

# diabetes zeitung

4. Jahrgang • Nr. 6 • 26. Juni 2019

Herausgegeben von der  
Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)



## Wissen im Kontext

### Der Diabetes Kongress 2019

**BERLIN.** Zu Christi Himmelfahrt trifft sich in Berlin alljährlich das „Who's who“ der deutschen Diabetologie. In diesem Jahr mit geballter internationaler Unterstützung.

Die Besucherinnen und Besucher des Diabetes Kongresses 2019 profitierten von der Schärfung des internationalen Profils, das sich Tagungspräsident Professor Dr. Michael Roden auf die Fahnen geschrieben hatte. Insgesamt 14 internationale Referierende bzw. Vorsitzende waren in Berlin vertreten, darunter ausgewiesene Experten wie Professor Dr. Francesco Rubino, Professor Dr. Roy Taylor und Professor Dr. Stefano Del Prato. Sie stellten wichtige Studienergebnisse in den Kontext und diskutierten mit dem Auditorium. Berichte dazu lesen Sie in dieser und den kommenden Ausgaben der diabetes zeitung. Auch unter den Preisträgern der DDG findet sich eine Reihe von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, die bereits international von sich reden machen. 7-14

**Seite 33:**  
Der aktuelle  
DDG Vorstand  
stellt sich vor ...

Der Kongress im Rückblick auf dem Youtube-Kanal der DDG: „Deutsche Diabetes Gesellschaft“!

Fotos: ©DDG/Dirk Deckbar, iStock/zager, iStock/kukoo, nicecene - stock.adobe.com

## Aktuelle News zu Diabetestechnologie & Digitalisierung

**WIESBADEN.** Die neue Ausgabe des diatec journals finden Sie als eigene Lage in dieser diabetes zeitung!



## Starke Stimme der Ärzteschaft

Wohin Prof. Kellerer und Prof. Neu die DDG führen möchten

**BERLIN.** Wechsel an der Spitze des DDG-Vorstandes: Neue Präsidentin ist Professor Dr. Monika Kellerer vom Marienhospital Stuttgart. Ihr ist es wichtig, dass „die DDG eine der großen Fachgesellschaften bleibt, unter deren Dach sich Wissenschaftler,

Praktiker und Therapeuten aller Versorgungsebenen wiederfinden“. Die DDG soll „weiterhin als starke Stimme innerhalb der Ärzteschaft und in der Gesundheitspolitik wahrgenommen werden“, unterstreicht Vizepräsident Professor Dr. Andreas

Neu von der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin Tübingen. Die wichtigste Ressource dafür seien die Mitglieder und deren vielfältige Aktivitäten. „Gebündelt machen sie unsere Stärke aus“, sagt Prof. Neu. Zusammen mit weiteren

Verbündeten wird die DDG den politischen Druck bei der angekündigten Nationalen Diabetesstrategie erhöhen, kündigt Prof. Kellerer an. „Denn hier werden wichtige Weichen für Forschung, Prävention und Versorgung gestellt.“ Das Interview: 17

## Ausgeprägte Nephroprotektion

**SYDNEY.** Wegen des eindeutigen Benefits wurde die randomisierte, multizentrische Doppelblindstudie CREDENCE vorzeitig beendet. Unter dem SGLT2-Inhibitor Canagliflozin hatten Typ-2-Diabetespatienten mit Nephropathie eine signifikante Risikoreduktion für terminales Nierenversagen bzw. Tod mit renaler bzw. kardiovaskulärer Ursache. 20

## Diabetes und Angst

Interventionsmöglichkeiten bei Angststörungen

**WIESBADEN.** Menschen mit Diabetes weisen ein um 50 % erhöhtes Risiko für Angststörungen auf. Damit zählen sie neben Depressionen zu den häufigen psychiatrischen

Komorbiditäten. Der Psychiater Professor Dr. Dieter F. Braus, Helios HSK, Wiesbaden, klärt in einem Übersichtsbeitrag über die Ursachen auf und berichtet über

aktuelle Therapieansätze. Er betont: „Für den behandelnden Arzt ist es in diesem Zusammenhang wichtig, sowohl prädisponierende Faktoren, z.B. schwerwiegende Lebens-

ereignisse in der Kindheit, als auch aktuelle chronische soziale Stresserfahrungen der Patienten zu kennen und diese ggf. in das Therapiekonzept zu integrieren.“ 22



## Angriffsziel der Kryptotrojaner

**WIESBADEN.** Zuerst fallen ein paar Befunderbeitsplätze in der Radiologie aus, dann versagt die komplette CT-Bildgebung. Der Virus, der über einen USB-Stick eingeschleust wurde, breitet sich im Krankenhaus aus. Es dürfen keine Notfallpatienten mehr aufgenommen werden, kritische Patienten müssen in andere Häuser verlegt werden. Dieses Szenario war in Berlin zum Glück nur eine Übung. Doch die Gefahr ist real! 18

### Seite 3 Ausgeschlossen von der Klassenfahrt

**BERLIN.** Eine bundesweite Umfrage des Sozialpädiatrischen Zentrums an der Berliner Charité offenbart Defizite bei der Inklusion von Kita- und Schulkindern mit Diabetes.

### Seite 28 „I run on Insulin“: Sportevent mit dem IDAA

**LÜBBENAU.** Die International Diabetes Athletes Association (IDAA) lädt ihre Mitglieder jedes Jahr zum Spreevald-Marathon nach Brandenburg. Die diabetes zeitung ist mitgelaufen.

### Seite 5 DDG Zertifikate tun den Patienten gut

**BERLIN.** Eine winDiab-Untersuchung bestätigt: Patienten mit Typ-1-Diabetes äußern sich zufriedener über ihren letzten Klinikaufenthalt, wenn dieser in einem zertifizierten Haus stattfand.



**News & Fakten**

Inklusion von Kita- und Schulkindern mit Diabetes Typ 1, DDG rät zum Nutri-Score, Univants Healthcare Excellence Award für Tübinger Forscher, Patientenbefragung zum Klinikaufenthalt, Brandenburg richtet eine Diabetes-Konferenz ein, DZD Diabetes Research School ..... 3-6

**Kongress aktuell**

Eindrücke und Berichte vom Diabetes Kongress 2019, Berichte vom DGIM 2019 ..... 7-16

**Das Interview**

Die neue DDG Präsidentin Prof. Dr. Monika Kellerer und der neue DDG Vizepräsident Prof. Dr. Andreas Neu im Interview ... 17

**Im Blickpunkt**

Cyberkriminalität: Krankenhäuser und Arztpraxen, Praxismanagement mit Know-how, Innovationsfondsprojekt „Dimini!“, Potsdamer Tag der Wissenschaften – DIFE, Jubiläum am Stuttgarter Olgahospital, Danksagung an den scheidenden Vorsitzenden des QSW-Ausschusses Prof. Dr. Klaus-Dieter Palitzsch ..... 18-19, 24, 30-31

**Forum Literatur**

CRENCE-Studie, Hybrid-Closed-Loop-Systeme im Vorschulalter, Orale GLP1-RA im Vergleich mit DPP4-Hemmer, SGLT2-Hemmer schmilzt Fettdepots ..... 20-21, 25

**Consilium Diabetes**

Diabetes und Angst-erkrankungen ..... 22

**Medizin & Markt**

Berichte aus der Industrie ..... 26

**dz unterwegs**

IDAA-Sportler beim Spreewald-Marathon ..... 28

**Personalien**

Vorstand und Geschäftsführung der DDG, Neue Diabetologinnen und Diabetologen DDG, Neuer Vorstand von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe, DDG Medienpreis 2019 ..... 33

**Nachruf**

Gedenken an Renate Lauterborn 34

**Kurznachrichten**

Neu- und rezertifizierte Zentren und Arztpraxen ..... 35

**Weiterbildung & Qualifikation**

Diabetesberater/in DDG, Diabetes-assistent/in DDG, Fit für die Weiterbildung – Vorbereitungsseminar des VDBD, Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG, Diabetespflegefachkraft DDG (Klinik), Diabetespflegefachkraft DDG (Langzeit), Wundassistent/in DDG, Podologe/Podologin DDG, 80-Std.-Kurs Klinische Diabetologie, Seminare Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung in der Diabetologie, Fachpsychologe/Fachpsychologin DDG ..... 36-37

**Job- & Praxenbörse**

Stellenangebote, Stellengesuche, Nachfolge gesucht ..... 38-39

**Buntes**

..... 40

# »Mutig und entschlossen auf den gemeinsamen Weg machen«

Professor Dr. Monika Kellerer begrüßt Sie als neue Präsidentin der DDG

Liebe Leserinnen und Leser, liebe Mitglieder und Freunde der DDG,

nun ist es also wieder so weit und die DDG hat – wie alle zwei Jahre nach dem Diabetes Kongress – ein neues Präsident(inn)-Gesicht. Es ist mir eine große Freude und Ehre, Sie in meiner neuen Funktion als DDG Präsidentin begrüßen zu dürfen. Mein besonderer Dank gilt dem bisherigen Präsidenten Herrn Professor Dirk Müller-Wieland, welcher die DDG mit wirklich außergewöhnlichem Engagement geprägt, gefordert und vorgebracht hat. Insbesondere in den Bereichen digitale Transformation und innovative Versorgungsstrukturen wurden unter seiner Führung visionäre Konzepte entwickelt und angegangen, mit denen sich die DDG zukunftssicher aufstellt und im Sinne unserer Patienten den medizinischen Standard definiert und eine nachhaltige und flächendeckende Versorgung anstrebt. Ergänzt wird das Präsidium ab sofort durch Herrn Professor Andreas Neu als Vizepräsidenten, der sich u.a. auch für die pädiatrischen Belange in unserer Fachgesellschaft einsetzen wird.

**Vielfältige Themen – zahlreiche Aufgaben**

Mit vielen positiven Eindrücken sind wir vom diesjährigen Diabetes Kongress zurückgekehrt. Mein Dank geht hier an Herrn Professor Michael Roden und sein Team, an m:con und an unsere Geschäftsstelle, insbesondere an Marnie Volkmann. Es ist ihnen gelungen, einen sehr anregenden und erfolgreichen Kongress auszurichten. Bei jedem dieser großen Kongresse zeigt sich – von Grundlagenwissenschaft bis hin zur Praxis – eine hohe Bereitschaft, die Diabetologie gemeinsam zu gestalten. In diesem Jahr war allerdings auch etwas mehr Durchhaltevermögen gefragt – zumindest beim Diabetes-Lauf. Denn mit einer Strecke von 5,5 anstatt der üblichen 5 km haben wir auf unser 55-jähriges Bestehen hingewiesen. Die künftige Wegstrecke unserer Fachgesellschaft wird mit vielfältigen Themen und zahlreichen Aufgaben spannend und herausfordernd bleiben. Um die DDG erfolgreich in die Zukunft zu führen, bedarf es auch einer Sicherstellung von wissenschaft-



Prof. Dr. Monika Kellerer  
Präsidentin der  
Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)  
Foto: © DDG/Dirk Deckbar

lichem und klinischem Nachwuchs für unser Fach. Wissenschaftlich hat Deutschland im Bereich der Diabetologie viele Leuchttürme. Das DZD blickt in diesem Jahr bereits auf 10 Jahre Diabetes- und translationale Forschung zurück und feierte diesen Erfolg jetzt im Juni mit einem Festakt in Berlin. Für eine erfolgreiche Nachwuchsakquise, aber auch für eine schnellere Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis bedarf es jedoch deutlich mehr bettenführender klinischer Lehrstühle im Fach Diabetologie/Endokrinologie. Auch in der ambulanten Versorgung stehen viele Veränderungen durch den Generationswechsel und die digitale Transformation an. Hier machen wir uns zusammen mit dem BVND und VDBD für den Erhalt von qualifiziertem Fachpersonal und bewährten Versorgungsstrukturen wie DMP sowie für die Etablierung neuer Konzepte wie Telemedizin stark. Natürlich gilt es auch die zukunftsweisende Arbeit von Herrn Professor Müller-Wieland im Bereich der Digitalisierung weiter fortzusetzen.

**Ambitionierte Ziele – sehr gute Chancen**

Schließlich müssen wir die Nationale Diabetesstrategie mit Nachdruck weiterverfolgen, um die Versorgung von Menschen mit Diabetes zukunftssicher aufzustellen und um die für Deutschland prognostizierte dramatische Zunahme an Diabetesfällen abzuschwächen. Unsere Ziele sind ambitioniert, wir haben jedoch sehr gute Chancen, wenn wir uns mutig und entschlossen auf den gemeinsamen Weg machen. Gerne nehme ich hier das Motto des diesjährigen Diabeteslaufs auf: „Gemeinsam läuft es besser!“

Herzlichst Ihre

Prof. Dr. Monika Kellerer

**diabetes**  
zeitung

© 2019, Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH  
Alleiniger Gesellschafter: Süddeutscher Verlag  
Hühlig Fachinformationen GmbH, München

Verlag: Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH

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

CEO: Oliver Kramer

Geschäftsführung: Alexander Paasch, Dr. Karl Ulrich

Geschäftsleitung: Stephan Kröck, Rüdiger Sprunkel

Herausgeber: Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG),  
Albrechtstr. 9, 10117 Berlin;  
Präsidentin: Prof. Dr. Monika Kellerer  
Geschäftsführerin: Barbara Bitzer

Redaktionsleitung: Jochen Schlabing

Chefredaktion: Alisa Ort, Jochen Schlabing (V.i.S.d.P.)

Redaktion Medizin: Dr. Judith Besseling, Dr. Kerstin Tillmann

Redaktion Politik: Michael Reischmann (verantwortlich)

Weitere Mitarbeiter: Cornelia Kolbeck, Antje Thiel

Leitung Corporate Publishing: Hannelore Schell

Redaktionsbeirat: Dagmar Arnold, Barbara Bitzer,  
Anne-Katrin Döbler, Prof. Dr. Baptist Gallwitz,  
Dr. Astrid Glaser, Prof. Dr. Andreas Hamann,  
Prof. Dr. Lutz Heinemann, Manuel Ickrath,  
Prof. Dr. Hans-Georg Joost, Dr. Matthias Kaltheuner,  
Prof. Dr. Monika Kellerer, Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland,  
Prof. Dr. Michael Nauck, Prof. Dr. Andreas Neu,  
Prof. Dr. Annette Schürmann, Priv.-Doz. Dr. Erhard Siegel

Vertreter 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: Daniela Erdtmann

Layout: Andrea Schmuck, Beate Scholz, Mira Vetter

Objekt- und Medialeitung: Björn Lindenaus

Verkauf: Josef Hakam, Sebastian Schmitt, Marc Bornschein

Anzeigen: Alexandra Ulbrich,  
Telefon: 0611 9746-121, Telefax: 0611 9746 480-112  
E-Mail: anzeigen@medical-tribune.de

Anzeigen-Preisliste Nr. 4 vom 1.1.2019

Vertrieb und Abonnentenservice: Cornelia Polivka,  
Telefon: 0611 9746-134, Telefax: 0611 9746 480-228  
E-Mail: abo-Service@medical-tribune.de

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

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

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

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

[www.blauer-engel.de/uz195](http://www.blauer-engel.de/uz195)

Dieses Druckerzeugnis wurde mit dem  
Blauen Engel ausgezeichnet





# Von Klassenfahrt ausgeschlossen

## Umfrage zeigt Defizite bei der Inklusion von Kita- und Schulkindern mit Diabetes Typ 1

**BERLIN.** Für Kinder mit Diabetes ist die Krankheit an sich bereits eine tägliche Herausforderung. Zusätzlich müssen sie und ihre Familien oft Hürden nehmen, wo es um den Besuch von Kita und Schule geht und Inklusion eigentlich funktionieren sollte.

Eine bundesweite Umfrage des Sozialpädiatrischen Zentrums an der Berliner Charité macht die Probleme bei der Inklusion von Kindern mit Diabetes mellitus Typ-1 deutlich. Online interviewt wurden von Juni bis November 2018 Sorgeberechtigte von 1189 Kindern, welche eine Kita (382) besuchten, eine Primarschule bis zur 4. Klasse (580) sowie im Sekundarbereich die 5. und 6. Klasse (227). Die Diabetesdauer betrug im Schnitt vier Jahre. Knapp drei Viertel der Kinder maßen die Blutglukose selbst (866), 508 nutzten zur Kontrolle ein System zum kontinuierlichen Glukosemonitoring, 484 ein System zum Flash Glukose Monitoring (Mehrfachnennungen waren möglich). Bei 897 Kindern kam eine Insulinpumpe zum Einsatz.

### Auch behinderte Kinder haben ein Recht auf Ausbildung

Die Sozialarbeiterin MICHAELA HEINRICH-ROHR verwies bei der Vorstellung der Ergebnisse darauf, dass Kinder in der Regel pro Woche 25 bis 40 Stunden in der Kita betreut werden bzw. 20 bis 30 Stunden in der Schule. Kinder mit Behinderungen dürften hier nicht benachteiligt werden, betonte sie, denn auch sie hätten ein Recht auf Bildung – verankert in der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen. Fast alle Bundesländer haben dies in ihrem Schulgesetz berücksichtigt, berichtete die Referentin und der Bund habe das Recht auf Eingliederungshilfe in den §§ 53 und 54 im Sozialgesetzbuch XII fixiert. Die Umfrage zeigt jedoch, dass im Kitabereich jedes dritte Kind mit

Typ-1-Diabetes schon einmal von einer Gruppenfahrt ausgeschlossen wurde. Bei Klassenfahrten im Primar- und Sekundarbereich waren es 15,8 bzw. 14,6 %.

### Bei Klassenfahrten helfen Eltern, Erzieher oder es hilft gar keiner

Die Teilnahme an mindestens einem Ausflug oder Wandertag wurde 20,7 % der erkrankten Kita-Kinder und 9,6 bzw. 7,1 % der Schüler verweigert. Ändern könnte die Situation eine Teilhabekraft, regional auch Integrationshelfer, Schulhelfer oder Einzelfallhelfer genannt. Doch die Studie zeigt, dass bisher nur wenige Kinder in Kita, Primar- und Sekundarschule von dieser Hilfe profitie-

ren (10,5/15,9/5,3 %). Und so sind es vor allem Eltern und Erzieher/Lehrer, die den Kindern mit Diabetes auf Klassenfahrt bei der Therapieumsetzung zur Hand gehen. 23,3 % der Schüler im Sekundarbereich erhielten gar keine Unterstützung. Außerdem liegt die genehmigte Stundenzahl für eine Teilhabekraft oft unter der beantragten. Für jeweils etwa ein Drittel der Kinder im Kita- und Primarschulbereich werden im Schnitt 24 bzw. 25 Stunden pro Woche beantragt, genehmigt wurden 15 bzw. 19 Stunden. Bei den 10 % Anträgen im Sekundarbereich stehen 13,5 beantragten Stunden sogar nur sechs bewilligte gegenüber. Die Folge der mangelnden Unterstützung ist, dass Kinder mit Diabetes Typ 1 deutschlandweit häufiger in Sonder- und Förderschulen unterrichtet werden statt per Inklusion. Sie wolle ihre Ausführungen jedoch nicht als Kritik an Erziehern, Lehr-

kräften oder Schulen verstanden wissen, hob Heinrich-Rohr hervor. Es sei eine schwierige Situation für alle. Dies bestätigte in der Diskussion eine Mutter. Sie berichtete darüber, dass sie erst an den Bürgermeister schreiben musste, um einen Kitaplatz für ihr erkranktes Kind zu erhalten. Zuvor war sie zu Sozialamt und Jugendamt geschickt worden. „Auch professionelle Kräfte wissen oft nicht Bescheid“, so ihre Erfahrung. In einem anderen berichteten Fall durfte das Kind zeitweise nicht in die Schule, weil die Sonderpädagogin krank geworden war.

### Flickenteppich aus Bundes- und Landesvorgaben

Ein Ärztin, die sich zu Wort meldete, monierte eine z.T. fehlende Qualifikation der Inklusionshelfer. Sie habe schon erlebt, dass jede Viertelstunde der Blutzucker gemessen wurde. KARINA BOSS,

Mitglied des Vorstandes der AG Pädiatrische Diabetologie (AGPD) der DDG und Diabetesberaterin an der Charité, bedauerte, dass zur Gruppe der Integrationshelfer – zu denen auch die Studentin oder der Künstler gehöre – noch wenig bekannt sei. Die Qualifikation basiere auf den Regelungen der Länder. Zurzeit gebe es einen Flickenteppich aus gesetzlichen Grundlagen und Landesvorgaben. „Wir hoffen, mit der Politik hier ins Gespräch zu kommen“, äußerte dazu AGPD-Vorstandsmitglied Dr. JUTTA WENDENBURG, Kinderärztin aus Jena. Aus Sicht der AG Inklusion bedürfe es, um das Recht der Kinder auf uneingeschränkte Teilhabe umzusetzen, zudem zusätzlicher und institutionseigener Inklusionskräfte, ergänzte Heinrich-Rohr.

Cornelia Kolbeck

Diabetes Kongress 2019



### Vorbild Skolasköterska

Für den Einsatz von Schulkrankenschwestern sprach sich Andreas Kocks aus, Pflegewissenschaftler am Universitätsklinikum Bonn und Sprecher für das Netzwerk Pflegewissenschaft im VPU der Universitätsklinikum Deutschland. Kocks zeigte sich begeistert vom schwedischen Beispiel der Skolasköterska. Kümmerer nannte er sie und verwies darauf, dass laut Studien 30 bis 50 % der Kinder chronisch krank sind und einen besonderen Betreuungsbedarf haben. Bei den Aufgaben von Schulkrankenschwestern müsse man aber über rein gesundheitliche Fragestellungen hinausdenken, sagte er und verwies u.a. auf soziale Aspekte wie Probleme im Elternhaus der Kinder.

## Streit ums Geld wird auf dem Rücken der Kinder ausgetragen

### Strittig ist oft, wer für allgemeine Beobachtungsleistungen bei Individualbegleitung zuständig ist

**BERLIN.** Laut Gesetz haben Kinder mit Diabetes Typ 1 Anspruch auf Inklusionshilfen. Dieses Recht durchzusetzen ist praktisch nicht immer leicht.

Matthias Meyer, Rechtsanwalt Meyer und Mühlen, vertritt seit über 15 Jahren regelmäßig die Rechte von an Diabetes mellitus erkrankten Kindern, auch bezüglich der Schulbegleitung. Er betonte, dass die von 160 Staaten unterzeichnete UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) zu einem Paradigmenwechsel geführt hat, von der Integration zur Inklusion, und das dies auch im Wesentlichen per Bundesteilhabegesetz in nationales Recht umgesetzt wurde. Die Ablehnung des konkreten Anspruchs eines Kindes mit Be-

hinderungen auf den Besuch einer Regelschule stelle sich damit als Verletzung des Diskriminierungsverbotes dar.

Allerdings seien die Bemühungen der Bundesländer bei Umsetzung der BRK unterschiedlich weit fortgeschritten. Der Jurist aus Itzehoe nannte beispielhaft Probleme bei der Individualbegleitung. Während von den Krankenkassen zu bezahlende medizinische Leistungen, u.a. die kontinuierliche und zuverlässige

Stoffwechselüberwachung/Insulin-gabe durch den Pflegedienst, in der Regel genehmigt werden, ist die Zuständigkeit für allgemeine Beobachtungsleistungen zur Eingliederungshilfe oft strittig. „Der Anspruch ist somit nicht strittig, aber auf dem Rücken der Kinder wird ausgetragen, wer es bezahlen soll“, so Meyer. Probleme gebe es manchmal auch, wenn die Hortbetreuung in einer Ganztagschule durch einen privaten Verein angeboten wird, denn

laut Gesetz ist für die Teilhabe eine „angemessene“ Schulbildung Voraussetzung. Erst 2020 wird der Bereich der Schulbildung auf offene Ganztagsangebote erweitert.

### Rufen Sie beim Bearbeiter an, oft gibt es nur Informationsdefizite

Auf die Nachfrage eines Zuhörers, was zu tun sei, wenn ein Antrag auf Schulbegleitung ewig nicht bearbeitet wird, riet der Jurist: „Lassen Sie sich nicht wegschicken, ziehen Sie den Antrag nicht zurück und stellen Sie ihn nicht neu.“ Wer Probleme mit der Genehmigung von Inklusionsleistungen habe, solle bei der zuständigen Stelle anzurufen. Nicht selten seien Informationsdefizite die Ursache oder auch die Angst

des Bearbeiters vor einem Regress. Man könne auch eine Sachbearbeiterebene höher gehen oder eine Vorstandsbeschwerde einreichen. Im Eilverfahren ließen sich Genehmigungen zur Schulbegleitung zwar auch in vier bis sechs Wochen durchsetzen, aber bis zum Hauptsacheverfahren dauere es dann meist Jahre.

„Ist es vielleicht besser, den Typ-1-Diabetes des Kindes beim Schulantrag zu verschweigen?“, fragte ein anderer. „Keinesfalls, immer offenlegen“, so Meyer. „Sprechen Sie notfalls die theoretische Möglichkeit an, kommunale Aufsichtsbehörden oder die Medien einzuschalten.“

kol

Diabetes Kongress 2019

»Medizinische Leistungen werden von den Krankenkassen bezahlt«





# Von A bis E

## DDG rät zum Nutri-Score

**BERLIN.** Die DDG fordert nachdrücklich von der Bundesregierung, wie im Koalitionsvertrag angekündigt, eine neue Lebensmittelkennzeichnung für Deutschland vorzulegen. Die Diabetologen drängen darauf, das französische Nutri-Score-Modell zu übernehmen. Ministerin Klöckner geht andere Wege.

Der Past Präsident der DDG, Professor Dr. DIRK MÜLLER-WIELAND, bekräftigte im Vorfeld des Deutschen Diabetes Kongresses noch einmal die Notwendigkeit der Lebensmittelkennzeichnung. „Wenn es uns nicht gelingt, den Anstieg von Diabetes Typ 2 aufzuhalten, haben wir im Jahr 2040 bis zu zwölf Millionen Erkrankte in Deutschland.“ Bei dieser Zahl müsse eigentlich jeder Gesundheitsminister Panik bekommen. Der Diabetes-Tsunami sei noch aufzuhalten, so der Aachener Internist,

wenn es gelinge, dass sich die Menschen besser ernährten und weniger übergewichtig seien: „Aber das kann nicht die Medizin bewirken. Es erfordert Maßnahmen, die nur die Politik durchsetzen kann.“

### Studie zeigt beim französischen Modell Vorteile für Verbraucher

Prof. Müller-Wieland wirft der Politik „Nichthandeln“ bei der Lebensmittelkennzeichnung vor. Dass die Bundesernährungsministerin Julia Klöckner (CDU) mit der Begründung, der Nutri-Score sei nicht perfekt, ein eigenes System entwickeln lässt, ruft seinen Unmut hervor: „Das ist eine grobe Missachtung wissenschaftlicher Erkenntnisse.“ Eine aktuelle Studie belegt die Vorteile von Nutri-Score. Erstellt hat diesen eine Forschergruppe der Universität Paris-Nord und der Curtin University Australien im Auftrag

der Verbraucherorganisation Foodwatch. Die Wissenschaftler haben fünf Modelle zur Kennzeichnung von Nährwerten mittels Front-of-Pack-Kennzeichnungen verglichen. Im Fokus standen dabei neben Nutri-Score die britische Lebensmittelampel „Multiple Traffic Lights“, das in Australien und Neuseeland verwendete „Health Star Rating System“, das chilenische Warnzeichen sowie die von der Industrie entwickelte und freiwillig eingesetzte GDA-Kennzeichnung (Reference Intakes/Guideline Daily Amount). Der Nutri-Score erwies sich als das effektivste Modell. Die Befragten konnten mit der A-E-Einordnung am besten erkennen, wie ausgewogen verschiedene Lebensmittel sind.

### A-E-Kennzeichnung überzeugt selbst große Hersteller

Es gibt inzwischen weltweit 30 Studien, die den Vorteil der Kennzeichnung von Nährwerten wie Zucker, Fett und Salz auf der Vorderseite von Lebensmittelverpackungen belegen. Beim Nutri-Score-System werden ernährungsphysiologisch günstige und ungünstige Nährwertbestandteile miteinander verrechnet (siehe Kasten). Es wird in Frankreich und Belgien offiziell angewandt. Spanien hat die Einführung angekündigt, in weiteren Ländern wird diese diskutiert.

Auch Hersteller ziehen mit: Danone, Bofrost, Mestemacher, McCain und Iglo haben begonnen, ihre Produkte freiwillig mit dem Nutri-Score zu versehen. Der Widerstand seitens der andersdenkenden Hersteller-Lobby ist jedoch enorm. Auf Betreiben des Schutzverband gegen Unwesen in der Wirtschaft e.V. hat das Landgericht Hamburg Iglo gestoppt. Jetzt ist das Hanseatische Oberlandesge-



### »Kritik am Nichthandeln der Politik«

### Nutri-Score-Berechnung

Beim Nutri-Score werden die Mengen verschiedener Inhaltsstoffe je 100 Gramm bzw. 100 Milliliter des Produkts ermittelt. Berücksichtigt werden dabei negative Auswirkungen auf die Gesundheit durch einen hohen Energiegehalt und einen zu großen Anteil an Zucker, gesättigten Fettsäuren und Salz (0–10 Punkte) sowie positive Wirkungen durch den Ballaststoff- und Eiweißgehalt und den Anteil an Obst, Gemüse und Nüssen (0–5 Minuspunkte). Die Gesamtpunktzahl entspricht dann einer der Bewertungen auf der Skala von Grün/A bis Rot/E. Es gibt Sonderregelungen u.a. für Getränke, Käse, Butter und Pflanzenöle.

Der Nutri-Score kann angewandt werden bei allen Produkten mit einer Nährwerttabelle und Zutatenliste. Unverarbeitete Lebensmittel (z.B. Obst, Gemüse, Honig) eignen sich nicht dafür. In Frankreich ist die Verwendung von Nutri-Score freiwillig. Die Gesundheitsbehörde Santé publique France kontrolliert die richtige Verwendung; Produzenten können für falsche Kennzeichnungen bestraft werden.

## Diabetes wird in der Klinik unterschätzt

Univants Healthcare Excellence Award für Tübinger Forscher

**TÜBINGEN.** Etwa jeder vierte im Universitätsklinikum Tübingen stationär behandelte Patient hat Diabetes und noch mal so viele Prädiabetes. Das sind weit mehr Betroffene als bislang vermutet. Für ihre auch gesundheitspolitisch relevante Untersuchung wurden die Wissenschaftler nun geehrt.

Da verlässliche Daten über die Häufigkeit von Diabetes in einem Krankenhaus der Maximalversorgung fehlten, untersuchten die Tübinger Ärzte Professor Dr. Andreas Fritsche, Professor Dr. Andreas Peter, Professor Dr. Hans-Ulrich Häring sowie Kollegen die Diabeteshäufigkeit, den Anteil von unentdecktem Diabetes, die Folgen für Liegedauer und Komplikationen sowie die Effektivität eines Diabetes-screensings im Universitätsklinikum.

In einem Vier-Wochen-Zeitraum wurde bei allen erwachsenen stationären Patienten der HbA<sub>1c</sub>-Wert im Aufnahmelaor erhoben.

### Projektdaten sprechen für ein Screening im Krankenhaus

Über 22 % dieser Patienten hatte einen Diabetes und rund 24 % einen Prädiabetes. Die Häufigkeit eines unbekanntem Diabetes lag bei 3,7 %. Die „number needed to screen“ für unbekanntem Diabetes betrug 17 bei Patienten über 50 Jahre. Ein Diabetesscreening für Krankenhauspati-



Ehrung für Tübinger Wissenschaftler. In der Mitte: Professor Dr. Andreas Peter und Professor Dr. Andreas Fritsche.

Foto: Gernot Wechselberger, Proske GmbH

enten über 50 Jahre scheint also angebracht zu sein – ebenso wie eine intensive spezialisierte Behandlung für alle Diabetespatienten eines Klinikums der Maximalversorgung.

### Studie mit Potenzial

richt am Zug. Das Unternehmen ist aus Protest aus dem Spitzenverband der deutschen Lebensmittelwirtschaft BLL ausgetreten. BARBARA BITZER, Geschäftsführerin der DDG, begrüßt „die Entscheidung von Iglo, nicht länger einen Verband zu unterstützen, der die Zeichen der Zeit in Sachen gesunde Ernährung verschlafen hat“. Der BLL habe sich als Verhinderer vieler wissenschaftlich empfohlener Maßnahmen zur Eindämmung von Übergewicht profiliert.

„Es ist höchste Zeit, dass Ministerin Klöckner sich von der unbelehr-

baren deutschen Süßwaren- und Junkfood-Industrie emanzipiert und dem besten Kennzeichnungsmodell für Europas Verbraucher auch in Deutschland zum Durchbruch verhilft“, betont LUISE MOLLING von Foodwatch. Sieben europäische Verbraucherorganisationen, darunter auch der Verbraucherzentrale Bundesverband, fordern die Einführung des Nutri-Score-Modells.

Cornelia Kolbeck

[bit.ly/NutriScore-Studie](https://bit.ly/NutriScore-Studie)



https://bit.ly/NutriScore-Studie

ums Baden-Württemberg hin. Das Projekt habe das Potenzial, durch die darin geschilderten Maßnahmen die Versorgung von Menschen mit Diabetes zu verbessern.

Die Tübinger DZD-Wissenschaftler wurden für ihre Studie mit dem Univants of Healthcare Excellence Award belohnt. Dieser zeichnet kollaborativen Ansätze aus und würdigt weltweit Teams, die sich über strukturelle Grenzen hinweg dem Ziel einer besseren Gesundheitsversorgung verschreiben.

Das Pharmaunternehmen Abbott verleiht die Auszeichnung gemeinsam mit hochrangigen Partnern im Gesundheitswesen. 2018 wurden weltweit vier Teams ausgezeichnet. Das Projekt aus Tübingen war das beliebteste auf der Univants of Healthcare Excellence Website. dz



# DDG Zertifikat wirkt positiv

Patientenbefragung zum Klinikaufenthalt zeigt deutliche Unterschiede

**BERLIN.** Wer sich als Patient mit Typ-1-Diabetes zu einem elektiven Eingriff ins Krankenhaus begibt, sollte darauf achten, ob dieses auch ein DDG Zertifikat hat. Das legt eine aktuelle Patientenbefragung in 161 Diabetispraxen nahe.

Das wissenschaftliche Institut der niedergelassenen Diabetologen (winDiab) hat zusammen mit dem Bundesverband Niedergelassener Diabetologen (BVND) die Teams von Schwerpunktpraxen gebeten, ihre Patienten mit Typ-1-Diabetes einen Fragebogen ausfüllen zu lassen. Das taten von Juli bis September 2018 rund 6500 Patienten. Gefragt wurde nach den Erfahrungen mit der letzten stationären Behandlung seit dem Jahr 2017. Berichten konnten davon gut 2000 Patienten. Erschreckendes Ergebnis: Ein Viertel von ihnen kreuzte an, dass sie während der Klinikzeit keinen Kontakt zu einem Diabetologen, einer Diabetesberaterin oder anderweitig in Diabetesfragen kompetenten Person hatten. Ein „hochsignifikanter Unterschied“ zeigte sich beim Vergleich der Häuser mit und ohne DDG Zertifikat „Klinik für Diabetes geeignet“, berichtete beim winDiab-Symposium Dr. GREGOR HESS, Diabetologe aus Worms. 85 % der Patienten, die in zertifizierten Kliniken behandelt wurden, bestätigten, einen diabetologisch kompetenten Ansprechpartner gehabt zu haben. In Kliniken ohne Zertifikat (oder von denen die Patienten nicht wussten, ob eines vorlag) waren es nur 38 %.

## Patienten mit Insulinpumpe sind oft auf sich allein gestellt

Das Fazit von Dr. Hess lautet: „Patienten in diabeteszertifizierten Zentren sind deutlich zufriedener.“ So äußerten sich 61 % der Patienten, die in einer Klinik mit DDG Zertifikat waren, „im Allgemeinen“ zufrieden über ihren Aufenthalt. Im Fall der nicht-zertifizierten Krankenhäuser taten das nur 44 % der Behandelten. „Schlecht“ bewerteten 11 bzw. 16 % der Befragten ihre stationäre Erfahrung, der Rest äußerte sich neutral. Noch deutlicher zugunsten der zertifizierten Kliniken fällt der Vergleich der Subgruppen aus, die wegen ihres Diabetes stationär aufgenommen wurden. Von den 700 Patienten mit einer Insulinpumpe, die stationär behandelt wurden, meldeten 38 %, dass ihnen kein kompetenter Ansprechpartner zur Verfügung stand. Von einem diabetesversierten Gegenüber berichteten 48 % der Befragten bei Häusern mit DDG Zertifikat und 15 % von Kliniken ohne Zertifikat.

„Wir haben zum ersten Mal Zahlen – und die sind eine echte Hausnummer –, die belegen, dass die geschaffenen Strukturen positiv beim Patienten

ankommen“, fasste Dr. Hess die Ergebnisse zusammen. Doch was folgt nun daraus? „Wir müssen für die Zertifizierung werben, sodass die Kliniken mehr Lust darauf bekommen“, sagte der BVND-Vorsitzende Dr. NIKOLAUS SCHEPER, Marl. Zudem könnten niedergelassene Diabetologen konsiliarärztlich in einem Krankenhaus tätig werden. Er selbst praktiziert ein solches Modell.

„Das sind wichtige Daten – auch für die DDG“, meinte deren Präsidentin Professor Dr. MONIKA KELLERER.

Die Ergebnisse bestätigten die Bemühungen der DDG um das diabetologische Know-how in den Kliniken. Prof. Kellerer kritisierte den Abbau diabetologischer Abteilungen. „Häufig ist nichts mehr da, was man zertifizieren könnte.“

Dr. Hess formulierte die Sorge, Patienten mit Insulinpumpen ins Krankenhaus zu schicken. Diabetologen aus dem Auditorium stimmten ihm zu. Sie zogen die Schlussfolgerung

aus der Untersuchung, dass sie ihre Patienten noch besser schulen und auf Klinikaufenthalte vorbereiten wollen. Den Patienten könne eine telefonische Kontaktaufnahme für die Zeit des stationären Aufenthalts angeboten werden, um sie ggf. zu unterstützen. „Man kann nicht erwarten, dass sich jemand in der Klinik mit den Pumpen auskennt.“

REI

Diabetes Kongress 2019



Wie gut fühlen sich Patienten mit Typ-1-Diabetes stationär versorgt? Dieser Frage ging das winDiab nach.

Foto: magdal3na – stock.adobe.com

## Gluco-test<sup>®</sup> DUO TD-4285

Wenn es auf einfaches  
Blutzucker-Messen  
ankommt.



