Richtlinien und Gesetze, insbesondere für

Krankenhäuser, zu begründen. Neue und zeitgemäße Ansätze zur Förderung des fachärztlichen Nachwuchses und zur Optimierung der Betreuung der hohen und weiterhin steigenden Anzahl von Menschen mit Diabetes bei einer jedoch abnehmenden Anzahl von Diabetologen, Diabetesberatern und weiterem Gesundheitsfachpersonal, sind dringend notwendig. In diesem

Sinne ist es absolut notwendig, die bereits heute bestehenden technischen Möglichkeiten nutzbar zu machen und in patientenzentrierte Versorgungskonzepte zu integrieren. Dadurch sollte die Diabetestherapie ganzheitlicher, effizienter und anwenderfreundlicher werden. In Anbetracht der steigenden Komplexität und Vielfalt an technischen Lösungen stellt sich die Frage nach einer geeigneten Fort- und Weiterbildung aller daran beteiligten Personengruppen, wie auch danach, ob es nicht speziell ausgebildetes Personal geben sollte (z.B. „Diabetestechnologe“).

PD Dr. Katarina Braune
Prof. Dr. Lutz Heinemann

Quellen:

1. Petruzelkova L, Neuman V, Plachy L, Kozak M, Obermannova B, Kolouskova S et al. First Use of Open-Source Automated Insulin Delivery AndroidAPS in Full Closed-Loop Scenario; Pancreas4ALL Randomized Pilot Study. *Diabetes Technol Ther.* 2023. Epub 20230313. doi: 10.1089/dia.2022.0562. PubMed PMID: 36826996.
2. Davis GM, Peters AL, Bode BW, Carlson AL, Dumais B, Vienneau TE et al. Safety and Efficacy of the Omnipod 5 Automated Insulin Delivery System in Adults With Type 2 Diabetes: From Injections to Hybrid Closed-Loop Therapy. *Diabetes Care.* 2023;46(4):742-50. doi: 10.2337/dc22-1915. PubMed PMID: 36787903; PubMed Central PMCID: PMCPCMC10090930.
3. Aleppo G, DeSalvo DJ, Lauand F, Huyett LM, Chang A, Vienneau T et al. Improvements in Glycemic Outcomes in 4738 Children, Adolescents, and Adults with Type 1 Diabetes Initiating a Tubeless Insulin Management System. *Diabetes Ther.* 2023;14(3):593-610. Epub 20230210. doi: 10.1007/s13300-023-01366-9. PubMed PMID: 36763329; PubMed Central PMCID: PMCPCMC9913031.
4. Sherr JL, Bode BW, Forlenza GP, Laffel LM, Schoelwer MJ, Buckingham BA et al. Safety and Glycemic Outcomes With a Tubeless Automated Insulin Delivery System in Very Young Children With Type 1 Diabetes: A Single-Arm Multicenter Clinical Trial. *Diabetes Care.* 2022;45(8):1907-10. doi: 10.2337/dc21-2359. PubMed PMID: 35678724; PubMed Central PMCID: PMCPCMC9346983.
5. Brown SA, Forlenza GP, Bode BW, Pinsky JE, Levy CJ, Criego AB et al. Multicenter Trial of a Tubeless, On-Body Automated Insulin Delivery System With Customizable Glycemic Targets in Pediatric and Adult Participants With Type 1 Diabetes. *Diabetes Care.* 2021. Epub 2021/06/09. doi: 10.2337/dc21-0172. PubMed PMID: 34099518; PubMed Central PMCID: PMCPCMC8323171.
6. Carlson AL, Huyett LM, Jantz J, Chang A, Vienneau T, Ly TT. Improved glycemic control in 3,592 adults with type 2 diabetes mellitus initiating a tubeless insulin management system. *Diabetes Res Clin Pract.* 2021;174:108735. Epub 20210309. doi: 10.1016/j.diabres.2021.108735. PubMed PMID: 33711396.
7. Biester T, Schwandt A, Heidtmann B, Rami-Merhar B, Haak T, Festa A et al. Declining Frequency of Acute Complications Associated with Tubeless Insulin Pump Use: Data from 2,911 Patients in the German/Austrian Diabetes Patienten Verlaufsdocumentation Registry. *Diabetes Technol Ther.* 2021;23(8):527-36. Epub 20210723. doi: 10.1089/dia.2020.0675. PubMed PMID: 33684335; PubMed Central PMCID: PMCPCMC8377506.