### Einfache Handhabung

großes Display und breite Teststreifen

### Sofort einsatzbereit,

keine Codierung erforderlich

### Präzise Messung,

DIN EN ISO 15197:2015 erfüllt

### Hohe Qualität zum fairen Preis,

Preisgruppe Anhang I

Teststreifen nach Ziffer II. 1

Sie haben Fragen zu Gerät, Handhabung oder Teststreifen?  
Besuchen Sie uns: [www.aristo-pharma.de](http://www.aristo-pharma.de) oder rufen Sie uns an: +49 (0) 30 - 710944200

Arzneimittel meiner Wahl



»Mehr Lust auf  
Zertifizierung«



# Der Nationalen Diabetesstrategie voraus

Brandenburg richtet eine Diabetes-Konferenz ein



Foto: zaieiunewborn59 – stock.adobe.com

**POTSDAM.** Nach Bayern, Schleswig-Holstein und Hamburg hat auch Brandenburg einen Diabetesbericht erarbeitet. Die Verfasser geben der Landesregierung konkrete Empfehlungen für eine verbesserte Versorgung an die Hand.

**B**randenburg hat die dritthöchste Prävalenz von Typ-2-Diabetes in Deutschland. Dies zeigt der Diabetesbericht, den die rot-rote Landesregierung im Mai vorgestellt hat. Bereits 2017 war sie von ihren Landtagsfraktionen beauftragt worden, eine Datenbasis zur Situation der Patienten zu schaffen. „Ich bin froh, dass wir nicht auf die Nationale Diabetesstrategie gewartet haben“, sagt BRITTA MÜLLER (SPD).

## Hohe Arbeitslosenquote geht mit hoher Prävalenz einher

Das Forschungsunternehmen Agnon wertete Routinedaten von AOK Nordost und Barmer aus. Wie andere ostdeutsche Länder auch, liegt Brandenburg deutlich über der bundesweiten Durchschnittsprävalenz von 9,2 %. Im Jahr 2016 waren 11,5 % der Einwohner von Typ-2-Diabetes betroffen. Das entspricht 286 000 Menschen. Besonders betroffen sind Landkreise, in denen die Arbeitslosenquote hoch ist. So leiden in der Prignitz 14 % der Einwohner unter Typ-2-Diabetes. Die Brandenburger Diabetes Gesellschaft begrüßt den Bericht. Sie hatte das Projekt mit vorangetrieben. Die damit geschaffene Datenbasis sei sehr wichtig. „Wir sehen, wie die Patienten versorgt sind, wie die Arztdichte ist, wie

viele Diabetologen es gibt. Es wäre schön, wenn es für mehr Bundesländer einen Bericht gebe. Dann könnte man diese Daten besser vergleichen“, sagt Dr. WOLFRAM STEINBORN, Vorstandsmitglied der DDG-Regionalgesellschaft. In der Landtagsdebatte zum Diabetesbericht zeigten sich die meisten

»Konferenz als Vorbild für die anderen Länder«

Fraktionen bereit zu gemeinsamen Maßnahmen für eine bessere Versorgung. URSULA NONNEMACHER, Fraktionsvorsitzende der Grünen, forderte, mehr für die Prävention von Typ-2-Diabetes zu tun.

## Entscheidungen des Bundes wurden scharf kritisiert

Bis zu 90 % der Krankheitsfälle seien vermeidbar. „Vor diesem Hintergrund kritisieren wir viele Entscheidungen auf Bundesebene“, so Nonnemacher. „Dazu gehören die beschlossenen Änderungen beim Check-up für über 35-Jährige, der künftig nur noch alle drei Jahre in Anspruch genommen werden darf und keine regulären Blut- und Urin-Untersuchungen mehr zur Aufdeckung eines Diabetes beinhalten soll. Geradezu fahrlässig ist aus unserer Sicht die gezielte Verschleppung einer Nährwertkennzeichnung, auch als Lebensmittelampel bekannt, durch Bundesministerin Klöckner.“

Die stellvertretende AfD-Landesvorsitzende BIRGIT BESSIN meinte, mithilfe des selektiven Zitates „Welche Art von Ernährung als gesund oder ungesund gilt, ist kulturell unterschiedlich und unterliegt außerdem gesellschaftlichem Wandel“ einen Zusammenhang von Zucker- und Fett-Konsum und Typ-2-Diabetes widerlegen zu können. Die Partei spricht sich gegen Werbeverbote und eine Zucker-Steuer aus.

Um die Situation der Diabetespatienten in Brandenburg verbessern zu können, geben die Autoren des Berichts der Regierung Empfehlungen. Viele davon will man umsetzen. So plant das Gesundheitsministerium, im Sommer 2019 eine Diabeteskonferenz einzurichten. In dieser sollen Akteure aus dem Bereich der Prävention und der Versorgung gemeinsam mit Patientenvertretern erarbeiten, welche Maßnahmen gegen Diabetes von wem realisiert werden können.

Die DDG-Regionalgesellschaft freut sich darüber: „Das ist, wo wir hinwollten. Schon vor zwei Jahren haben wir im Landtag besprochen, dass wir einen Runden Tisch wollen, um alle Beteiligten miteinzubeziehen und eine Diabetesstrategie für das Land Brandenburg zu entwickeln“, sagt Dr. Steinborn. „Möglicherweise kann das auch als Blaupause für andere Länder oder den Bund dienen.“ Der gesundheitspolitische Sprecher der CDU-Landtagsfraktion, RAIK NOWKA, forderte, dass die Landesregierung sich auch von einem Beirat beraten lassen sollte.

## KV und Krankenkassen sollen DMP Diabetes ausweiten

Zur Verbesserung der Versorgungsstruktur bittet die Landesregierung auch die KV und die Krankenkassen um Mithilfe: Sie sollen eine Ausweitung des DMP Diabetes mellitus Typ 2 prüfen. Ziel ist es, mehr Ärzte und Patienten für das Programm zu gewinnen. 2016 waren 63 % der Diagnostizierten in Brandenburg in das DMP eingeschrieben. Außerdem wünscht sich die Landesregierung Schulungsangebote für Patienten, die nicht am DMP teilnehmen. Um die Datenbasis über die Erkrankung in Brandenburg zu verbessern, will sich die Landesregierung dafür einsetzen, dass die vom Robert Koch-Institut entwickelte Diabetes-Surveillance vom Land spezifisch genutzt werden kann. In regionalen Analysen sollen auch Indikatoren sozialer Ungleichheit und der Grad der Pflegebedürftigkeit der Betroffenen erhoben werden. Isabel Aulehla

## Fakten aus dem Brandenburger Diabetesbericht

**Schwerpunktpraxen:** 78 Arztpraxen in Brandenburg sind als diabetologische Schwerpunktpraxen anerkannt. Ihre Verteilung häuft sich in der Umgebung von Berlin; im Rest des Landes sind sie weniger dicht gestreut. Es gibt zwei ambulante und acht klinische zertifizierte Diabeteszentren.

**DMP:** Das DMP Diabetes mellitus Typ 2 startete im Jahr 2003. Es nehmen mittlerweile 1454 Vertragsärzte daran teil. Der Brandenburger Bericht geht daher von einer flächendeckenden Versorgung mit dem Programm aus.

**Komplikationen:** 65 % der Erkrankten (Typ 2) weisen keine diabetesassoziierten Komplikationen auf. Der Anteil derjenigen, die unter mindestens zwei Komplikationen leiden, ist zwischen 2007 und 2016 von 3 % auf 13 % gestiegen. Fast jeder Fünfte ist von einer Neuropathie betroffen, an einer Nierenerkrankung leidet jeder Siebte.

**Rehabilitation:** Brandenburg verfügt über zehn Reha-Einrichtungen, die für Patienten mit Typ-2-Diabetes relevant sind. In einigen Regionen müssen lange Wege zurückgelegt werden, um dorthin zu gelangen.

## MELDUNGS SCHNIPSEL

**FREIBURG.** Ein Team des Universitätsklinikums Freiburg hat im Rahmen einer internationalen Kollaboration Studiendaten von rund 1 Mio. Patienten ausgewertet und dabei 166 neue Risiko-Gene für Nierenerkrankungen entdeckt.<sup>1</sup> Risikovarianten in elf dieser Gene sind nach Ansicht der Forscher besonders relevant. dz

1. Wuttke M et al. Nature Genetics 2019; 51: 957-972  
PM des Uniklinikums Freiburg

## Junge Diabetesforscherinnen und -forscher aufgepasst!

Jetzt bewerben für die DZD Diabetes Research School

**NEUHERBERG.** Das Deutsche Zentrum für Diabetesforschung (DZD) lädt zur 7. DZD Diabetes Research School vom 14. bis 16. September 2019 in Barcelona ein. Weltweit renommierte Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler geben Einblick in die aktuellsten Forschungsansätze der translationalen Diabetesforschung.

Unter anderem werden FATIMA BOSCH, Autonomous University of Barcelona, KENNETH CUSI, University of Florida Health, MARIA F. GOMEZ, Lund University, MARC O. HUISING, University of California, MATTHIAS TSCHÖP, Helmholtz Zentrum München und TINA VILSBØLL, Steno Diabetes Center Copenhagen, ihre Arbeit präsentieren. Zudem wird



**DZD**  
Deutsches Zentrum  
für Diabetesforschung

GILES YEO, University of Cambridge, einen Vortrag zum Thema Wissenschaftskommunikation halten.

### Bewerbung bis zum 1. Juli 2019!

Teilnehmen können 80 Nachwuchswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler der Diabetesforschung aus Naturwissenschaft und Medizin, im Alter von maximal 35 Jahren. Sie alle erhalten die Gelegenheit, ihre eigenen Forschungsergebnisse als Poster zu präsentieren. DZD



Fotos: DZD e.V.

Weitere Informationen und Anmeldung – bis zum 1. Juli 2019 – unter:

[www.dzd-ev.de/diabetes-research-school](http://www.dzd-ev.de/diabetes-research-school)



# »Etwas Gutes für die Welt schaffen«

Dr. Ijad Madisch berichtet aus der Welt eines Internet-Unternehmers

**BERLIN.** Spätestens seit dem Foto von 2018, auf dem Dr. Ijad Madisch in kurzer Hose und mit Superman-Cap in Reihen des Digitalrats inmitten der Ministerriege samt Kanzlerin steht, dürfte der Gründer des Wissenschaftsnetzwerks Researchgate einem breiteren Publikum aufgefallen sein. Zur Eröffnung des Diabetes Kongresses erzählte er, wie es dazu kam.

Die Digitalisierung nimmt eine wachsende Bedeutung in der Diabetologie ein. Da passte es, den hippen Start-up-Gründer Dr. Madisch, der seine medizinische Laufbahn abbrach, um „die Wissenschaftswelt zu verändern“, berichten zu lassen, wie er mit seinen Freunden, Finanziers und mittlerweile 200 Mitarbeitern aus einer „verrückten Idee“ eine „bahnbrechende Technologie“ machen will. Sein Versprechen, keinen langweiligen Vortrag zu halten, hielt der gebürtige Wolfsburger mit syrischen Wurzeln ein. Für seine kurzweilige, selbstbewusste Präsentation – inklusive Fotos mit Bill Gates und Dr. Angela Merkel – bekam er viel Applaus. Researchgate ist bei Wissenschaftlern längst gut bekannt. Es handelt sich um ein soziales Netzwerk für Forscher aller Couleur, das freien Zugang zu Fachartikeln, Forschungsdaten, Präsentationen etc. ermöglicht. In der Datenbank werden auch Ergebnisse erfolgloser Studien gespeichert, damit andere Wissenschaftler diese Fehler nicht wiederholen.

## Idee des Forschernetzwerks überzeugt auch Bill Gates

2008 gründete Dr. Madisch (Jahrgang 1980) Researchgate mit Sitz in Berlin und Boston. Dafür sammelte er zunächst Geld im Freundeskreis ein. In den USA ergaben sich dann Kontakte zu Internet-Investoren, insbesondere zu Matt Cohler, einst LinkedIn-Manager und einer der ersten Mitarbeiter von Mark Zuckerberg (facebook). Bei Paypal-Gründer Peter Thiel und Microsoft-Multimilliardär Bill Gates stieß er ebenfalls auf Interesse. Medienberichte lockten zudem Politiker an. So besuchte die Kanzlerin Researchgate – und berief dessen CEO 2018 in ihren Digitalrat, wo er sogleich einen Farbtupfer setzte. Und auch von einem Treffen mit Klaus Wowereit, bis 2014 Berlins Regierender Bürgermeister, hatte der Dr. Madisch eine Anekdote parat: Auf Cohlers Wunsch nach einer direkten Flugverbindung San Francisco-Berlin erwiderte der SPD-Politiker, man arbeite daran. Gelächter im Saal.

In der Digitalwelt drehen sich die Uhren schneller als bei deutschen Großbauprojekten. Und so erhofft sich der „Next Generation Leader“

(Time Magazine) Dr. Madisch viel davon, wenn die exponentiell wachsenden Datenbestände künftig mit Künstlicher Intelligenz erschlossen werden können. Er ist sich sicher, dass damit Zusammenhänge, z.B. zu Diabetes, entdeckt werden, die Men-

schen nicht finden. „Ich will etwas Gutes für die Welt schaffen“, sagt er und fügt unbescheiden hinzu: „Ich will den Nobelpreis gewinnen.“

Als Zwischenstand verkündet er: Als „die hundertneunzehntgrößte Website der Welt“ hat Researchgate jetzt über 15 Mio. Mitglieder und mehr als 110 Mio. Publikationen. In der Wissenschaftswelt sei man die Nr.-1-Website, weit vor Google Scholar. Pro Monat führen 150 Mio. Besucher zu knapp einer Mrd. Pageviews. REI

»Nr.-1-Website der Wissenschaftswelt«

Gut drauf: »Next Generation Leader« Dr. Ijad Madisch bei der Eröffnung des Diabetes Kongresses 2019.

Foto: ©DDG/Dirk Deckbar



Für Ihre **Typ-2-Diabetes**-Patienten. Nach Metformin und Sitagliptin.

**Steglujan®**  
Ertugliflozin/Sitagliptin, MSD

# VOLLE KRAFT VORAUSS

## MIT STEGLUJAN® –

Der **einzigsten oralen Fixkombination** aus Sitagliptin und einem SGLT-2-Hemmer für eine effektive\*<sup>1</sup> und anhaltende\*<sup>1</sup> HbA<sub>1c</sub>-Senkung.

**STEGLUJAN® – EINFACH. WEITER. ORAL.**

\* zusätzliche, stabile HbA<sub>1c</sub>-Senkung um 0,8% über 52 Wochen  
<sup>1</sup> Dagogo-Jack S et al. Diabetes Obes Metab 2018 Mar; 20(30): 530 – 540.



**Steglujan® 5 mg/100 mg Filmtabletten**

**Steglujan® 15 mg/100 mg Filmtabletten**

**Wirkstoff:** Ertugliflozin/Sitagliptin. **Zus.: Arzneil. wirks. Bestandt.:** Jede Tbl. enth. 5 mg bzw. 15 mg Ertugliflozin (als Ertugliflozin-Pidolsäure) und 100 mg Sitagliptin (als Sitagliptinphosphat-Monohydrat). **Sonst. Bestandt.:** Tbl.-kern: Mikrokrist. Cellulose (E 460), Calciumhydrogenphosphat (wasserfrei), Croscarmellose-Natrium, Natriumstearatylfumarat (E 487), Magnesiumstearat (E 470b). **Filmüberzug:** Hypromellose (E 464), Hyprollose (E 463), Titandioxid (E 171), Eisen(III)-oxid (E 172), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O (E 172), Eisen(II,III)-oxid (E 172), Carnaubawachs (E 903). **Anw.:** B. folgenden Erw. ab 18 J. m. Typ-2 Diabetes mellitus zusätzl. zu Diät u. Beweg. zur Verb. d. Blutzuckerkontroll. Pat., deren Blutzucker unter Metformin u./od. e. Sulfonylharnstoff u. e. der in Steglujan® enth. Einzelwirkstoffe nicht ausreichend gesenkt werden kann; Pat., die bereits m. d. Komb. aus Ertugliflozin u. Sitagliptin in Form von einzelnen Tabl. behandelt werden. **Gegenanz.:** Überempf.-keit gg. d. Wirkstoffe od. e. d. sonst. Bestandt. **Vorsicht bei:** Älteren Pat. (> 65 Jahre); Pat. m. Hypovolämie; Pat. m. Pankreatitis in d. Vorgeschichte; Pat. m. eingeschr. Nierenfkt.; Pat., d. Diuretika einnehmen; Pat. unter Antihypertonika, m. Hypotonie in d. Vorgeschichte; Pat. m. Erkr., d. zu Flüssigkeitsverlust führen können; Pat. m. erhöhtem Risiko für e. Ketoazidose; Pat. m. erhöh. Risiko für Amputationen (Pat. überwachen und bei Auftreten von Ereign., die Amputationen vorausgehen, Behandl. ggf. abbrechen.); Komb. m. Insulin od. Insulinsekretagogga (wie Sulfonylharnstoff); Pat. m. Pilzinfekt. in d. Vorgeschichte; Männern ohne Beschneidung; Pat. m. Herzinsuff. NYHA Klasse I–IV. **Nicht empf.:** Pat. m. geschätzter GFR < 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> od. CrCl < 60 ml/min. Pat. m. schwerer Einschr. d. Leberfkt.; Pat., die unter e. SGLT2-Inhib. diabet. Ketoazidose hatten. **Nicht anw.:** Typ-1-Diabetiker; Pat. m. schwerer Einschr. d. Nierenfkt.; Pat. m. terminaler Niereninsuffizienz; dialysepflichtigen Pat.; Schwangerschaft; Stillzeit. **Nebenw.:** Sehr häufig: Vulvovag. Pilzinfekt. u. and. genit. Pilzinfekt. b. Frauen. Häufig: Candida-Balanitis u. and. genit. Pilzinfekt. b. Männern. Hypoglykämie, Kopfschm. Hypovolämie. Erhöht. Harndrang. Vulvovaginaler Pruritus. Durst. Serumlipide veränd.; Hämoglobin erhöht; BUN erhöht. **Gelegentl.:** Schwindel. Obstipation. Pruritus. Dysurie; Kreatinin im Blut erhöht; glomeruläre Filtrationsrate vermind. **Selten:** Thrombozytopenie, Diabet. Ketoazidose. **Häufig:** nicht bekannt: Überempf.-keitsreakt. einschli. anaphylaktischer Reakt. Interstielle Lungenkrankh.

**STEGLUJAN®**

Erbr.; akute Pankreatitis; letale u. nicht letale hämorrhagische u. nekrotisierende Pankreatitis. Angioödem; Hautausschlag; Urtikaria; kutane Vaskulitis; exfoliative Hauterkr. einschli. SJS; bullöses Pemphigoid. Arthralgie; Myalgie; Rückenschm.; Arthropathie. Nierenfunktionsstör.; akutes Nierenversagen. **Zusätzl. unter Sitagliptin (ungeachtet e. Kausalsammenh.):** Infekt. d. ob. Atemwege; Nasopharyngitis. Osteoarthritis; Schm. in d. Gliedmaßen. **Hinw.:** Nierenfkt. vor Beginn u. während der Behandl. in regelm. Abständen überprüfen. Zur Blutzuckerkontrolle keine Urinests auf Glucose verw. Überwachung d. Blutzuckerkontrolle mit 1,5 AG Assays nicht empfohlen. Stand: 04/2019

**Bitte lesen Sie vor Verordnung von Steglujan® die Fachinformation!**

Pharmazeutischer Unternehmer:  
Merck Sharp & Dohme B.V.  
Waarderweg 39  
2031 BN Haarlem  
Niederlande

Lokaler Ansprechpartner:  
MSD SHARP & DOHME GMBH, Lindenplatz 1, 85540 Haar

**MSD**  
Infocenter

Tel. 0800 673 58 38  
Fax 0800 673 673 329  
E-Mail infocenter@msd.de

»Dinge entdecken,  
die Menschen  
nicht finden«





Nach dem hochwertigen wissenschaftlichen Programm folgte abends das musikalische mit der DDG Night im Stil der 1920er-Jahre. Prof. Dr. Matthias Tschöp, Prof. Dr. Matthias Blüher.



Prof. Dr. Ralf Lobmann und Prof. Dr. Andreas Neu bei herrlichem Wetter auf dem Weg zum Kongress.



Ausgezeichnete Stimmung bei der Eröffnungsveranstaltung auch Dank des inspirierenden Keynotespeakers Dr. Ijad Madisch, Gründer von Researchgate.

Der Berliner CityCube leuchtete ganz im neuen Look der DDG.



# Diabetes nur eine T

Die 54. Frühjahrst

**BERLIN.** Fast 6000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben die Himmelfahrt genutzt, um sich in Sachen Diabetes zu engagieren. Der Diabetes Kongress der Deutschen Diabetes Gesellschaft bietet viele Möglichkeiten dafür. U.a. in wissenschaftlichen Symposien und auf Mitgliederversammlungen wurde diskutiert. Kongresspräsident Professor Dr. Dirk Müller-Wieland und Privatdozentin Dr. PhD Julia Szendrödi und ein interessantes Tagungsprogramm auf die Berliner Bühne. Der erfolgreiche Nachwuchs- und Mentoring-Tagungsblock in diesem Jahr so groß wie noch nie. Mehr als 100 Nachwuchswissenschaftler haben Reisestipendien beworben. Bei der Tagung gibt es auch gesundheitspolitischen Input, der nicht zu kurz. Dafür sorgen die reichhaltigen Rahmenveranstaltungen.



In 35 interaktiven Workshops nutzten Teilnehmende die Gelegenheit für praxisnahe Weiterbildung.



Past Präsident Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland, DDG Geschäftsführerin Barbara Bitzer, Prof. Dr. Jochen Seufert, Prof. Dr. Michael Nauck, Pressesprecher Prof. Dr. Baptist Gallwitz mit seiner Frau und DDG Präsidentin Prof. Dr. Monika Kellerer.



Preisträger der diesjährigen Menarini-Projektförderung Prof. Dr. Christian Herder mit Privatdozentin Dr. Julia Szendrödi und Vorstand von diabetesDE, Dr. Jens Kröger.



„Du und das Pankreas“ – Bei der DDG-Standaktion konnte man Freikarten für die Herbsttagung gewinnen.



Drei Generationen Kortemeier. Dr. Jonas Kortemeier, Leiter der AG Nachwuchs, war im Alter seiner Tochter selbst das erste Mal auf dem Diabetes Kongress.



Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland übergab die „Insignien der Macht“ an die neue DDG Präsidentin Prof. Dr. Monika Kellerer.

DIABETES KONGRESS 2019 DDG

# s – Nicht Typ-Frage

## tagung der DDG

... haben das lange Wochenende über Christi...  
... etologie auf den neuesten Stand zu bringen.  
... etes Gesellschaft bietet alljährlich vielseitige  
... nposien, Workshops, Postersessions, Praxisdialogen  
... e präsentiert, hinterfragt, nachgehakt und  
... Michael Roden und die Kongresssekretäre  
... d Professor Dr. Christian Herder haben ein  
... eine gestellt. Natürlich fehlte auch nicht das  
... gprogramm. Die Nachfrage dafür war in  
... als 280 Nachwuchswissenschaftlerinnen  
... hatten sich für eines der begehrten  
... ei allem wissenschaftlichen und  
... t kam natürlich auch der Spaß  
... rgte das abwechslungs-  
... enprogramm.

Insgesamt wurden 233 Poster präsentiert.



In den Pressekonferenzen kamen Vertreter aus Präsidium, Gremien, Forschung und auch Betroffene zu Wort.



Die Siegerinnen des Diabeteslaufs mit Past Präsident Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland, Geschäftsführerin Barbara Bitzer und Europameister Daniel Schnelting.



Das Team der Geschäftsstelle nahm in diesem Jahr mit 11 Startenden und drei Hunden am Diabeteslauf teil.

Fotos: © DDG/Dirk Deckbar



Der neue DDG Vorstand mit Geschäftsführerin Bitzer: Dr. Kaltheuner, Prof. Lehnert, Prof. Müller-Wieland, Dr. Reuter, Prof. Lobmann, Prof. Kellerer, Prof. Aberle, Prof. Neu, Prof. Spranger.



Die 120 Reisestipendiaten hatten kostenfreien Eintritt und durften an besonderen Programmpunkten teilnehmen.



# Ehre, wem Ehre gebührt – die diesjährigen Preisträger der DDG

16 Kolleginnen und Kollegen freuten sich über eine Auszeichnung auf dem Diabetes Kongress



## Hellmut-Otto-Medaille 2019

**Prof. Dr. Bernhard Kulzer & Prof. Dr. Norbert Hermanns**  
beide Diabetes Zentrum Bad Mergentheim  
und Universität Bamberg, DZD

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft verleiht die diesjährige Hellmut-Otto-Medaille an zwei Preisträger: Die Psychologen Bernhard Kulzer und Norbert Hermanns erhalten sie in Würdigung ihrer außerordentlichen Verdienste in der klinischen Diabetologie, insbesondere in der Erforschung psychischer Begleiterkrankungen bei Diabetes mellitus und auf dem Gebiet der Hypoglykämieforschung. Bernhard Kulzer ist u.a. Leiter der psychologischen Abteilung des Diabetes Zentrums Bad Mergentheim und des Forschungsinstituts der Diabetes-Akademie Mergentheim. Norbert Hermanns ist u.a. Leiter des Forschungsinstituts der Diabetes-Akademie Bad Mergentheim.



Fotos: © DDG/Dirk Deckbar, forolla/pico

## Paul-Langerhans-Medaille 2019

**Prof. Dr. Dr. h.c. Matthias H. Tschöp**  
Technische Universität München und  
Helmholtz Zentrum München, DZD

In diesem Jahr verleiht die Deutsche Diabetes Gesellschaft ihre höchste Auszeichnung an Matthias Tschöp. Seine Schwerpunkte liegen sowohl auf der Erforschung der molekularen Signalwege, die bei Diabetes und Insulinresistenz eine Rolle spielen, als auch auf neuen präventiven und therapeutischen Ansätzen in Richtung einer personalisierten Diabetestherapie. Gemeinsam mit dem Chemiker Richard DiMarchi entdeckte und entwickelte er eine Reihe neuer Wirkstoff-Kandidaten zur Behandlung von Typ-2-Diabetes und Adipositas, die die Wirkung mehrerer Hormone gleichzeitig imitieren. In klinischen Studien haben sich diese Poly-Agonisten inzwischen als äußerst vielversprechend zur Behandlung von Adipositas und Typ-2-Diabetes erwiesen.



## Gerhardt-Katsch-Medaille 2019

**Dr. Matthias Kaltheuner**  
Niedergelassener Diabetologe, Leverkusen

**Diana Droßel**  
Diabetesberaterin, Eschweiler

Diana Droßel wird für besondere Verdienste im Einsatz für die Anliegen von Patienten und der Selbsthilfe ausgezeichnet. Sie ist seit 2014 Mitglied des Vorstands von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe. Dort ist sie zuständig für die Bereiche Selbsthilfe (DDH-M), Barrierefreiheit, Medizinprodukte und Apps. Matthias Kaltheuner erhält die Medaille für besondere Verdienste in der Versorgung von Menschen mit Diabetes. Er ist Vorstandsmitglied der DDG und war von 2016 bis 2018 Mitglied der Leitlinienexpertengruppe Gestationsdiabetes. Zudem ist er Mitglied der Arbeitsgruppe „GestDiab“.

## Werner-Creutzfeldt-Preis 2019

**Prof. Dr. Andreas F.H. Pfeiffer**  
Charité Universitätsmedizin Berlin  
und Dife, Potsdam-Rehbrücke, DZD

Andreas Pfeiffer erhält den von Lilly Deutschland gestifteten Preis (10 000 €) für seine wegweisenden Untersuchungen zur „Rolle des Glucose-dependent insulinotropic polypeptide (GIP) bei der Regulation des Fettstoffwechsels, der Insulinsensitivität und der postprandialen Inflammation“.

## Hellmut-Mehnert-Projektförderung 2019

**Dr. Heike Vogel**  
Experimentelle Diabetologie, Deutsches Institut für Ernährungsfor-  
schung, Potsdam-Rehbrücke, DZD

Heike Vogel erhält die von der DDG bereitgestellte Förderung für ihr Projekt „Development of a therapeutic approach to improve metabolic health by inducing browning of white adipose tissue“. In dieser Kategorie wird der von der DDG bestbewertete Projektförderantrag ausgezeichnet.

## Förderpreis der Deutschen Diabetes Gesellschaft 2019

**Dr. Thomas Plötz**  
Institut für Experimentelle  
Diabetologie, Medizinische  
Hochschule Hannover

Thomas Plötz erhält den von der Firma Sanofi-Aventis Deutschland gestifteten Preis (10 000 €) für seine hervorragende Dissertation zum Thema „Studien zum Mechanismus der Lipotoxizität in pankreatischen Beta-Zellen“.

## Ferdinand-Bertram-Preis 2019

**Prof. Dr. Martin Heni**  
Abteilung für Endokrinologie und  
Diabetologie, Universitäts-  
klinikum Tübingen, DZD

Martin Heni erhält den von Roche Diabetes Care Deutschland gestifteten Preis (20 000 €) für seine Arbeiten zur neuroendokrinen Regulation des menschlichen Stoffwechsels mit einem Schwerpunkt auf der Pathogenese und Prävention von Prädiabetes und Typ-2-Diabetes.



## Silvia-King-Preis 2019

**Privatdozent  
Dr. Thomas Ebert**  
CLINTEC  
Karolinska Institut, Stockholm

Thomas Ebert erhält den von der Familie King gestifteten Förderpreis für seine wissenschaftlichen Beiträge zum Thema „Relationship between 12 adipocytokines and distinct components of the metabolic syndrome“. Derzeit ist er Postdoc und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Karolinska Institut in Stockholm.

## Hans-Christian-Hagedorn-Projektförderung 2019

**Prof. Dr. Antje Körner**  
Pädiatrisches Forschungszentrum,  
Universitätskinderklinik Leipzig

Antje Körner erhält den von Novo Nordisk gestifteten Preis (25 000 €) für ihr Forschungsprojekt „Environmental hits on kids“. Sie verfolgt einen translationalen Ansatz, in dem sie unter anderem Einflussfaktoren für die Entstehung der Adipositas im Kindesalter untersucht.

## Menarini-Projektförderung 2019

**Prof. Dr. Christian Herder**  
Arbeitsgruppe Inflammation,  
Deutsches Diabetes-Zentrum,  
Düsseldorf, DZD

Die DDG zeichnet Christian Herder mit dem von Berlin-Chemie gestifteten Preis (15 000 €) für sein Projekt zum Thema „Prevalence, determinants and risk factors of sarcopenia in patients with recently diagnosed type 1 diabetes and type 2 diabetes: German Diabetes Study“ aus.

## DDG Ehrennadel in Gold:

**Prof. Dr. Dr. hc.  
Hans-Ulrich Häring**

## DDG Ehrenmitgliedschaft:

**Prof. Dr. Markolf Hanefeld  
Prof. Dr. Werner Waldhäusl**

Link zu den DDG  
Forschungspreisen



**Dr. Isabelle Serr**  
Institut für Diabetesforschung,  
Helmholtz Zentrum München,  
DZD

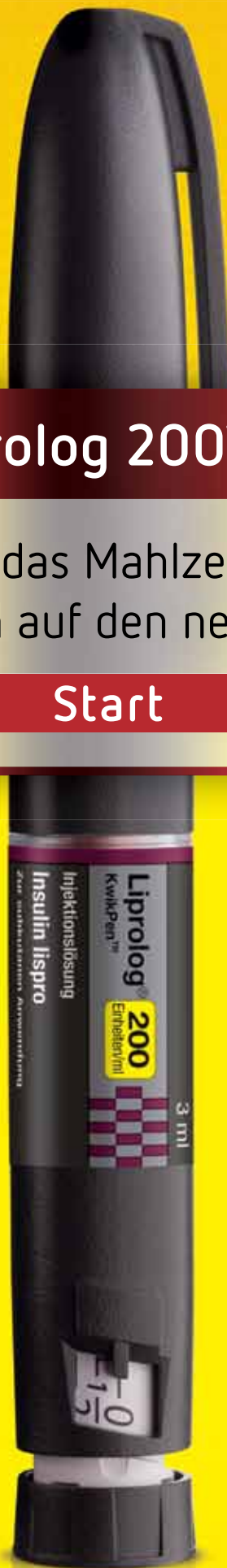
Isabelle Serr erhält den von der Familie King gestifteten Förderpreis für ihre Arbeiten zu „A miRNA181a/NFAT5 axis links impaired T cell tolerance induction with autoimmune type 1 diabetes“. Ihr Forschungsschwerpunkt ist die Immuntoleranz bei Typ-1-Diabetes.



## Auf Liprolog 200<sup>1</sup> setzen

Bringen Sie das Mahlzeiten-Insulin Ihrer Patienten auf den neuesten Stand!

Start



# Liprolog<sup>®</sup> 200 KwikPen

Halbes Volumen<sup>2</sup> | Weniger Spritzlast<sup>2</sup> | Mehr Patientenzufriedenheit<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Für Ihre Patienten mit einem Bedarf von >20 Einheiten kurzwirksamen Insulin pro Tag

<sup>2</sup> Im Vergleich zu allen anderen kurzwirksamen Insulinen mit einer Konzentration von 100 E/ml

**Liprolog<sup>®</sup> 100 Einheiten/ml, Injektionslösung in Patronen; -100 Einheiten/ml, Injektionslösung in Durchstechflasche; -100 Einheiten/ml KwikPen, Injektionslösung in einem Fertigpen; -100 Einheiten/ml Junior KwikPen, Injektionslösung in einem Fertigpen; Liprolog<sup>®</sup> Mix25/-Mix50 100 Einheiten/ml, Injektionssuspension in Patronen; -Mix25/-Mix50 100 Einheiten/ml KwikPen, Injektionssuspension in einem Fertigpen; Liprolog<sup>®</sup> 200 Einheiten/ml KwikPen, Injektionslösung in einem Fertigpen.** Wirkstoff: Insulin lispro (über rekombinante DNA hergestellt aus *E. coli*).  
**Zusammensetzung:** Liprolog<sup>®</sup> 100 Einheiten E/ml, Liprolog<sup>®</sup> Mix25/-Mix50: 1 ml enthält 100 E (entspr. 3,5 mg) Insulin lispro. Liprolog<sup>®</sup> 200 E/ml: 1 ml enthält 200 E (entspr. 6,9 mg) Insulin lispro. **Sonstige Bestandteile:** Glycerol, Zinkoxid, m-Cresol, Wasser f. Injektionszwecke, Natriumhydroxid, Salzsäure; Liprolog<sup>®</sup> 100 E/ml zusätzl.: Dinatriumhydrogenphosphat 7 H<sub>2</sub>O; Liprolog<sup>®</sup> Mix25/-Mix50 zusätzl.: Dinatriumhydrogenphosphat 7 H<sub>2</sub>O, Protaminsulfat, Phenol; Liprolog<sup>®</sup> 200 E/ml zusätzl.: Trometamol. **Anwendungsgebiete:** Liprolog<sup>®</sup> 100 E/ml: Insulinbedürftiger Diabetes mellitus; auch zur Ersteinstellung. Liprolog<sup>®</sup> Mix25/-Mix50: Insulinbedürftiger Diabetes mellitus. Liprolog<sup>®</sup> 200 E/ml: Insulinbedürftiger Diabetes mellitus bei Erwachsenen; auch zur Ersteinstellung.

<sup>3</sup> Wang T et al., J Diabetes Sci Technol. 2016 28;10(4):923–31

**Gegenanzeigen:** Hypoglykämie. Überempfindlichkeit gg. den Wirkstoff od. einen der sonst. Bestandteile. *Liprolog<sup>®</sup> Mix25/-Mix50 zusätzl.:* i.v.-Applikation. **Nebenwirkungen:** Hypoglykämie. Schwere Hypoglykämien können zu Bewusstlosigkeit und im Extremfall zum Tod führen. Häufig lokale allergische Reaktionen (Hautrötungen, Schwellungen oder Juckreiz an der Injektionsstelle). Gelegentlich Lipodystrophie an der Injektionsstelle. Selten systemische Allergie (general. Insulinallergie) mit Hautausschlag am ganzen Körper, Kurzatmigkeit, keuchendem Atem, Blutdruckabfall, schnellem Puls oder Schwitzen; in schweren Fällen lebensbedrohlich. Ferner Ödeme (insbes., wenn eine schlechte metabol. Kontrolle durch intensivierte Therapie verbessert wurde). **Warnhinweis: Liprolog<sup>®</sup> 100 E/ml Junior KwikPen: Mit dem Pen können 0,5 – 30 Einheiten in Schritten zu je 0,5 Einheiten abgegeben werden. Liprolog<sup>®</sup> 200 E/ml: Nur in diesem Pen anwenden, sonst kann schwere Überdosierung auftreten. Verschreibungspflichtig.** Weitere Einzelheiten enthalten die Fach- und Gebrauchsinformationen, deren aufmerksame Durchsicht empfohlen wird. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Eli Lilly Nederland B. V. Lokaler Vertreter in Deutschland: BERLIN-CHEMIE AG, 12489 Berlin. (Stand: 10.17)



**BERLIN-CHEMIE  
MENARINI**



# Auf dem Weg zur Diabetesheilung?

## Das Potenzial der metabolischen Chirurgie ohne BMI-Grenzen

**BERLIN.** Weltweit haben bereits mehr als 50 Fachgesellschaften den Konsensus zur metabolischen Chirurgie bei Typ-2-Diabetes von 2016<sup>1</sup> umgesetzt. Geht es nach Professor Dr. Francesco Rubino, Direktor der bariatrischen und Stoffwechselchirurgie am King's College in London, sind die darin festgelegten BMI-Grenzwerte aber nicht gerechtfertigt.

Die metabolische Chirurgie ist eine Standard-Diabetes-therapie geworden, betonte Prof. Rubino. Auch die deutsche S3-Leitlinie hat die Empfehlungen der Konsensusgruppe<sup>2</sup> weitgehend übernommen. Eine Indikation zur metabolischen Chirurgie besteht danach

- bei Patienten mit einem BMI  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup> ohne Begleiterkrankungen und ohne Kontraindikationen sowie
- bei Patienten mit einem BMI  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup> mit einer oder mehreren Adipositas-assoziierten

Begleiterkrankungen wie Diabetes mellitus, wenn die konservative Therapie erschöpft ist.

- Bei einem BMI  $\geq 50$  kg/m<sup>2</sup> kann eine Primärindikation zu einem adipositas-chirurgischen Eingriff gestellt werden, ohne dass vorher ein konservativer Therapieversuch erfolgt ist.

Für diese BMI-Grenzen gibt es allerdings keine Evidenz, betonte Prof. Rubino. Nach einer Metaanalyse profitieren Diabetespatienten mit einem präoperativen BMI von 30–35 kg/m<sup>2</sup> ähnlich wie adipöse

Diabetespatienten hinsichtlich einer Diabetesremission (HbA<sub>1c</sub> < 6,0 % ohne Diabetesmedikation) und einer verbesserten glykämischen Kontrolle sowie mit weniger kardiovaskulären Ereignissen, mikrovaskulären Diabetes-Komplikationen, Krebs und einer reduzierten Sterblichkeit. Die günstigen Effekte der metabolischen Eingriffe seien verfahrensabhängig, aber nicht BMI-abhängig, betonte Prof. Rubino.

### Eine anhaltende Remission über fünf Jahre

Dabei bietet die metabolische Chirurgie das Potenzial einer Heilung des Diabetes, wenn man diese wie in der Onkologie definiert: Eine anhaltende Remission der Erkrankung über fünf Jahre und mehr erreichte mit Magenbypass in einer Studie jeder fünfte aller Patienten und jeder zweite von den jüngeren, noch nicht

so intensiv antidiabetisch behandelten Patienten. Das könnte die Therapielandschaft komplett verändern – weg von dem Konzept „Leben mit Diabetes“ hin zu einer potenziell kurativen Therapie.

### Effekte jenseits einer reinen Gewichtsreduktion

Prof. Rubino wies darauf hin, dass es Effekte gibt, die bei der bariatrischen Chirurgie jenseits der reinen Gewichtsreduktion wirksam sind und die gastrointestinalen Mechanismen der metabolischen Regulation betreffen. Dazu gehören Veränderungen des Darmmikrobioms und der gastrointestinalen Nährstoffwahrnehmung, jeweils mit Effekten auf die Insulinsensitivität und einer Beeinflussung der gastrointestinalen Hormonausschüttung – mit Auswirkungen auf Insulinsekretion und -sensitivität gleichermaßen. Aber auch die Bildung und Ausschüttung von Gallensäuren, die wieder zurückwirken auf Insulinsensitivität, Energieverbrauch, Hormonsekretion oder Mikrobiom sind zu nennen. Prof. Rubino regte an, der Frage nachzugehen, ob die metabolische Chirurgie nicht durch den Gewichtsverlust an sich, sondern durch diese physiologischen Effekte im Gastrointestinaltrakt zu einer Diabetesremission führt.

### Indikation zur Adipositas-/metabolischen Chirurgie

Die Indikation für einen adipositaschirurgischen Eingriff ist nach der deutschen S3-Leitlinie<sup>2</sup> unter folgenden Bedingungen gegeben:

1. BMI  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>, keine Begleiterkrankungen, konservative Therapie ausgeschöpft.
2. BMI  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup>, eine oder mehrere Adipositas-assoziierte Begleiterkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 2, koronare Herzerkrankung, Hyperlipidämie, arterieller Hypertonus, Nephropathie u.a., konservative Therapie ausgeschöpft.
3. Primärindikationen ohne vorherigen konservativen Therapieversuch:
  - BMI  $\geq 50$  kg/m<sup>2</sup>,
  - konservativer Therapieversuch als aussichtslos eingeschätzt,
  - bei besonderer Schwere von Begleit- und Folgeerkrankungen, die keinen Aufschub erlauben.

Der Vorsitzende Professor Dr. MICHAEL RODEN vom Deutschen Diabetes-Zentrum (DDZ) Düsseldorf wies darauf hin, dass die positiven Aspekte, die eine bariatrische Operation verspricht, aufgrund der hohen Komplikationsrate nur realistisch sein können, wenn der Eingriff in einem spezialisierten Zentrum durchgeführt wird und der Patient eine entsprechende Nachsorge erhält.

Friederike Klein

1. Rubino F et al. Diabetes Care 2016; 39: 861–877; 2. S3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen, Version 2.3. AWMF-Register Nr. 088-001, Stand Februar 2018; 3. Cummings DE, Rubino F. Diabetologia. 2018; 61: 257–264. Diabetes Kongress 2019



Trotz hoher Komplikationsraten setzen Experten große Hoffnungen in die bariatrische Chirurgie.

Foto: Science Photo Library/Marazzi, Dr. P.

»Eingriff in einem spezialisierten Zentrum«

## Update Bluthochdruck

Eine konsequente Blutdrucksenkung ist auch bei älteren Diabetespatienten indiziert

**BERLIN.** Die Ziele der Hypertoniebehandlung sind bei Patienten mit Diabetes ähnlich wie bei Patienten ohne – und das bis ins hohe Alter. Wichtig ist aber: Es gibt eine Grenze, unter die der Blutdruck nicht fallen sollte.

Die Definition des Bluthochdrucks hat sich in Europa im Gegensatz zur USA nicht geändert, erinnerte Professor Dr. ROLAND E. SCHMIEDER von der Medizinischen Klinik 4 der Universitätsklinik Erlangen. Intervenieren sollte man aber schon bei hochnormalem Blutdruck (130–139 mmHg systolisch und/oder 85–89 mmHg diastolisch). Hier sind Lebensstiländerungen empfohlen, für Hochrisikopatienten mit kardiovaskulärer Erkrankung ggf. auch eine medikamentöse Therapie.

Bei Hypertonie ( $\geq 140$  mmHg systolisch und/oder  $\geq 90$  mmHg

diastolisch) und kardiovaskulären Erkrankungen ist direkt eine medikamentöse Therapie erforderlich, bei isolierter, erstmals diagnostizierter Hypertonie erst, wenn nach drei bis sechs Monaten mit einer Lebensstiländerung der Blutdruck nicht kontrolliert ist.

Bei einer Hypertonie mit Blutdruckwerten von  $\geq 160/100$  mmHg ist von Beginn an eine Lebensstiländerung mit einer medikamentösen Therapie zu kombinieren mit dem Ziel, innerhalb von drei Monaten eine Blutdruckkontrolle zu erreichen, erklärte der Kollege.

### Ob Diabetes oder nicht: Der Zielwert ist der gleiche

Die Therapieziele haben sich im Gegensatz zur Hypertoniedefinition aber sehr wohl verändert: Der Blutdruck soll bei Patienten, welche die Therapie gut vertragen, nicht nur unter 140/90 mmHg, sondern unter

130/80 mmHg gesenkt werden. Das gilt auch für ältere Patienten, betonte Prof. Schmieder. Bei unter 65-Jährigen sollte sogar ein Blutdruck von 120–129/ $< 80$  mmHg angestrebt werden.

Unter tolerierter Therapie gelten für Diabetespatienten bis zu einem Alter von 65 Jahren ebenfalls systolische Zielwerte von 120–129 mmHg, Ältere sollten sich zwischen 130 mmHg und 139 mmHg bewegen. „Ein Zielwert  $< 160$  mmHg bei Älteren ist out“, betonte Prof. Schmieder. Auch den diastolischen Wert sollte man ihm zufolge immer im Auge behalten. Der Parameter sollte bei Patienten mit Diabetes unter 80 mmHg, aber nicht unter 70 mmHg liegen, da in Studien bei Werten darunter die Mortalität wieder anstieg.

Ein Therapiestart mit nur einem Medikament ist heute passé, erläuterte der Kollege. Es sollte immer mit einer Kombinationstherapie

gestartet werden, am besten mit einer Fixkombination. „Meist ist das Ziel, den Blutdruck um mindestens 15–20 mmHg zu senken. Das schaffen Sie nie mit nur einem Präparat“, sagte Prof. Schmieder. Eine vorsichtiger Therapieeinleitung ist gerechtfertigt bei alten, sturzgefährdeten Patienten und solchen mit Hypertonie Grad 1 und keinen anderen Risikofaktoren.

### Betablocker nur bei spezifischer Indikation

Empfohlen wird eine Kombination von ACE-Hemmer oder AT1-Blocker mit einem Kalziumantagonisten oder Diuretikum. Reicht das nicht,

sollte eine Dreifachtherapie eingeleitet werden. Dabei sollte man laut Prof. Schmieder die in Deutschland verfügbaren drei Fixpräparate nutzen.

Wird mit der Dreifachtherapie keine Blutdruckkontrolle erreicht, können Spironolacton oder andere Wirkstoffe zusätzlich eingesetzt werden. Betablocker sind immer dann zu erwägen, wenn eine spezifische Indikation für sie besteht – beispielsweise in Form einer Herzinsuffizienz, Angina, Z.n. Herzinfarkt, Vorhofflimmern oder bei jüngeren Frauen mit oder ohne geplanter Schwangerschaft. *fk*

Diabetes Kongress 2019

»Ein Zielwert von  $< 160$  mmHg bei älteren Patienten ist out«



# Echte Insulinresistenz ist bei Kindern selten

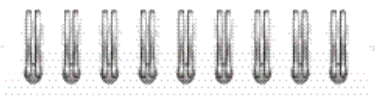
HbA<sub>1c</sub>-Wert, oGTT und Nüchternblutzucker nur bedingt aussagekräftig

**BERLIN.** Anhand welcher Parameter man eine gestörte Glukosetoleranz in jungen Jahren verlässlich feststellt, darüber sind sich die Experten noch nicht einig. Derzeit existieren weder Standardverfahren noch Referenzwerte zur Messung und Beurteilung von Insulinsensitivität bzw. -resistenz im Kindes- und Jugendalter.

te Dr. Denzer. Lediglich in der klinischen Forschung sei er – ebenso wie auf ihm basierende Surrogatparameter – mit entsprechender mathematischer Modellierung zur Detektion von Insulinresistenz und Betazellfunktion bei Kindern geeignet. Bleibt der Nüchtern-Glukosewert. Auch hier ergeben sich viele prakti-

sche Hürden, wie Privatdozentin Dr. SUSANNA WIEGAND, Charité – Universitätsmedizin Berlin, berichtete: „Das fängt schon mit der Frage an, was eigentlich nüchtern bedeutet. Verzicht aufs Essen? Auch aufs Trinken? Essen ohne Kohlenhydrate? Nichts mehr essen nach 22 Uhr? Und was ist mit intermittierendem Fasten wie im

Ramadan?“ Für den Fettstoffwechsel sei das Nüchterngebot, wie es früher einmal propagiert wurde, inzwischen obsolet – dies gelte insbesondere für Kinder. Nur bei deutlich erhöhten Triglyzeridwerten sei zur Beurteilung des Fettstoffwechsels eine Überprüfung im Nüchternzustand indiziert. *thie*  
Diabetes Kongress 2019



## Fallstricke in der Diagnostik der Insulinresistenz

- HbA<sub>1c</sub>-Wert: interpersonell hohe Varianz bei der Überlebenszeit der roten Blutkörperchen, auch ethnisch bedingt
- oGTT: intrapersonell keine verlässlich reproduzierbaren Ergebnisse, außerdem keine Aussagekraft über die Betazellfunktion
- Nüchtern-Glukosewert: keine klare Definition von Nüchternheit, wenig Aussagekraft über Fettstoffwechsel

Foto: iStock/gruffi

So lägen bis dato keine prospektiven kontrollierten Studien zur Verlässlichkeit und Sicherheit von HbA<sub>1c</sub>-Wert, Nüchtern-Glukose und oralem Glukose-Toleranz-Test (oGTT) zur Diagnose einer Insulinresistenz im Kindesalter vor, wie Professor Dr. WIELAND KIESS, Universitätsklinikum Leipzig, betonte. Insbesondere der HbA<sub>1c</sub>-Wert wird seiner Einschätzung nach ziemlich überschätzt: „Die entscheidenden Symptome für die Diagnose eines Diabetes sind Gewichtsverlust, Durst, häufiges Wasserlassen und ein erhöhter Blutzuckerwert.“ Der HbA<sub>1c</sub>-Wert hingegen sei aufgrund der hohen Varianz bei der Überlebenszeit der roten Blutkörperchen zumindest als isolierter Parameter nur bedingt aussagekräftig.

### Während der Pubertät ist ein leichter HbA<sub>1c</sub>-Anstieg normal

Immerhin habe das Leipziger Forschungsprojekt „LIFE Child“ mittlerweile Referenzdaten geliefert, an denen man sich bei einer Verdachtsdiagnose orientieren kann. So zeigten die bis dato erhobenen Daten, dass Veränderungen beim HbA<sub>1c</sub>-Wert zwar unabhängig von Bildungs- und sozioökonomischem Status sind, aber sehr wohl mit BMI und Geschlecht korrelieren. Zudem steige die HbA<sub>1c</sub>-Perzentile im Zeitraum zwischen 0 und 18 Jahren moderat an. So sei während der Pubertät ein Anstieg des HbA<sub>1c</sub>-Werts von durchschnittlich 5,0 auf 5,2 % bei Jungen und von 5,0 auf 5,1 % bei Mädchen nicht ungewöhnlich.

### oGTT mit hoher inter- und intrapersoneller Variabilität

Auch der oGTT ist bei der Diagnose einer Insulinresistenz nur bedingt hilfreich, wie Privatdozent Dr. CHRISTIAN DENZER, Universitätsklinikum Ulm, berichtete. Hauptproblem des oGTT sei die mangelnde Reproduzierbarkeit der Messwerte. Ein- und derselbe Patient, bei dem der oGTT heute eine gestörte Glukosetoleranz ergibt, kann morgen völlig unauffällig sein. Denn es gebe sowohl inter- als auch intrapersonell eine hohe Variabilität bei der Glukosestoffwechsellung im Gastrointestinaltrakt.

Und auch längerfristig lasse sich beobachten, dass 60–75 % der adipösen Kinder und Jugendlichen mit gestörter Glukosetoleranz im Verlauf von 1–5 Jahren wieder zu einer normalen Glukosetoleranz konvertieren. „Im praktischen Alltag ist der oGTT deshalb wenig aussagekräftig“, erklär-

**Weil Zeit wertvoll ist.**

**Frühzeitig bei Typ-2-Diabetes**

- Starke HbA<sub>1c</sub>-Senkung<sup>1,2</sup>
- Gutes Sicherheitsprofil<sup>2-12,\*</sup>
- Günstiger Preis<sup>#</sup>

**Galvus®**  
vildagliptin

**Eucreas®**  
vildagliptin/metformin

\* Bezogen auf Hypoglykämie-Risiko, Gewichtsneutralität, Verträglichkeit und kardiovaskuläre Sicherheit. # Bezogen auf Tagestherapiekosten der Apothekenverkaufspreise in der jeweils größten Packung und höchsten Dosierung. Lauer-Taxe Stand 01.04.2019. 1. Bosi et al. Diabetes Care 2007; 30: 890-895. 2. Bosi et al. Diabetes Obes Metab 2009; 11: 506-515. 3. Schweizer et al. Diabetes Obes Metab 2010; 12: 485-494. 4. Lukashevich et al. Diabetes Obes Metab 2011; 13: 947-954. 5. Schweizer et al. Diabetes Obes Metab 2011; 13: 55-64. 6. Ahren et al. Diabetes Obes Metab 2011; 13: 193-203. 7. Dejager et al. Vasc Health Risk Manag 2012; 8: 339-348. 8. Schweizer et al. Vasc Health Risk Manag 2013; 9: 1-8. 9. Foley et al. Vasc Health Risk Manag 2010; 6: 541-548. 10. Ligueros-Saylan et al. Diabetes Obes Metab 2010; 12(6): 495-509. 11. Schweizer et al. Vasc Health Risk Manag 2011; 7: 49-57. 12. McInnes et al. Diabetes Obes Metab 2015; 17: 1085-1092.

**Eucreas® 50 mg/850 mg Filmtabletten, Eucreas® 50 mg/1000 mg Filmtabletten**  
Wirkstoffe: Vildagliptin/Metforminhydrochlorid. **Zusatz:** Jede Filmtablette enthält 50 mg Vildagliptin und 850 mg bzw. 1000 mg Metforminhydrochlorid (entspr. 660 mg bzw. 780 mg Metformin). **Sonst. Bestandt.:** Hypromellose, Magnesiumstearat, Hypromellose, Titandioxid (E 171), Eisen(II)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O (E 172), Macrogol 4000, Talkum. **Anwend.:** Behandlung des Typ-2-Diabetes-mellitus - bei Erwachsenen, die mit maximal verträglicher Dosis von Metformin alleine unzureichend eingestellt sind oder die bereits eine Kombination aus Vildagliptin und Metformin in separaten Tabletten erhalten; - in Kombination mit einem Sulfonylharnstoff (d. h. Dreifachkombinationstherapie) zusätzlich zu Diät und Bewegung bei erwachsenen Patienten, die mit Metformin und einem Sulfonylharnstoff nicht ausreichend eingestellt werden können; - als Dreifachkombinationstherapie mit Insulin zusätzlich zu Diät und Bewegung, um die glykämische Kontrolle bei erwachsenen Patienten zu verbessern, wenn eine stabile Insulinosis und Metformin allein zu keiner adäquaten glykämischen Kontrolle führen. **Gegenanz.:** Überempfindl. gegen die Wirkstoffe oder einen der sonst. Bestandt., jede Art von akuter metabolischer Azidose (z. B. Laktatazidose, diabetische Ketoazidose), diabetisches Präkoma, schwere Niereninsuffizienz (GFR < 30 ml/min), akute Zustände, die zu einer Beeinträchtigung der Nierenfunktion führen können, wie Dehydratation, schwere Infektionen, Schockzustände, intravasculäre Gabe jodhaltiger Kontrastmittel; akute oder chronische Erkrankungen, die zu einer Gewebshypoxie führen können, wie kardiale oder respiratorische Insuffizienz, frischer Myokardinfarkt, Schockzustand; Leberfunktionsstörung einschließl. erhöhter ALT- oder AST-Werte auf mehr als das 3-Fache der Obergrenze des Normbereiches; akute Alkoholintoxikation, Alkoholisimus, Schwangerschaft, Stillzeit, Kinder u. Jugendliche < 18 J. (fehlende Daten). **Nebenw.:** Sehr häufig: Übelkeit, Erbrechen, Diarrhö, abdominelle Schmerzen, Appetitverlust. **Häufig:** Hypoglykämie, Tremor, Kopfschmerzen, Schwindel, Hyperhidrose, Asthenie, Schüttelfrost, Refluxösophagitis, metallischer Geschmack. **Gelegentl.:** Müdigkeit, Flatulenz, periphere Ödeme, Obstipation, Arthralgie. **Selten:** Leberfunktionsstörung einschließl. Hepatitis, Angioödem (ähnlich der Zahl in der Kontrollgruppe). **Sehr selten:** Infektionen der oberen Atemwege, Nasopharyngitis, Abnahme der Vitamin-B<sub>12</sub>-Resorption, Laktatazidose, Abweichungen d. Leberwerte od. Hepatitis, Hautreaktionen (wie Erythem, Pruritus, Urtikaria). **Häufigkeit nicht bekannt (Spontanmeldungen nach Markteinführung):** Pankreatitis, Hepatitis/anormale Leberfunktionstests (nach Absetzen reversibel), Myalgie, Urtikaria, exfoliative und bullöse Hautläsionen, einschließl. bullösem Pemphigoid. **Warnhinw.:** Enthält Lactose. **Verschreibungspflichtig. Weit. Angaben:** s. Fachinformation. **Stand:** April 2018 (MS 06/18.02). **Novartis Pharma GmbH, Roonstr. 25, 90429 Nürnberg.** Tel.: (09 11) 273-0, Fax: (09 11) 273-12 653. [www.novartis.de](http://www.novartis.de)

**Galvus® 50 mg Tabletten**  
Wirkstoff: Vildagliptin **Zusatz:** 1 Tabl. Galvus 50 mg enth. 50 mg Vildagliptin. **Sonst. Bestandt.:** Lactose, mikrokrist. Cellulose, Carboxymethylstärke Na (Typ A), Magnesiumstearat. **Anwend.:** Behandlung des Typ-2 Diabetes mellitus bei Erwachsenen. **Monotherapie:** Bei Patienten, die durch Diät u. Bewegung allein nicht ausreichend therapiert sind u. für die Metformin aufgrund von Gegenanz. od. Unverträglichkeiten nicht geeignet ist. **Orale Zweifach-Kombinationstherapie:** - mit Metformin bei Patienten, deren Blutzucker trotz Monotherapie mit maximal verträglichen Dosen von Metformin unzureichend eingestellt ist; - mit einem Sulfonylharnstoff bei Patienten, deren Blutzucker trotz Monotherapie mit maximal verträglichen Dosen eines Sulfonylharnstoffs unzureichend eingestellt ist und bei denen Metformin wegen Unverträglichkeit oder Kontraindikationen ungeeignet ist; - mit einem Thiazolidindion bei Patienten mit ungenügender Blutzuckereinstellung, für die die Anwendung eines Thiazolidindions geeignet ist. **Orale Dreifach-Kombinationstherapie:** Mit einem Sulfonylharnstoff und Metformin, wenn Diät und Bewegung zusätzlich zu einer Zweifachtherapie mit diesen Arzneimitteln zu keiner adäquaten glykämischen Kontrolle führen. In Kombination mit Insulin (mit oder ohne Metformin): Wenn Diät und Bewegung zusätzlich zu einer stabilen Insulinosis zu keiner adäquaten glykämischen Kontrolle führen. **Gegenanz.:** Überempfindl. gegen den Wirkstoff oder einen der sonst. Bestandt., Patienten mit Leberfunktionsstörungen, Patienten mit Herzinsuff. NYHA-Klasse IV, Schwangerschaft, Stillzeit, Kinder u. Jugendliche (< 18 J.) (fehlende Daten). **Nebenw.:** Häufig: Tremor, Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit, Asthenie, Gewichtszunahme (bei Kombination mit einem Thiazolidindion), periphere Ödeme, Hypoglykämie, Hyperhidrose, Schüttelfrost, Refluxösophagitis. **Gelegentl.:** Müdigkeit, Obstipation, Arthralgie, Diarrhö, Flatulenz. **Selten:** Leberfunktionsstörung einschließl. Hepatitis, Angioödem (ähnlich der Zahl in der Kontrollgruppe). **Sehr selten:** Nasopharyngitis, Infektionen der oberen Atemwege. **Häufigkeit nicht bekannt (Spontanmeldungen nach Markteinführung):** Pankreatitis, Hepatitis/anormale Leberfunktionstests (nach Absetzen reversibel), Myalgie, Urtikaria, exfoliative und bullöse Hautläsionen, einschließl. bullösem Pemphigoid. **Warnhinw.:** Enthält Lactose. **Verschreibungspflichtig. Weit. Angaben:** s. Fachinformation. **Stand:** April 2018 (MS 06/18.02).

Novartis Pharma GmbH, Roonstr. 25, 90429 Nürnberg.  
Tel.: (09 11) 273-0, Fax: (09 11) 273-12 653. [www.novartis.de](http://www.novartis.de)



# Neue Risikophänotypen differenzierter bewerten

Ergebnisse zu Hochrisikogruppen aus der Präventionsstudie PLIS

**BERLIN.** Nicht nur der Typ-2-Diabetes ist facettenreicher in seiner individuellen Ausprägung als bis vor Kurzem noch angenommen – auch im Zustand des Prädiabetes lassen sich verschiedene Risikogruppen scharf voneinander abgrenzen. Das könnte neue Chancen für die Prävention bieten.

**P**rädiabetes ist ein Risikozustand, keine Krankheit, betonte Professor Dr. ANDREAS FRITSCHKE vom Universitätsklinikum Tübingen und DZD. Es gilt diejenigen Patienten mit Prädiabetes herauszufiltern, die ein besonders hohes Risiko dafür tragen, in der nächsten Zeit einen manifesten Typ-2-Diabetes zu entwickeln. Das sind etwa 10-30 % der Betroffenen.

## Wer profitiert von Lebensstilinterventionen?

Doch wer gehört zur Hochrisikogruppe und wer profitiert von Lebensstiländerungen? Diesen Fragen gingen Prof. Fritsche und sein Team nach. Bereits vor einigen Jahren hat die Arbeitsgruppe im Rahmen des „Tübinger Lebensstil Interventions-Programms (TULIP)“ zwei Hochrisikophänotypen identifizieren können:

- eine verminderte Insulinsekretion und eine Proinsulinkonversionsstörung / geringe Response auf Lebensstilinterventionen
  - Insulinresistenz und Fettleber in Kombination / hohe Response auf Lebensstilinterventionen.
- „Basierend auf diesen Erkenntnissen haben wir dann die Multicenter-Studie PLIS\* des DZD initiiert“, sagte

Prof. Fritsche. 1160 Menschen mit einer gestörten Glukosetoleranz und/oder einem erhöhten Nüchternblutzucker wurden stratifiziert nach ihrem Risikophänotyp:

- Prädiabetes mit niedrigem Risiko: normale Insulinsekretion bzw. keine Insulinresistenz und normales Leberfett
  - Prädiabetes mit hohem Risiko: reduzierte Insulinsekretion bzw. Insulinresistenz und Fettleber
- „Diese beiden Strata haben wir dann randomisiert verschiedenen Lebensstilinterventionen zugeteilt“, berichtete Prof. Fritsche. Die Niedrig-Risikogruppe wurde aufgeteilt in konventionelle Lebensstilintervention (Beratung 8 h/Jahr und 3 h Bewegung/Woche) bzw. keine Intervention (Kontrolle). Die Hochrisikogruppe in konventionelle bzw. intensive Lebensstilintervention (Beratung 16 h/Jahr und 6 h Bewegung/Woche). Tatsächlich profitierten die Patienten aus der Hochrisikogruppe im Laufe eines Jahres signifikant stärker von der intensiven Intervention in Bezug auf das kardiovaskuläre Risiko und den Fettgehalt der Leber. Zudem führte die intensive gegenüber konventioneller Lebensstilintervention innerhalb von drei Jahren kumula-

tiv häufiger zur Normalisierung des Glukosestoffwechsels.

## Weitere Subphänotypen des Prädiabetes identifiziert

Allerdings zeigte sich bei den Patienten der PLIS-Studie eine starke Varianz bezüglich der Response auf die Interventionen. „Das ist ein Hinweis darauf, dass es weitere Subphänotypen des Prädiabetes mit unterschiedlicher Prognose auch in Bezug auf Folgeerkrankungen des Diabetes geben muss“, erklärte Prof. Fritsche. Sein Team konnte jüngst sechs solcher Prädiabetes-Subgruppen identifizieren. U.a. anhand des genetischen Risikos und der Körperfettverteilung ließen sich sechs Cluster darstellen. So handelt es sich bei den Hochrisiko-Patienten aus „Cluster 3“ um schlanke Menschen mit hohen Glukosewerten und einem Insulinsekretionsdefizit. Ebenfalls ein hohes Risiko weisen Menschen auf, die dem „Cluster 5“ zuzuordnen sind. Die Betroffenen haben hohe Glukosewerte, sind insulinresistent, weisen einen hohen Leberfettgehalt und eine schlechte Insulinsekretion auf. Diese beiden Cluster haben das höchste Diabetesrisiko. „Die anderen vier

Cluster haben kein erhöhtes Risiko“, betonte Prof. Fritsche.

Allerdings zeigten Menschen aus „Cluster 6“ überraschenderweise ein hohes Risiko für Diabetes-Folgeerkrankungen, z.B. die diabetische Nephropathie. Die Patienten haben niedrige Glukosewerte und eine gute Insulinsekretion, sind jedoch insulinresistent und haben einen hohen viszeralen Fettanteil. Eine mögliche Erklärung ist laut Prof. Fritsche, dass ein erhöhter viszeraler Fettanteil mit perivaskulärem Fett und renalem Hilusfett assoziiert ist. Dies führt zu einer schlechteren glomerulären Filtrationsrate und einer erhöhten Mikroalbuminurie. Die Intima-Media-Dicke wies in allen drei Clustern auf ein erhöhtes Risiko für makrovaskuläre Erkrankungen hin.

„Tatsächlich waren 88 % der Teilnehmer in der PLIS-Hochrisikogruppe den Clustern 3,5 oder 6 zuzuordnen“, so Prof. Fritsche. Aktuell werden in Tübingen Analysen durchgeführt, die aufzeigen sollen, wie sich das Outcome in der PLIS-Studie verändert, wenn man die Patienten entsprechend diesen Clustern einteilt.

„Was wir brauchen sind risikostratifizierte klinische Studien“, so Prof. Fritsche. Es erscheint denkbar, dass Menschen aus Cluster 3 von einer frühen Insulintherapie profitieren. Bei Menschen aus Cluster 5 könnten aufgrund der Fettleber Inkretinanaloga indiziert sein und SGLT2-Inhibitoren könnten ggf. die diabetische Nephropathie (Cluster 6) verhindern. *Alisa Ort*

Diabetes Kongress 2019

»Risikostratifizierte klinische Studien«

## Parameter der Clustereinteilung

- Genetisches Risiko
- Subkutanes Fettgewebe
- Viszerales Fett
- Leberfett
- Insulinsekretion
- Insulinsensitivität
- AUC Glukose (oGTT)
- HDL-Cholesterin

## Im Alter besonders gefährlich: Hyperthyreose

Experte plädiert für eine frühe Intervention, vor allem bei Senioren

**WIESBADEN.** Eine latente Hyperthyreose birgt einige Gefahren: vom Vorhofflimmern bis zur Osteoporose. Ein Experte plädiert daher klar für die Therapie, vor allem bei Senioren.

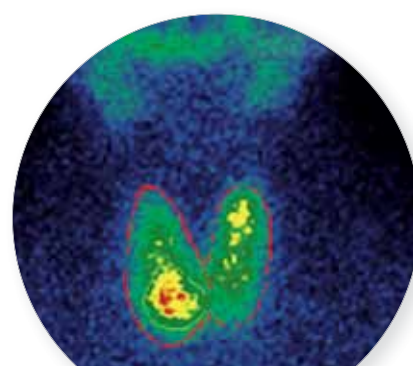
**K**napp 14 % der Bevölkerung von Mecklenburg-Vorpommern leiden an einer subklinischen Hyperthyreose, wie die SHIP-Studie zeigte. Männer und Frauen sind etwa gleich häufig betroffen, wobei die Prävalenz einer TSH-Suppression < 0,3 mU/l mit dem Alter ansteigt und im Senium latente Hyperthyreosen dominieren. Die Betroffenen haben häufig atypische Symptome wie Appetitlosigkeit, Müdigkeit, Schwäche oder depressive Verstimmungen.

Schon die leichte Hyperthyreose ist mit erheblichen Risiken verbunden, betonte der Endokrinologe Professor Dr. MATTHIAS SCHOTT vom Universitätsklinikum Düsseldorf.

Dazu gehört das vermehrte Auftreten von Vorhofflimmern. In einer Studie verdreifachte sich das relative Risiko bei einer vollständigen TSH-Suppression (< 0,1 mU/l). Lag der Wert zwischen 0,1 und 0,4 mU/l war es zwar geringer, aber immer noch signifikant erhöht. In einer anderen Arbeit entwickelten Patienten mit latenter Überfunktion ebenso häufig Vorhofflimmern wie solche mit manifester Hyperthyreose.

## Leichte Überfunktion steigert das Sterberisiko

Eine Herzinsuffizienz trat in Studien ebenfalls häufiger auf, erklärte Prof. Schott. Besonders gefährdet seien Patienten mit TSH-Werten unter 0,1 mU/l. Laut einer Metaanalyse steigt auch das Risiko für Koronarerkrankungen (Hazard Ratio: 1,21). Eine sichere Evidenz für ein höheres Schlaganfallrisiko fand sich dagegen nicht. Allerdings lässt eine beginnende



Eine latente Schilddrüsenüberfunktion behandelt man v.a. mit Thiamazol, Carbimazol, Betablockern oder Radiojod.

Foto: Science Photo Library/Maslo, Miriam

Überfunktion bei Betroffenen offenbar auch die Gesamtmortalität zwar nur leicht, aber signifikant nach oben klettern. Der aktuellen Datenlage zufolge steigt das Risiko im Laufe des Lebens, sodass wahrscheinlich vor allem ältere Patien-

ten von einer Therapie profitieren. Zusätzlich zeigen Frakturnraten, dass bereits Patienten mit leichtgradiger TSH-Suppression im Vergleich zur normalen Schilddrüsenfunktion ein erhöhtes Osteoporose-Risiko tragen.

## Jüngere mit TSH zwischen 0,1 und 0,39 mU/l nicht behandeln

Auf die Frage, welche Patienten behandelt werden sollten, gibt die Leitlinie der European Thyroid Association klare Empfehlungen – abhängig vom Suppressionsgrad.

- Bei TSH-Werten < 0,1 mU/l erhalten Ü65-Jährige auf jeden Fall eine Therapie. Auch bei Jüngeren sollte man eine Behandlung erwägen – je nach Symptomen, Begleiterkrankungen und Absprache mit dem Patienten.
- Liegen die TSH-Werte zwischen 0,1 und 0,39 mU/l, kann man eine Therapie bei Patienten über 65 vor allem dann in Betracht

ziehen, wenn ein erhöhtes Risiko für Vorhofflimmern, Osteoporose oder Herzerkrankungen besteht, ggf. auch bei hyperthyreosespezifischen Symptomen. Jüngere Patienten werden dagegen nicht behandelt.

Therapeutisch gibt es drei Möglichkeiten: Pharmaka, Radiojodbehandlung und OP. Eine latente Überfunktion lässt sich in der Regel mit niedrig dosiertem Thiamazol oder Carbimazol behandeln. Die Freisetzungshyperthyreose (z.B. Initialstadium der Hashimoto-Thyreoiditis) wird symptomatisch mit Betablockern behandelt. Alternativ kommt bei normaler bis mäßig vergrößerter Drüse ohne Karzinomverdacht eine Radiojodtherapie infrage. Eine OP wird eher selten gebraucht – z.B. bei kalten Knoten oder Weichteilkompression. *rft*

DGM 2019



# ADA & EASD: Algorithmus für die Therapie des Typ 2 Diabetes<sup>1</sup>

Empfehlung:

**Das kardiovaskuläre Risiko oder Niereninsuffizienz sind entscheidend für die Therapiewahl<sup>a</sup>**

**Erstlinien-Therapie ist Metformin und umfassende Lebensstilveränderung (inklusive Gewichtsmanagement und Bewegung)  
Wenn HbA<sub>1c</sub> über Zielwert, dann vorgehen wie folgt**

**Manifeste atherosklerotische kardiovaskuläre Erkrankung (ASCVD) oder Niereninsuffizienz (CKD)**

NEIN

ASCVD überwiegt

GLP-1 RA  
mit belegter  
Reduktion des  
kardiovaskulären  
Risikos<sup>a</sup>

ODER

SGLT-2 i  
mit belegter  
Reduktion des  
kardiovaskulären  
Risikos,<sup>a</sup> wenn  
die eGFR  
ausreicht<sup>b</sup>

Starke Evidenz  
für Victoza<sup>®a</sup>

HF oder CKD überwiegt

Vorzugsweise SGLT-2 i mit Evidenz für die  
Reduktion von HF und/oder progressiver Nieren-  
insuffizienz in CVOTs, wenn die eGFR ausreicht<sup>c</sup>

ODER

Wenn ein SGLT-2 i nicht anwendbar ist,<sup>#</sup>  
zusätzlich einen GLP-1 RA mit belegter  
Reduktion des kardiovaskulären  
Risikos hinzufügen<sup>a</sup>

Besteht keine  
manifeste  
ASCVD oder  
CKD, erfolgt die  
Therapiewahl  
nach: Hypo-  
glykämie, Gewicht  
und Kosten

Starke Evidenz  
für Victoza<sup>®a</sup>

ggf. weitere Intensivierung

ggf. weitere Intensivierung

Grafik von Novo Nordisk auf Grundlage des ADA-EASD Consensus Report 2018, dort Fig. 2<sup>1</sup>



**RECHTZEITIG VICTOZA<sup>®\*</sup> - Victoza<sup>®</sup> ist der einzige in Deutschland verfügbare GLP-1 RA, für den eine Prävention von kardiovaskulären Ereignissen (MACE) in der Fachinformation enthalten ist<sup>‡2</sup>**

**Victoza<sup>®</sup> 6 mg/ml Injektionslösung in einem Fertigpen.** Wirkstoff: Liraglutid. **Zusammensetzung:** Arzneilich wirksamer Bestandteil: 6 mg/ml Liraglutid. Analogon zu humanem Glucagon-like peptide-1 (GLP-1), gentechn. hergestellt durch rekombinante DNS-Technologie in *Saccharomyces cerevisiae*. **Sonstige Bestandteile:** Natriummonohydrogenphosphat-Dihydrat, Propylenglycol, Phenol, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Victoza<sup>®</sup> wird zur Behandlung des unzureichend kontrollierten Diabetes mellitus Typ 2 bei Erwachsenen als Zusatz zu Diät und körperlicher Aktivität angewendet: Als Monotherapie, wenn die Anwendung von Metformin aufgrund einer Unverträglichkeit oder Kontraindikation ungeeignet ist. Zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung des Diabetes mellitus. Für Studienergebnisse hinsichtlich Kombinationen, Auswirkungen auf die glykämische Kontrolle und kardiovaskuläre Ereignisse, sowie untersuchten Populationen, siehe Abschnitte 4.4, 4.5 und 5.1 der Fachinformation. **Art der Anwendung:** Victoza<sup>®</sup> wird einmal täglich zu einem beliebigen Zeitpunkt und unabhängig von den Mahlzeiten gegeben. Die subkutane Injektion kann in Abdomen, Oberschenkel oder Oberarm erfolgen. Victoza<sup>®</sup> darf nicht intravenös oder intramuskulär angewendet werden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Warnhinweise:** Victoza<sup>®</sup> soll während der Schwangerschaft und Stillzeit nicht angewendet werden. Möchte eine Patientin schwanger werden oder tritt eine Schwangerschaft ein, soll die Behandlung mit Victoza<sup>®</sup> abgebrochen werden. Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. Nicht mit aufgeschraubter Nadel aufbewahren. Darf nur von einer Person verwendet werden. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Übelkeit, Durchfall; häufig: Erkältung, Bronchitis, Hypoglykämie, Anorexie, verminderter Appetit, Kopfschmerzen, Schwindel, erhöhte Herzfrequenz, Erbrechen, Dyspepsie, Oberbauchschmerzen, Obstipation, Gastritis, Flatulenz, abdominelles Spannungsgefühl, gastroösophageale Refluxkrankheit, abdominale Beschwerden, Zahnschmerzen, Ausschlag, Erschöpfung, Reaktionen an der Injektionsstelle, Erhöhung von Pankreasenzymen (wie Lipase und Amylase); gelegentlich: Dehydrierung, Gallensteine, Entzündung der Gallenblase, Urtikaria, Juckreiz, Beeinträchtigung der Nierenfunktion, akutes Nierenversagen, Unwohlsein; selten: Anaphylaktische Reaktionen, Darmverschluss; sehr selten: Pankreatitis (einschließlich nekrotisierender Pankreatitis). **Verschreibungspflichtig.** Novo Nordisk A/S, Novo Allé, 2880 Bagsvaerd, Dänemark. **Stand:** April 2019

Victoza<sup>®</sup> ist eine eingetragene Marke der Novo Nordisk A/S, Dänemark.

a Belegte Reduktion des kardiovaskulären Risikos bezieht sich auf die Angabe in der Fachinformation. Evidenzstärke: GLP-1 RA: Liraglutid > Semaglutid > Depot-Exenatid.