Abbott und Una Health arbeiten zusammen

DiGA soll CGM-System ergänzen

WIESBADEN UND BERLIN. Der CGM-Hersteller Abbott hat eine Partnerschaft mit Una Health, Anbieter einer digitalen Gesundheitsanwendung, angekündigt.

Durch die Nutzung des kontinuierlichen Glukosemesssystems FreeStyle Libre 3 von Abbott können Menschen mit Diabetes besser nachvollziehen, wie körperliche Aktivität und Ernährung ihren Glukosespiegel beeinflussen. Dies kann einen positiven Einfluss aufs Diabetesmanagement haben. Die App von Una Health kombiniert nun die CGM- mit Ernährungsdaten, um die individuellen Reaktionen des Glukosespiegels weiter zu analysieren. Auf Basis dieser Analysen bietet die App personalisierte Lebensstilempfehlungen zur Verbesserung der Glukosekontrolle. Zusätzlich enthält die App weitere therapieunterstützende Funktionen, wie zum Beispiel Coaching-Nachrichten.

Mehr Motivation und Wissen fürs Management

Wolfgang Tröbs, Regional Director DACH für den Geschäftsbereich Diabetes Care bei Abbott, betont die wachsende Bedeutung digitaler Therapiebausteine: „In Zeiten, in denen eine engmaschige Versorgung in medizinischen Praxen aufgrund der stetig wachsenden Zahl von Menschen mit Typ-2-Diabetes schwieriger wird, gewinnen digitale Therapiebausteine wie DiGA für die Diabetesbehandlung zunehmend an Bedeutung.“ Tröbs hebt hervor, wie die Anwendung von Una Health die Patienten motiviert, sich aktiv mit ihrer Erkrankung auseinanderzusetzen: „Die DiGA Una Health für Diabetes bietet ein individuelles Lebensstil-Coaching, das Menschen mit Typ-2-Diabetes durch die Nutzung von FreeStyle-Libre-Sensoren motiviert, sich mit ihrer Erkrankung zu beschäftigen. Studien zeigen, dass sowohl die DiGA Una Health für Diabetes als auch das FreeStyle-Libre-Messsystem Anwender dabei unterstützen, die entscheidenden Faktoren für eine unzureichende Glukosekontrolle besser zu verstehen, Lebensstilanpassungen davon abzuleiten, das Diabetesselbstmanagement zu optimieren und letztendlich die eigene Gesundheit und Lebensqualität zu verbessern.“ Im Rahmen dieser Zusammenarbeit haben DiGA-Nutzer nun auf Rezept Zugang zur neuesten CGM-Technologie und können von der Integration des FreeStyle-Libre-3-Sensors profitieren, heißt es in einer Presseinformation von Abbott. Diese Integration soll eine moderne und umfassende Unterstützung für das Diabetesmanagement bieten, die auf den individuellen Bedürfnissen der Patienten basiert. gh

„Insulininfusionssets: wenige unabhängige Studien“



Die ePA stellt das Herzstück der Digitalisierung des Gesundheitswesens dar. Doch ein überambitionierter Datenschutz sowie unausgeglichene politische Entscheidungen gefährden die Implementierung.

Kommentar: ePA – trotz alledem!

Wieso die Implementierung der ePA schwerfällig, aber letztlich unumgänglich ist

WIESBADEN. Seit Monaten erleben wir ein wildes Gezerre um die elektronische Patientenakte (ePA). Wer blickt da noch durch? Hoffentlich die neue/alte Gematik? Die Ärzte halten angesichts der vielen offenen Fragen den Atem an. Wo soll der Optimismus denn herkommen? Es ist Zeit, wieder an die Vision zu erinnern, meint Manuel Ickrath.

Die Probleme rund um die ePA-Einführung zum 1. Januar 2025 werden immer komplexer. Vor allem die Technik der Telematikinfrastruktur funktioniert nicht. Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach geht davon aus, dass ein flächendeckender Test in Arztpraxen nicht notwendig ist. Das macht die Sache natürlich brisant. Die Erfahrungen bei der Einführung des E-Rezepts lassen vergleichbare Pannen erwarten, nur auf einem noch höheren Produktlevel.

Für die Gematik ist das E-Rezept eines von mehreren Produkten, die ePA allerdings stellt das Herzstück der Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens dar. Wenn hier die roten Linien reißen, droht das große Ganze zu scheitern. Nach über 20 Jahren Rumdoktern an der elektronischen Patientenakte darf sich das ein deutscher Gesundheitsminister einfach nicht erlauben. Der Glaubwürdigkeitsverlust wäre nicht wiedergutzumachen, vor allem weil Lauterbach schon bei seinen anderen „Revolutionen“ im Gesundheitswesen wenig glaubwürdig auftritt – von der Krankenhausreform bis zu Cannabislegalisierung und Entbudgetierung.

Die Telematikinfrastruktur funktioniert heute noch nicht

Die neuesten Nachrichten zeigen heftige Kontroversen zwischen einer KBV, die sich endlich kooperativ zeigt und mehrere Informationsbroschüren zur ePA aufgelegt hat, und Herstellerverbänden, die schon einmal vorsorglich darauf hinweisen, die Broschüren

informierten irreführend. Einige dargestellte Funktionen seien aus „monoperspektivischer Sicht“ (also aus rein ärztlicher Sicht) erklärt. Ja, aus welcher Sicht denn sonst?

„Die Mehrheit will keinen übertriebenen Datenschutz“

Wenn die Ärzte mit der ePA und ihren Funktionen nicht zurechtkommen, wird die ePA scheitern. Wie oft muss dieser Satz denn noch wiederholt werden! Es geht hier konkret um das weiterhin störanfällige VDSM (Versichertenstammdatenmanagement) und den automatischen Zugriff auf Patientendaten, so angekündigt bei der KBV. Nein, automatisch wird es nicht funktionieren, widerspricht der Herstellerverband und verirrt sich im Gestrüpp von Opt-out und Opt-in.

Der scheidende oberste Datenschützer Ulrich Kelber nutzt seine letzten Interviews weiterhin dazu, gegen die ePA zu wettern. Er macht alles dermaßen kompliziert, dass sich natürlich diejenigen, die die ePA vom Grundsatz her ablehnen, bestätigt fühlen. Kein Opt-out, noch kompliziertere Anmeldeverfahren für die Patienten, noch mehr strukturierte Daten, moniert er. Dass auch die Krankenkassen nun laut Digitalgesetz Zugriff auf Patientendaten haben dürfen, um auf Gesundheitsrisiken aufmerksam zu machen, gefällt Kerber ganz und gar nicht. Will er überhaupt die ePA oder sucht er nach Gründen, sie unmöglich zu machen?

Die Mehrheit der Deutschen will keinen übertriebenen Datenschutz. Kelber führt weiterhin unverdrossen die Karawane der Sand-ins-Getriebe-Streuer an.

Unbedingt ernst nehmen müssen die Macher der ePA die Anträge des Deutschen Ärztetags zur ePA – wenn denn der Satz „Die ePA muss zuerst der Ärzteschaft passen“ gültig ist. Mehr Transparenz, leichtere Verknüpfung mit den Vorbefunden und weniger Bürokratie mit der Dokumentation, so lauten die Forderungen, vor allem fehle eine der Grundanforderungen an die ePA: der digitale Medikationsplan. Gerüchte halten sich hartnäckig, der Medikationsplan komme verspätet oder nur in Teilen. Auch fehlt wohl Sensibilität im Umgang mit schwerkranken Patienten: Kritische Befunde sollten erst nach einem klärenden Gespräch zwischen Arzt und Patient in die ePA und nicht bereits vor der Aufklärung, kritisiert die KBV. Dies lässt sich bis jetzt nicht eindeutig festlegen. Dass der Arzt in der ePA nicht sehen kann, was der Patient gelöscht hat, ist allerdings eine Forderung, die man nicht ernst nehmen kann. Sieht der Arzt denn heute im noch analogen Zeitalter alle Diagnosen und Rezepte? Natürlich nicht. Das ist kein Argument gegen die ePA.

Interoperabilität und PVS – endlich lösbar?