Für SGLT-2 i mäßig stärkere Evidenz: Empagliflozin > Canagliflozin.

b Beachten Sie, dass die Zulassung der SGLT-2 i variiert bezüglich der eGFR.

c Sowohl Empagliflozin als auch Canagliflozin haben eine Reduktion von HF und eine Reduktion von CKD in CVOTs gezeigt.

d Ein SGLT-2 i ist nicht anzuwenden, wenn er unverträglich ist, kontraindiziert ist, oder wenn die eGFR nicht ausreicht.

e Victoza<sup>®</sup> ist zugelassen zur Behandlung des unzureichend kontrollierten Typ 2 Diabetes bei Erwachsenen als Zusatz zu Diät und körperlicher Aktivität als Monotherapie, wenn eine Metformin-Therapie aufgrund einer Unverträglichkeit oder Gegenanzeige ungeeignet ist, und zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung des Diabetes Mellitus.

f Bei Typ 2 Diabetes und hohem kardiovaskulärem Risiko

1. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: ADA-EASD Consensus Report 2018, Davies MJ et al. 2018 Diabetologia, DOI: 10.1007/s00125-018-4729-5

2. Fachinformation Victoza<sup>®</sup>, aktueller Stand

ADA = American Diabetes Association; ASCVD = atherosklerotische kardiovaskuläre Erkrankung; CKD = chronic kidney disease/chronische Niereninsuffizienz; CV = cardiovascular/kardiovaskulär; CVOT = cardiovascular outcome trial/kardiovaskuläre Endpunktstudie; EASD = European Association for the Study of Diabetes; eGFR = estimated glomerular filtration rate/geschätzte glomeruläre Filtrationsrate; GLP-1 RA = Glucagon-like peptide-1 Rezeptoragonist; HbA<sub>1c</sub> = glykiertes Hämoglobin; HF = heart failure/Herzinsuffizienz; MACE = Major Cardiovascular Events/schwere kardiovaskuläre Ereignisse, hier erstes Auftreten von kardiovaskulärem Tod, nichttödlichem Herzinfarkt oder nichttödlichem Schlaganfall; SGLT-2 i = Sodium-glucose Cotransporter 2 Inhibitor; T2D = Typ 2 Diabetes



# Mit dem Übergewicht steigt auch das Krebsrisiko

## Gastrointestinale Tumoren werden begünstigt

**WIESBADEN.** Adipositas macht nicht nur Diabetes und Arteriosklerose wahrscheinlicher. Starkes Übergewicht treibt auch das Risiko für gastrointestinale Karzinome in die Höhe.

Der durch die Adipositas erhöhte intraabdominelle Druck hat die gleichen Konsequenzen wie ein enger Gürtel um den Magen. Die Folge: Reflux. Dadurch haben Adipöse nicht nur mit gastroösophagealer Refluxkrankheit (GERD) und Barrett-Syndrom zu kämpfen, ihnen drohen auch mali-

gne Krebserkrankungen in Speiseröhre und Magen, erinnerte Professor Dr. JOACHIM LABENZ vom Diakonie Klinikum Jung-Stilling. Gerade bei zentraler (viszeraler) Adipositas lasse sich für gastrointestinale Begleiterkrankungen eine Art kausale „Dosis-Wirkungs-Beziehung“ erkennen, berichtete er.

Die reine GERD könnten viele Patienten durch Abnehmen wieder loswerden. Verringert sich der BMI um mehr als 3,5 Punkte, stehen die Heilungschancen laut Prof. Labenz gut. Mit der Gewichtsreduktion verbessert sich einerseits die Wirkung der Protonenpumpenhemmer. Andererseits bewirkt der reduzierte Taillenumfang, dass die Säurebelastung des Ösophagus abnimmt. Ist allerdings der Barrett-Ösophagus erst einmal vorhanden, wird die Metaplasie durch eine Diät nicht einfach wieder verschwinden, warnte der Experte. Es muss also präventiv gehandelt werden.

Bei der Gewichtsreduktion stehen Sport und Ernährung an erster Stelle, betonte sein Kollege Professor Dr. RALF KIESSLICH, Ärztlicher Direktor der Helios HSK in Wiesbaden. Weltweit betrachtet liegen

selbst die Russen und Chinesen, die sich im Vergleich am meisten bewegen – im Durchschnitt etwa 6880 Schritte pro Tag –, im eigentlich physisch inaktiven Bereich. „Raten Sie Ihrem Patienten, er soll sich einen Schrittzähler kaufen, dann läuft er im Schnitt schon mal 2435 Schritte mehr pro Tag“, lautete seine Empfehlung.

### Das Mikrobiom muss umprogrammiert werden

Langfristig ist auch die nachhaltige Umstellung der Essgewohnheiten wichtig. Das Mikrobiom hat einen entscheidenden Einfluss auf das Körpergewicht. Es dauerhaft umzuprogrammieren dauert mindestens zwölf Monate. „Jede Diät, die kürzer ist, greift nicht“, gab der Experte aus Wiesbaden zu bedenken. Oder der Patient hat mit Jojo-Effekten

»Mit Schrittzähler 2435 Schritte mehr pro Tag«

zu kämpfen. Zusätzlich sollte man bei Adipösen auch das oft erhöhte Magen-Nüchternvolumen beachten: Pro 50 ml mehr brauchen sie zusätzliche 114 kcal, um satt zu werden. Übergewicht steht auch in Zusammenhang mit Darm-, Pankreas- und Leberkrebs, fügte Professor Dr. JULIA MAYERLE vom Klinikum der Universität München hinzu. Das zeigten Studien, die weltweit die Inzidenz gastrointestinaler Tumoren und die Adipositas-Prävalenz in Relation gesetzt hatten.

### Übergewicht vermeiden ist die beste Prävention

Die genauen Zusammenhänge sind noch nicht geklärt, allerdings könnten veränderte Insulinsekretion, Ausschüttung von proinflammatorischen Zytokinen und von Sexualhormonen durch Adipozyten sowie ein verändertes Mikrobiom in Mund und Darm zur Krebsentstehung beitragen. Für Prof. Mayerle steht fest: Trifft dies zu, sind nur Maßnahmen, die der Adipositas vorbeugen, die geeignete Option.

Dr. Susanne Gallus

DGIM 2019

300%  
relative  
Risikoerhöhung  
für  
Barret-Ösophagus

»Eine Art kausale Dosis-Wirkungs-Beziehung«



Unter anderem eine veränderte Insulinsekretion sowie die Ausschüttung von proinflammatorischen Zytokinen und von Sexualhormonen durch Adipozyten könnten zur Krebsentstehung beitragen.

Fotos: Sebastian Kaulitzki – stock.adobe.com, istock/Plisman

55%  
relative Risiko-  
erhöhung für Magen-  
karzinom (epidemiologische Daten)

## Weißes Fettgewebe macht krank

### Dysfunktionale Adipozyten in den Therapiefokus nehmen

**WIESBADEN.** Fett ist nicht gleich Fett: Die unterschiedliche endokrine Aktivität der Adipozyten und das Ausmaß der Fettgewebsfibrose machen den Unterschied zwischen gesunden und kranken Dicken.

Fettgewebe kann ektope Fettablagerungen verhindern, Körpergifte abpuffern und über Adipokine steht es mit Immunzellen und Organen in Kontakt, sagte Privatdozent Dr. JÖRN M. SCHATTENBERG von der Mainzer Universitätsmedizin. Im Allgemeinen wird zwischen braunem und

weißem Fettgewebe unterschieden. Das braune multilokuläre Gewebe ist für Thermogenese und Glukose-Homöostase wichtig. Bei Kindern findet man es z.B. zwischen den Schulterblättern. Diese gesunden Fettzellen schütten Adipokine aus, die u.a. entzündungs-, fibrose- und adiposithemmend wirken. Zudem erhöhen sie die Insulinsensitivität und beschleunigen das Sättigungsgefühl.

Reines weißes Fettgewebe dagegen verursacht Bierbäuche, Leberschäden, Arteriosklerose, Diabetes und

andere metabolische und sogar neurologische Erkrankungen.

Dieses dysfunktionale Fett kann nicht für die Thermogenese verwendet werden und befeuert u.a. über TNF- $\alpha$ -Ausschüttung die Insulinresistenz und inflammatorische Prozesse. Als Zwischenform ist

mittlerweile das beige Fett bekannt, erklärte Dr. Schattenberg. Es ist bei Erwachsenen beispielsweise im Nacken- und Nierenbereich lokalisiert und kann immerhin für die Wärmeproduktion genutzt werden.

Zusätzlich verursachen die proinflammatorischen Adipokine aus

dem dysfunktionalen Fett eine Fettgewebsfibrose. In Studien korrelierte der Anteil an perilobulärer und perizellulärer Fibrose mit dem Therapieerfolg: Patienten mit stark fibrotischen Bereichen sprachen schlechter auf bariatrische Operationen an, berichtete Dr. Schattenberg. Deshalb werden medikamentöse Ansätze mit organspezifischer Wirkung z.B. zur Leberentfettung wahrscheinlich zukünftig mehr an Bedeutung gewinnen, schätzt der Experte.

SG

DGIM 2019

»Medikamente mit organspezifischer Wirkung gewinnen an Bedeutung«





# Eine starke Stimme der Ärzteschaft

Neue Vorstandsspitze hält an der Kombination von Medizin und Politik fest

**BERLIN.** Wechsel an der Spitze des DDG-Vorstandes. Neue Präsidentin für die Jahre 2019 bis 2021 ist Professor Dr. Monika Kellerer. An ihrer Seite ist Professor Dr. Andreas Neu als Vizepräsident. Über ihre Ziele und anstehende Aufgaben äußern sie sich im Interview.

## Die DDG feiert 2019 ihr 55-jähriges Bestehen. Wo könnte sie in fünf Jahren stehen?

**Prof. Dr. Monika Kellerer:** Um das genau sagen zu können, bräuchte man hellseherische Kräfte. Ich werde mich dafür einsetzen, dass die DDG eine der großen Fachgesellschaften bleibt, unter deren Dach sich Wissenschaftler, Praktiker und Therapeuten aller Versorgungsebenen wiederfinden. Die DDG wird in ihren Formaten und Veranstaltungen digitaler werden. Und es werden hoffentlich viele junge engagierte Menschen mit neuen Ideen zu uns kommen.

**Prof. Dr. Andreas Neu:** Die DDG soll weiterhin als starke Stimme innerhalb der Ärzteschaft und in der Gesundheitspolitik wahrgenommen werden. In vielen Bereichen erachte ich unsere Fachgesellschaft als exemplarisch für andere Fachgesellschaften; wir möchten weiterhin mit gutem Beispiel voranschreiten.

## Welche Aufgabenschwerpunkte sehen Sie für sich und die DDG?

**Prof. Kellerer:** Die Aufgabenfelder sind so vielfältig wie die DDG selbst. Zu den wichtigen zählt für mich die Nachwuchsakquise in unserem Fach. Da Talentscouting bereits im Studium beginnt, muss die Zahl klinischer bettenführender Lehrstühle im Fach Diabetologie/Endokrinologie deutlich erhöht werden. Hilfreich sind auch die Famulaturen und die

PJ-Börse, die die niedergelassenen Diabetologen anbieten.

Dass die Bundesärztekammer 2018 die Zusatzweiterbildung zum Diabetologen in die Musterweiterbildungsordnung aufgenommen hat, ist zu begrüßen. Die aus meiner Sicht noch inhaltsreichere und spezifischere Ausbildung zum/zur Diabetologen/Diabetologin DDG gilt es weiterzuentwickeln, insbesondere mit Blick auf die Digitalisierung und die rasch fortschreitende Diabetestechnologie. In der stationären Versorgung haben wir weiterhin für eine bessere Abbildung der Diabetologie im DRG-System zu kämpfen. Wir müssen mehr transsektorale Strukturen schaffen und uns für neue Vergütungsformen bei sprechender Medizin und Telemedizin einsetzen.

**Prof. Neu:** Die Diabetologie hierzulande schneidet im internationalen Vergleich gut ab. Sich darauf auszurufen, halte ich aber nicht für angebracht. Die kontinuierliche Verbesserung der Versorgung für Menschen mit Diabetes hat oberste Priorität. Für die DDG sehe ich drei Aufgabenfelder, um dieses Ziel zu erreichen:

1. Eine solide wissenschaftliche Basis, die eine Orientierung an verlässlichen Fakten erlaubt.
2. Eine umfassende, gute Ausbildung von ärztlichen und nicht-ärztlichen Berufsgruppen.
3. Ausbau von Strukturen für eine stationäre und ambulante Versorgung auf hohem Niveau.

Als pädiatrischer Diabetologe werde ich insbesondere einen Fokus auf die Kinder und Jugendlichen mit Diabetes legen. Ich hoffe, dass ich die DDG durch meine Zeit im Präsidium auch von dieser Seite aus prägen kann.

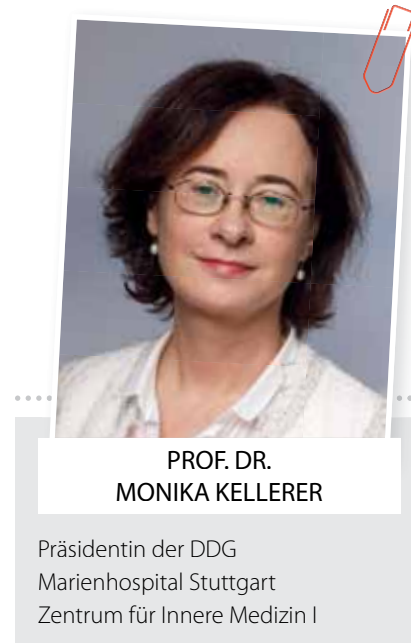
## Wie bündelt die DDG mit den vielen Akteuren die Kräfte?

**Prof. Neu:** Die wichtigste Ressource unserer Fachgesellschaft ist die Heterogenität unserer Mitglieder und

deren vielfältige Aktivitäten. Gebündelt machen sie unsere Stärke aus. Die Balance zu halten zwischen ausreichenden Freiräumen für Aktivitäten und deren Koordination, kann nur gelingen, wenn wir ein gemeinsames Ziel haben und das nicht aus den Augen verlieren.

**Prof. Kellerer:** Die Gremien sind in der DDG inzwischen so zahlreich, dass es schwer wird, immer alle Informationen parat zu haben. Hier kommt in Zukunft der Geschäftsstelle eine noch größere Rolle zu, indem wir eine zentrale Verbindungsperson speziell für unsere Ausschüsse, AGs, Kommissionen usw. definieren. Ein wichtiges Forum für den Austausch und die Bündelung der Kräfte bietet auch unser jährlicher Strategietag vor der Herbsttagung.

## Die DDG arbeitet auch an ihren Strukturen. So wurde z.B. 2018 der Verhaltenskodex aktualisiert und jetzt das Zertifizierungsverfahren digitalisiert. Steht Weiteres an?



PROF. DR. MONIKA KELLERER

Präsidentin der DDG  
Marienhospital Stuttgart  
Zentrum für Innere Medizin I



PROF. DR. ANDREAS NEU

Vizepräsident der DDG  
Universität Tübingen  
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

**Prof. Kellerer:** Ja, die Liste ist lang. So arbeiten wir derzeit an einem Relaunch unserer Homepage und an einer digitalen Erneuerung der Mitgliederdatenbank. Die Zertifizierungen wiederum sollen nicht nur digital, sondern auch zeitgemäßer und bedarfsgerechter werden.

**Prof. Neu:** Die Implementierung der Weiterbildungsordnung auf Landesebene und die modulare Gestaltung der Diabetologenausbildung sind weitere Aufgaben, denen sich die DDG intensiv widmen wird.

## Wie lässt sich solch ein Vorstandsamt mit der hauptberuflichen Kliniknichtigkeit verbinden?

**Prof. Neu:** Berufspolitische Aktivitäten, die auch die Präsenz im eigenen Haus einschränken, sind eine große Herausforderung. Reguläre Klinik- und ehrenamtliche Tätigkeit müssen gut aufeinander abgestimmt werden. Dies kann nur gelingen, wenn die hauseigenen Strukturen gut funktionieren und vom gesamten Team getragen werden. Daher habe ich großen Wert darauf gelegt, mein Diabetesteam in die Entscheidung zur Kandidatur einzubeziehen und die Veränderungen zu besprechen.

**Prof. Kellerer:** Als Klinikerin brauche ich hierzu vor allem die Rücken- deckung durch die Krankenhaus-

leitung und ein hervorragendes Mitarbeiterteam – beides habe ich erfreulicherweise. Man sollte viel Energie und Freude an der Arbeit sowie den Gestaltungsmöglichkeiten haben – dann wird das hoffentlich schon werden.

## Wenn von Diabetes die Rede ist, werden oft beunruhigende Bilder, etwa das eines Tsunamis, verwendet. Was macht Ihnen Hoffnung, dass sich die Situation verbessern lässt?

**Prof. Neu:** Ob es uns gelingt, die Lebensgewohnheiten der Menschen nachhaltig zu beeinflussen, lässt sich schwer abschätzen. Die Verbesserung der Versorgung halte ich für ein realistisches, machbares Ziel. Wenn es uns zudem gelingt, in manchen Bereichen präventiv auf die Gesellschaft einzuwirken, haben wir viel erreicht.

**Prof. Kellerer:** Wenn die Nationale Diabetesstrategie – wie im Koalitionsvertrag vereinbart – endlich in die Umsetzungsphase gehen würde, könnte das Hoffnung machen. Denn hier werden wichtige Weichen für Forschung, Prävention und Versorgung gestellt. Wir erhöhen deshalb den politischen Druck. Die Kernpunkte sind in einem Positionspapier von DDG, VDBD und diabetesDE festgehalten. Im nächsten Schritt werden Teams damit in den Bundesländern auf die Politik zugehen.

Interview: Michael Reischmann

»Die DDG wird in ihren Formaten und Veranstaltungen digitaler werden«

»Die Verbesserung der Versorgung halte ich für ein machbares Ziel«





# Leider keine Science-Fiction

Krankenhäuser und Arztpraxen sind ein beliebtes Angriffsziel von Kryptotrojanern



**WIESBADEN.** Der diesjährige Internistenkongress setzte deutliche Schwerpunkte im Digitalen. Thematisiert wurde auch, was vielen Ärzten noch Science-Fiction zu sein scheint, aber längst Realität ist: Cyberkriminalität – ein Phänomen, das die medizinische Versorgung in ihren Grundfesten gefährden kann. Cyberkrieger wissen sowieso, dass die medizinische Versorgung zu den neuralgischen Punkten eines Landes gehört.

Zuerst fallen nur ein paar Befundarbeitsplätze in der Radiologie aus. Dann werden es mehr. Auf einmal ein Totalausfall der CT-Bildgebung. Der Virus, der über einen USB-Stick eingeschleust wurde, breitet sich aus. Immer mehr Rechner des Hauses werden von ihm befallen – Belegungspläne werden an die Wand gemalt, es dürfen keine Notfallpatienten mehr aufgenommen werden und kritische Patienten müssen in andere Kliniken verlegt werden.

Dieses Szenario spielte sich Anfang Februar in der Berliner Charité ab – zum Glück nur als Übung. Zwei Jahre zuvor waren solche Szenen im Lukas-Krankenhaus in Neuss erschreckende Realität. In dem als digitalem Vorzeigekrankenhaus geltenden Haus hatte sich ein Erpressertrojaner eingenistet und blitzschnell verbreitet. Sein Ziel: Die Dateien im Netzwerk so zu verschlüsseln, dass ein Zugriff darauf für das Krankenhaus unmöglich wird.

Über eine Nachricht auf den infizierten Rechnern forderten die Erpresser Lösegeld für die Software,

mit der die Dateien entschlüsselt werden können. Der Kampf um den Datenzugriff dauerte mehrere Tage, eingeschaltet waren auch das Landeskriminalamt und das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI). Das Krankenhaus konnte sich letztlich über das Einspielen eines Back-ups retten. Lösegeld wurde keines gezahlt – aber der Kampf gegen den Trojaner hat rund eine Million Euro gekostet und viele Zweifel aufkommen lassen.

## 15 Stellen für mehr Sicherheit, alle außerhalb der IT

Seitdem sind zwei Jahre vergangen – was haben die Kliniken gelernt? MARTIN PEUKER, CIO und Leiter des Geschäftsbereichs IT der Charité, erzählt auf dem Internistenkongress, was die Hauptstadtambulanz in die Wege geleitet hat, um sich vor Cyberangriffen zu schützen. Grundlegend seien dabei organisatorische Maßnahmen gewesen.

„Das klingt vielleicht nicht nach Rocket Science“, so Peuker, doch habe die Charité so viel in Sachen Cybersicherheit aufholen können. Heute gebe es mit der Stabsstelle Informationssicherheit, der Datenschutzabteilung und dem Datenschutzmanagement 15 Personen außerhalb der IT, die sich auf organisatorischer Ebene um Datenschutz und Informationssicherheit kümmern – obwohl keine der Maßnahmen in einer DRG-Pauschale mitfinanziert sei. Zu den technischen Maßnahmen

gehörten die Separierung von Netzwerksegmenten, die Schaffung von Redundanz durch zwei Rechenzentren und der Endgeräteschutz über z.B. Rechtentrennung, lokale Firewall-Einstellung und verbesserte Antivirenlösungen. Dazu sei ein Mobile Device Management implementiert worden – „die Zukunft ist nicht nur digital, auch mobil“, so Peuker.

## Den Ausnahmezustand üben – wer ist eigentlich betroffen?

Ziel der Stabsübung Anfang des Jahres sei es dann gewesen, Abläufe im Falle eines möglichen Eingriffs zu üben und die von der IT ergriffenen Maßnahmen zur technischen Bewältigung des Szenarios mit der Krisenstabsarbeit im Krankenhaus zu verzahnen. Wie verhalten sich Ärzteschaft, Pflegekräfte und anderes Personal, welche Maßnahmen müssen ergriffen werden? Welche Bereiche sind von einem solchen – vermeintlich rein technischen – Szenario überhaupt betroffen?

Auch das evangelische Krankenhaus in Gießen ist Vorreiter in Sachen „Neuland“. Das papierarme Krankenhaus verfolgt schon länger eine gezielte Digitalisierungsstrategie, die digitale Visite ist längst Teil der Prozesse. SEBASTIAN POLAG ist Geschäftsführer der Klinik. Er hat die Hacker sogar selbst eingeladen. Allerdings musste er sie auch bezahlen (im sehr niedrigen fünfstelligen Bereich): Die Berufshacker sollten für ihn einen Offsite- und einen

Vor-Ort-Pentest durchführen, also Penetrationstests, die Sicherheitslücken ausfindig macht.

Bevor er den Profihackern aber am 13. August 2018 für 48 Stunden freie Hand ließ, erfolgte eine Selbsteinschätzung, die Sicherheitsentscheidungen nach sich zog. Dazu gehörte die konzernweite Sperrung der USB-Ports, die Erhöhung der E-Mail-Sicherheit über die Sperrung von Anhängen, die Verschlüsselung aller Mobile Devices, die Aktualisierung des Netzwerkplans und die Überprüfung von Firewalls, Servern, Switches, WLAN und Firmware.

## Die größten Schwachstellen verstecken sich in der Software!

Dank dieser Vorbereitung ist es den Hackern – die auch in leere Büros eindringen und z.B. über den Drucker Eingang suchten – tatsächlich nicht gelungen, in das System einzudringen. Von außen also kein Zugriff möglich. Von innen hingegen konnten sie Schwachstellen nutzen, etwa die unzureichende Trennung der internen Cluster, was einem Angreifer der Strahlentherapie auch gleich noch den Zugriff auf die Herzkatheter ermöglichen könnte.

Das Bemerkenswerte sei aber gewesen, so Polag, dass sich zugekaufte Software als die größte Schwachstelle offenbarte: das Krankenhausinformationssystem, die Patientenakten, Archivsysteme und medizintechnische Software und Applikationen. Das Krankenhaus zog hieraus eine harte Konsequenz: Bei relevanter Software führt das Haus heute Pentests auf eigene Kosten durch, um sich keine Sicherheitslücken ins Haus zu holen. Erschreckend.

## In den Praxen lassen Mitarbeiter den Virus oft selbst rein

Und bei den Niedergelassenen? Einbis zweimal in der Woche wird beim bayerischen Landesamt für Datenschutz ein Unternehmen – darunter viele Arztpraxen – mit der Schreckensmeldung vorstellig, das System sei von einem Schadprogramm befallen. Häufigstes Einfallstor für Schadprogramme ist die „Schwachstelle Mensch“, sagt ANDREAS SACHS, der beim Bayerischen Landesamt für Datenschutz für Cybersicherheit und Technischen Datenschutz verantwortlich ist.

Der klassische Fall beginnt mit dem Mitarbeiter, der einen Anhang

»Relevante Software testen wir heute selbst«

öffnet, weil in der E-Mail auf eine offene Rechnung verwiesen wird. Diese Mails können täuschend echt geschrieben sein und sogar von einem bekannten Account stammen. Der Mitarbeiter kann die Rechnung nicht zuordnen, er vermutet eine falsche Adressierung und löscht die Mail. Da der Antivirens Scanner nicht angeschlagen hat, denkt er sich nichts. Doch im Hintergrund macht der Schadcode seine Arbeit. Manche Eindringlinge sind heute sogar in der Lage, im Vorfeld den Kontostand der Praxis oder des Krankenhauses auszuspähen, um eine Summe exakt in der zur Verfügung stehenden Höhe zu fordern, so der Experte.

## Selbst die Datensicherung kann vom Virus befallen sein

Verschlüsselt sind dann auch Dateien auf den zentralen Servern und ganze Datenbanken. Mit einer funktionierenden Datensicherung gibt es eine Chance, das System wieder zum Laufen zu bringen. Aber das dauert in der Regel mehrere Tage und es ist auch nicht gewiss, dass es funktioniert: Größere Einrichtungen werden heute von so gewitzten Programmen angegriffen, dass auch die Datensicherungen vor der heimtückischen Verschlüsselung nicht sicher sind.

Um für diese realen Bedrohungen Awareness zu schaffen, führt das Bayerische Landesamt gerade gezielt Prüfungen in Arztpraxen durch. Dabei schauen sie auf die technische und organisatorische Eignung und Wirksamkeit der automatisierten Back-ups und die Praxis des Zurückspielens von Back-ups, den Anschluss des Praxisverwaltungssystems oder von Netzwerklaufwerken an das Internet und die Sensibilisierung der Mitarbeiter zum Thema Kryptotrojaner und Phishing.

Als Zwischenergebnis konnte die Behörde schon festhalten, dass die Praxis-IT oft ans Internet angeschlossen ist, sodass eine Infektion durch Ransomware nicht nur wahrscheinlicher ist, sondern bei Befall auch mit einem größeren Schadensausmaß zu rechnen ist. In einigen Praxen waren offensichtlich auch die Backup-Konzepte nicht ausreichend und es fehlten Routinen, Übungen und Tests des Einspiels von Datensicherungen. „Einziges Lichtblick der Prüfung“ sei gewesen, dass die Arztpraxen von der Bedrohung durch Ransomware wussten. Das ist gut – es reicht aber leider nicht.

Anouschka Wasner

»Der Kampf mit dem Trojaner hat eine Million Euro gekostet«

## Geteiltes Passwort ist gar kein Passwort

Im Gesundheitswesen gibt es erheblichen Nachholbedarf, was die digitalen Sicherheit betrifft. Das zeigte eine Analyse der Versicherer. Die Defizite beginnen schon bei so einfachen Dingen wie dem Passwort zum Praxissystem: So nutzten 22 von 25 Praxen sehr einfache Passwörter (wie: Behandlung oder Praxis) oder gar keine. In 22 von 25 Praxen teilten sich mehrere Nutzer ein Kennwort. Und in 20 von 25 Praxen hatten alle Benutzer Admin-Rechte. Quelle: IT-Sicherheitsüberprüfung des GDV, Dez 2018



# Risikosuche und Intervention

## Halbzeit beim Innovationsfondsprojekt „Diabetes mellitus? Ich nicht!“

**SCHLESWIG.** Seit 2018 können sich Versicherte mit einem erhöhten Diabetesrisiko in Schleswig-Holstein und Hessen in das vom Innovationsfonds geförderte Projekt „Dimini“ (Diabetes mellitus? Ich nicht!) einschreiben. Ende September 2020 werden die Daten der letzten Teilnehmer vorliegen. Erste positive Zwischentrends gibt es bereits.

Das Ziel von Dimini ist es, Menschen mit einem erhöhten Diabetes-Risiko zu erkennen und in die Lage zu versetzen, die Entstehung von Diabetes ganz zu vermeiden oder zumindest hinauszuzögern. In Hessen können Versicherte der AOK Hessen teilnehmen, in Schleswig-Holstein Versicherte von AOK NordWest, Techniker Krankenkasse, Barmer und DAK-Gesundheit.

Bis Ende Juni 2019 können diese Versicherten bei 140 Ärztinnen und Ärzten in Hessen und bei 115 Mediziner in Schleswig-Holstein kos-

tenlos einen „Findrisk“-Test durchführen lassen.

### Praxen geben Empfehlungen zur Lebensstiländerung

Mit dem Fragebogen wird die Wahrscheinlichkeit, in den nächsten zehn Jahren an einem Diabetes mellitus Typ 2 zu erkranken, ermittelt. Bis zum 20. Mai 2019 haben 3301 Versicherte den Test absolviert; 5000 Tests werden angestrebt. 591 Versicherte aus Hessen und 483 aus Schleswig-Holstein erreichten im Findrisk\* mindestens zwölf Punkte, also eine Wahrscheinlichkeit von mindestens 15 %, und wurden damit in die Studie aufgenommen, berichtet der Diabetologe Dr. CARSTEN PETERSEN vom Dimi-

ni-Büro in Schleswig. Bei 61 der getesteten Patienten wurde ein vorher nicht bekannter Diabetes mellitus Typ 2 diagnostiziert; ihnen wurde geraten, am DMP teilzunehmen. Die Dimini-Studienteilnehmer erhalten in den Praxen Empfehlungen, wie sie ihren Lebensstil ändern können, um das Diabetesrisiko zu senken. Das geschieht entweder mit einer „Präventionsempfehlung“

(Muster 36) oder mit einem „Interventionsset“. Letzteres enthält Broschüren, Ernährungs- und Bewegungstagebuch, Lebensmittelliste, Taillenmaßband und Pedometer.

### Überzeugt das Angebot, spricht das für eine Regelversorgung

Alternativ gibt es die eigens entwickelte „DIP-App“ fürs Smartphone. Es werden individuelle Zielvereinbarungen getroffen, beispielsweise zu Abnehmen, mehr Bewegung und weniger Stress.

Die Teilnahmezeit an der Studie beträgt 15 Monate. 796 der Teilnehmer haben inzwischen den ersten Kontrolltermin drei Monate nach Beginn absolviert, 302 auch schon den zweiten nach neun Monaten. 34 Probanden sind bereits fertig. Ende September nächsten Jahres werden die letzten Dimini-Teilnehmer die Studie durchlaufen haben. Voraussichtlich Ende des ersten Quartals 2021 sollen die wissenschaftlichen Ergebnisse publiziert werden. Wenn diese überzeugen, empfehlen sich nach der Arithmetik des Innova-

tionsfonds der Risikofragebogen und das Interventionsprogramm für die Regelversorgung.

Zum jetzigen Zeitpunkt seien die Konsortialmitglieder des Dimini-Projekts mit dem erreichten Stand recht zufrieden, berichtet Dr. Petersen. Die Konsortialführung hat die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein. Beteiligt sind neben der KV Hessen und den genannten Krankenkassen unter anderem auch die DDG, die Bundesagentur für Arbeit und ein Pharmaunternehmen.

### Risikofälle: Im Schnitt 54 Jahre alt mit einem BMI von 32,8

Eine vorläufige Aussage, basierend auf einer Interimsanalyse von 417 Frauen und 219 Männern, betrifft die Durchschnittswerte der Menschen, die ein erhöhtes Diabetesrisiko aufweisen. Im Schnitt sind sie 53,9 Jahre alt und 94,8 Kilogramm schwer bei einer Körpergröße von 1,70 Meter. Ihr Taillenumfang liegt bei 108,1 cm, ihr Body-Mass-Index beträgt 32,8 kg/m<sup>2</sup>. „Diese Werte sind keine Überraschung, sondern bestätigen: Abdominal bedingte Adipositas ist ein Risikofaktor für die Entstehung von Diabetes“, betont Dr. Petersen. REI

\* www.dimini.org/diabetes-risiko-test/



In Schleswig-Holstein und Hessen seit 2018 in der Erprobung.

Foto: Dimini

Interventionsset mit Tagebuch, Pedometer und Taillenmaßband

## Potsdamer Tag der Wissenschaften – Diabetesforschung am DIfE

Vorträge und Mitmachaktionen rund um die Diabeteserkrankung

**POTSDAM.** Das Deutsche Institut für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke (DIfE), Partner des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung (DZD), beteiligte sich zum siebenten Mal am Potsdamer Tag der Wissenschaften. Trotz des Dauerregens begrüßten die 35 wissenschaftlichen Einrichtungen auf dem Campus der Fachhochschule Potsdam mehr als 10 000 Besucher.

Das DIfE nahm das zehnjährige DZD-Jubiläum zum Anlass, um mit Vorträgen und Mitmachaktionen Wissenswertes zum Thema Diabetes zu vermitteln. Dabei stellten sich Forscher aus der Abteilung Experimentelle Diabetologie, der Arbeitsgruppe Klinische Ernährung und der Nachwuchsgruppe Zentrale Regulation des Stoffwechsels den Fragen des Publikums.

### Intervallfasten gegen Typ-2-Diabetes?

Die Leiterin der Abteilung Experimentelle Diabetologie am DIfE und DZD-Sprecherin Professor Dr. ANNETTE SCHÜRMANN erklärte in ihrem Vortrag, welche Faktoren zur Diabetesentstehung beitragen, wie der Erkrankung vorgebeugt und

wie sie derzeit behandelt wird. Im zweiten Teil widmete sie sich dem Thema Intervallfasten und seiner schützenden Wirkung vor Typ-2-Diabetes. Fazit: Intervallfasten ist eine alltagskompatible Möglichkeit, um Gewicht zu verlieren und die Insulinempfindlichkeit zu verbessern, vorausgesetzt, es wird tatsächlich weniger Energie aufgenommen.

### Welche Diabetestypen gibt es?

Rund 7,5 Millionen Deutsche sind an Typ-1- oder Typ-2-Diabetes erkrankt, Tendenz steigend. Doch was verbirgt sich hinter diesen beiden Diabetestypen? Wodurch sind sie charakterisiert und wer erkrankt an dem jeweiligen Typ? Darüber

konnten sich die Besucher des DIfE-Pavillons im Forschercamp mit dem Diabetes-Puzzle ein Bild machen. Auch die Kleinsten waren eifrig dabei, die zehn Teile zusammenzusetzen.

### Wie hoch ist das individuelle Risiko für Typ-2-Diabetes?

Diese Frage beantworteten sich die Gäste schnell, unkompliziert und ohne Blutabnahme mit dem DIfE – DEUTSCHER DIABETES-RISIKO-TEST®. Dafür beantworteten sie elf Fragen unter anderem zur Ernährung, zum Taillenumfang und zur familiären Vorbelastung. Am Ende wurde das individuelle Risiko ermittelt, innerhalb der nächsten

fünf Jahre an einem Typ-2-Diabetes zu erkranken. Ging das Risiko über den grünen Bereich hinaus, klärten die Diabetesforscher über die wichtigsten durch die Ernährung und den Lebensstil beeinflussbaren Risikofaktoren auf.

### Getränke – Dickmacher oder Durstlöcher?

Der tägliche Konsum von Softdrinks und anderen zuckergesüßten Getränken trägt langfristig zu einer Gewichtszunahme von einem Kilogramm pro Jahr bei und erhöht damit das Risiko für einen Typ-2-Diabetes. Mit Zuckerwürfeln in Flaschen veranschaulichte das DIfE-Team den Zuckergehalt beliebter Getränke wie Apfelschorle, Zitronenlimonade oder dem harmlos wirkenden Wasser mit Fruchtgeschmack, das mit rund 24 Zuckerstücken pro 1,5 Liter für Staunen sorgte. Zusätzlich wurde das Bewusstsein über die „flüssigen Kalorien“ in einem Quiz geschärft.

### „Warum essen wir oft zu viel, warum ist Abnehmen so schwer?“

Darauf ging Dr. André Kleinriders, Leiter der DIfE-Nachwuchsgruppe Zentrale Regulation des Stoffwechsels, näher ein. Er erklärte in seinem Vortrag, dass die Energiehomöostase bei gesunden Menschen über das Gehirn gesteuert und durch die Zufuhr an Zucker und Fett sowie die Hormone Insulin und Leptin reguliert wird. Faktoren wie Stress oder bestimmte Nahrungskomponenten können dieses Gleichgewicht jedoch stören und langfristig zu einer erhöhten Kalorienzufuhr und Übergewicht mit all seinen Folgeerkrankungen führen.

DIfE



Prof. Schürmann unterstützt eine Besucherin beim Ausfüllen des DIfE – DEUTSCHER DIABETES-RISIKO-TEST®.

Foto: Carolin Schrandt/DIfE

### DZD-Forschung am DIfE

Das DIfE betreibt seit zehn Jahren experimentelle und angewandte Diabetesforschung innerhalb des DZD. In interdisziplinärer Zusammenarbeit identifizieren und charakterisieren die Wissenschaftler Gene und epigenetische Veränderungen, die zum Typ-2-Diabetes beitragen, optimieren den DIfE – DEUTSCHER DIABETES-RISIKO-TEST® als klinisches Typ-2-Diabetes-Screening-Instrument und beteiligen sich an klinischen Studien, um Diabeteserkrankungen zu vermeiden und besser therapieren zu können. Weitere Informationen unter [www.dife.de](http://www.dife.de) bzw. [www.dzd-ev.de](http://www.dzd-ev.de).

Der DIfE – DEUTSCHER DIABETES-RISIKO-TEST® kann kostenfrei unter [drs.dife.de](http://drs.dife.de) durchgeführt werden.