Dennoch: Für das BMG und die technische Agentur Gematik sind dies riesige Herausforderungen, die noch zu bewältigen sind, soll der Start zum 1. Januar 2025 nicht voll in die Hose gehen. Wider Erwarten wird die Gematik entgegen dem Koalitionspapier der Ampel unverändert eine bundeseigene GmbH bleiben, nur mehr Kompetenzen und Entscheidungsspielräume soll sie erhalten. Das ist eine gute Nachricht, denn eine komplette Neuordnung hätte den Zeitplan vollends



Manuel Ickrath

Unternehmensberater in Wiesbaden mit Schwerpunkt Digitalisierung und Diabetesversorgung
Foto: zVg

gesprengt. Den Verantwortlichen der Gematik, die zurzeit die Entscheidungen treffen, ist es zuzutrauen, dass sie die Hürden erfolgreich nehmen und auch das kniffligste Problem lösen: die Hersteller von Praxisverwaltungssystemen (PVS), deren Geschäftsmodell infrage steht, strafbewehrt zur Interoperabilität zu zwingen. Denn diese sind es, die den Ärzten jede technische Innovation, auch die ePA, schwer machen, da sie Schnittstellen verhindern, die sie verkaufen wollen, und blockieren den Wechsel von einem zum anderen, vielleicht flexibleren Anbieter. Das müssen Politik und Gematik endlich und vordringlich lösen. Wenn es gelingt, wird man die anderen Anforderungen Punkt für Punkt umsetzen können.

Was ist denn die Alternative? Der Unterhaltungswert eines ständig floppenden Gesundheitsministeriums und einer sich absehbar um weitere Monate und Jahre verschiebende Digitalisierung geht mittlerweile gegen null. Warten auf die neue Regierung? Das wäre naiv, denn auch diese wird bei knappen Mehrheiten neue Kompromisse machen müssen, nachdem

„Immer mehr Patienten treffen auf immer weniger Ärzte“

sie sich erst einmal monatelang mühsam konstituiert haben wird, mit neuem Personal, neuen Ideen. Wieder wären ein bis zwei Jahre vorbei ohne funktionierende ePA. Eine Minderheit wird genau das wollen. Die Mehrheit der Ärzte und die ganz große Mehrzahl der Patienten wollen dies nicht! Die Mehrheit sieht, dass die Medizin, auch die Diabetologie, nicht mehr richtig funktioniert, jedenfalls könnte sie besser sein. Immer mehr Patienten treffen auf immer weniger Ärzte. Viele Ärzte arbeiten heute weniger Stunden, als es frühere Ärztegenerationen getan haben. Überall fehlt das (bisher zu schlecht bezahlte?) Personal. Die Patienten warten monatelang auf ihre Termine, bei der Fußuntersuchung, beim Augenarzt. Ob Patienten deswegen vielleicht früher ihr Augenlicht verlieren, ist dem System egal. Dem Behandler auch? Seit Jahren wird über die Sektoren geklagt, die nicht miteinander kommunizieren. Interessiert das irgendeinen Entscheider? Nach wie vor reden PVS und KIS (Krankenhausinformationssysteme) nicht miteinander, nach wie vor malen Datenschutzaktivisten den Teufel an die Wand! So sieht es leider in Deutschland im Jahr 2024 aus. Jeder erlebt es doch direkt oder in seinem familiären Umfeld, wie hilflos nicht nur die Patienten im Krankenhaus sind, sondern wie hilflos sich auch die Ärzte auf analogem Weg abmühen, an irgendwelche Informationen entweder vom Patient oder von anderen Behandlern zu kommen – und wie selten das gelingt.

Wie lautet die Vision?

Mit einer funktionierenden Digitalisierung würden alle notwendigen Informationen wie Indikation, Medikationsplan, Nebenerkrankungen, Vorbefunde und vieles mehr in der ePA zusammenlaufen. Diagnostik und Therapie würden dann, wenn die Zeit drängt, beschleunigt, die Prozesse

verschlankt, die Strukturen gestärkt (KI ersetzt langfristig fehlendes Personal!). Benchmark und Therapieempfehlung würden jeden Behandler „besser“ machen. Das ist die Vision. Ein weiter Weg noch, wird auch jeder Freund von Digitalisierung zugeben. Aber lohnt es sich nicht, diese Vision immer wieder positiv anzugehen? Es ist schade, dass in diesen unruhigen Zeiten, in denen alles auf den Prüfstand gestellt wird (meist ohne sinnvolle Lösungen anbieten zu können – siehe Klinikreform), der primäre Fokus von der Digitalisierung weggenommen worden ist. Was ist mit den 4,3 Milliarden Euro geworden, die in die Digitalisierung der Kliniken investiert worden sind? Die Kliniken kämpfen zurzeit um ihr Überleben, zerrieben zwischen zahlungsunwilligen Ländern, eitlen Landräten, einem ideologisch agierenden Gesundheitsminister, den Renditeerwartungen von Klinikbetreibern und nicht zuletzt dem aufflackernden Bundestagswahlkampf. Da ist wenig bis keine Zeit für Digitalisierung. Da passt ja noch nicht einmal der Wunsch nach Anerkennung der Diabeteszertifizierung im Klinikbereich ins zum Bersten gespannte Konzept.