# Ausgeprägte Nephroprotektion

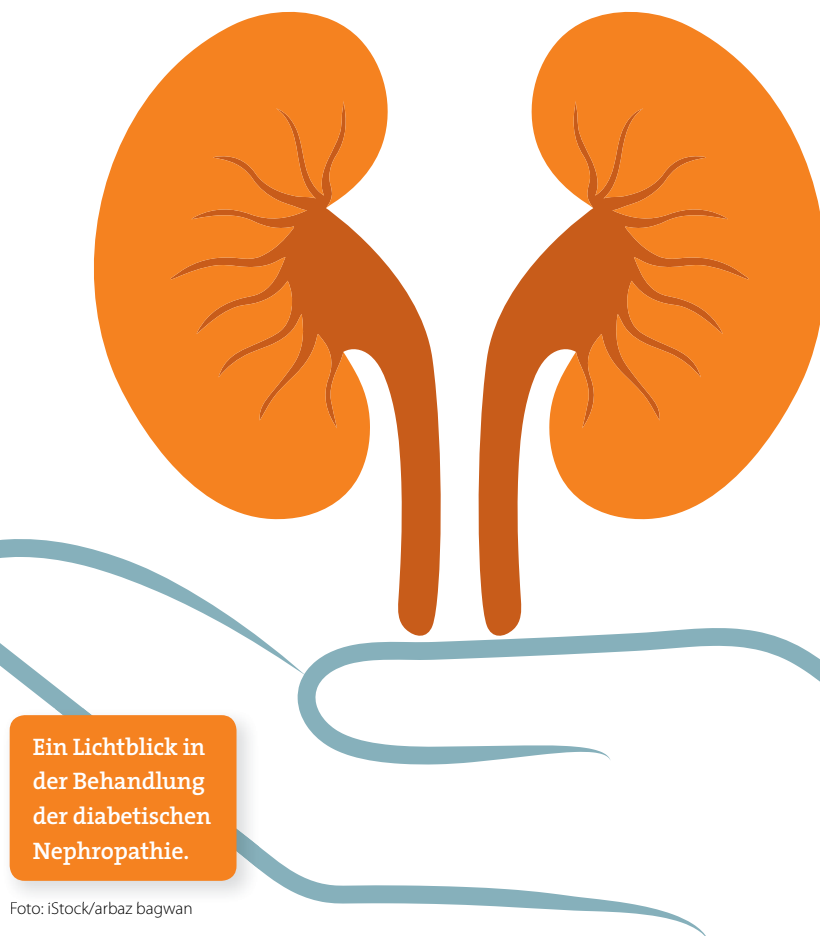
CRENENCE-Studie wegen klaren Benefits vorzeitig beendet

**SYDNEY.** Der SGLT2-Inhibitor Canagliflozin hat nephroprotektives Potenzial. Der ausgeprägte präventive Effekt bei Typ-2-Diabetespatienten mit Nephropathie führte zum vorzeitigen Abbruch einer entsprechenden Langzeit-Studie.

Nachdem sich in Studien mit kardiovaskulären Endpunkten Hinweise auf nephroprotektive Effekte von SGLT2-Inhibitoren ergeben haben, wurde dies jetzt in der randomisierten, multi-zentrischen Doppelblind-Studie CRENENCE gezielt überprüft.

## Canagliflozin zusätzlich zu renaler Basistherapie

Eingeschlossen wurden Typ-2-Diabetespatienten mit chronischer Nierenerkrankung. Die geschätzte glomeruläre Filtrationsrate (eGFR) bewegte sich zwischen 30 und 89 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> und der Albumin-Kreatinin-Quotient rangierte zwischen 301 und 5000 mg/g. Alle Patienten wurden mit Inhibitoren des Renin-Angiotensin-Systems (Monotherapie) behandelt. Zusätzlich erhielten die Patienten randomisiert entweder den SGLT2-Inhibitor Canagliflozin in einer Dosis von 100 mg täglich oder ein Placebo. Das glykämische Management im Hintergrund sowie die Kontrolle kardiovaskulärer Risikofaktoren wurde entsprechend



Ein Lichtblick in der Behandlung der diabetischen Nephropathie.

Foto: iStock/arbaz bagwan

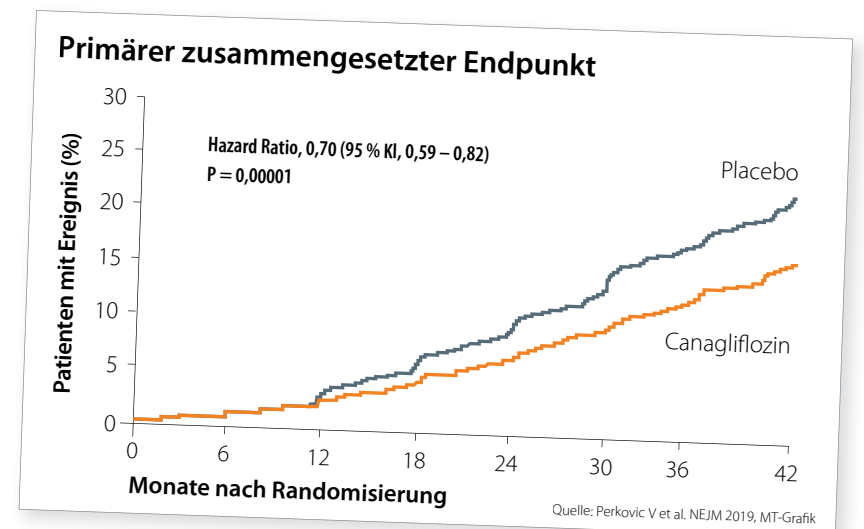
lokaler Leitlinien durchgeführt. Primärer Studienendpunkt war eine Kombination aus terminalem Nierenversagen (Dialyse, Transplantation oder eGFR von auf Dauer weniger als 15 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>), eine Verdopplung des Kreatininwerts oder Tod mit renaler bzw. kardiovaskulärer Ursache.

## Eine signifikante Risikoreduktion zeichnete sich vorzeitig ab

Bereits bei der planmäßig durchgeführten Interimsanalyse zeigte sich, dass die Patienten deutlich von der Behandlung mit dem SGLT2-Inhibitor Canagliflozin profitierten. Das Datenüberwachungskomitee sprach sich daraufhin für eine vorzeitige Beendigung der Studie aus. Zu diesem Zeitpunkt waren 4401 Patienten

aus 34 Ländern randomisiert und der mediane Follow-up-Zeitraum betrug 2,62 Jahre.

Das Risiko, den primären Studienendpunkt zu erreichen, war in der Verumgruppe gegenüber Placebo signifikant um 30 % vermindert. Die Rate entsprechender Ereignisse betrug 43,2 vs. 61,2 pro 1000 Patientenjahre. Das Ausmaß der Nephroprotektion bewegte sich immer in derselben Größenordnung, unabhängig davon, welche Parameter man ins Auge fasste: Das Risiko eines terminalen Nierenversagens, einer Verdopplung des Kreatininwerts oder eines renal bedingten Todes wurde durch Canagliflozin um 34 % gesenkt ( $p < 0,001$ ). Und das relative Risiko, eine Niereninsuffizienz im Endstadium zu entwickeln, war



## Und der Wirkmechanismus?

Laut den Studienautoren bestanden zwischen den beiden Behandlungsgruppen über den Studienverlauf hinweg nur geringe Unterschiede hinsichtlich Blutzucker, Blutdruck und Gewicht. Es sei daher wahrscheinlich, dass die nierenschützende Wirkung von Canagliflozin nicht durch die Blutzuckersenkung zustande kommt. Denkbar wäre eine Reduktion des intraglomerulären Drucks. Studien zur Entschlüsselung des Wirkmechanismus sind bereits unterwegs.

früheren Studien berichtet worden war, wurde in dieser Studie unter Canagliflozin nicht beobachtet. Die Amputationsraten der unteren Extremität lagen in der Verumgruppe bei 12,3 pro 1000 Patientenjahre vs. 11,2 in der Placebogruppe. Das Risiko von Ketoazidosen war – mit 2,2 versus 0,2 in 1000 Patientenjahren – unter Canagliflozin erhöht.

Die CRENENCE-Studie spricht dafür, dass der SGLT2-Inhibitor Canagliflozin eine effiziente Therapieoption für Typ-2-Diabetespatienten mit renalen Folgeschäden sein könnte. Nach rund zwei Jahrzehnten scheint dies erstmals wieder ein „Lichtblick“ in der Behandlung der diabetischen Nephropathie zu sein, so die Studienautoren. Damals war erstmals die Effizienz einer Blockade des Renin-Angiotensin-Systems nachgewiesen worden. Bei der Interpretation der neuen Daten ist zu bedenken, dass Canagliflozin zusätzlich zu einer Basistherapie mit ACE-Hemmern bzw. Angiotensin-Rezeptor-Blockern gegeben wurde. Dies unterstreicht die klinische Relevanz der Ergebnisse, betonen die Autoren.

Ulrike Viegener

Perkovic V et al. NEJM 2019; DOI: 10.1056/NEJMoa1811744

»Es unterstreicht die klinische Relevanz der Ergebnisse«

## Hybrid-Closed-Loop-Systeme auch im Vorschulalter sicher und effektiv

Einsatz von verdünntem Insulin vorteilhaft?

**CAMBRIDGE.** Erwachsene Typ-1-Diabetespatienten profitieren hinsichtlich der glykämischen Kontrolle von einer Insulintherapie über hybride Closed-Loop-Pumpensysteme. Ein internationales Forscherteam konnte nun belegen, dass dies auch für Kinder im Vorschulalter gilt.

Closed-Loop-Systeme passen die Insulinabgabe automatisch an den Blutzuckerspiegel an. Neben vollständig autonom arbeitenden Modellen sind Hybrid-Systeme auf dem Markt, bei welchen ein partielles Mitwirken des Patienten – beispielsweise in Form von Bolusgaben

zu den Mahlzeiten – erforderlich ist. Ob sich solche Systeme auch für Kinder im Vorschulalter eignen und welchen Nutzen dabei die Verwendung von verdünntem Insulin bringt, hat ein europäisches Wissenschaftlerkonsortium nun im Rahmen einer randomisierten Multicenterstudie geklärt.

Teilnehmer waren 15 Jungen und neun Mädchen im Alter zwischen ein und sieben Jahren, die seit mindestens sechs Monaten die Diagnose Typ-1-Diabetes hatten und seit mindestens drei Monaten mit einer Insulinpumpe versorgt waren. Alle Kinder wurden in ihrem häuslichen

Umfeld im Rahmen des Cross-over-Studiendesigns über einen Zeitraum von jeweils drei Wochen mit einem Hybrid-Closed-Loop-System und verdünntem (U20) bzw. Standard-Insulin (U100) behandelt. Die Studienendpunkte umfassten u.a. die glykämische Kontrolle sowie die

»Behandlung im häuslichen Umfeld«

Häufigkeit hypoglykämischer Episoden.

Bezüglich des primären Studienendpunkts, des prozentualen Anteils der Zeit im Blutzucker-Zielbereich (3,9–10,0 mmol/l), unterschieden sich die beiden Studieninterventionen nicht signifikant (Closed-Loop mit verdünntem versus Closed-Loop mit Standard-Insulin: 72 ± 8 vs. 70 ± %;  $p = 0,16$ ). Gleiches galt für die durchschnittlichen Blutzuckerspiegel, die Blutzuckervariabilität sowie die prozentuale Zeitdauer mit einer Glukosekonzentration < 3,9 mmol/l.

Auch Hypoglykämien (Blutzucker < 3,5 mmol/l) traten unter den bei-

den Insulin-Abgabesystemen ähnlich häufig auf. Die pro Tag insgesamt verabreichte Insulindosis war ebenfalls in beiden Gruppen ähnlich (17,3 ± 5,6 vs. 18,9 ± 6,9 Units/Tag;  $p = 0,07$ ). Genauso verhielt es sich bei der basalen Insulinabgabe. Bezüglich der Bolus-Insulingaben erwies sich das verdünnte Insulin allerdings als zumindest geringfügig vorteilhaft (10,4 ± 3,5 vs. 11,8 ± 4,2 Units/Tag;  $p = 0,006$ ). Schwere Hypoglykämien oder Ketoazidosen beobachtete das Team bei keinem der Probanden.

JL

Tauschmann M et al. Diabetes Care 2019; 42: 594-600



# Der Vorteil liegt auf der Zunge

Erster oraler GLP1-Rezeptoragonist im Direktvergleich mit DPP4-Hemmer

**DALLAS.** In einer Phase-IIIa-Studie wurden bei nicht zufriedenstellend kontrollierten Typ-2-Diabetespatienten zwei inkretinbasierte Therapien miteinander verglichen: der GLP-1-Rezeptoragonist Semaglutid und der DPP4-Inhibitor Sitagliptin, beide in oraler Darreichungsform.

GLP1-Rezeptoragonisten hatten bislang einen großen Nachteil: Sie mussten subkutan injiziert werden. Das wird sich jetzt ändern, denn es ist erstmals gelungen, ein GLP1-Analogon – nämlich Semaglutid – in Tablettenform bereitzustellen. Diese Innovation dürfte den GLP1-Rezeptoragonisten als Zweitlinientherapie beim Typ-2-Diabetes Aufwind verschaffen. Denn diese Wirkstoffe haben ein interessantes Profil: Sie senken den Blutzucker effektiv, ohne dass dies mit einem Hypoglykämierisiko verbunden ist. Und sie begünstigen eine Gewichtsreduktion. Zudem gibt es Hinweise auf präventive Effekte mit Blick auf das kardiovaskuläre Risiko. DPP4-Inhibitoren als weitere inkretinbasierte Therapie scheinen da nicht ganz mithalten zu können, sie hatten jedoch bislang den Vorteil der oralen Verfügbarkeit auf ihrer Seite.

## 206 Zentren in 14 Ländern rekrutierten 1864 Patienten

Vor diesem Hintergrund wurde eine Phase-IIIa-Studie (PIONEER 3) durchgeführt, in der Semaglutid und Sitagliptin – beide einmal täglich oral appliziert – verglichen wurden. 206 Zentren in 14 Ländern rekrutierten insgesamt 1864 Typ-2-Diabetespatienten für diese randomisierte Doppelblind-Studie, die über 78 Wochen lief. Alle Patienten waren vorher mit Metformin und eventuell zusätzlich mit einem Sulfonylharnstoff behandelt worden, ihr Stoffwechsel ließ sich mit dieser Therapie jedoch nicht zufriedenstellend einstellen.

## Senkung des HbA<sub>1c</sub>-Werts um 1,3 Prozentpunkte

Die vorbestehende Metformin(/SH)-Therapie wurde während der Studie unverändert beibehalten. Zusätzlich erhielten die Patienten Semaglutid in einer Dosis von einmal täglich 3 mg, 7 mg bzw. 14 mg oder Sitagliptin in der Standard-Tagesdosis von 100 mg. Semaglutid wurde einschleichend dosiert, wobei jeweils mit 3 mg täglich über vier Wochen gestartet wurde. Andere Diabetes- und Adipositasmedikamente mussten spätestens 90 Tage vor Studienbeginn abgesetzt worden sein. 1758 Patienten führten die Studie bis zum Ende durch. Der mittlere HbA<sub>1c</sub>-Wert hatte zu Beginn der Studie 8,3 % betragen und veränderte sich bis zur

26. Woche wie folgt: -0,6, -1,0 bzw. -1,3 Prozentpunkte unter Semaglutid 3, 7 bzw. 14 mg/d und -0,8 Prozentpunkte unter Sitagliptin 100 mg/d. Damit war der GLP1-Rezeptoragonist in einer Tagesdosis von 7 bzw. 14 mg dem DPP4-Inhibitor signifikant über-

legen. Der Test auf Nichtunterlegenheit der 3-mg-Dosis fiel negativ aus.

## Deutlicher Gewichtsverlust in den Semaglutid-Gruppen

Der mittlere Body-Mass-Index hatte zu Beginn der Studie bei 32,5 kg/m<sup>2</sup> gelegen. Bis zur 26. Woche wurde folgende Gewichtsentwicklung beobachtet: -1,2, -2,2 und -3,1 kg unter Semaglutid 3, 7 bzw. 14 mg/d und -0,6 kg unter Sitagliptin. Auch mit Blick auf das Körpergewicht er-

wies sich Semaglutid in den beiden höheren Dosierungen als signifikant überlegen. Die 3-mg-Dosis wurde diesbezüglich nicht getestet, nachdem in puncto HbA<sub>1c</sub> keine Nichtunterlegenheit nachgewiesen werden konnte. Die Gewichtsentwicklung nach 78 Wochen deutet auf günstige Effekte aller drei Dosierungen hin.

Ulrike Viegener

Rosenstock J et al. JAMA 2019; doi:10.1001/jama.2019.2942

»Orale Verfügbarkeit«

## Höhere Dosis = mehr Nebenwirkungen?

Wegen der geringen oralen Bioverfügbarkeit von Peptiden sind bei oraler Semaglutid-Gabe höhere Dosierungen erforderlich als bei subkutaner Applikation. Die Nebenwirkungen, die in PIONEER 3 unter oral verabreichtem Semaglutid beobachtet wurden, entsprachen dem aus „Subkutan-Studien“ bekannten Nebenwirkungsprofil. Im Vordergrund standen gastrointestinale Beschwerden wie Übelkeit, die meist als leicht bis mittelschwer einzustufen gewesen seien. Allerdings brachen in der Gruppe mit der höchsten Prüfdosis von 14 mg/d doppelt so viele Patienten (11,6%) die Therapie vorzeitig aufgrund von Nebenwirkungen ab wie unter den anderen Dosierungen (5,6 bzw. 5,8 %).

# IN DER EINSTELLPHASE\*



# 43%

geringere Rate an bestätigten Hypoglykämien < 54 mg/dl (< 3,0 mmol/l) unter Toujeo®

vs. Insulin degludec 100E/ml bei insulin-naiven Typ-2-Diabetespatienten zu jeder Tageszeit,<sup>1, \*\*</sup>

## AUF DIE EINSTELLUNG KOMMT ES AN!

**2018 ADA/EASD – CONSENSUS REPORT: ALGORITHMUS FÜR DIE THERAPIE DES TYP-2-DIABETES<sup>2</sup>**

Wenn ein Basalinsulin benötigt wird, erwägen Sie ein Basalinsulin mit geringerem Hypoglykämierisiko.



**Toujeo®**  
Insulin glargin 300 E/ml



**B R I G H T**

<sup>1</sup> Rosenstock J et al. Diabetes Care 2018; 41: 2147–54 (BRIGHT); <sup>2</sup> Davies M et al. Diabetes Care 2018; 41: 2669–701.

**Toujeo SoloStar® 300 Einheiten/ml Injektionslösung in einem Fertigpen**  
**Wirkstoff:** Insulin glargin. **Zusammens.**: 300 Einheiten Insulin glargin/ml (entsprechend 10,91 mg). Ein Pen enthält 1,5 ml Injektionslösung, entsprechend 450 Einheiten. **Sonst. Bestandt.:** Zinkchlorid, Metacresol (Ph.Eur.), Glycerol, Salzsäure, Natriumhydroxid, Wasser für Injektionszwecke. **Anw.-geb.:** Diabetes mellitus bei Erwachsenen. **Gegenanz.:** Überempfindlichk. gegen d. Wirkstoff/sonstige Bestandt. **Warnhinw. u. Vorsichtsm.:** Bei diabet. Ketoazidose Empfehl. von Normalinsulin i. v. Verstärkte Überwach. d. Blutzuckers b. Hypoglykämie b. Risiko kardialer oder zerebraler Komplikationen sowie proliferativer Retinopathie. Stoffwechselüberwachung b. interkurrenten Erkrank. B. Komb. m. Pioglitazon Anzeich. u. Symptome v. Herzinsuff., Gewichtszunahme u. Ödemen beobachtet. Bei Verschlechterung d. kard. Symp. Pioglitazon absetzen. **Wechselwirk.:** Dosisanpassung bei antihyperglykämischen Arzneimitteln, Angiotensin-Converting-Enzym (ACE)-Hemmern, Disopyramid, Fibraten, Fluoxetin, Monoaminoxidase (MAO)-Hemmern, Pentoxifyllin, Propoxyphen, Salicylaten u. Sulfonamid-Antibiotika, Kortikosteroiden, Danazol, Diazoxid, Diuretika, Glukagon, Isoniazid, Östrogenen und Progestagenen, Phenothiazin-Abkömmlingen, Somatropin, Sympathomimetika (z. B. Epinephrin [Adrenalin], Salbutamol, Terbutalin), Schilddrüsenhormonen, atypischen Antipsychotika (z. B. Clozapin u. Olanzapin) u. Proteaseinhibitoren. Fehlende o. abgeschw. Symptome d. adrenergen Gegenregulation bei Betablockern, Clonidin, Guanethidin und Reserpin. Verstärk. od. Abschw. d. blutzuckersenk. Wirkung d. Betablocker, Clonidin, Lithiumsalze od. Alkohol. **Fertilität, Schwangersch. u. Stillz.:** Kann i. d. Schwangersch. angewen. werden, wenn notwendig. Bei Stillenden Anpassung d. Dosis u. d. Ernährung. **Nebenwirk.:** Immunsyst.: Selten allerg. Reaktionen. **Stoffwechsel/Ernährungsstör.:** Sehr häufig Hypoglykämie. **Nervensyst.:** Sehr selten Geschmacksstör. **Augen:** Selten Sehstörungen, Retinopathie. **Haut/Unterhautzellgeweb.:** Häufig Lipohypertrophie, gelegentl. Lipotrophie. **Skelettmusk./Knochen:** Sehr selten Myalgie. **Allg./Verabr.ort:** Häufig Reakt. a. d. Einstichstelle, Selten Ödeme. **Verschreibungspflichtig.** Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, D-65926 Frankfurt am Main, Deutschland. Stand: Februar 2018 (SADE.TJ.O.18.04.1148).

»Aufwind für die Zweitlinientherapie«



# Diabetes und Angst

## Psychotherapeutische und pharmakologische Interventionsmöglichkeiten bei Angststörungen

**WIESBADEN.** Neben Depressionen zählen Angsterkrankungen zu den häufigen psychiatrischen Komorbiditäten bei Diabetes. Der Psychiater Professor Dr. Dieter F. Braus erklärt die Zusammenhänge und berichtet über aktuelle Therapieansätze bei Menschen mit einer Angststörung.

**M**enschen mit einer Diabeteserkrankung weisen ein um 50 % erhöhtes Risiko für eine Angsterkrankung auf.<sup>1</sup> Weltweit liegt die Prävalenz einer Angststörung bei ca. 15 %, dementsprechend sind knapp 25 % der Diabetespatienten betroffen, wobei Frauen ein höheres Risiko tragen. Die chronische Stoffwechselerkrankung selbst stellt bereits einen Stressfaktor dar, der die Entwicklung psychischer Erkrankungen begünstigen kann. In der neueren Literatur finden sich außerdem vermehrt Hinweise darauf, dass sich eine komorbide Angststörung ungünstig auf den Metabolismus auswirkt – insbesondere bei Diabetespatienten. Daher sollten behandelnde Ärztinnen und Ärzte auch diese psychiatrische Komorbidität im Blick behalten.

### Basismaßnahmen, Psycho- und Pharmakotherapie

Es ist in diesem Zusammenhang wichtig, sowohl prädisponierende Faktoren, z.B. schwerwiegende Lebensereignisse in der Kindheit, als auch aktuelle chronische soziale Stresserfahrungen der Patienten zu kennen und diese ggf. in das Therapiekonzept zu integrieren. Als Basis der Behandlung von Angsterkrankungen sind zunächst allgemeine Maßnahmen wie Sport, Stressreduktion, Psychoedukation und achtsamkeitsbasierte Interventionen anzusetzen. Hierbei spielen auch positive Sozialkontakte, die Förderung der Resilienz und Ernährung eine wichtige Rolle. Im



**Prof. Dr. Dieter F. Braus**  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Helios Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken  
Wiesbaden  
Foto: zVg

zweiten Schritt werden dem Patienten sowohl Psychotherapie als auch Pharmakotherapie angeboten.<sup>3</sup> Ist eine Therapieform nicht ausreichend wirksam, kann auf die jeweils andere Form bzw. eine Kombination aus beiden zurückgegriffen werden.

Als psychotherapeutisches Verfahren eignet sich eine kognitive Verhaltenstherapie (KVT) am besten. So ergab eine Metaanalyse von 100 Studien eine Remissionsrate von

51 % direkt nach Therapieende und 55 % beim Follow-up durchschnittlich knapp sieben Monate nach Therapieende.<sup>4</sup>

### SSRI, SNRI, Pregabalin und weitere Optionen

Zu den pharmakologischen Behandlungsoptionen gehören Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI; z.B. Escitalopram, Setralin) sowie Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI; z.B. Duloxetin) und bei einer generalisierten Angststörung der Calciumkanal-Modulator Pregabalin. Dieser kommt auch bei der Behandlung neuropathischer Schmerzen zum Einsatz. Bei Patienten mit Suchtmittelabusus ist dieser Wirkstoff jedoch vorsichtig einzusetzen. Eine weitere Möglichkeit ist der Einsatz des Mela-

»Ca. 25 % der Diabetespatienten sind betroffen«

### Angst, Ängstlichkeit, Panik und Furcht

Generell gilt es, die psychopathologischen Begriffe **Angst**, **Ängstlichkeit** und **Panik** von der **Realangst** abzugrenzen:

- **Angst** ist ein Grundgefühl, welches sich als nicht objektbezogene Besorgnis, Vermeidungsverhalten (avoid, escape) und unlustbetonte Erregung (arousal) äußert
- **Ängstlichkeit** ist ein Persönlichkeitsmerkmal, wobei häufiger und intensiver als bei anderen Menschen Angst empfunden wird.
- **Panik** ist ein Zustand intensiver Angst vor einer tatsächlichen bzw. angenommenen Bedrohung mit erheblichen vegetativen Symptomen.
- **Furcht (Realangst)** ist das Gefühl bei konkreter, objektbezogener Bedrohung.

toninagonisten Agomelatin. Wichtig ist dabei eine regelmäßige Kontrolle der Leberwerte. Benzodiazepine sollten hingegen nur im Ausnahmefall und nur kurz angeboten werden. Für alle genannten Medikamente müssen mögliche Interaktionen mit anderen Medikamenten, die der Patient einnimmt, überprüft werden (siehe z.B. www.drugs.com). Zusätzlich zu den allgemeinen Nebenwirkungen der einzelnen Stoffklassen sollte der Patient darüber aufgeklärt werden, dass die Wirkung von Antidepressiva mit einer Latenz von ca. zwei Wochen einsetzt (Bereich 1–6 Wochen).

Als naturheilkundliche Behandlungsoption kommt unter anderem

eine aus Lavendelöl gewonnene aktive Substanz (Silexan) in Betracht. Mit einer Tagesdosis von 80 mg ist diese in Deutschland jedoch nur für die Behandlung von subsyndromaler Angst und Spannungszuständen zugelassen. Allerdings zeigen mehrere randomisierte, placebokontrollierte Studien einen sehr guten Effekt dieses Extrakts bei einer generalisierten Angststörung.<sup>5</sup> Eine zusätzliche Gabe zur Nacht von 80 bis 160 mg der Lavendelöl-Präparation zu SSRI bzw. SNRI sowie Pregabalin ist möglich, ohne Interaktionen befürchten zu müssen.<sup>6</sup>

### Einflussmöglichkeiten über die Ernährung

Auch für die Gabe von Omega-3-Fettsäuren gibt es Hinweise, dass sich diese zur Behandlung einer Angststörung eignen könnten.<sup>7</sup> Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, dass ein Mangel an Omega-3-Fettsäuren im Gehirn zu angstgesteuerten Verhaltensweisen führen kann. Omega-3-Fettsäuren interagieren mit dem Neurotransmittersystem, sie wirken auf die Neuroplastizität und Neuroinflammation – dies alles sind Mechanismen, auf bei Angststörungen und Depressionen relevant sind. Daher sollte den Patienten eine entsprechende Ernährung empfohlen werden. Keine Hinweise auf einen positiven Effekt haben sich hingegen für den Verzehr von Probiotika ergeben. *dz*

1. Smith KJ et al. Diab Med 2018; 35:677-693; 2. Craske et al. Nat Rev Dis Primers. 2017; 3: 17024; 3. Ströhle A et al. Dtsch Arzteblatt 2018; 155: 611-620; 4. Springer KS et al. Clin Psychol Rev 2018; 61:1-8; 5. Malcom BJ et al. Ment Health Clin 2018; 7:147-155; 6. Kasper S et al. World J Biol Psychiatry 2017; 19:1-9; 7. Su KP et al. JAMA Netw Open. 2018;1(5):e182327. doi:10.1001/jamanetworkopen.2018.2327



Wenn Angstgefühle den Alltag bestimmen ...

Foto: carlacastagno – stock.adobe.com

### Wichtige Resilienzfaktoren

- Wahrnehmung der Selbstwirksamkeit
- verbesserte Toleranz von Emotionen
- aktive Problembewältigung
- Wahrnehmung sozialer Unterstützung
- sinnstiftende Aktivitäten außerhalb der Erkrankung

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



### Der Geschäftsbericht der DDG ist da

Ab sofort ist der DDG Geschäftsbericht 2018 verfügbar. DDG Mitglieder erhalten ihn automatisch per Post. Alle anderen können ihn auf der DDG Webseite herunterladen. Als Special enthalten: DRG-Kodiertipps zum Rausnehmen.

> 160

Medikamente für Diabetespatienten sind laut Pharma Fakten e.V. derzeit in der Entwicklung. Die meisten davon für die Behandlung des Typ-2-Diabetes.

### Cochrane: Ampel kann Softdrink-Konsum senken

Studien, die in einer aktuellen Cochrane-Arbeit von Philipsborn P et al. ausgewertet wurden zeigen, dass ein Label in Ampelfarben direkt das Verbraucherverhalten beeinflusst: Der Absatz von Softdrinks, die rot gekennzeichnet waren, gingen um 56 % zurück.

Quelle: DANK-Pressemitteilung



# WWEER

... hilft dabei, dass Diabetes und ein gutes Leben zusammenpassen?



Die Projekte von BERLIN-CHEMIE Diabetes.



**BERLIN-CHEMIE**  
**MENARINI**



# Praxisorganisation mit Know-how

Wie eine Diabetesberaterin und eine Diabetologische Fachassistentin die Abläufe optimieren

**DUISBURG.** Im Diabetologicum Duisburg von Dr. Hansjörg Mühlens arbeiten die Diabetesberaterin Melanie Wiese und die Diabetologische Fachassistentin (DFA) Judith Gaidzik. Sie berichten hier, wie sich ihre unterschiedlichen Weiterbildungen und Tätigkeitsbereiche in einer Diabetologischen Schwerpunktpraxis vorteilhaft ergänzen und so das Praxisgeschehen insgesamt effizient organisiert wird.

Dr. Mühlens Schwerpunktpraxis hat keinen hausärztlichen Anteil, sie ist in drei Arbeitsbereiche unterteilt (siehe DSP-Organigramm). Der Arbeitsbereich „Diabetologie“ ist die Domäne von MELANIE WIESE, die als Diabetesberaterin (DB) berät und schult. Ihr obliegt auch die Einteilung des Diabetes-Teams sowie die Planung der Diabetes-Schulungen und Workshops. Der Arbeitsbereich „Praxis“ umfasst die Anmeldung, das Labor und das Backoffice. Hier konnte JUDITH GAIDZIK als MFA erst mit der Zusatzausbildung zur DFA die Leitung als Praxismanagerin übernehmen. Sie überwacht in ihrem Team alle Abläufe bezüglich Terminvergabe, Akutpatienten, Diagnostik, Schulungen und Dokumentation (DMP, GestDiab etc.).

**Kollegen gezielt zuarbeiten, Zeitmanagement verbessern**

Der dritte Bereich ist die „Fußambulanz“, die fachlich unter der Leitung einer Wundmanagerin steht und organisatorisch von Gaidzik geleitet wird. Gaidzik arbeitet seit sieben Jahren in der Praxis, vor drei Jahren hat sie an der Ausbildung zur DFA teilgenommen. „Obwohl ich schon seit fast 14 Jahren im diabetologischen Bereich tätig bin, war die Intensivierung vieler Themen der Praxisorganisation und des Qualitätsmanagements sowie das Vertiefen der Themen Kommunikation, Patientenwahrnehmung und der fachlichen Bereiche

Diagnostik, Therapien und Krankheitsbilder des Diabetes ausgesprochen interessant“, erzählt sie. Es gebe viele Situationen in der Praxis, in denen die Weiterbildung erheblich geholfen habe. „Sie gibt mir Sicherheit bei meiner Tätigkeit. Dank des bei der DFA-Weiterbildung erworbenen Wissens kann ich den Ärzten oder Diabetesberaterinnen zuarbeiten und das Zeitmanagement optimieren.“ Klage z.B. ein Patient nach der Einnahme von Metformin über Diarrhoe, könne sie ihn bereits an der Anmeldung oder im Labor beruhigen und der Diabetesberaterin eine Notiz in der Karteikarte hinterlassen. Schildert ein Patient am Notfalltelefon seine Leiden oder er erscheint als Akutfall in der Praxis, kann die DFA die Problematik einschätzen und entscheiden, welche Maßnahmen wie rasch ergriffen werden müssen, bevor die Sprechstunde der Diabetesberaterinnen oder Ärzte gestört wird. Sie kann eigenständig Prioritäten setzen und grundlegend die Dringlichkeit

»Kommunikation spielt eine große Rolle«



„Neben meiner Beratungstätigkeit bin ich für das Diabetes-Team und Schulungen zuständig.“  
Melanie Wiese

„Die Weiterbildung zur DFA gibt mir Sicherheit bei meiner Tätigkeit.“  
Judith Gaidzik

Foto: privat

Eine strukturierte Zusammenfassung aller Arbeitsabläufe, Stellenbeschreibungen, Richtlinien und Verhaltensanweisungen stellt das Qualitätsmanagement (QM) einer Praxis dar. Beide Weiterbildungen bieten die Möglichkeit, das QM gemeinsam auszuarbeiten und an die Einrichtung anzupassen, betonen die beiden Kolleginnen. Zur Aufgabe der DFA gehört die Pflege des QM-Handbuchs, die internen Audits sowie die Überwachung von Praxishygiene und Arbeitssicherheit.

**Das Vertrauen der Patienten in die Praxis stärken**

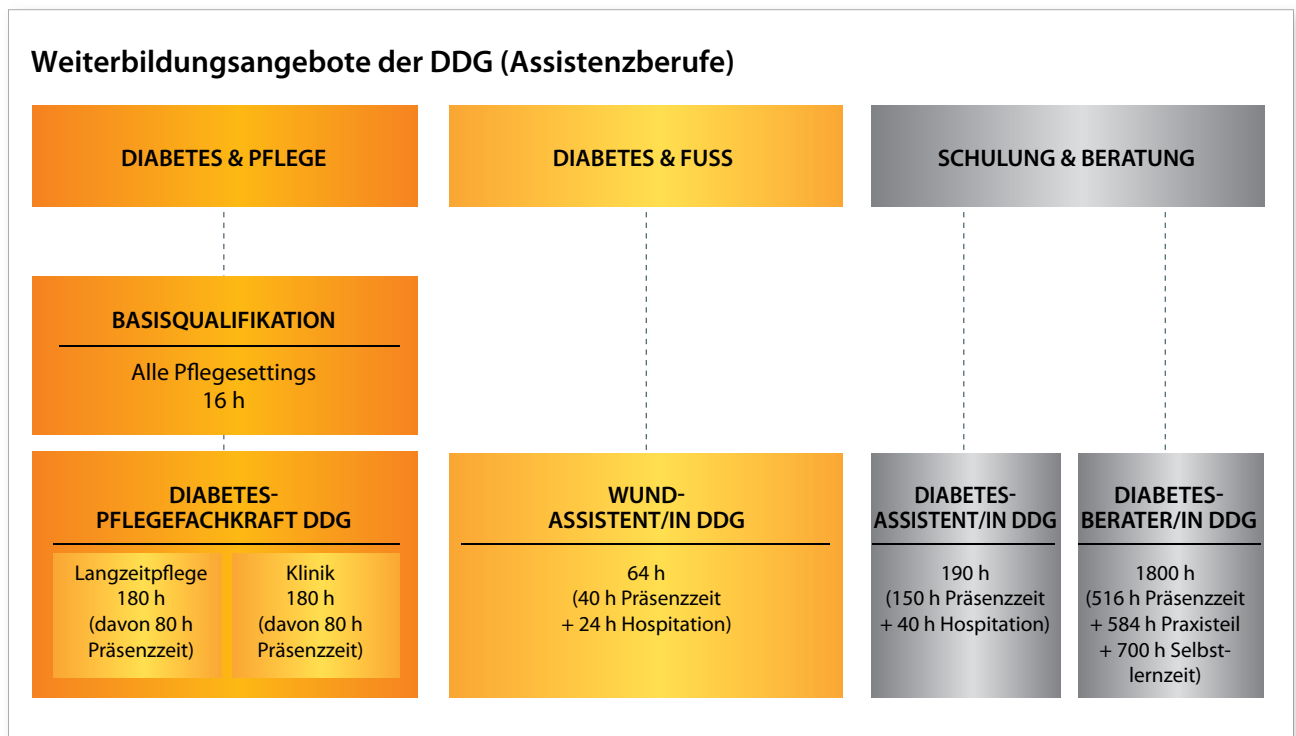
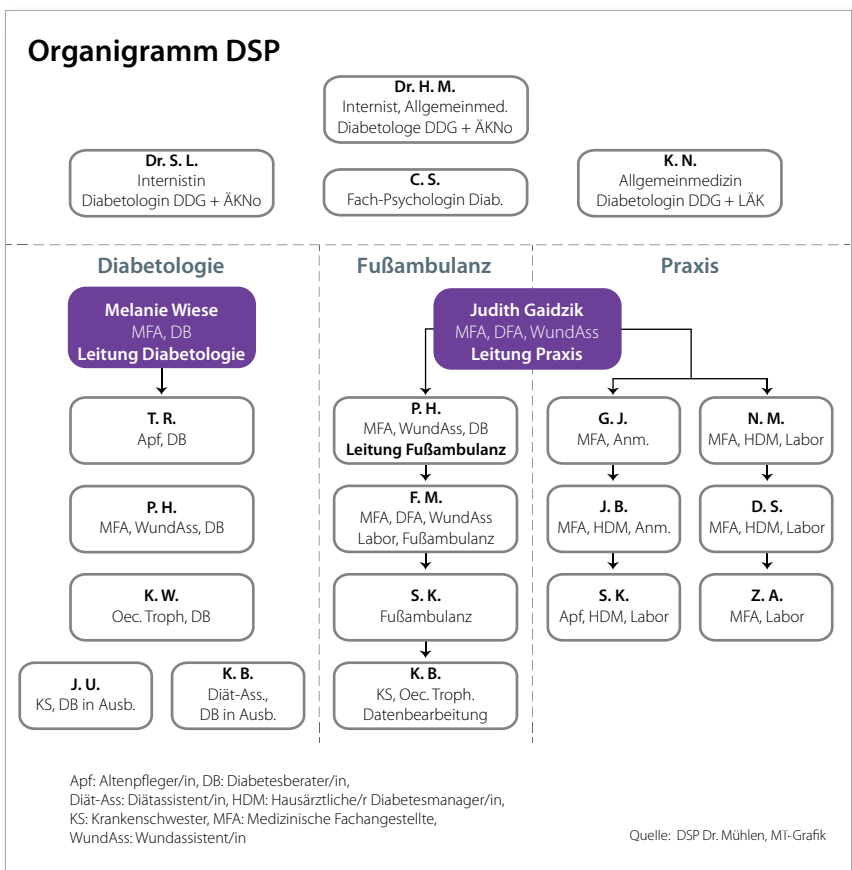
In beiden Weiterbildungen spielen die patientenzentrierte Kommunikation eine große Rolle, sagen Gaidzik und Wiese. Eine empathische Kommunikation erleichtere es dem Patienten, ein Vertrauensverhältnis zur Praxis aufzubauen. Dabei liegt bei der Diabetesberaterin ein Schwerpunkt in Schulung und Didaktik und bei der DFA im Bereich Beschwerdemanagement und Kommunikation im Team. So kann die DFA den Praxisinhaber beim Personalmanagement unterstützen und die Einarbeitung neuer Mitarbeiter erleichtern. „Im Arbeitsalltag zeigt sich, dass das diabetologische Wissen der Diabetesberaterin und das organisatorische Wissen der DFA das Praxisinteresse effizient vertreten. Unsere Tätigkeitsfelder stehen sich nicht im Wege, sondern ergänzen sich“, betonen Gaidzik und Wiese. dz

abwägen. Dies führt zu einem effektiven und wirtschaftlichen Arbeitsablauf. Melanie Wiese, ebenfalls gelernte MFA, ist seit drei Jahren als Diabetesberaterin in der DSP tätig. „Neben meiner reinen Beratungstätigkeit, wie die Einzelberatung – Typ-1, Typ-2, Insulinpumpen, Ernährungsberatung – und Gruppenschulungen, bin ich auch für die Organisation des Diabetes-Teams und der Schulungen zuständig.“ Die fachlichen und zeitlichen Anforderungen der Beratung werden mit der Organisation des restlichen Praxisbetriebs abgestimmt. „Es war direkt spürbar, dass das bessere diabetologische Fachwissen der DFA zur Entlastung des Diabetes-Teams geführt hat“, bestätigt Wiese. Auch bei den vielen nicht

planbaren Situationen, etwa der Aufnahme eines frischmanifesten Patienten, der aufgrund einer akuten Hypoglykämie oder schweren Hypoglykämie unangemeldet in der Praxis erscheint, werde die Behandlung effizienter vorbereitet.