Entbudgetierung als Gefahr für Diabetologen

Wie sieht es im ambulanten Bereich aus? Nein, da gibt es kein Praxiszukunftsgesetz mit Milliardenbeträgen für Digitalisierung wie bei den Kliniken. Dafür treibt Lauterbachs Entbudgetierung im hausärztlichen Bereich

seltsame Blüten. Was sich zunächst positiv anhört, entpuppt sich als nicht zu unterschätzende Gefahr für niedergelassene Diabetologen. Neben der Entbudgetierung soll es eine Veränderung bei den Vorhaltepauschalen und jährlichen Vorsorgepauschalen (pro Patient und pro Quartal) für chronisch kranke Patienten geben. Diese Pauschalen würden, so der Entwurf, nur noch für eine Arztebene gezahlt werden: die Hausärzte. Die nachgelagerten Diabetologen drohen leer auszugehen. Bei Praxen mit 1.000 Scheinen fehlen schnell mal 200.000 Euro Umsatz im Jahr, für manche wäre das existenzbedrohend. Wer hat angesichts solcher Gefahren noch Zeit, sich um Digitalisierungsfragen zu kümmern? Diese Zeit müsste ebenso aufgewendet werden, um mit den Kassen zu verhandeln, wie ärztliche Leistungen im Rahmen von digitalen Konzepten honoriert werden können. Ohne diese Honorierung kann es keine Finanzierung von Digitalisierung geben! Die Diabetologen-Verbände sind hauptsächlich auf die ehrenamtliche Arbeit ihrer Funktionsträger angewiesen. Eine professionelle berufspolitische Vertretung im Sinne von 24/7, die sich nur ein großer Hausärzterverband leisten kann, existiert nicht. Der Kampf

„Die Diabetologen drohen leer auszugehen“

gegen die potenziell schädlichen Gesetze und Verordnungen ruht deshalb nur auf den Schultern weniger. Von zu wenigen?

Die Digitalisierung muss vorangetrieben werden

Dennoch wollen wir wieder die Vision bemühen. Jeder dritte Arzt, also auch Diabetologe, ist heute älter als 55 Jahre. Auch die Diabetesberatung hat Nachwuchssorgen. Nur eine funktionierende Digitalisierung kann sie entlasten! Was für die Klinik gilt, trifft auch auf die diabetologische Praxis zu. Wenn wir in den nächsten Jahren keine Barfußversorgung wollen, müssen wir die Digitalisierung vorantreiben, mit einer weiterhin angemessen vergüteten Versorgung, einer Honorierung ärztlicher Leistungen bei digitalen Konzepten, mit Krankenkassenverträgen, die digital und zukunftsorientiert sind, und einer flächendeckenden Erforschung und schrittweisen Einführung von künstlicher Intelligenz. Hier müssten wir sogar Vorreiter in Europa werden. Falls der Datenschutz nicht alles abwürgt, hätten wir auch in Deutschland hervorragende Bedingungen mit ambitionierten Start-ups, aber auch fertigen Konzepten in Konzern-Pipelines, die nur auf den Startschuss warten. Darauf dürfen engagierte Ärzte und mündige moderne Patienten nicht umsonst hoffen. Der gesellschaftliche und politische Schaden wäre nicht mehr gutzumachen.

Manuel Ickrath

DiGA für Menschen mit Typ-2-Diabetes

Erste dauerhafte Zulassung für digitale Gesundheitsanwendung bei Typ-2-Diabetes

BERLIN. Vitadio ist die erste DiGA, die hierzulande für die Behandlung des Typ-2-Diabetes eine dauerhafte Zulassung erhalten hat.