**DDG-INFO: WEITERBILDUNGSANGEBOTE**

Das breite Weiterbildungsangebot der DDG für nichtärztliche Assistenzberufe (s. Abb. unten) befähigt DiabetesberaterInnen DDG und DiabetesassistentInnen DDG zur fundierten diabetologischen Unterstützung des Ärzteteams im Bereich der Schulung und Beratung für Patienten mit Diabetes (DiBer: Typ 1 und Typ 2, DiAss: Typ 2). Die Weiterbildung legt hierfür einen breiten fachlichen Grundstock. Die vom BVND entwickelte DFA unterstützt hingegen die diabetologische Schwerpunktpraxis durch Optimierung der Praxisabläufe und des Patienten-Arzt-Managements. Sie bildet die Schnittstelle in der Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin, DiabetesberaterInnen und -assistentInnen sowie Vertragspartnern und Patienten. Patienten profitieren vom hohen fachlichen Wissensstandard einerseits und effizienten Praxisabläufen andererseits.





# SGLT2-Hemmer schmilzt Fettdepots

## Keine Auswirkungen auf Insulinsensitivität

**TURKU.** Dapagliflozin verbessert bei adipösen Typ 2-Diabetespatienten die glykämische Kontrolle und verringert den Leberfettgehalt sowie die abdominale Fettmasse. Die Insulinsensitivität der Gewebe beeinflusst der SGLT2-Hemmer dagegen nicht. Zu diesem Schluss kommt eine finnische Studie.

Wissenschaftliche Untersuchungen deuten darauf hin, dass SGLT2-Hemmer die Insulinsensitivität – insbesondere der Skelettmuskulatur – stimuliert und den Leberfettgehalt sowie die viszerale und subkutane Fettmasse reduziert. Diese Hypothesen wurden nun im Rahmen einer randomisierten, placebo-kontrollierten Doppelblindstudie überprüft. Die Teilnehmer, 32 Typ-2-Diabetespatienten im Alter zwischen 35 und 70 Jahren (HbA<sub>1c</sub> 6,5–10,5 %, BMI ≤ 40 kg/m<sup>2</sup>), waren seit mind. drei Monaten stabil auf Metformin und/oder DPP4-Hemmer eingestellt.

### Der Leberfettgehalt nahm signifikant ab

Je etwa die Hälfte der Patienten nahmen über einen Zeitraum von acht Wochen zusätzlich zur bestehenden Medikation einmal täglich 10 mg Dapagliflozin bzw. ein Placebo ein. Vor sowie nach der Intervention objektivierten die Wissenschaftler mittels PET/CT die insulinstimulierte Gewebe-Glukoseaufnahme in hyperinsulinämischem euglykämischem Clamp. Ferner bestimmten sie mittels MRT das Lebervolumen sowie das Volumen der abdominalen Fettdepots der Probanden. Die Schätzung des Leberfettgehalts erfolgte dabei anhand der PDFF (proton density fat fraction). Das Ergebnis: Nach der achtwöchigen Intervention wiesen die mit Dapagliflozin behandelten Patienten eine signifikant bessere glykämische Kontrolle auf als die Kontrollen (placebokorrigierte Veränderung des HbA<sub>1c</sub>: -0,39 Prozentpunkte; p < 0,01). Auch bezüglich des Nüchternblutzuckers sowie des BMI hatte der SGLT2-Hemmer Vorteile.

Im Hinblick auf die insulinstimulierte Glukoseaufnahme – sowohl insgesamt als auch in den einzelnen Geweben (Skelettmuskel, Leber, Myokard, weißes und braunes Fettgewebe) – unterschieden sich die beiden Studiengruppen dagegen nicht. Gleiches galt für die endogene Glukoseproduktion. Der Leberfettgehalt nahm hingegen unter Dapagliflozin signifikant ab – Placebo-korrigiert um 3,74 % (p < 0,01). Auch hinsichtlich des

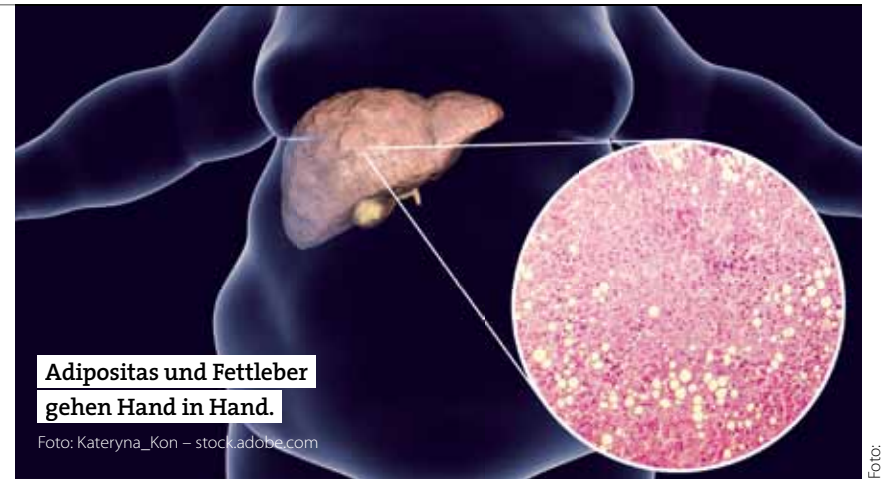
Lebervolumens sowie des Volumens des viszeralen und subkutanen Bauchfetts profitierten die Patienten von Dapagliflozin.

### Bekannte günstige Auswirkungen bestätigt

Der SGLT2-Hemmer senkte zudem den Interleukin-6-Spiegel sowie die

Konzentration des N-terminalen Prohormons von BNP.

Die Studie konnte zwar keine Steigerung der Gewebe-Insulinsensitivität durch Dapagliflozin nachweisen, ihre Ergebnisse bestätigen jedoch die bekannten günstigen Auswirkungen der Glibflozine auf den Leberfettgehalt sowie die abdominale



Adipositas und Fettleber gehen Hand in Hand.

Foto: Kateryna\_Kon – stock.adobe.com

Fettmasse, schließen die Studienautoren. Die positive Beeinflussung des inflammatorischen Biomarkers Interleukin 6 sowie des NTproBNP-Spiegels sind ihrer Einschätzung zu-

folge möglicherweise der Grund für die kardioprotektive Wirkung der SGLT2-Inhibitoren. JL

Latva-Rasku A et al. Diabetes Care 2019; 42: 931-937

**Fiasp®:**  
Eine schnellere  
Insulinantwort zu  
den Mahlzeiten

verglichen mit NovoRapid®<sup>1</sup>

Bei Erwachsenen mit Diabetes ist Fiasp®:

### Schneller

Doppelt so schnelle anfängliche Resorption verglichen mit NovoRapid®<sup>\*\*1</sup>

### Wirksam

Erwiesene HbA<sub>1c</sub>- und PPG-Reduktion<sup>1</sup> bei vergleichbarer Inzidenz von Hypoglykämien wie NovoRapid®<sup>\*\*\*\*1</sup>

### Flexibel

Flexible und bedarfsgerechte Anwendungszeiten, ohne den HbA<sub>1c</sub> zu beeinträchtigen<sup>\*5</sup>

### Bewährt

Eine schnellere Formulierung von Insulin aspart<sup>1</sup> – dem weltweit am meisten verschriebenen kurz wirksamen Insulin,<sup>#</sup> mit mehr als 18 Jahren klinischem Einsatz<sup>3</sup>

<sup>\*</sup> Subkutane Verabreichung bis zu 2 Minuten vor Beginn und bis zu 20 Minuten nach Beginn der Mahlzeit.  
<sup>\*\*</sup> Gezeigt bei Patienten mit Typ 1 Diabetes.  
<sup>\*\*\*</sup> Infolge des früheren Wirkeintritts von Fiasp® kann eine Hypoglykämie im Vergleich zu NovoRapid® möglicherweise früher nach der Injektion/Infusion auftreten.  
<sup>†</sup> Bei Gabe zur Mahlzeit.  
<sup>‡</sup> vs. NovoRapid® verabreicht zu den Mahlzeiten; basierend auf Daten der onset® 1 Studie bei erwachsenen Patienten mit Typ 1 Diabetes.<sup>2</sup>  
<sup>§</sup> IMS MIDAS (MAT Feb 2017 volume).  
Fiasp® ist für Typ 1 und Typ 2 Diabetes 100% verordnungs- und erstattungsfähig.

1. Fiasp® Fachinformation, aktueller Stand 2. Russell-Jones D et al. Diabetes Care 2017;40(7):943-950 3. NovoRapid® Fachinformation, aktueller Stand

**Fiasp® 100 Einheiten/ml, Injektionslösung in einem Fertigen (FlexTouch®).** Fiasp® 100 Einheiten/ml, Injektionslösung in einer Patrone (Penfill®). Fiasp® 100 Einheiten/ml, Injektionslösung in einer Durchstechflasche. Wirkstoff: Insulin aspart. **Zusammensetzung:** Arzneilich wirksamer Bestandteil: 100 Einheiten/ml Insulin aspart, gentechnisch hergestellt mithilfe rekombinanter DNS. Sonstige Bestandteile: Phenol, Metacresol, Glycerol, Zinkacetat, Natriummonohydrogenphosphat-Dihydrat, Argininhydrochlorid, Nicotinamid (Vitamin B3), Salzsäure (zur Einstellung des pH Wertes), Natriumhydroxid (zur Einstellung des pH-Wertes), Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Diabetes mellitus bei Erwachsenen. **Art der Anwendung:** Zur s.c. Injektion (Abdomen, Oberarme). Nur Fiasp® aus der Durchstechflasche kann in Insulininfusionspumpen zur kontinuierlichen subkutanen Insulininfusion (CSII) verwendet werden. Falls notwendig, kann Fiasp® aus der Durchstechflasche durch medizinisches Fachpersonal intravenös verabreicht werden. Fiasp® FlexTouch® und Penfill® sind nur für subkutane Injektionen geeignet; falls die Anwendung einer Spritze, intravenösen Injektion oder Infusionspumpe notwendig ist, sollte eine Durchstechflasche verwendet werden. Fiasp® kann während der Schwangerschaft angewendet werden. Bei geplanter oder vorliegender Schwangerschaft und während der Stillzeit sind möglicherweise Dosisanpassungen notwendig. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Insulin aspart oder einen der sonstigen Bestandteile. Vorsicht bei der Kombination mit Pioglitazon (Spontanmeldungen von Herzinsuffizienz). **Nebenwirkungen:** Hypoglykämie. Reaktionen an der Injektionsstelle (Ausschlag, Rötung, Entzündung, Bluterguss, Juckreiz), allerg. Hautreaktionen (Ekzem, Ausschlag, Juckreiz, Nesselsucht, Dermatitis). Lipodystrophie, allerg. Reaktionen (generalisierter Hautausschlag, Gesichtsschwellung). Anaphylaktische Reaktionen sind möglich und können lebensbedrohlich sein. Eine Intensivierung oder schnelle Verbesserung der Blutzuckereinstellung kann mit revers. Sehstörungen, Verschlechterung der diabet. Retinopathie, akuter schmerzhafter periph. Neuropathie und periph. Ödem verbunden sein. Das Sicherheitsprofil bei sehr alten Patienten (≥ 75 Jahre) oder Patienten mit mittelschweren bis schweren Nieren- oder Leberfunktionsstörungen ist begrenzt. **Verschreibungspflichtig.** Novo Nordisk A/S, Novo Allé, 2880 Bagsvaerd, Dänemark. Stand: April 2018

**NovoRapid® FlexPen® 100 Einheiten/ml, Injektionslösung in einem Fertigen.** NovoRapid® Penfill® 100 Einheiten/ml, Injektionslösung in einer Patrone. NovoRapid® 100 Einheiten/ml, Injektionslösung in einer Durchstechflasche. **NovoRapid® PumpCart® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Patrone.** Wirkstoff: Insulin aspart. **Zusammensetzung:** Arzneilich wirksamer Bestandteil: 100 Einheiten/ml Insulin aspart, gentechnisch hergestellt mithilfe rekombinanter DNS. Sonstige Bestandteile: Glycerol, Phenol, Metacresol, Zinkchlorid, Natriumchlorid, Natriummonohydrogenphosphat-Dihydrat, Salzsäure, Natriumhydroxid, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Diabetes mellitus bei Patienten ab 1 Jahr. **Art der Anwendung:** Zur s.c. Injektion. NovoRapid® Durchstechflasche und NovoRapid® PumpCart® kann auch zur kontinuierlichen subkutanen Insulininfusion (CSII) in Pumpensystemen, die für die Insulininfusion geeignet sind, verwendet werden. NovoRapid® PumpCart® ist nur für die Verwendung mit geeigneten Insulin-Infusionspumpensystemen wie Accu-Chek® Insight oder Ypsopump® vorgesehen. Wenn nötig, kann NovoRapid® auch intravenös verabreicht werden, jedoch nur von einem Arzt oder anderem med. Fachpersonal und nur aus der Durchstechflasche, die Anwendung mit einer Spritze darf nur aus der Durchstechflasche erfolgen. Insulin aspart kann während der Schwangerschaft angewendet werden. Bei geplanter oder vorliegender Schwangerschaft und während der Stillzeit sind möglicherweise Dosisanpassungen durch den Arzt notwendig. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Insulin aspart oder einen der sonstigen Bestandteile. Vorsicht bei der Kombination mit Pioglitazon (Spontanmeldungen von Herzinsuffizienz). **Nebenwirkungen:** Hypoglykämie. Sehstörungen oder Ödeme zu Beginn der Behandlung. Allergische Reaktionen an der Injektionsstelle (Schmerzen, Rötung, Nesselsucht, Entzündungen, Blutergüsse, Schwellung oder Juckreiz). Lipodystrophien an der Injektionsstelle. Sehr selten generalisierte Überempfindlichkeitsreaktionen, die lebensbedrohlich sein können. Bei schneller Verbesserung der Blutzuckereinstellung vorübergehende Verschlechterung der diabet. Retinopathie und revers. akute schmerzhafter Neuropathie. **Verschreibungspflichtig.** Novo Nordisk A/S, Novo Allé, 2880 Bagsvaerd, Dänemark. Stand: Mai 2018

DEFAN12161019215



Fiasp®, FlexTouch®, Penfill®, NovoRapid®, FlexPen®, PumpCart® und NovoPen® sind eingetragene Marken der Novo Nordisk A/S, Dänemark. Accu-Chek® ist eine eingetragene Marke der Roche Diabetes Care GmbH. mylife™ und Ypsopump® sind Markenzeichen der Ypsomed Gruppe. Weitere Informationen unter novonordiskpro.de

**Fiasp®**  
fast-acting insulin aspart

»Geringeres  
Lebervolumen«



# Medizin & Markt

## Entzündungsbremse als Kardioschutz?

Antidiabetikum verringert Intima-Media-Dicke und Kardio-Tod

➔ Symposium – Novo Nordisk

MANNHEIM. Das Antidiabetikum Liraglutid (Victoza®) hat das Risiko für schwere kardiovaskuläre Ereignisse bei Typ-2-Patienten in Studien signifikant verringert. Gelingt das auch dank antiinflammatorischer Eigenschaften?

Die vaskuläre Inflammation findet sich bei allen Menschen, betonte Professor Dr. ANDREAS ZIRLIK, Universitätsklinikum Graz. Dazu kommt aber die individuell unterschiedliche Ausprägung von Risikofaktoren. „Jede entzündliche Krankheit in unserem Körper geht mit einer Erhöhung der kardiovaskulären

Ereignisrate einher“, erklärte er. Klassischerweise kennt man dies von der rheumatoiden Arthritis; sie verdoppelt das kardiovaskuläre Ereignisrisiko, so Prof. Zirlik. Chronisch inflammatorische Erkrankungen wie z.B. Rheuma können für die Entwicklung zur Atherosklerose prädisponieren. Auch Hypertonie, Rauchen, hohe Blutzuckerwerte und erhöhtes LDL-C können die Inflammation von Gefäßwänden fördern. Gesteigerte Werte des hoch sensitiven C-reaktiven Proteins (hsCRP) wiederum gelten als Prädiktor für das Wiederauftreten schwerer kardiovaskulärer Ereignisse. Je höher das hsCRP, umso höher

ist Daten zufolge die Ereignisrate. Das bestätigte sich auch für Patienten mit niedrigem LDL-C. Auf sie zu achten, könnte sinnvoll sein, wie eine neue Real-World-Studie zeigt: Bei 36,5 % der Patienten, die mit LDL-C unter 70 mg/dl gut eingestellt waren, lag der hsCRP-Wert bei mehr als 2 mg/dl. Im Durchschnitt betrug die Messergebnisse bei diesem Drittel sogar 4,42 mg/dl. Am ungünstigsten ist das Ereignisrisiko, wenn beide Werte erhöht sind. Für Antidiabetika aus der Gruppe der GLP1-Rezeptoragonisten (RA) gibt es inzwischen eine zunehmende Evidenz dafür, dass sie neben der Glukose-senkung auch antiinflammatorisch wirken und das Serum-CRP senken können. Bei Mäusen etwa konnte Liraglutid inflammatorische Zytokine verringern. Passend dazu reduzierte der GLP1-RA in der LEADER-Studie z.B. kardiovaskuläre Todesfälle von Typ-2-Diabetespatienten signifikant um 22 %. Darüber hinaus ging in einer Pilotstudie mit Typ-2-Diabetespatienten die Intima-Media-Dicke der Karotis unter achtmonatiger Liraglutid-Gabe von 1,19 mm auf 0,94 mm zurück. *her*

Symposium „Differenzielle Therapie bei Patienten mit Herzerkrankungen und Typ 2 Diabetes“ im Rahmen der 85. Jahrestagung der DGK 2019; Veranstalter: Novo Nordisk



Auch die Atherosklerose ist eine entzündliche Erkrankung.

Foto: peterschreiber.media – stock.adobe.com

## Orale Diabetestherapie ausschöpfen

SGLT2- und DPP4-Inhibitoren ergänzen sich

➔ Workshop – MSD

BERLIN. Reichen Lebensstilmaßnahmen und Metformin nicht aus, um das HbA<sub>1c</sub> bei Patienten mit Typ-2-Diabetes zu kontrollieren, soll die Therapie nach dem Positionspapier der ADA und EASD bei vorbestehenden kardiovaskulären oder renalen Erkrankungen oder Adipositas mit SGLT2-Hemmern oder GLP1-Rezeptoragonisten (GLP1-RA) ergänzt werden. Reicht das nicht aus, muss die Therapie weiter intensiviert werden.

Bei kardiovaskulären oder renalen Komorbiditäten, aber auch bei komorbider Adipositas sind SGLT2-Hemmer und GLP1-RA aufgrund ihrer guten Effekte auf kardiovaskuläre und renale Endpunkte sowie das Gewicht einzusetzen. Insulin ist bei einer weiteren Intensivierung der Therapie weiter nach hinten gerückt, betonte

Professor Dr. BAPTIST GALLWITZ vom Universitätsklinikum Tübingen. Es ist auch eine rein orale Dreifachtherapie möglich, z.B. mit Metformin und der Fixkombination von Ertugliflozin und Sitagliptin (Steglujan®). Laut Prof. Gallwitz verbessern sowohl SGLT2- als auch DPP4-Hemmer die Betazell-Sensitivität und Funktion und ergänzen sich in anderen Wirkmechanismen: DPP4-Hemmer fördern die Insulinsekretion und SGLT2-Hemmer nicht zu einem Anstieg postprandialer Glukagonspiegel und die Leber wird nicht zu vermehrter Glukoneogenese angeregt. Die Dreifachtherapie aus Metformin/SGLT2-/DPP4-Hemmer hat sehr vielversprechende, fast additive langanhaltende Effekte auf Glykämie, Gewicht und Blutdruck ohne Hypoglykämierisiko, betonte Prof. Gallwitz.

In der doppelblinden, placebokontrollierten Studie VERTIS SITA2 wurde Ertugliflozin im Vergleich zu Placebo bei 464 Patienten mit Typ-2-Diabetes untersucht, deren Blutzuckerspiegel mit Metformin (≥ 1500 mg/Tag) und Sitagliptin (100 mg/Tag) nicht ausreichend kontrolliert werden konnte (HbA<sub>1c</sub>-Ausgangswert 7,0–10,5 %). Die zusätzliche Gabe von 5 mg Ertugliflozin zu Metformin und Sitagliptin führte nach 26 Wochen zu einer signifikanten Senkung des HbA<sub>1c</sub>-Werts von 0,8 im Vergleich zu 0,1 Prozentpunkten unter Placebo ( $p < 0,001$ ). Gleichzeitig sank das Körpergewicht um 3,4 kg (1,3 kg unter Placebo) und der systolische Blutdruck wurde im Vergleich zu Placebo signifikant um 3,8 mmHg reduziert (-0,9 mmHg unter Placebo). Diese Effekte blieben über 52 Wochen hinweg bestehen. Das Sicherheitsprofil von Ertugliflozin war dabei mit dem anderer SGLT2-Hemmer vergleichbar. Die Ergebnisse einer kardiovaskulären Endpunktstudie mit Ertugliflozin stehen noch aus. *fk*

Workshop „Orale Dreifachtherapie – tatsächlich en vogue?“ anlässlich des Diabetes Kongresses 2019; Veranstalter: MSD

## NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

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



Foto: iStock/AzmanJaka

## Neue Checkliste der Initiative Diabetes@Work

➔ Pressemitteilung – Lilly

Um den Austausch zwischen Betriebsärzten und Diabetologen zu fördern und die Begleitung von Arbeitnehmern mit Diabetes in der Arbeitswelt zu optimieren, hat die Initiative Diabetes@Work nun eine Checkliste in Kooperation mit dem BVND, der Deutschen Diabetes Stiftung und dem Verband Deutscher Betriebs- und Werkärzte entwickelt. Die Initiative ist ein Zusammenschluss von Lilly Deutschland, der IG BCE Hessen-Thüringen, dem BKK Dachverband und dem Verband der Betriebs- und Werkärzte. Die Checkliste soll sukzessive eine flächendeckende Anwendung in Unternehmen und Arztpraxen finden. Weitere Infos: [www.diabetesatwork.de](http://www.diabetesatwork.de)

## Verbessertes Lanzettiergerät

➔ Pressemitteilung – B. Braun Melsungen AG

Ab sofort ist eine verbesserte Variante des Lanzettiergerätes Omnilance® für die Blutentnahme zur Bestimmung des Blutzuckers verfügbar. Das neue Gerät Omnican® Lance ermöglicht in Verbindung mit den Lanzetten eine schmerzarme Blutentnahme und ersetzt ab sofort das Vorgängerprodukt, teilt das Unternehmen mit. Das Lanzettiergerät verfügt über sieben wählbare Einstichtiefen für verschiedene Hauttypen und kann einhändig bedient werden. Die Spannung der Stechhilfe ist durch ein Farbsignal erkennbar.

## CGM-Gutachten einfacher erstellen

➔ Pressemitteilung – Roche Diabetes Care

Um das ärztliche Gutachten für den Einsatz eines CGM-Systems einfacher und schneller zu erstellen, hat das Unternehmen die Accu-Chek®-Gutachtensoftware erweitert. In wenigen Schritten und mithilfe von Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfungen können individuelle Beurteilungen generiert werden. Eine Besonderheit ist, dass die CGM-Anträge nicht nur für die von Roche Diabetes Care Deutschland vertriebenen Produkte (z.B. Eversense® XL), sondern für alle verfügbaren CGM-Systeme erstellt werden können. Die Gutachtensoftware ist Bestandteil des Accu-Chek® Smart Pix Service-Vertrags.

## Effizienz bei Insuffizienz

DPP4-Hemmer in verschiedenen Patientengruppen

➔ Pressekonferenz – Berlin-Chemie

BERLIN. Sitagliptin ist ein orales Antidiabetikum mit geringen Nebenwirkungen und guter Verträglichkeit. Seine Stärken zeigt es ebenso bei Diabetespatienten mit einer Niereninsuffizienz, auch wenn diese mild ist.

Metformin ist nach wie vor der Einstieg, daran ließ auch Dr. STEPHAN ARNDT vom Diabendo Praxiszentrum Rostock keinen Zweifel. Doch was kommt danach? Setze man Sitagliptin drauf, am besten in einer Fixkombination (z.B. Velmetia®), könne man die Stoffwechselziele schneller erreichen, und das bereits in der Ersttherapie, meinte der Endokrinologe. Sitagliptin (z.B. Xeluvia®) biete eine stabile Glukosesenkung, und das, mit den derzeit geringsten Nebenwirkungen, so der Referent. Ein weiteres wichtiges Kriterium für die Wahl des Medikaments sei der kardiovaskuläre Schutz. Studien zeigten, dass sowohl Betroffene mit als auch ohne KHK weniger von kardiovaskulären Ereignissen betroffen seien, wenn sie mit dem DPP4-Hemmer behandelt wurden. Darüber hinaus hätten etwa 30 % der Typ-2-Diabetespatienten über

60 Jahre ein Nierenproblem – glomeruläre Flußraten unter 60 ml/min, Zeichen einer milden Niereninsuffizienz. Ebenfalls ein Plus für Sitagliptin: Bei den milden Formen zeigte eine Untersuchung, dass SGLT2-Hemmer aufgrund ihres Wirkmechanismus in milden Fällen eine geringere Wirksamkeit aufweisen als ein DPP4-Inhibitor. Abschließend wies der Referent auf das Alter vieler Patienten hin. „Es gibt in Deutschland etwa eine Million Typ-2-Diabetiker über 80 Jahre“, mahnte Dr. Arndt. Für diese Kohorte seien laut der FORTA-Liste\* DPP4-Hemmer die einzigen oralen Antidiabetika, welche der Kategorie A mit einer eindeutig positiven Nutzenbewertung bei älteren Menschen zugeordnet sind. Mit einer der Hauptgründe: Durch den Wirkmechanismus drohen keine Hypoglykämien. „Von etwa 240 Typ-2-Diabetikern, die wir in unserer Gemeinschaftspraxis behandeln, habe ich unter dem Wirkstoff noch nicht eine Hypoglykämie erlebt“, sagte Dr. Arndt. *TIF*

\* Fit for The Aged

PK „Diabetes im Fokus – Perspektiven für eine bessere Versorgung von Menschen mit Diabetes“; Veranstalter: Berlin-Chemie



## Weniger Hypoglykämien beim Typ-2-Diabetes

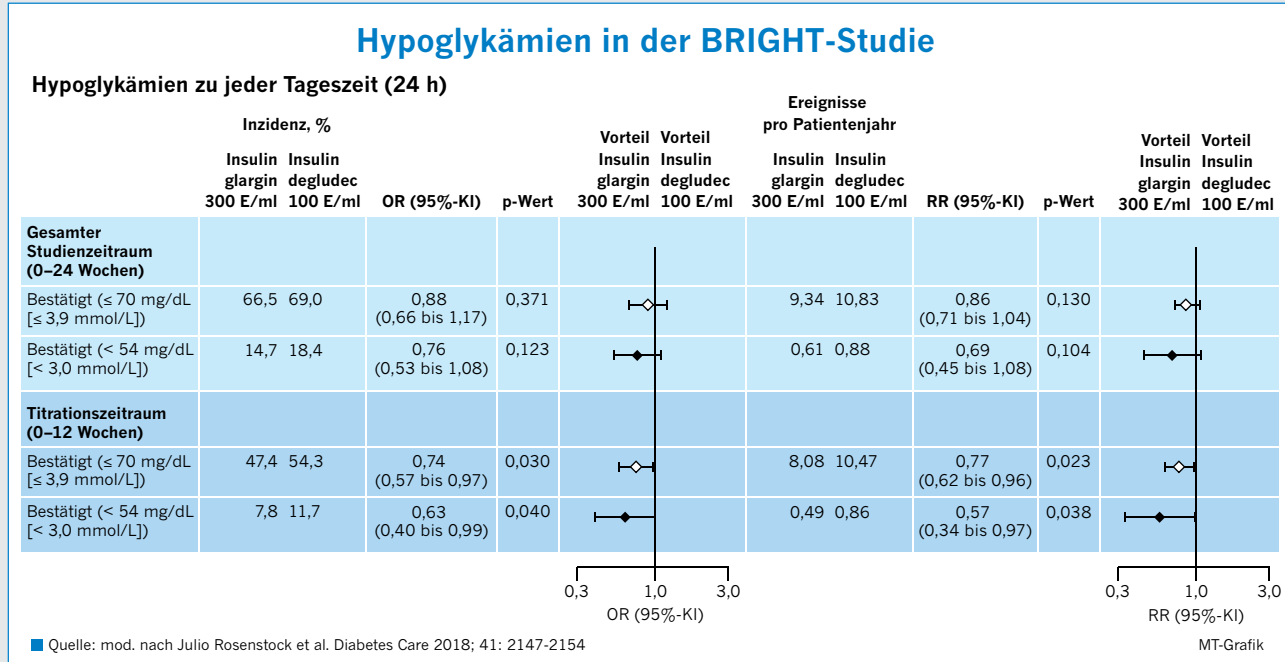
Insulin glargin 300 E/ml versus Insulin degludec 100 E/ml: gleich effektive Blutzuckersenkung, Unterschiede im Nebenwirkungsprofil

**EPPSTEIN-BREMTAL.** Patienten mit Typ-2-Diabetes Folgekomplikationen zu ersparen, gelingt nur, wenn der Blutzucker dauerhaft gut eingestellt ist. Dazu muss die Therapie immer wieder überprüft und adjustiert werden. Lang wirksame Basalanaloginsuline leisten einen wichtigen Beitrag zur Stoffwechselkontrolle.

Für das Gelingen der Insulintherapie ist die Titrationsphase von entscheidender Bedeutung, betonte Dr. Tobias Wiesner, MVZ Stoffwechselmedizin Leipzig. Eine Studie ergab, dass eine allzu vorsichtige Titration neben schlechter Compliance und unzureichender Schulung einen der wichtigsten Gründe für eine schlechte Stoffwechseleinstellung darstellt.<sup>1</sup> Dabei erhöht bereits eine um nur ein Jahr verzögerte Behandlungsintensivierung das Risiko für makrovaskuläre Komplikationen wie Herzinfarkt, Schlaganfall und Herzinsuffizienz um knapp zwei Drittel, so das Ergebnis einer retrospektiven Kohortenstudie an mehr als 100 000 Patienten mit einem HbA<sub>1c</sub>-Wert von 7 % und höher.<sup>2</sup>

### Therapieerfolg gehört alle paar Monate auf den Prüfstand

Der HbA<sub>1c</sub>-Wert muss ab Diagnose auf Zielwert eingestellt und dort gehalten werden, damit der sogenannte Legacy-Effekt erst gar nicht eintritt, forderte Dr. Wiesner: „Wir dürfen nicht zulassen, dass erst die erste schwere Komplikation, etwa ein Herzinfarkt, Anlass dazu gibt, die Stoffwechseleinstellung zu verbessern.“ Auch das neue europäisch-amerikanische Konsensstatement von EASD und ADA fordert, die Therapieresultate alle drei bis sechs Monate zu überprüfen und die Therapie zu intensivieren, wenn der Patient den HbA<sub>1c</sub>-Zielwert verfehlt.<sup>3</sup> Ungeachtet aller neuen vielversprechenden Therapieoptionen wird Insulin auch weiter eine wichtige Rolle spielen, ist Dr. Wiesner überzeugt: „Anders lassen sich die Zielwerte häufig gar nicht erreichen.“ Das sieht auch die Deutsche Diabetes Gesellschaft so. In der aktuellen DDG-Prä-



**Unter Insulin glargin 300 E/ml waren Inzidenz und Ereignisrate von Hypoglykämien während der Titration signifikant geringer als unter Insulin degludec.**

xisempfehlung zum Typ-2-Diabetes heißt es, die Vielfalt anderer Therapien erlaube es zwar oft, den Beginn der Insulintherapie in spätere Krankheitsstadien zu verschieben.<sup>4</sup> „Eine notwendige Insulingabe sollte jedoch nicht – wie teilweise zu beobachten – um Jahre verzögert werden.“

Die Initialphase entscheidet über den Erfolg der basal unterstützten oralen Therapie (BOT), so die Erfahrung von Dr. Wiesner: „Wenn es gelingt, den HbA<sub>1c</sub>-Wert rasch effektiv zu senken, stehen die Chancen gut, dass die gute Stoffwechseleinstellung von Dauer bleibt. Die stärkste Reduktion erfolgt in den ersten drei Monaten.“

### Frühe Hypoglykämien erhöhen das Risiko für Therapieabbrüche

Dabei sollte aber vermieden werden, Hypoglykämien zu induzieren. Patienten, welche in den ersten Monaten eine Hypoglykämie erleiden, neigen verstärkt dazu, die Insulintherapie binnen eines Jahres abzubrechen. Das geht aus einer retrospektiven Kohortenstudie hervor in der Patienten mit Diabetes Typ 2 erfasst wurden.<sup>5</sup> Außerdem sind Hypoglykämien in den ersten drei Monaten ein Prädiktor für

das langfristige Hypoglykämierisiko.<sup>6</sup> Vor diesem Hintergrund sind die Ergebnisse der BRIGHT-Studie zu sehen, der ersten randomisierten kontrollierten Studie, in der die Blutzuckerkontrolle unter den zwei lang wirksamen Basalinsulinen Insulin glargin 300 E/ml (Toujeo<sup>®</sup>) und Insulin degludec 100 E/ml bei insulinnaiven Patienten mit Typ-2-Diabetes verglichen wurde.<sup>7</sup> Primäres Studienziel war, die Nicht-Unterlegenheit der Wirksamkeit bei Erwachsenen mit unzureichend eingestelltem Typ-2-Diabetes anhand des HbA<sub>1c</sub>-Werts nach 24 Wochen nachzuweisen. Die HbA<sub>1c</sub>-Werte unter beiden Basalinsulinen sanken über 24 Wochen praktisch deckungsgleich, ebenso die des Nüchternblutzuckers. Auch die Tagesprofile verliefen nahezu identisch. „Das sind wichtige Nachrichten, weil sie uns Therapiesicherheit geben“, kommentierte Professor Dr. Matthias Blüher, Universitätsklinikum Leipzig. Einen signifikanten Unterschied zwischen Insulin glargin 300 E/ml und Insulin degludec 100 E/ml fanden die Untersucher jedoch während der Titrationsphase, also in den ersten zwölf Wochen

der Insulintherapie, bei den per Blutzuckermessung bestätigten Hypoglykämien zu jeder Tageszeit (24h; ≤ 70 mg/dl respektive < 54 mg/dl), und zwar sowohl bei der Inzidenz als auch bei der Ereignisrate pro Patientenjahr (Abb.). Die Rate bestätigter Hypoglykämien lag unter Insulin glargin 300 E/ml um 23 % (≤ 70 mg/dl), bzw. um 43 % (< 54 mg/dl) und die der nächtlichen Hypoglykämien um 35 % (≤ 70 mg/dl) niedriger als unter Insulin degludec 100 E/ml. Während der Erhaltungsphase (13–24 Wochen) und über die gesamte Studiendauer (0–24 Wochen) traten keine Unterschiede bezüglich Hypoglykämien zwischen den beiden Insulinen auf.

### Real-World-Studien zeigen: Unter Insulin glargin 300 E/ml sind Hypoglykämien sehr selten

Nicht-interventionelle Studien bestätigen das sehr niedrige Hypoglykämierisiko unter Insulin glargin 300 E/ml, berichtete Professor Dr. Martin Pfohl, Evangelisches Krankenhaus Bethesda, Duisburg. In Toujeo-1 wurden 674 insulinnaive Patienten mit Typ-2-Diabetes behandelt.<sup>8</sup> TOP-2 schloss 679

### Doppelt so viel Insulin, weniger Zuzahlung

Noch in diesem Sommer wird in Deutschland der DoubleStar<sup>™</sup>-Pen für Toujeo<sup>®</sup> zur Verfügung stehen: Er enthält doppelt so viel Insulin glargin 300 E/ml wie der SoloStar<sup>®</sup>-Pen, nämlich 3 ml mit insgesamt 900 E. Für den Patienten bedeutet das: weniger Rezepte, seltener Apothekenbesuche, geringere Zuzahlungen. Der DoubleStar<sup>™</sup> hat einen kürzeren Hebelweg, funktioniert aber ansonsten genauso wie der vertraute SoloStar<sup>®</sup> und ist nicht wesentlich größer.



Patienten mit Typ-2-Diabetes ein, die von einem anderen Basalinsulin auf Insulin glargin 300 E/ml umgestellt worden waren.<sup>9</sup> In beiden Studien brachte Insulin glargin 300 E/ml eine deutliche Senkung von HbA<sub>1c</sub>-Wert und Nüchternzucker, die wie zu erwarten bei insulinnaiven Patienten etwas stärker ausfiel. Die Rate an Hypoglykämien, ob tags oder nachts, moderat oder schwer, bewegte sich in beiden Studien um 1 % und lag meist sogar darunter und damit deutlich niedriger, als man es aus randomisierten klinischen Studien kennt, so Prof. Pfohl. „In der klinischen Praxis ist es möglich, mit einem modernen Basalinsulin bei Typ-2-Diabetes ohne großes Hypoglykämierisiko zu behandeln.“

1. Khan H et al. Prim Care Diabetes 2011; 4: 251-255; 2. Paul SK et al. Cardiovasc Diabetol 2015; 14: 100; 3. Davies MJ et al. Diabetes Care 2018; 41: 2669-2701; 4. Landgraf R et al. Diabetologie 2018; 13: S144-S165; 5. Dalal M et al. Adv Ther 2017; 34: 2083-2092; 6. Mauricio D et al. Diabetes Obes Metabol 2017; 19: 1155-1164; 7. Rosenstock JR et al. Diabetes Care 2018; 41: 2147-2154; 8. Pfohl M et al. ADA-Kongress Orlando 2018, Poster 1027-P; 9. Seufert J et al. ADA-Kongress Orlando 2018, Poster 1020-P

### Fazit für die Praxis

- Entscheidend für den Erfolg der antidiabetischen Therapie ist, dass die Wirksamkeit immer wieder überprüft und die Therapie intensiviert wird, falls der HbA<sub>1c</sub>-Zielwert nicht erreicht ist.<sup>3</sup>
- In der antihyperglykämischen Effektivität unterscheiden sich die ultralang wirksamen Basalinsuline Insulin glargin 300 E/ml und Insulin degludec 100 E/ml nicht, aber Insulin glargin 300 E/ml verursacht in der Titrationsphase bei insulinnaiven Typ-2-Diabetespatienten seltener Hypoglykämien.<sup>7</sup>
- In Beobachtungsstudien unter Alltagsbedingungen kommen Hypoglykämien noch seltener vor als in randomisierten klinischen Studien.<sup>8,9</sup>

## Insulintherapie: Einstellungsphase mit Sorgfalt angehen

Interview mit Dr. Tobias Wiesner, Diabetologe aus Leipzig

**?** Sie sagen, es ist wichtig, die Titrationsphase zu Beginn der Insulintherapie beim Typ-2-Diabetes mit besonderer Sorgfalt anzugehen. Was meinen Sie damit?

**Dr. Wiesner:** Wir wissen, dass die Blutzuckerkontrolle auf lange Sicht besser gelingt, wenn wir das Basalinsulin konsequent auftitrieren, bis der Zielwert erreicht ist. Das darf aber nicht mit Hypoglykämien einhergehen. Patienten fürchten nichts so sehr wie Hypoglykämien, und wenn jemand gleich zu Anfang eine schwere Unterzuckerung

durchmacht, ist das Risiko groß, dass er die Therapie abbricht. Wir müssen also darauf achten, die Therapie möglichst „hypofrei“ zu gestalten, aber trotzdem das Ziel des Blutzuckerzielwertes zu erreichen!

**?** Es gibt Algorithmen für die Titration, an denen sich Arzt und Patient orientieren können ...

**Dr. Wiesner:** Für Insulin glargin 300 E/ml etwa sind die Algorithmen so sicher und einfach, dass kognitiv fitte Patienten die Titration nach Schulung selbstständig durchführen

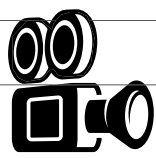
können – sofern sie es wünschen, natürlich. Es gibt Algorithmen mit unterschiedlichen Titrationsritten: täglich, alle drei Tage oder einmal pro Woche. Das schenkt Ärzten und Patienten Flexibilität.

**?** Neben den Hypoglykämien fürchten Patienten, unter Insulin zuzunehmen. Wie gehen Sie damit um?

**Dr. Wiesner:** Der Patient, der mit einem HbA<sub>1c</sub>-Wert von 9 % zu mir kommt, hat Blutzuckerwerte, die über der Nierenschwelle liegen. Wenn wir den Blutzucker senken,

scheidet er renal weniger oder gar keine Glukose mehr aus. Pro Tag können zusätzlich 60 bis 80 g Glukose weniger ausgeschieden werden, die dann im Körper in kleinen aber stetigen Schritten zu einer Gewichtszunahme führen. Da hilft nur Schulung: Der Patient muss die Ernährung umstellen und körperlich aktiver werden, um die Gewichtszunahme zu vermeiden. Die Lebensstiländerung ist ein enorm wichtiger Baustein der Diabetestherapie. Dafür gewinnt er Lebensqualität und im besten Fall Lebenszeit.





diabeteszeitung  
unterwegs



Auch Paddeltouren durch das weit verzweigte Gewässernetz des Spreewalds wurden angeboten.



Antje Thiel freut sich zusammen mit ihrem Mann (Typ F Mitglied) über ihre Teilnahme am Spreewald-Marathon.



Etwa 12 000 Teilnehmende kommen jedes Jahr für das Breitensport-Event ins südöstliche Brandenburg.

Fotos: iStock/voinSveta, Antje Thiel

# Laufen, walken, skaten ... und Zucker zähmen!

Für die Mitglieder der IDAA hat der Spreewald-Marathon mittlerweile Tradition

**LÜBBENAU.** Sport mit Diabetes ist möglich. Das ist seit jeher das Motto der „International Diabetes Athletes Association“, kurz IDAA. Dem Verein gehören aktuell knapp 500 Menschen mit Typ-1-Diabetes an, die sich von ihrer dysfunktionalen Bauchspeicheldrüse nicht den Spaß am Sport nehmen lassen. Beim Spreewald-Marathon Ende April trafen sie sich zu ihrer jährlichen Mitgliederversammlung – und zu diversen Lauf-, Rad-, Walking- und Skate-Wettkämpfen. Mit von der Partie war auch unsere Autorin Antje Thiel, die im malerischen Biosphärenreservat um Lübbenau ihren zweiten Halbmarathon meisterte.

„Mensch Antje, warum hast du denn kein IDAA-Shirt an? Ich hätte dich ja fast nicht erkannt im Vorbeiradeln!“  
ULRIKE THURM, Vorsitzende der IDAA, springt vom Fahrrad und begrüßt mich. Ich habe etwa die Hälfte meines Halbmarathons im Spreewald hinter mir, und leider läuft es nicht ganz so gut, wie ich es mir vorgestellt hatte. „Brauchst du ein Gel? Cola? Gummibärchen?“, fragt Ulrike und zaubert aus ihren Taschen in Nullkommanix Unmengen an Hypohelfern hervor. Tatsächlich bin ich froh, meine Vorräte auf diese Weise auffüllen zu können. Denn leider kennt mein Blutzucker heute nur eine Richtung: nach unten. Obwohl ich mit einem Wert von 190 mg/dl gestartet bin und damit eigentlich genug Reserve für mindestens sieben Laufkilometer haben müsste, war es schon eine Viertelstunde nach dem Start Zeit für das erste Sportgel. Und weil

mein Glukosewert partout nicht über 104 mg/dl steigen will, habe ich nach sechs Kilometern bereits beide Gels aus meinem Sportgürtel verdrückt. Gut, dass ich unterwegs Ulrike treffe.

## Vom Mini-Gurkenlauf für Kinder bis zum ganzen Marathon

Doch unsere Vereins-Chefin hat es eilig. Sie muss rechtzeitig zur IDAA-Vorstandssitzung im Hotel sein; für den Nachmittag ist die jährliche Mitgliederversammlung angesetzt. Weil reine Vereinsmeierei vermutlich keinen sportbegeisterten Typ-Einser zu Reisen quer durch die Republik bewegen würde, finden diese Versammlungen parallel zu attraktiven sportlichen Ereignissen statt. Der Spreewald jedenfalls lockt an diesem Aprilwochenende mit einer langen Liste toller Sportveranstaltungen. Bereits seit 2003 organisiert hier ein Verein jedes Jahr mit dem Spreewald-Marathon ein riesiges Breitensport-Event, zu dem etwa 12 000 Teilnehmende aus allen Himmelsrichtungen ins südöstliche Brandenburg anreisen. Von Donnerstag bis Sonntag reiht sich ein Wettkampf an den anderen: Vom Mini-Gurkenlauf für Kinder bis zum ganzen Marathon ist für jede Leistungsklasse ein passender Lauf dabei. Außerdem gibt es verschiedene

Radausfahrten, Walking- und Wandertouren, Skating-Events sowie Paddeltouren durch das weit verzweigte Gewässernetz des Spreewalds.

## 120 g Kohlenhydrate – Sportgels, Gummibärchen & Isogetränke

Ich habe mich für den Halbmarathon durch das Biosphärenreservat entschieden, weil dieser ein besonders beeindruckendes Naturerlebnis verspricht. Und ich werde nicht enttäuscht: Wir traben an kleinen Bachläufen entlang, über unzählige Brücken, durch verwunschene Waldabschnitte und über holprige Feldwege, an deren Rand ganze Froschorchester ein ohrenbetäubendes Konzert veranstalten. Am liebsten würde ich gar nicht laufen, sondern gemächlich durch die Natur spazieren und an jeder Ecke Fotos schießen. Es ist dann aber nicht die Freude an der Natur, sondern mein Diabetes, der mich bei diesem Lauf bremsen und mir etliche Gehpausen aufzwingt. Ich ahne, woran die Talfahrt meiner Glukosekurve liegt: In unserem Hotel gab es vor 7 Uhr nichts zu essen, also ist beim Laufstart um 10 Uhr noch ein Rest vom bereits reduzierten Insulinbolus für mein Frühstück aktiv. Und

dieser Rest hat es wirklich in sich: Im Verlauf der gut 2 Stunden und 50 Minuten, die ich dieses Mal für den Halbmarathon brauche, nehme ich mindestens 120 g Kohlenhydrate zu mir – in Form von Sportgels und Gummibärchen, Isogetränken und Eistee an den Verpflegungsstellen sowie alkoholfreiem Bier im Ziel. Dort gibt es zum Glück auch herzhaftes Spreewaldgurken und Schmalzbrote – was für eine Wohltat nach all dem Zucker während des Laufs! Im Ziel warten mein Mann und andere IDAA-Mitglieder auf mich, die bereits vor einer Weile im Ziel angekommen sind. „Wie war der Lauf?“, fragen sie, und natürlich auch: „Wie hat sich dein Zucker benommen?“ Wir fachsimpeln über unser Glukosemanagement – und kommen am Ende achselzuckend zu dem Schluss: „So ist es eben mit dem Diabetes. Heute so, morgen ganz anders.“ Es tut mir gut zu wissen, dass ich mit Erlebnissen wie diesem nicht allein bin. Und natürlich bin ich froh, dass wir IDAA-Mitglieder bei Wettkämpfen ein wenig aufeinander achtgeben. Ich hätte den Halbmarathon zwar sicherlich auch ohne Ulrikes Zuckerspende unversehrt überstanden. Schließlich waren die Verpflegungs-

stellen mehr als üppig ausgestattet. Doch es läuft sich immer ein wenig unbeschwerter, wenn auch die eigenen Taschen mit einer ausreichenden Menge Notreserven gefüllt sind. Einen Tag später, am Sonntag, stehen mein Mann Christoph und ich dann auf der anderen Seite der Wettkampf-Absperrung und feuern unsere Freunde an. Sie sind für verschiedene Lauf-, Walking- und Skating-Strecken am Start. Ihre Sportshirts in unseren Vereinsfarben Orange und Blau sind schon von Weitem gut zu erkennen. Nach und nach trudeln alle im Ziel ein. Nun sind wir an der Reihe zu fragen.

## „I run on Insulin“ in orange-blau auf dem Rücken

Eine Läuferin hatte die gesamte Strecke hinter sich gebracht, ohne ein einziges Mal ihre Glukosewerte scannen zu können. Kurz vor dem Start hatte die App Server-Probleme gemeldet und ließ sich nicht mehr benutzen. „Hat mal jemand einen Teststreifen für mich?“, ruft sie im Zielbereich und steuert die Menschengruppe in orange-blauer Kleidung an. Natürlich kann sie sofort ihren Zucker messen: „230 mg/dl. Okay, das hätte auch schlimmer ausgehen können – ich habe nämlich vor dem Start vorsorglich noch ein Gel genommen, damit ich während des Laufs auf gar keinen Fall unterzuckere.“

Beim nächsten sportlichen Ereignis, an dem ich für die IDAA teilnehme, wird man auch mich an meinen Vereinsfarben leicht ausmachen können. Denn obwohl sich in meinem Kleiderschrank bereits Unmengen an Funktionsshirts stapeln, habe ich mir an diesem Wochenende endlich auch ein orange-blaues Laufshirt gekauft. Auf der Brust das IDAA-Logo und auf dem Rücken der Schriftzug: „I run on insulin.“  
Antje Thiel

»Heute so,  
morgen ganz  
anders«

## Die IDAA – der etwas andere Sportverein

Die IDAA ist eine Vereinigung von Sportlerinnen und Sportlern mit Diabetes und hat aktuell deutschlandweit knapp 500 Mitglieder. Als gemeinnütziger Verein organisiert die IDAA für ihre Mitglieder diverse Aktivitäten in den unterschiedlichsten Sportarten und auf jedem Niveau – vom Freizeitkicker bis zum Olympiasieger. Mit ihrer Informationsarbeit will die IDAA Menschen mit Diabetes ermutigen, sich sportlich zu betätigen und ihnen mit Tipps rund um das Diabetesmanagement beim Sport zur Seite stehen. Durch die Teilnahme an sportlichen Wettkämpfen wollen die Mitglieder der IDAA außerdem die Öffentlichkeit über das Thema Diabetes und Sport aufklären. Neben Menschen mit Diabetes können auch deren Angehörige oder Freunde Mitglied in der IDAA werden. Die Mitgliedschaft kostet 18 Euro im Jahr, eine reine Fördermitgliedschaft ist ebenfalls möglich.

 [www.idaa.de](http://www.idaa.de)



Jetzt kostenlos  
abonnieren  
[medical-tribune.de/diabetesletter](http://medical-tribune.de/diabetesletter)



Foto: iStock/Pykrodov

Versand zweiwöchentlich

## DiabetesLetter für Fachärzte

Medical Tribune hält Sie auf dem Laufenden!

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

Wohin bewegt sich die Diabetologie?

Der DiabetesLetter für Haus- und Fachärzte informiert Sie über:

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

Diesen Newsletter auf [medical-tribune.de/diabetesletter](http://medical-tribune.de/diabetesletter) jetzt kostenlos abonnieren.



# »Es ist wichtig, zuzuhören«

Seit 30 Jahren berät das Stuttgarter Olgahospital Kinder und Jugendliche mit Diabetes

**STUTT GART.** In den letzten drei Jahrzehnten hat sich in der Betreuung und Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes enorm viel verändert. Eine der größten und modernsten Kinderkliniken Deutschlands gibt Einblick in die Entwicklungen, die die Diabetesberatung mit den Jahren durchlief.

**G**ebäck mit Fruchtzucker, Diabetes-Kekse und zu Hause bleiben bei Klassenfahrten – das war vor 30 Jahren die Realität von diabetischen Kindern. Seitdem hat sich viel getan, von der Alltagsgestaltung der Betroffenen bis hin zu den medizinischen Geräten. Bis heute engagiert man sich im Stuttgarter Olgahospital für die Betreuung und Behandlung von Kindern mit Typ-1-Diabetes und ihren Familien. Das Kinderkrankenhaus ist ein Teil des Klinikums Stuttgart und eines der größten und modernsten seiner Art.

## Förderungsprogramm des Staates erleichterte Betreuung

Ihren Anfang nahm die Diabetesberatung in der Kinderklinik in den 1980er-Jahren durch den Oberarzt und Kinder-Diabetologen Dr. Wolfgang Hecker, dem die Aufklärung der Familien ein großes Anliegen war. Was er zu Beginn mit der Unterstützung der Krankenschwestern bewältigte, wurde 1989 durch ein staatliches Förderungsprogramm einfacher. Das „Modellprogramm zur Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker“ ermöglichte es ihm, das Beratungsangebot zu erweitern. Daraufhin konnte eine Diabetesberaterin eingestellt werden. Nach Ablauf der Förderung übernahm das Olgahospital diese Stelle. Da in der Klinik schon eine Ernährungsberaterin und eine Sozialarbeiterin tätig waren, entwickelte sich mit der Diabetesberaterin und mit der Einstellung eines Psychologen im Jahr 1990 das Diabetesteam am Olgahospital – in enger Zusammenarbeit mit der Klinikschule. Im süddeutschen Raum nahm das Kinderkrankenhaus dadurch eine Vorreiterrolle ein. Seit dem unerwarteten Tod von Dr. Hecker im Jahr 2006 wird das Diabetes-

Team vom Leitenden Oberarzt und Kinder-Diabetologen Dr. MARTIN HOLDER geführt.

Die Beratung hatte stets viele Patienten – erst 120, jetzt über 400. Sie können in Sprechstunden betreut werden, bis sie 18 Jahre alt sind. Dann empfiehlt die Beratung den jungen Erwachsenen, in eine diabetologische Praxis zu wechseln. Um den Übergang zu erleichtern, bietet sie eine Transfer-Sprechstunde mit einem niedergelassenen Diabetologen an. In den letzten 30 Jahren haben sich vor allem die medizinischen Geräte rasant verändert. „Die Verfahren, mit denen vor 30 Jahren gearbeitet wurde, sind heute nicht mehr vorstellbar“, sagt ULRIKE BLANK, die seit 1989 Diabetesberaterin am Olgahospital ist. Man arbeitete z.B. noch mit Urinzuckermessungen. Die verwendeten Teststreifen ließen nur eine grobe Bestimmung der Menge des Zuckers im Blut zu. Als dann Messungen mit Blut möglich wurden, nutzte man für den Stich in den Finger ein Gerät ohne Feinjustierung. „Ein bisschen wie eine Guillotine“, erinnert sich Blank.

## Neue Insuline ermöglichten Umstellung der Ernährung

Verändert haben sich auch die Geräte zur Verabreichung von Insulin. „Der erste Insulin-Pen war eine echte Revolution“, berichtet die Diabetesberaterin. „Die Therapie und damit auch die Betreuung hat sich in den letzten 20 Jahren im Kindes- und Jugendalter deutlich intensiviert“, sagt Dr. Holder.

»Nur wenn die Jugendlichen wirklich sagen, was sie tun, hat man einen Ansatz«



In der »Arche« können sich die Kinder aufhalten und spielen. Die Rutsche ist für sie ein Highlight.

Fotos: Klinikum Stuttgart/Martin Lorenz

Heute arbeiten die Gerätehersteller an einem „Closed-Loop-System“, das die Funktion der Bauchspeicheldrüse mittels Sensoren für Gewebezuckermessung und Insulinpumpe technisch nachahmt. In den USA ist bereits eine Pumpe zugelassen, die mit dem Sensor kommuniziert und den Blutzuckerwert selbstständig reguliert, indem sie Insulin ausschüttet oder sich abschaltet. Das Leben der Diabetespatienten hat sich auch mit den Insulinen gewandelt, die auf den Markt kamen. Sie ließen eine zunehmend freiere Gestaltung der Ernährung zu. „Früher mussten Eltern, wenn sie ihren Kindern einen Schokoladen-Osterhasen schenken wollten, ins Reformhaus gehen und Diabetes-Schokolade kaufen“, erzählt Blank.

»Betreuung deutlich intensiviert«

Während sich die medizinischen Möglichkeiten rasant verändert haben, ist das Betreuungskonzept der Diabetesberatung gleichgeblieben: Im Olgahospital sucht man seit 30 Jahren einen gemeinsamen Weg mit den Patienten. „Es ist ganz wichtig, den Eltern und Kindern zuzuhören und das, was sie einbringen, auch aufzugreifen“, sagt Blank. Sie beobachtet, dass die Jugendlichen sehr ehrlich in der Beratung sind. „Sie sagen es uns auch, wenn sie mal nicht regelmäßig spritzen.“

Diese Offenheit ist wichtig für die Beratung. „Nur wenn die Jugendlichen wirklich sagen, was sie tun, hat man einen Ansatz. Es gibt uns die Möglichkeit, mit ihnen ins Gespräch zu kommen. Die Jugendlichen müs-

sen ihre Ziele auch für sich selbst formulieren. Befehle oder Gegenwürfe bringen gar nichts“, berichtet die Diabetesberaterin.

## Die Ziele der Familien sind häufig sehr hoch gesteckt

In der Beratung beobachtet man ein zunehmendes Leistungsdenken: „Die Gesellschaft ist zielorientiert, jeder will gut sein. Die Familien setzen sich hohe Ziele und investieren viel. Aber der Diabetes macht manchmal, was er will. Und wenn das Investierte nicht zurückkommt, obwohl man alles dafür gibt, dann ist die Enttäuschung sehr groß.“ Ob Mentalität oder medizinische Möglichkeiten – auch in den kommenden Jahren wird sich in der Diabetesberatung noch vieles verändern. „Mal sehen, was die Zukunft bringt“, sagt Blank. Fest steht jedoch: Die Diabetesberatung im Olgahospital steht ihr offen gegenüber.

Isabel Aulehla

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



## Medienanstalt prüft Klöckner-Video

Ein Video von Bundesernährungsministerin Julia Klöckner mit dem Lebensmittelkonzern Nestlé hat für massive Kritik gesorgt. Nun prüft die Medienanstalt Berlin-Brandenburg den Clip.

Quelle: [www.aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de)

# 346

neue Mitglieder hat die Deutsche Diabetes Gesellschaft im Jahr 2018 gewinnen können. Damit stieg die Mitgliederzahl auf 9274.

## Stellungnahme zu „Time in Range“

Alternative oder sinnvolle Ergänzung zum HbA<sub>1c</sub>? Die Kommission Labordiagnostik in der Diabetologie der DDG und DGKL hat eine Stellungnahme zur Nutzung des „Time in Range“ erstellt.

[http://bit.ly/TiR\\_DD](http://bit.ly/TiR_DD)



# Erfolgsgeschichte der DDG Zertifizierungen vorangetrieben

Fachgesellschaft dankt dem scheidenden Vorsitzenden des QSW-Ausschusses für seine herausragenden Verdienste

**BERLIN/MÜNCHEN.** Professor Dr. Klaus-Dieter Palitzsch scheidet Ende Juni aus seinem Amt als Vorsitzender des Ausschusses Qualitätssicherung, Schulung und Weiterbildung (QSW) der DDG aus. Für seine herausragenden Verdienste bedankt sich die Fachgesellschaft recht herzlich bei ihm.

Während seiner fast zehnjährigen Wirkungszeit habe Prof. Palitzsch maßgeblich die Erfolgsgeschichte der DDG-Zertifizierungen mit aktuell 671 anerkannten Einrichtungen vorangetrieben und dabei neue Zertifikate wie die Anerkennung als „Klinik für Diabetespatienten geeignet DDG“ ins Leben gerufen, betont der Präsident der DDG, Professor Dr. DIRK MÜLLER-WIELAND. „Wir danken ihm für sein großes Engagement und seinen unermüdlichen Einsatz für hohe und verbindliche Qualitätsstandards in

der Versorgung von Menschen mit Diabetes.“ Ein besonderes Dankeschön für die gute Zusammenarbeit übermittelt auch BARBARA BITZER, Geschäftsführerin der DDG. Prof. Palitzsch gehört zu den Medizern, die laut Focus-Liste Top-Spezialisten ihres Fachgebiets sind. Er ist in der München Klinik Neuperlach Chefarzt der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Angiologie und Innere Medizin, Notfallzentrum.

## Hohe Qualität der Diabetes-Versorgung ist sein Anspruch

Die Mitarbeiter beschreiben ihren Chef als Arzt aus Leidenschaft, mit großer fachlicher und sozialer Kompetenz, großer Freude an Lehre und Beruf sowie großer Achtung gegenüber den Patienten. 1992 erhielt der Internist die Anerkennung der

## WÜRDIGUNG



Prof. Dr. Klaus-Dieter Palitzsch  
Chefarzt  
München Klinik Neuperlach  
Foto: © DDG/Dirk Deckbar

Teilgebietsbezeichnung Endokrinologie und die Weiterbildungsermächtigung. Die Anerkennung als Diabetologe DDG erfolgte drei Jahre später. Prof. Palitzsch ist Mitglied der Prüfungsausschüsse der Bayerischen Landesärztekammer für Innere Medizin und Endokrinologie.

Den Vorsitz des QSW-Ausschusses übernahm er 2010. Er war in der Folge für das Erarbeiten von Qualitätsrichtlinien für die Anerkennung von Einrichtungen zur Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus verantwortlich.

Der 1957 in Chemnitz geborene Diabetologe kann auf zahlreiche Vorträge und Veröffentlichungen für die DDG, die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin und die Deutsche Gesellschaft für Ernährung zurückblicken. Besonders zu erwähnen ist die Publikation des Lehrbuchs „Diabetologie für die Praxis“ 2012, bei der er als Mitherausgeber fungierte.

Die DDG verweist ebenfalls auf die Leistungen Prof. Palitzschs als Chefarzt. Er hat grundlegend dazu beigetragen, dass die Klinik als Zertifiziertes Diabeteszentrum Diabetologikum DDG mit diabetesspezifischem Qualitätsmanagement anerkannt wurde. 2018 folgte die Eröffnung der Tagesklinik für Endokrinologie und Diabetologie.

Prof. Palitzsch gehöre zu den Pionieren in der Diabetologie, erinnert die

DDG. Bereits 1993 plädierte er als Mitautor der Diabetomobil-Studie dafür, den HbA<sub>1c</sub>-Wert für die Diagnose des Diabetes heranzuziehen. Heute gilt das als Standard.

## Dank auch für die Mitarbeit im Vorstand der DDG

Die DDG bedankt sich außerdem bei Prof. Palitzsch für seine überaus aktive Mitwirkung im Vorstand, dem er 2012 bis 2016 angehörte. Dank auch für seine Funktion als Tagungspräsident der Diabetes Herbsttagung 2013 und damit für die Organisation der sehr erfolgreichen 7. Diabetes Herbsttagung „Diabetologie im interdisziplinären Dialog – Diabetes mellitus fachübergreifend behandeln“. Sein Anliegen sei auch hier gewesen, detailliert auf die Zusammenarbeit der Diabetologie mit anderen Fachrichtungen einzugehen. In den Mittelpunkt habe er gestellt, wie eng die Diabetologie als eigenständige Subspezialisierung mit zahlreichen anderen Gebieten der Inneren Medizin, aber auch der Pädiatrie, der Neurologie oder beispielsweise der Urologie verbunden ist. *kol*

»Top-Spezialist seines Fachs«

1. Nach Empfehlung von Dr. med. Thorsten Siegmund, Diabetes-, Hormon- und Stoffwechsellabor am ISAR Klinikum, München, und Dr. med. Stephan Kress, Vinzenz-Krankenhaus, Landau.  
2. Nationale Versorgungsleitlinie Therapie des Typ-2-Diabetes – Langfassung, 1. Auflage, Version 4, 2013, zuletzt geändert: November 2014. Verfügbar unter: www.dm-therapie-versorgungsteillinien.de; [Zugriff: 01.02.2019]; DOI: 10.6101/AZQ/000213.

**Apidra® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Durchstechflasche - Apidra® SoloStar® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einem Fertigen**  
Wirkstoff: Insulinglucosin. **Zusammensetzung:** 1 ml enthält 100 Einheiten Insulinglucosin (entsprechend 3,49 mg). **Sonstige Bestandteile:** Metacresol, NaCl, Trometamol, Polysorbitol 20, Salzsäure 36%, NaOH, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** 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. **Warnhinweise/Vorsichtsmaßnahmen:** Umstellung auf anderen Insulintyp/-marke/-ursprung nur unter strenger ärztlicher Überwachung. Gleichzeitige Behandlung mit oralen Antidiabetika gegebenenfalls anpassen. Bei unzureichender Dosierung oder Abbruch der Behandlung Hyperglykämie und diabetische Ketoazidose möglich. Lange Diabetesdauer, intensivierte Insulintherapie, diabetische Neuropathie, Betablocker oder Wechsel von Insulin tierischen Ursprungs zu Humaninsulin können Warnsymptome einer Hypoglykämie verschleiern. Bei verstärkter körperlicher Aktivität oder Ernährungsumstellung, Krankheit oder seelischer Belastung kann Dosis-Anpassung erforderlich sein. Unbehandelte hypo- oder hyperglykämische Reaktionen können zu Bewusstlosigkeit, Koma oder zum Tod führen. Bei Kombination mit Pioglitazon Herzinsuffizienz möglich, besonders bei Patienten mit Risikofaktoren. Bei Verschlechterung der kardialen Symptome Pioglitazon absetzen. Metacresol kann allergische Reaktionen hervorrufen. Funktionsstörungen der Insulinpumpe oder Anwendungsfehler können zu Hypoglykämie, hyperglykämischer Ketoazidose oder diabetischen Ketoazidose führen. **Nebenwirkungen:** Stoffwechsel. **Ernähr.**: Sehr häufig Hypoglykämie. **Unbekannt:** Hypoglykämie (kann zu diabetischer Ketoazidose führen). **Haut/Unterhautzellgew.**: Häufig Reaktionen an der Injektionsstelle, lokale Überempfindlichkeitsreaktionen. **Selten:** Lipodystrophie. **Allgemein:** Gelegentlich systemische Überempfindlichkeitsreaktionen. **Verschreibungspflichtig.** Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, D-65926 Frankfurt am Main. **Stand:** April 2018 (SADE, GLU.17.09.2560(1)).

**Toujeo SoloStar® 300 Einheiten/ml Injektionslösung in einem Fertigen**  
Wirkstoff: Insulin glargin. **Zusammens.**: 300 Einheiten Insulin glargin/ml (entsprechend 10,91 mg). Ein Pen enthält 1,5 ml Injektionslösung, entsprechend 450 Einheiten. **Sonst. Bestandt.**: Zinkchlorid, Metacresol (Ph. Eur.), Glycerol, Salzsäure, Natriumhydroxid, Wasser für Injektionszwecke. **Anw.-geb.**: Diabetes mellitus bei Erwachsenen. **Gegenanz.**: Überempfindlich, gegen d. Wirkstoff/sonstige Bestandt. **Warnhinw. u. Vorsichtsm.**: Bei diabet. Ketoazidose (Euphori) von Normalinsulin i. v. Verstärkte Überwach. d. Blutzuckers b. Hypoglykämie b. Risiko kardialer oder zerebraler Komplikationen sowie proliferativer Retinopathie. **Stoffwechselüberwachung b. interkurrenten Erkrank.** B. Komb. m. Pioglitazon Anzeich. u. Symptome v. Herzinsuff., Gewichtszunahme u. Ödemen beobachtet. Bei Verschlechterung d. kard. Sympt. Pioglitazon absetzen. **Wechselwirk.**: Dosisanpassung bei oralhypoglykämischen Arzneimitteln, Angiotensin-Converting-Enzym (ACE)-Hemmern, Disopyramid, Fibratlen, Fluocortin, Monoaminoxidase (MAO)-Hemmern, Pentoxifyllin, Propoxyphen, Salicytlen u. Sulfonamid-Antibiotika, Kortikosteroiden, Danazol, Diazoxid, Diuretika, Glukagon, Isoniazid, Oestrogenen und Progestagenen, Rheinoflazin-Alkalinmitteln, Somatropin-Sympathomimetika (z. B. Epinephrin [Adrenalin], Salbutamol, Terbutalin), Schilddrüsenhormonen, othypischen Antipsychotika (z. B. Clozapin u. Olanzapin) u. Proteaseinhibitoren. **Fehlende o. abgeschw. Symptome d. adrenergen Gegenregulation bei Betablockern.** Clonidin, Guanethidin und Reserpin. **Verstärkt od. Abschw. d. blutdrucksenk. Wirkung d. Betablocker.** Clonidin, Lithiumsalze od. Alkohol. **Fertilität, Schwangersch. u. Stillz.**: Kann i. d. Schwangersch. angewand. werden, wenn notwendig. Bei Stillenden Anpassung d. Dosis u. d. Ernährung. **Nebenwirk.**: **Immunsyst.**: **Selten:** allerg. Reaktionen. **Stoffwechsel/Ernährungsstör.**: **Sehr häufig:** Hypoglykämie. **Nervensyst.**: **Sehr selten:** Geschmacksstör. **Augen:** **Selten:** Sehstörungen, Retinopathie. **Haut/Unterhautzellgew.**: Häufig Lipohypertrophie, gelegentl. Lipodystrophie, **Stelltmusk./Bindegew./Knöchel:** **Sehr selten:** Myalgie. **Allg./Verabr.ort:** Häufig Reakt. a. d. Einstichstelle, **Selten:** Ödeme. **Verschreibungspflichtig.** Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, D-65926 Frankfurt am Main, Deutschland. **Stand:** Februar 2018 (SADE, TJO.18.04.1148).

APIDRA®  
Insulinglucosin

Toujeo®  
Insulin glargin 300 E/ml



8.-9. Nov. 2019  
Congress  
Centrum  
Leipzig

 **DIABETES  
HERBSTTAGUNG**  
2019 **DDG**

## Diabetes – mitten im Leben



### Schwerpunktthemen

- Kinder und Jugendliche in ihrem sozialen Umfeld
- Diabetestechnologie
- Ernährung im Spannungsfeld verschiedener Empfehlungen oder wie schmeckt Diabetes?
- Hygiene in Praxis, Klinik und Selbstmanagement
- Multimorbidität interdisziplinär
- Diabetes mellitus in der Ausbildung

**SAVE  
THE  
DATE**



## VORSTAND UND GESCHÄFTSFÜHRUNG DDG



Fotos: © DDG/Dirk Deckbar, Thomas Berg, Rechte Universität zu Lübeck, Wiebke Peitz, Charité zVg

**Präsidentin**  
**Prof. Dr. Monika Kellerer**


Vorstand: 2017–2023;  
 Vizepräsidentin: 2017–2019  
 Präsidentin: 2019–2021  
 Marienhospital Stuttgart

**Past Präsident**  
**Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland**


Vorstand: 2013–2021;  
 Vizepräsident: 2015–2017;  
 Präsident: 2017–2019;  
 Past Präsident 2019–2021  
 Universitätsklinikum  
 der RWTH Aachen

**Vizepräsident und Schatzmeister**  
**Prof. Dr. Andreas Neu**


Vorstand: 2015–2025;  
 Vizepräsident: 2019–2021  
 Universitätsklinik  
 für Kinder- und  
 Jugendmedizin  
 Tübingen

**Vorstandsmitglied**  
**Prof. Dr. Jens Aberle**


Vorstand: 2019–2021  
 UKE Hamburg

NEU

**Vorstandsmitglied**  
**Dr. Matthias Kaltheuner**


Vorstand: 2017–2021  
 Gemeinschaftspraxis  
 für Innere Medizin &  
 Diabetologie &  
 Allgemeinmedizin  
 in Leverkusen

**Vorstandsmitglied**  
**Prof. Dr. Dr. h.c. Hendrik Lehnert**


Vorstand: 2018–2020  
 Universitätsklinikum  
 Schleswig-Holstein

**Vorstandsmitglied**  
**Prof. Dr. Ralf Lobmann**


Vorstand 2016–2020  
 Klinikum Stuttgart

**Vorstandsmitglied**  
**Dr. Hans-Martin Reuter**


Vorstand: 2016–2020  
 Diabetologische  
 Schwerpunktpraxis  
 in Jena

**Vorstandsmitglied**  
**Prof. Dr. Joachim Spranger**


Vorstand: 2019–2023  
 Charité –  
 Universitätsmedizin Berlin

NEU

**Geschäftsführerin**  
**Barbara Bitzer**


## Jetzt für den DDG Medienpreis 2019 bewerben

Aufklärung und Berichterstattung über Diabetes

**BERLIN.** Die DDG schreibt 2019 zum sechsten Mal Medienpreise aus. Es werden vier Preise in den Kategorien Print, Hörfunk, Fernsehen und Online vergeben. Bei der Kategorie Online können Webseiten, Blogs oder Online-Videos eingereicht werden. Jeder der vier Preise ist mit jeweils 1500 Euro dotiert.

Die Diabetologie gehört zur „sprechenden Medizin“ – auch wenn diagnostische Methoden, technisch-digitale Hilfsmittel wie Insulinpumpen, Blutzucker-Tagebuch-Apps oder kontinuierliche Glukose-Überwachungssysteme heutzutage einen wichtigen Teil in der Therapie einnehmen. Es geht um Fragen, Erklären, Zuhören und Austauschen zwischen dem Menschen mit Diabetes, seinen Angehörigen und den Mitgliedern des Diabetesbehandlungsteams.

**Fokus auf Kommunikation und Patientenorientierung**

Die Medienpreise der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) legen den Fokus 2019 auf Kommunikation und Patientenorientierung.

- Was müssen Diabetesexperten mitbringen, um gut zu kommunizieren?
- Wie wirken sich Sprachkompetenz, Bildungshintergrund, soziales Milieu oder Geschlecht auf die Therapie und den Behandlungserfolg aus?
- Was können Patienten beitragen, damit Kommunikation mit Diabetologen/Diabetologin und Diabetesberater/in gelingt?

**Wer kann sich bewerben?**

Bewerben können sich Journalistinnen und Journalisten aus dem deutschsprachigen Raum, die über Diabetes Typ 1 und/oder Diabetes Typ 2 differenziert und verständlich berichten und nach Möglichkeit den Aspekt Kommunikation und Patientenorientierung aufgreifen.

- Kategorie Print:** Artikel der Tages- und Wochenpresse, aus Zeitschriften sowie im Internet veröffentlichte Textbeiträge
- Kategorie Hörfunk**
- Kategorie Fernsehen**
- Kategorie Online:** Webseiten, Blogs oder Online-Videos

In das Auswahlverfahren werden Presseveröffentlichungen einbezogen, die zwischen dem **1. August 2018 und dem 31. Juli 2019** im deutschsprachigen Raum publiziert wurden und einem breiten Publikum Informationen aus dem Gebiet der Diabetologie vermitteln. Wissenschaftliche Publikati-

onen in medizinischen Fachzeitschriften werden bei der Vergabe der Preise nicht berücksichtigt. Bitte schicken Sie Ihren Wettbewerbsbeitrag sowie einen kurzen tabellarischen Lebenslauf nebst Foto **bis zum 31. Juli 2019** an die Pressestelle der DDG. Detaillierte Informationen zum Einreichen der Bewerbungsunterlagen finden sich unter: [www.ddg.info/presse/medienpreis-der-ddg/medienpreis-2019.html](http://www.ddg.info/presse/medienpreis-der-ddg/medienpreis-2019.html)

Autoren können sich jeweils nur mit einem Beitrag bewerben. Serienbeiträge können aufgrund des Umfangs leider nicht angenommen werden.