Seit April ist die App Vitadio offiziell die erste dauerhaft zugelassene digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) in Deutschland für erwachsene Patienten mit Typ-2-Diabetes. Die Anwendung zielt darauf ab, das Körpergewicht und den HbA_{1c}-Wert zu verbessern. Im Rahmen des Zulassungsverfahrens beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat Vitadio durch klinische Studien nachweisen können, dass es einen substanzialen medizinischen Nutzen bietet, indem es das Selbstmanagement der Patienten verbessert und zu einem gesünderen Lebensstil beiträgt. „Die Zulassung von Vitadio als DiGA zur Therapie von Typ-2-Diabetes verdeutlicht den Nutzen, den solche digitalen Lösungen bringen können. Die Anwendung erfüllt die erforderlichen medizinischen und wissenschaftlichen Standards“, erklärt Prof. Dr. Peter Schwarz vom Univer-

sitätsklinikum der TU Dresden, der am Zulassungsprozess beteiligt war. Die Verordnung von Vitadio erfolgt über das Muster-16-Rezept und die Kosten werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Die Anwendung kann ohne zeitliche Begrenzung genutzt werden, wobei jede Verordnung die Nutzung für bis zu 90 Tage ermöglicht.

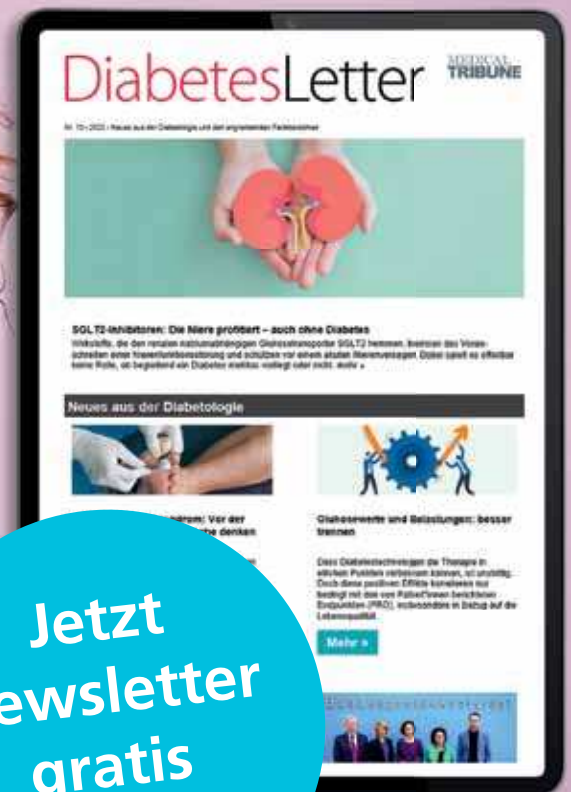
Preisverhandlungen mit GKV-Spitzenverband

Nachdem Vitadio das einjährige Fast-Track-Zulassungsverfahren erfolgreich durchlaufen hat, besteht laut dem Anbieter, der Vitadio Health Technologies GmbH, das nächste Ziel darin, innerhalb der kommenden fünf Monate einen Preis in Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband festzulegen. Dies soll sicherstellen, dass die Therapie nicht nur medizinisch wirksam, sondern auch wirtschaftlich vertretbar ist. „Die Einführung von Vitadio in die Regelversorgung bietet Ärzten eine zuverlässige Option für die langfristige Behandlung von Diabetes“, sagt Lenka Röhryová, Geschäftsführerin des Anbieters. gh

Behalten Sie den Durchblick in der Diabetologie.

Mit dem **DiabetesLetter** kompakt informiert über das Neueste aus Praxis, Forschung, Gesundheitspolitik & Digitalisierung

Jetzt Newsletter gratis sichern!



Scannen & Newsletter abonnieren:
qr.medical-tribune.de/diabetesletter

„Viele Referenten machten online keinen optimalen Eindruck“

Ob für Vorträge oder Videosprechstunden: ein eigenes Video-Studio kann sich lohnen

MÜNSTER UND HAMBURG. Dr. Oliver Schubert-Olesen leitet eine diabetologische Schwerpunktpraxis in Hamburg, wo er vor allem auch viele Menschen mit Typ-1-Diabetes und einer Insulinpumpentherapie behandelt. Seit vielen Jahren hat er sich einen Namen gemacht als Referent im Bereich Diabetes-Technologien. Unser Redaktionsmitglied Dr. Winfried Keuthage hat ihm bei seiner Referententätigkeit über die Schulter geschaut und ihn zu seinem „Video-Studio“ interviewt.

Oliver, Du hast schon lange vor der Corona-Pandemie mit Videosprechstunden begonnen. Wie kam es dazu?

Dr. Schubert-Olesen: Das war mehr oder weniger ein Zufall. Meine Frau musste im Rahmen ihres Studiums für drei Wochen zu einem Praktikum verreisen. In dieser Zeit habe ich mich um unsere Kinder gekümmert. Da ich meine Praxis nicht für drei Wochen schließen konnte, habe ich in dieser Zeit von zu Hause aus gearbeitet.

Mittlerweile hast Du quasi ein kleines Video-Studio eingerichtet. Wie kam es zu dieser Entwicklung?

Dr. Schubert-Olesen: Das hat sich so ergeben. Mir fiel auf, dass viele Referenten oder Teilnehmer von Videokonferenzen keinen optimalen Eindruck machten. Angefangen beim unaufgeräumten Hintergrund oder Menschen, die durchs Bild laufen, und insbesondere ein schlechter Kamera-Blickwinkel. Ist die Ansicht von schräg unten, betont dies ein Doppelkinn sowie die

Decke im Hintergrund. Ich begann, meinen Hintergrund professionell zu gestalten. Zunächst mit einem großen Bild, im Verlauf mit austauschbaren Vorhängen. Außerdem habe ich die Kamera auf Augenhöhe positioniert. Dadurch fühlt sich das Gegenüber direkter angesprochen.

Wenn ich Dein Studio so sehe, hast Du aber noch viel mehr verbessert ...

Dr. Schubert-Olesen: Ja, das stimmt. Ich habe die Beleuchtung verbessert, um besser ausgeleuchtet zu sein. Zunächst habe ich Anfängerfehler gemacht. Mittlerweile habe ich eine 150-Watt- und eine 60-Watt-Dauerleuchte. Zusätzlich eine 45-Watt-Leuchte von hinten. Dann habe ich die Kamera des Computers gegen eine professionelle ausgetauscht, zusammen mit einem Stativ und einem professionellen Mikrofon, in meinem Fall das Modell Lavalier der Firma Røde. Dann habe ich ein Video-Mischpult gekauft, um einen besseren Übergang zwischen der Präsentation und dem Referentenbild herzustellen, und auch, um hybride Veranstaltungen anbieten zu können. Das hat zunächst auch sehr gut funktioniert, jedoch wuchs das Equipment weiter. Als Nächstes kam ein Teleprompter hinzu. Diesen brauche ich nicht, um

den Text abzulesen, sondern um meine Präsentation zu sehen und gleichzeitig meinem Gegenüber das Gefühl zu geben, ich sehe ihn direkt an. In der Summe sind das also vier professionelle Videoleuchten, zwei große Video-Mischpulte, drei Kameras sowie ein Teleprompter.

In der Praxis nutze ich nun meist das kleine Video-Mischpult, dazu habe ich eine Rahmenhalterung. So planen wir, demnächst bei Schulungen mit einer Kamera auf den Tisch filmen zu können. So können wir gut ausgeleuchtet auch praktische Dinge zeigen, zum Beispiel eine Blutzucker-

messung oder die Konfiguration eines CGM-Systems.

Das hört sich in der Tat sehr professionell an. Hand aufs Herz: Wie schaffst Du das, die Technik neben Deiner Tätigkeit als Diabetologe zu beherrschen?

Dr. Schubert-Olesen: Leider gibt es an keiner Stelle eine ideale Anleitung, welche Komponenten wirklich benötigt werden und wie sie umgesetzt werden. Bei mir steckt viel Leidenschaft dahinter.

Ich habe durch Zufall den YouTube-Kanal „FullFilm“ entdeckt, der mir sehr geholfen hat. Und ich habe einen Online-Videokurs absolviert. Hinzu kommt, wie bei allem, Mut zum Testen und viel Übung.

„Bei mir steckt viel Leidenschaft dahinter“

Bist Du der Meinung, jeder sollte eine solche Technik nutzen?

Dr. Schubert-Olesen: Ich bin fest der Meinung, dass Technik auch in den Behandlungsalltag von Medizinern gehört. Dazu gehören aus meiner Sicht auch Übungsvideos und der Online-Unterricht.

In diesem Ausmaß ist es jedoch nicht nötig. Mir macht es einfach Spaß, mein Studio auszubauen und noch mehr und besser zu nutzen. Die Beraterinnen in meiner Praxis unterstützen mich dabei und treiben mich mit neuen Ideen immer weiter voran.

Vielen Dank für das Gespräch!

Interview: Dr. Winfried Keuthage



Fotos: Dr. Oliver Schubert-Olesen

„Zunächst habe ich Anfängerfehler gemacht“

Ergebnisse der „diatec journal“-Leserbefragung

Mit einer Umfrage wollten wir erfahren, was Sie am Journal schätzen und wo Sie Verbesserungsbedarf sehen

WIESBADEN. Die Umfrage unter „diatec journal“-Lesern bietet wertvolle Einblicke in die Lesegewohnheiten, Meinungen und Verbesserungsvorschläge.

Regelmäßige Lektüre und Artikelbewertung: 81,8 % der Befragten blättern jede Ausgabe des „diatec journal“ regelmäßig durch, 9,1 % etwa jede zweite Ausgabe. 72,7 % lesen mindestens einen Artikel vollständig in jeder Ausgabe, 13,6 % etwa in jeder zweiten. Das zeigt eine starke Leserbindung.

Gestaltung und Erscheinungsbild: Das Layout wird überwiegend positiv bewertet: 13,6 % finden es „sehr gut“, 59,1 % „gut“ und 27,3 % „befriedigend“. Negative Bewertungen gab es keine.

Online-Version und Wunsch nach eigenständiger Onlinepräsenz: 22,7 % der Leser nutzen die Online-Version regelmäßig, 36,3 % gelegentlich und 40,9 % gar nicht. 45,5 % wünschen sich eine eigenständige Onlinepräsenz mit zusätzlichen Inhalten, 31,8 % halten die aktuelle Version für ausreichend.

Attribute des „diatec journal“: 59,1 % finden das Journal „aktuell“, 63,6 % „glaubwürdig“ und 50 % „verständlich“. Die Themenauswahl wird von 59,1 % als „gut“ bewertet, die Gestaltung von 31,8 % als „lesefreundlich“. **Themenangebot und Struktur:** 27,3 % bewerten die Struktur als „sehr gut“, 50 % als „gut“ und 18,2 % als „befriedigend“. Nur 4,6 % finden sie „ausreichend“. 45,5 % empfinden die Inhalte

als praxisnah, 22,7 % als theoretisch. **Informationsbedarf und Themenvielfalt:** 36,4 % wünschen sich mehr produktbezogene Inhalte, 45,5 % sind mit dem aktuellen Umfang zufrieden. 90,9 % fühlen sich zu CGM und AID ausreichend informiert, 50 % zu SmartPens, 22,7 % zu anderen Produkten. **Informationsgehalt zu aktuellen Themen und Politik:** 59,1 % bewerten den Informationsgehalt zu aktuellen Themen als „genau richtig“, 18,2 % als „wenig informativ“.

Kommentare und Meinungsbeiträge: 40,9 % empfinden die Häufigkeit von Kommentaren zur Politik als „genau richtig“, 50 % wünschen sich mehr. **Wissenschaftsjournalistische Darstellung:** 63,6 % finden die populärwissenschaftliche Darstellung gelungen,

31,8 % finden sie zu schwierig oder zu stark vereinfacht.

Demografische und berufliche Informationen: 45,5 % der Befragten sind männlich, 54,5 % weiblich. 22,7 % sind unter 40 Jahre alt, 4,6 % zwischen 40 und 49, 50 % zwischen 50 und 59, 13,6 % zwischen 60 und 69 und 9,1 % 70 Jahre oder älter. Beruflich sind 18,2 % niedergelassene Ärzte mit Diabetesschwerpunkt, 18,2 % ohne Schwerpunkt, 4,6 % arbeiten in der stationären Versorgung und 40,9 % in der Diabetesberatung. 63,6 % sind Mitglied in der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), 4,6 % im Berufsverband Niedergelassener Diabetologen (BVND) und 31,8 % im Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland (VDBD).

Weitere Anmerkungen und Vorschläge: Acht Teilnehmer nutzten die Möglichkeit, freie Anmerkungen und Vorschläge zu machen, was zusätzliche qualitative Einblicke bietet.

Fazit

Die Leserbefragung zeigt eine hohe Zufriedenheit und starke Bindung an das „diatec journal“. Gleichzeitig gibt es klare Hinweise auf Verbesserungswünsche, insbesondere eine eigenständige Onlinepräsenz und mehr produktbezogene Inhalte.

Auch wenn die Teilnehmerzahl leider nicht sehr hoch war, bieten diese Rückmeldungen somit trotzdem wertvolle Anhaltspunkte zur weiteren Optimierung der Zeitung. gh