**Preisverleihung im November in Leipzig**

Über die Preisvergabe entscheidet eine Jury unter Leitung der DDG. Die Preisvergabe erfolgt auf der Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft 2019 (8. – 9. November 2019) in Leipzig. Die persönliche Teilnahme der Preisträger ist ausdrücklich erwünscht. *DDG*

**Pressestelle Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)**  
**Dagmar Arnold**  
 Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart  
 Tel.: 0711 8931-380,  
 Fax: 0711 8931-167  
 arnold@  
 medizinkommunikation.org,  
 www.ddg.info

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

Gülfen Kaplan, Gustavsburg  
 Prof. Dr. med. Thomas Herrmann, Wesseln  
 Katharina Wulff, Berlin  
 Dr. med. Julia Stöfen, Heide  
 Kira Uphaus, Münster  
 Sabine Spenthoff, Münster  
 Peyla Köskeroglu, Köln  
 Joanna Alicja Strzelczyk, Hagen  
 Dr. med. Blanca Lüdecke, Berlin  
 Dr. med. Timo Kretzschmar, Münster  
 Dr. med. Christof Kluthe, Berlin  
 Dr. med. Otari Worms, Bochum  
 Dr. med. Prokopios Chaidis, Dietikon (Schweiz)  
 Dr. med. Martin Adamczak, Düsseldorf

## Neuer Vorstand von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe

**BERLIN.** Am 30. Mai 2019 wurde ein neuer Vorstand von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe für eine Amtszeit von vier Jahren gewählt.

Der Vorstand besteht aus sechs ehrenamtlichen Mitgliedern, die als Experten für Prävention, Versorgung, Wissenschaft, Politik, Öffentlichkeitsarbeit und Selbsthilfe Aufgabenstellungen der Organisation voranbringen und die strategische Arbeit der Geschäftsstelle in Berlin fachlich unterstützen. Der Vorstand ist mit Ärzten, Diabetesberatern und Betroffenen fast paritätisch besetzt und spiegelt hierin das Leitbild der Gesamtorganisation wider.  
**Vorstandsvorsitzender: Dr. Jens Kröger**, Internist und Diabetologe DDG, Hamburg Bergedorf

**Stellv. Vorstandsvorsitzende: Diana Droßel**, Krankenschwester und Diabetesberaterin, Eschweiler  
**Finanzvorstand: Prof. Dr. Thomas Haak**, Chefarzt der Diabetes Klinik am Diabetes Zentrum Mergentheim

**Weitere Vorstandsmitglieder:**

- Bastian Hauck**, Geschäftsführer der dedoc labs GmbH
- Christina Kuntze-Meinell**, Diabetesberaterin
- Tetje Mierendorf**, Autor und Schauspieler
- N.N.**, Wirtschaft

**Geschäftsführung**, Bundesgeschäftsstelle: **Nicole Mattig-Fabian**

[www.diabetesde.org](http://www.diabetesde.org)

»Jeder der vier Preise mit 1500 Euro dotiert«



## Renate Lauterborn, 1952-2019

Renate Lauterborn, geboren in Bochum, startete ihre berufliche Laufbahn nach dem Abschluss der Ausbildung zur Diätassistentin an der Fachschule der Universitätsklinik Düsseldorf in 1972. Als eine der allerersten Diabetesberaterinnen der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) absolvierte sie 1990 den DDG-Kurs.

### Großes Engagement und unermüdliche Hingabe

In Deutschland übte sie den erlernten Beruf der Diätassistentin im Städtischen Krankenhaus Düsseldorf, Malteser Krankenhaus Berlin und im Deutschen Herzzentrum Berlin aus, bevor sie als Diabetesberaterin in der Kinderklinik

Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus, später Kinderklinik der Charité, und zum Schluss in der DRK Kinderklinik Berlin Westend tätig war. Renate Lauterborn hatte keine Angst, neue Wege zu gehen, um neue Ufer zu entdecken. Als Mitglied des Deutschen Entwicklungsdienstes und der Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit arbeitete sie mehrere Jahre als Lehrerin für Ernährungslehre und Hauswirtschaft in Wamba, Kenia, und Leitende Diätassistentin im Krankenhaus in Tabuk, Saudi-Arabien. Als Diabetesberaterin in einem der größten Kinderdiabeteszentren Deutschlands hat sie junge Patienten und ihre Familien jeglichen ethnischen und sozialen Hintergrunds stets mit großem Engagement, unermüdlicher Hingabe und Verantwortung betreut und begleitet. Renate Lauterborn hat früh erkannt, dass Hilfe zur Selbsthilfe einen wesentlichen Faktor für eine gute Integration der chronisch erkrankten Kinder darstellt. Sie initiierte und etablierte eigenverantwortlich Schulungskurse und edukative Gruppenangebote



Renate  
Lauterborn  
Foto: z/vg

im Rahmen von Wochenend- und Ferienfreizeiten mit Schulkindern und Jugendlichen, die heutzutage viele Diabeteszentren in ihre Behandlungskonzepte übernommen haben. Darüber hinaus hat sie die Beratung der Schlüsselpersonen im sozialen Umfeld der betroffenen Kinder durch Informationsgespräche in Schulen, Kitas und Kindergärten vorangetrieben. Ihre Mitarbeit bei der Entwicklung und Evaluierung von Schulungsprogrammen für Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus gehörte ebenfalls zu ihren Herzensangelegenheiten. Um ein solides Schulungskonzept für die Einführung und Etablierung der Insulinpumpentherapie bei den jungen Patienten zu entwickeln, zögerte sie

nicht, über mehrere Wochen bei Dr. Ragnar Hanas in Uddevalla, Schweden, in 2001 zu hospitieren, um den dort sehr fortschrittlichen Umgang mit der neuen Technologie zu erlernen und in Berlin zu etablieren. Ihre umfassenden und fundierten Kenntnisse und Erfahrungen konnte sie im Rahmen ihrer regelmäßigen Vortragstätigkeit in den Weiterbildungskursen zum/r Diabetesberater/in DDG bzw. Diabetologen/Diabetologin DDG, aber auch auf zahlreichen nationalen und internationalen Kongressen weitergeben. Ihr politisches Engagement hat sie auch als Vorstandsmitglied des Verbandes der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland

(VDBD e.V.) erwiesen. Wir alle haben einen liebenswerten und für unser aller Leben bedeutenden und wichtigen Menschen verloren. Wir danken ihr aus tiefstem Herzen für ihr stets aufopferungsbereites Engagement für die Kinder und Jugendlichen mit Diabetes mellitus und ihre Eltern.

### In dankbarer und hoch geschätzter Erinnerung

Durch ihre unermüdlichen Bestrebungen für eine möglichst normale Integration in Schule und Umgebung und ihre permanente positive Beratung vermittelte sie den Kindern und ihren Eltern, dass man trotz der Erkrankung gut weiterleben und alle Lebensziele verfolgen kann. Wir werden Renate Lauterborn immer in dankbarer Erinnerung als hoch geschätzte Mitarbeiterin, Kollegin und Freundin behalten.

Prof. Dr. Olga Kordonouri  
Kinderdiabetologin,  
Chefärztin am Kinder-  
und Jugendkrankenhaus  
AUF DER BULT, Hannover

»Sie war eine der allerersten Diabetesberaterinnen der DDG«

»Sie hatte keine Angst, neue Wege zu gehen, um neue Ufer zu entdecken«

## MEDICAL TRIBUNE

In Sachen Datenschutz sollten Sie handeln – wir können Ihnen dafür etwas Hilfreiches anbieten

### EU-DSGVO

Die neue Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) ist in aller Munde.

- Was bedeuten die neuen Regulierungen für Sie im Praxisalltag?
- Wie müssen Sie mit personenbezogenen Daten umgehen?
- Was sollten Sie und Ihre Mitarbeiter/innen bei der Datenverarbeitung zwingend beachten?
- Wo liegen Fallstricke und Stolpersteine?

Bestellen Sie noch heute unter:  
<https://shop.medical-tribune.de>





# Neu- oder re-zertifizierte Kliniken und Arztpraxen

(im Zeitraum 29.04. bis 31.05.2019)

Einrichtung	PLZ/ORT	Anerkennung
<b>PLZ 0</b>		
Gesundheitszentrum Bitterfeld/Wolfen gGmbH	06749 Bitterfeld-Wolfen	Nebendiagnose Diabetes
<b>PLZ 1</b>		
Schwerpunktpraxis für Diabetes, Diabetes mit Herz Dr. med. Fabian Scholz / Dr. Katja Lichopoy	13509 Berlin	Zert. Diabeteszentrum Diabetologikum DDG
Immanuel Klinik Rüdersdorf	15562 Rüdersdorf	Nebendiagnose Diabetes
MediClin Müritzklinikum, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	17192 Waren/Müritzklinikum	Zert. Diabeteszentrum DDG
Kreis Krankenhaus Prignitz gGmbH	19348 Perleberg	Nebendiagnose Diabetes
<b>PLZ 2</b>		
Zentrum für Diabetologie Hamburg-Bergedorf, Dres. med. Jens Kröger, Susanne Rosenboom, Heidi Stendel, Olaf Backhus, Heidi Lankers, Haus E + C	21029 Hamburg	Fußbehandlung (ambulant)
Diabeteszentrum Barmbek, Dr. med. Klaus Altenpohl, Dr. med. Maria Papanikolaou	22305 Hamburg	Zert. Diabeteszentrum DDG
AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM ROTENBURG, II. Medizinische Klinik	27356 Rotenburg (Wümme)	Zert. Diabeteszentrum DDG
MVZ Lüchow-Dannenberg, Dr. Harald Letterer	29451 Dannenberg	Zert. Diabeteszentrum DDG
<b>PLZ 3</b>		
Altmark-Klinikum gGmbH, Klinikum Gardelegen, Klinik für Innere Medizin und Diabetologie	39638 Gardelegen	Zert. Diabeteszentrum DDG
<b>PLZ 4</b>		
St. Irmgardis-Krankenhaus Süchteln	41749 Viersen-Süchteln	Nebendiagnose Diabetes
Diabetes- und Stoffwechselpraxis Bochum, Dr. med. Babette Lorra und Stephan Bonnermann	44869 Bochum	Zert. Diabeteszentrum DDG
Gemeinschaftspraxis Dr. Markus Redzich und Dr. Andreas Patzelt	44892 Bochum-Langendreer	Zert. Diabeteszentrum DDG

Einrichtung	PLZ/ORT	Anerkennung
<b>PLZ 4</b>		
Krankenhaus Bethanien Moers, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	47441 Moers	Zert. Diabeteszentrum DDG
Alexianer Tönisvorst GmbH, Krankenhaus Maria-Hilf, Klinik für Innere Medizin	47918 Tönisvorst	Zert. Diabeteszentrum DDG
<b>PLZ 5</b>		
Bethlehem Krankenhaus Stolberg, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	52222 Stolberg	Zert. Diabeteszentrum DDG
Diabeteszentrum im OPZ, Fußambulanz	58642 Iserlohn-Letmathe	Zert. Diabeteszentrum DDG
St. Marienhospital Hamm, Innere Medizin/Geriatrie	59065 Hamm	Zert. Diabeteszentrum DDG
Katharinen-Hospital Unna gGmbH, Innere Klinik I / Diabetologie	59423 Unna	Zert. Diabeteszentrum Diabetologikum DDG
<b>PLZ 6</b>		
Ärztelhaus Hirschberg, Diabetologie – Dr. med. Sigrid Hein	69493 Hirschberg	Zert. Diabeteszentrum DDG
<b>PLZ 7</b>		
Diabetologische Schwerpunktpraxis Bietigheim, Dr. med. Andreas Kunst	74321 Bietigheim-Bissingen	Zert. Diabeteszentrum DDG
Klinikverbund Südwest   Kliniken Calw	75365 Calw	Nebendiagnose Diabetes
Gemeinschaftspraxis Dres. med. Thomas Schimpf, Dagmar Walter, Monika Herzog-Schimpf	78467 Konstanz	Zert. Diabeteszentrum DDG
<b>PLZ 8</b>		
HELIOS Klinikum München West, Medizinische Klinik II	81241 München	Zert. Diabeteszentrum DDG
KJF Klinik Josefinum Augsburg, Klinik für Kinder und Jugendliche, Kinderdiabetologie	86154 Augsburg	Zert. Diabeteszentrum Diabetologikum DDG

## Noch kein DDG-Mitglied?

Überzeugen Sie sich von den Vorteilen!



Foto: iStock/Infadel

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

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

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

Mitglieds-Antrag auch online



Ihr Ansprechpartner in der Geschäftsstelle ist:  
**Steffi Rudloff**

Tel.: 030 / 3 11 69 37 15  
Fax: 030 / 3 11 69 37 20  
E-Mail: rudloff@ddg.info

## diabetes zeitung digital

ePaper ist im Web verfügbar

**BERLIN.** Die **diabetes zeitung** macht nicht nur halt in Ihrem Briefkasten. Auch online sind alle Ausgaben als ePaper jederzeit abrufbar.

Im Sinne eines lebendigen und modernen neuen Mediums fährt die **diabetes zeitung** zweigleisig: als haptische Print-Ausgabe im bewährten Zeitungsformat sowie als digitales ePaper. Das ePaper können Sie bequem und einfach im Internet auf [www.ddg.info/diabetes-zeitung](http://www.ddg.info/diabetes-zeitung) und auf [epaper.medical-tribune.de](http://epaper.medical-tribune.de) einsehen. Über die Suchfunktion lassen sich die einzelnen Ausgaben nach Themen und Stichworten durchsuchen. Darüber hinaus können Sie die elektronische Ausgabe der **diabetes zeitung** auch als An-

droid-, iOS- oder Microsoft-App auf Ihrem Endgerät lesen. Die App finden Sie in Ihrem jeweiligen App-Store unter dem Suchbegriff „Medical Tribune für Ärzte“.

### Kontakt zur Redaktion

E-Mail an [diabeteszeitung@medical-tribune.de](mailto:diabeteszeitung@medical-tribune.de) mit Ihren Fragen, Wünschen und Anregungen. Natürlich können Sie uns auch per Leserbrief bzw. Fax erreichen – oder Sie rufen in der Redaktion an:

**Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH, Unter den Eichen 5, 65195 Wiesbaden**

☎ **Telefon: 0611 9746-0,**

☎ **Telefax: 0611 9746 480-303/-373**

Sie haben einen interessanten und lehrreichen Fall aus Ihrer Praxis und möchten diesen gerne teilen?

Ihr Fall in der diabetes zeitung!

Zögern Sie nicht! Es ist einfacher, als Sie denken: Schreiben Sie oder rufen Sie uns an und reichen Sie uns die Eckdaten zu Ihrer Kasuistik ein. Gemeinsam erstellen wir dann einen redaktionellen Beitrag für die diabetes zeitung.

Und das Beste – es gibt etwas zu gewinnen! Unter allen bis Ende 2019 veröffentlichten Artikeln wählt eine Jury aus dem DDG Vorstand die beste Fallbeschreibung aus. Der Gewinner erhält das neue 9,7" iPad. Zudem verlosen wir unter allen Teilnehmern zwei Amazon-Gutscheine im Wert von je 100 Euro.

Wir freuen uns auf Ihre Kasuistiken!

Foto: iStock/Alberga



**Kontakt zur Redaktion:**  
Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH, Unter den Eichen 5, 65195 Wiesbaden, Telefax: 0611 9746 480-303/-373, E-Mail: [diabeteszeitung@medical-tribune.de](mailto:diabeteszeitung@medical-tribune.de)



# Aktuelle 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.

## ➔ Diabetesberater/in DDG (verfügbare Kurse)

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
205	<b>Diabetes-Akademie Südostbayern</b> Bürgerwaldstr. 1, 83278 Traunstein ☎ Tel.: 0861 20401041, ☎ Fax: 0861 909807 68 info@diabetesakademie.net www.diabetesakademie.net	1. Block 22.07. – 03.08.2019 2. Block 09.09. – 14.09.2019 3. Block 02.12. – 14.12.2019 4. Block 03.02. – 15.02.2020 5. Block 04.05. – 16.05.2020 6. Block 03.08. – 07.08.2020
209	<b>Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1172, ☎ Fax: 05971 42-1116 v.breulmann@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 02.12. – 20.12.2019 2. Block: 03.02. – 21.02.2020 3. Block: 04.05. – 15.05.2020 4. Block: 10.08. – 21.08.2020 5. Block: 26.10. – 06.11.2020
210	<b>Diabetes Zentrum Thüringen e.V.</b> Am Klinikum 1, Gebäude A, 07740 Jena ☎ Tel.: 03641/933 071, ☎ Fax: 03641/933 009 annett.bechstedt@med.uni-jena.de www.diabetes-thueringen.de	1. Block: 13.01. – 24.01.2020 2. Block: 23.03. – 03.04.2020 3. Block: 22.06. – 03.07.2020 4. Block: 07.09. – 18.09.2020 5. Block: 23.11. – 04.12.2020 6. Block: 15.02. – 26.02.2021
211	<b>Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	<i>verkürzte Aufbauqualifikation!</i> 1. Block: 10.02. – 21.02.2020 2. Block: 20.04. – 30.04.2020 3. Block: 06.07. – 17.07.2020 4. Block: 30.11. – 11.12.2020
212	<b>Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1172, ☎ Fax: 05971 42-1116 E-Mail: v.breulmann@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 24.02. – 06.03.2020 2. Block: 25.05. – 06.06.2020 3. Block: 20.07. – 31.07.2020 4. Block: 05.10. – 16.10.2020 5. Block: 07.12. – 18.12.2020 6. Block: 01.03. – 12.03.2021
213	<b>Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1172, ☎ Fax: 05971 42-1116 v.breulmann@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 27.04. – 09.05.2020 2. Block: 06.07. – 17.07.2020 3. Block: 28.09. – 09.10.2020 4. Block: 16.11. – 27.11.2020 5. Block: 01.02. – 12.02.2021 6. Block: 19.04. – 30.04.2021
214	<b>Wannsee-Akademie</b> Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin ☎ Tel.: 030 80686-040, ☎ Fax: 030 80686-404 E-Mail: akademie@wannseeschule.de www.wannseeakademie.de	1. Block: 04.05. – 15.05.2020 2. Block: 17.08. – 28.08.2020 3. Block: 02.11. – 20.11.2020 4. Block: 15.02. – 26.02.2021 5. Block: 19.04. – 30.04.2021 6. Block: 31.05. – 11.06.2021
215	<b>Diabetes-Akademie Südostbayern</b> Bürgerwaldstr. 1, 83278 Traunstein ☎ Tel.: 0861 20401041, ☎ Fax: 0861 909807 68 www.diabetesakademie.net info@diabetesakademie.net	1. Block: 04.06. – 18.06.2020 2. Block: 07.09. – 19.09.2020 3. Block: 07.12. – 19.12.2020 4. Block: 08.03. – 20.03.2021 5. Block: 07.06. – 19.06.2021
216	<b>Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1172, ☎ Fax: 05971 42-1116 v.breulmann@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	<i>verkürzte Aufbauqualifikation!</i> 1. Block: 12.10. – 23.10.2020 2. Block: 04.01. – 15.01.2021 3. Block: 17.05. – 29.05.2021 4. Block: 09.08. – 21.08.2021
217	<b>Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	1. Block: 05.10. – 16.10.2020 2. Block: 11.01. – 22.01.2021 3. Block: 01.03. – 12.03.2021 4. Block: 12.04. – 23.04.2021 5. Block: 19.07. – 30.07.2021 6. Block: 13.09. – 24.09.2021
218	<b>Diabetes-Akademie Bad Mergentheim e.V.</b> Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim ☎ Tel.: 07931/594 165, ☎ Fax: 07931/77 50 boehm@diabetes-zentrum.de www.diabetes-akademie.de	1. Block: 09.11. – 20.11.2020 2. Block: 01.02. – 12.02.2021 3. Block: 12.04. – 23.04.2021 4. Block: 21.06. – 02.07.2021 5. Block: 13.09. – 24.09.2021 6. Block: 08.11. – 19.11.2021
219	<b>Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1172, ☎ Fax: 05971 42-1116 v.breulmann@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 09.11. – 20.11.2020 2. Block: 18.01. – 29.01.2021 3. Block: 15.03. – 26.03.2021 4. Block: 14.06. – 25.06.2021 5. Block: 23.08. – 03.09.2021 6. Block: 18.10. – 29.10.2021

**Kosten:** Die Kosten für die Weiterbildung betragen zurzeit 2 900,- € Teilnahmegebühr für den regulären Kurs und 2 450,- € für den verkürzten Kurs, zzgl. 200,- € Anmeldegebühren sowie 100,- € Prüfungsgebühr, ohne Material- und Reisekosten.

**Anmeldeverfahren:** Bitte senden Sie die Unterlagen an: Deutsche Diabetes Gesellschaft, Abteilung Weiterbildung, Albrechtstraße 9, 10117 Berlin, Tel.: 0 30/3 11 69 37-18 oder an weiterbildung@ddg.info

**Weitere Informationen finden Sie auf** [www.ddg.info/weiterbildung/diabetesberaterin-ddg/kurstermine.html](http://www.ddg.info/weiterbildung/diabetesberaterin-ddg/kurstermine.html)

**ACHTUNG:**  
neue Preise ab 2020

**Kosten:** Die Kosten für die Weiterbildung betragen ab 2020 3 400,- € Teilnahmegebühr für den regulären Kurs und 2 850,- € für den verkürzten Kurs, zzgl. 300,- € Anmeldegebühren sowie 200,- € Prüfungsgebühr, ohne Material- und Reisekosten.



Weitere Informationen und Anmeldung unter:  
[www.ddg.info/weiterbildung.html](http://www.ddg.info/weiterbildung.html)



## ➔ Fit für die Weiterbildung – Vorbereitungsseminar des VDBD

Weiterbildungsort	Kurstermine	Kosten
<b>Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital</b> Frankenburgstr. 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/421172, ☎ Fax: 05971/421116 v.breulmann@mathias-spital.de, <a href="https://afg.mathias-stiftung.de">https://afg.mathias-stiftung.de</a>	07.09.2019	VDBD Mitglieder: 55,- € Nicht-Mitglieder: 110,- €
<b>Diabetes Zentrum Thüringen e.V.</b> (c/o Universitätsklinikum Jena, Klinik für Innere Medizin III FB Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen) Am Klinikum 1, Gebäude A, 07740 Jena ☎ Tel.: 03641/9324341, ☎ Fax: 03641/9324342 annett.bechstedt@med.uni-jena.de, <a href="http://www.diabetes-thueringen.de">www.diabetes-thueringen.de</a>	12.10.2019	VDBD Mitglieder: 55,- € Nicht-Mitglieder: 110,- €

Weitere Informationen finden Sie auf

[www.vdbd-akademie.de/seminar/details/vorbereitungskurs-fit-fuer-die-weiterbildung-18/](http://www.vdbd-akademie.de/seminar/details/vorbereitungskurs-fit-fuer-die-weiterbildung-18/)

## ➔ Diabetesassistent/in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine	Kosten
98	<b>Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1172, ☎ Fax: 05971 42-1116 v.breulmann@mathias-spital.de, <a href="http://www.afg-rheine.de">www.afg-rheine.de</a>	1. Block 02.09. – 13.09.2019 2. Block 25.11. – 06.12.2019	1 390,- € zzgl. 135,- € Prüfungs- und Zertifikats- gebühr
24	<b>Diabeteszentrum am Elisabeth-Krankenhaus Essen</b> Klara-Kopp-Weg 1, 45138 Essen ☎ Tel.: 0208/30542818, ☎ Fax: 0202/897 4592 a.meier@contilia.de <a href="http://www.contilia.de/karriere/contilia-akademie/aktuelle-lehrgaenge.html">www.contilia.de/karriere/contilia-akademie/aktuelle-lehrgaenge.html</a>	1. Block: 16.09. – 27.09.2019 2. Block: 20.01. – 01.02.2020	1 395,- € zzgl. 35,- € Zertifikats- gebühr
8	<b>Diabetes Zentrum Thüringen e.V.</b> c/o Universitätsklinikum Jena Am Klinikum 1, Gebäude A, 07740 Jena ☎ Tel.: 03641/9324346, ☎ Fax: 03641/9324347 nadine.kuniss@med.uni-jena.de, <a href="http://www.diabetes-thueringen.de">www.diabetes-thueringen.de</a>	1. Block: 23.09. – 04.10.2019 2. Block: 20.01. – 31.01.2020	1 300,- € inkl. Prüfungs- und Zertifikats- gebühr
25	<b>Diabeteszentrum Sinsheim</b> <b>Schwerpunktpraxis im Ärztehaus Sinsheim</b> Hauptstr. 71, 74889 Sinsheim ☎ Tel.: 07261/8998 g.buchholz@daikeler.de, <a href="http://www.daikeler.de">www.daikeler.de</a>	1. Block: 21.10. – 25.10.2019 2. Block: 25.11. – 30.11.2019 3. Block: 14.01. – 18.01.2020 4. Block: 02.03. – 06.03.2020	1.300,- € zzgl. MwSt.
47	<b>Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Regensburg</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeckademie-regensburg.de <a href="http://www.katholischeckademie-regensburg.de">www.katholischeckademie-regensburg.de</a>	1. Block: 11.11. – 22.11.2019 2. Block: 16.03. – 27.03.2020	1.520,- € zzgl. 135,- € Prüfungs- und Zertifi- katsgebühr
35	<b>Diabetesberatung Klinikum am Steinberg/Ermstallklinik Reutlingen</b> Steinbergstraße 31, 72764 Reutlingen ☎ Tel.: +49 7121 200-3979 schroeder_d@klin-rt.de, <a href="http://www.kreiskliniken-reutlingen.de">www.kreiskliniken-reutlingen.de</a>	1. Block: 13.01. – 31.01.2020 2. Block: 04.05. – 08.05.2020	
99	<b>Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1172, ☎ Fax: 05971 42-1116 v.breulmann@mathias-spital.de, <a href="http://www.afg-rheine.de">www.afg-rheine.de</a>	1. Block: 14.04. – 25.04.2020 2. Block: 22.06. – 03.07.2020	1.390,- € zzgl. 135,- € Prüfungs- und Zertifi- katsgebühr
48	<b>Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Regensburg</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeckademie-regensburg.de <a href="http://www.katholischeckademie-regensburg.de">www.katholischeckademie-regensburg.de</a>	1. Block: 22.06. – 03.07.2020 2. Block: 16.11. – 27.11.2020	1.520,- € zzgl. 135,- € Prüfungs- und Zertifi- katsgebühr

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

Hier erhalten Sie auch Auskunft über das Bewerbungsverfahren.

**Weitere Termine und Informationen finden Sie auf**

[www.ddg.info/weiterbildung/diabetesassistentin-ddg/kurstermine.html](http://www.ddg.info/weiterbildung/diabetesassistentin-ddg/kurstermine.html)

## ➔ Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
BaQ_ RB_05	<b>Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeckademie-regensburg.de <a href="http://www.katholischeckademie-regensburg.de">www.katholischeckademie-regensburg.de</a>	30.09. + 01.10.2019
BaQ_ KO_02	<b>Malteser Krankenhaus St. Hildegardis</b> Bachemer Str. 29-33, 50931 Köln Diabetesberatung.Koeln@malteser.org	13.11. + 14.11.2019
BaQ_ CO_03	<b>Klinikum Coburg</b> durchführende Einrichtung REGIOMED-Kliniken Coburg Ketschendorfer Str. 33, 96450 Coburg, Frau Nicole Freund nicole.freund@regiomed-kliniken.de	18.11. + 19.11.2019
BaQ_ BL_02	<b>Diabeteszentrum Bad Lauterberg Kirchberg 21</b> 37431 Bad Lauterberg, Dr. Thomas Werner sekretariat@diabeteszentrum.de	28.02. + 29.02.2020



Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
BaQ_RB_06	<b>Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	30. + 31.03.2020

Weitere Informationen finden Sie auf [www.ddg.info/weiterbildung/basisqualifikation-diabetes-pflege-ddg.html](http://www.ddg.info/weiterbildung/basisqualifikation-diabetes-pflege-ddg.html)

## ➔ Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Klinik)

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine	Kosten
9	<b>Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-1172, ☎ Fax: 05971/42-1116 v.breulmann@mathias-spital.de, www.afg-rheine.de	1. Block: 14.10. – 18.10.2019 2. Block: 09.12. – 13.12.2019	990 € zzgl. Gebühren für Anmeldung, Prüfung, Material 260 €
10	<b>Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1172, ☎ Fax: 05971 42-1116 v.breulmann@mathias-spital.de, www.afg-rheine.de	1. Block: 20.04. – 24.04.2020 2. Block: 15.06. – 19.06.2020	990 € zzgl. Gebühren für Anmeldung, Prüfung, Material 260 €
7	<b>RED – Institut für medizinische Forschung und Weiterbildung Oldenburg</b> Mühlenkamp 5, 23758 Oldenburg i.H. ☎ Tel.: 04361/513130, ☎ Fax: 04361/513616 hecht@red-institut.de, www.red-institut.de	1. Block: 15.06. – 19.06.2020 2. Block: 14.09. – 18.09.2020	990 € zzgl. Gebühren für Anmeldung, Prüfung, Material 260 €

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

Hier erhalten Sie auch Auskunft über das Bewerbungsverfahren.

Weitere Informationen finden Sie auf [www.ddg.info/weiterbildung/diabetes-pflegefachkraft-ddg-klinik.html](http://www.ddg.info/weiterbildung/diabetes-pflegefachkraft-ddg-klinik.html)

## ➔ Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Langzeit)

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
BB192	Berlin	25.09.2019 – 29.01.2020

Sofern Sie Interesse an Veranstaltungen (auch an anderen Orten haben), setzen Sie sich gerne direkt mit den

Veranstaltern in Verbindung. Hier erhalten Sie auch weitere Informationen: [info@iigm.de](mailto:info@iigm.de).

Die Kosten für die Weiterbildung betragen zurzeit 1 000,- € Kursgebühr, zzgl. 270,- € Prüfungs- und Materialgebühr.

Die Weiterbildung findet an zehn einzelnen Kurstagen in dem genannten Zeitraum statt.

Die genauen Termine erfragen Sie bitte bei der Weiterbildungsstätte.

**Die Anmeldung erfolgt direkt beim Anbieter:** <https://www.iigm.de>

Weitere Informationen finden Sie auf der Webseite

[www.ddg.info/weiterbildung/diabetes-pflegefachkraft-ddg-langzeit.html](http://www.ddg.info/weiterbildung/diabetes-pflegefachkraft-ddg-langzeit.html)

## ➔ Podologe/Podologin DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine	Kosten
6	<b>Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-1114, ☎ Fax: 05971/42-1116 g.westkamp@mathias-spital.de, www.afg-rheine.de	20.11. – 22.11.2019	425 € zzgl. 50 € Zertifikatsgebühr
7	<b>Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 / 42-1114, ☎ Fax: 05971 / 42-1116 g.westkamp@mathias-spital.de, www.afg-rheine.de	25.11. – 27.11.2020	425 € zzgl. 50 € Zertifikatsgebühr

**Anmeldung:** Die Bewerbungsunterlagen sind an die jeweilige Weiterbildungsstätte zu senden. Hier erhalten Sie auch

Auskunft über das Bewerbungsverfahren. **Weitere Informationen finden Sie auf**

[www.ddg.info/weiterbildung/podologin-ddg/kurstermine.html](http://www.ddg.info/weiterbildung/podologin-ddg/kurstermine.html)

## ➔ Wundassistent/in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
43	<b>CID Centrum für integrierte Diabetesversorgung</b> St. Vinzenz-Hospital, Merheimer Str. 221-223, 50733 Köln ☎ Tel.: 0221/9349461 schulung@cid-direct.de, www.cid-direct.de	09.09. – 13.09.2019
42	<b>Deutsches Institut für Wundheilung</b> Kursort: Radolfzell, Fritz-Reichle-Ring 2, 78315 Radolfzell ☎ Tel.: 07732/9391525 info@deutsches-wundinstitut.de, www.deutsches-wundinstitut.de	07.10. – 11.10.2019
6	<b>Diabetes-Akademie Bad Mergentheim</b> Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim ☎ Tel.: 07931 / 80 15, ☎ Fax: 07931 / 77 50 diabetes.akademie@diabetes-zentrum.de, www.diabetes-zentrum.de	18.11. – 22.11.2019
52	<b>Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital</b> Frankenburgstr. 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/421101, ☎ Fax: 05971/421116 r.ricklin@mathias-spital.de, www.afg-rheine.de	18.11. – 23.11.2019
15	<b>Karl Borromäus Schule am Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen</b> Feldstraße 16, 54290 Trier ☎ Tel.: 0651 947-0, ☎ Fax: 0651 947-2205 schule@mutterhaus.de, www.mutterhaus.de	18.11. – 22.11.2019
21	<b>Diabetes Zentrum Thüringen e.V.</b> (Universitätsklinikum Jena, Klinik für Innere Medizin III, FB Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen) Am Klinikum 1, Gebäude A, 07743 Jena ☎ Tel.: 03641/9324341, ☎ Fax: 03641/9324342 annett.bechstedt@med.uni-jena.de, www.diabetes-thueringen.de	1. Block 20.11. – 22.11.2019 2. Block 27.11. – 29.11.2019
54	<b>Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Rheine</b> Frankenburgstr. 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/421101, ☎ Fax: 05971/421116 r.ricklin@mathias-spital.de, www.afg-rheine.de	16.03. – 21.03.2020
44	<b>CID Centrum für integrierte Diabetesversorgung</b> Kursort: St. Vinzenz-Hospital, Merheimer Str. 221-223, 50733 Köln Anmeldung: ☎ Tel.: 0221/9349461 schulung@cid-direct.de, www.cid-direct.de	23.03. – 27.03.2020

TERMINÄNDERUNG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
22	<b>Diabetes Zentrum Thüringen e.V.</b> (Universitätsklinikum Jena, Klinik für Innere Medizin III, FB Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen) Am Klinikum 1, Gebäude A, 07743 Jena ☎ Tel.: 03641 9324341, ☎ Fax: 03641 9324342 annett.bechstedt@med.uni-jena.de, www.diabetes-thueringen.de	1. Block: 06.05. – 08.05.2020 2. Block: 13.05. – 15.05.2020
14	<b>Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	15.06. – 19.6.2020
45	<b>CID Centrum für integrierte Diabetesversorgung</b> Kursort: St. Vinzenz-Hospital, Merheimer Str. 221-223, 50733 Köln Anmeldung: ☎ Tel.: 0221/9349461 schulung@cid-direct.de, www.cid-direct.de	14.09. – 18.09.2020
23	<b>Diabetes Zentrum Thüringen e.V.</b> (Universitätsklinikum Jena, Klinik für Innere Medizin III, FB Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen) Am Klinikum 1, Gebäude A, 07743 Jena ☎ Tel.: 03641 9324341, ☎ Fax: 03641 9324342 annett.bechstedt@med.uni-jena.de, www.diabetes-thueringen.de	1. Block: 07.10. – 09.10.2020 2. Block: 14.10. – 15.10.2020
55	<b>Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Rheine</b> Frankenburgstr. 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/421101, ☎ Fax: 05971/421116 r.ricklin@mathias-spital.de, www.afg-rheine.de	02.11.2020

**Kosten:** Die Kosten des Kurses betragen 600,- € zzgl. Material- und Reisekosten.

**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/weiterbildung/wundassistentin-ddg/kurstermine.html](http://www.ddg.info/weiterbildung/wundassistentin-ddg/kurstermine.html)

## ➔ Seminare Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung in der Diabetologie

Kurs	Termine	Tagungsort	Kosten
<b>Dr. rer. medic. Nicola Haller medipäd</b> Am Bühl 7 1/2, 86199 Augsburg ☎ Tel.: 0175/4004901 dr.nicola.haller@medi-paed.de www.medi-paed.de	05.07. – 08.07.2019 27.09. – 30.09.2019 29.11. – 02.12.2019	Augsburg, Tagungszentrum Hotel am alten Park, DIAKO (zentral in Bahnhofsnähe)	699 € inkl. 19% MwSt. inkl. Seminarunterlagen und Pausengetränke 31 Fortbildungspunkte für 4 Tage
<b>Dipl.-Psych. Heinrich Vogel</b> Praxis für Psychotherapie Olvenstedter Straße 10, 39108 Magdeburg ☎ Tel.: 0176 - 40 03 19 11 info@heinrich-vogel.eu	Teil I: 12./13.10.2019 Teil II: 09./10.11.2019	Magdeburg, Praxis für Psychotherapie	550 € inkl. MwSt., inkl. Pausenbewirtung (gemeinsames Mittagessen kann organisiert werden) Weiterbildungspunkte werden beantragt
<b>willms.coaching</b> Wilhelm-Busch-Str. 19, 37083 Göttingen ☎ Tel.: 0551/7974741, ☎ Fax: 0551/7974740 office@willmscoaching.de www.willmscoaching.de	27.06. – 30.06.2019 18.11. – 21.11.2019 11.12. – 14.12.2019 16.01. – 19.01.2020 12.02. – 15.02.2020	Göttingen, Eden Hotel	720 € inkl. Pausenbewirtung und Mittagessen Frühbucherrabatt bei Zah- lungseingang 60 Tage vor Seminarbeginn Fortbildungspunkte der Ärztammer werden erteilt.
<b>Dipl.-Psych. Isabel Laß</b> Beckertstraße 12, 61273 Wehrheim ☎ Tel.: 06081/576 589 (Praxis-Tel. mit AB) isabel.lass@familien-team.de	Teil 1: 02.11. – 03.11.2019 Teil 2: 30.11. – 01.12.2019	Frankfurt, Bürgerhospital, Diabetes-Zentrum Rhein-Main	780 € inkl. MwSt., Seminarunterlagen, Getränke und Snacks Fortbildungspunkte werden beantragt
<b>AKADEMIE LUFTIKU(R)S e. V.</b> am Kinderhospital Osnabrück Katrin Grautmann Iburger Straße 187, 49082 Osnabrück ☎ Tel.: 0174/619 38 69, ☎ Fax: 0541/582 9985 katrin.grautmann@uminfo.de www.akademie-luftikurs.de	19.11. – 22.11.2019	Georgsmarienhütte, Landvolkshoch- schule Oesede	600 €

## ➔ Fachpsychologe/Fachpsychologin DDG

**Aktuelle Termine, Onlineanmeldung und weitere Informationen zu der Weiterbildung**

**zum Fachpsychologen bzw. zur Fachpsychologin finden Sie direkt auf der Webseite**

[www.diabetes-psychologie.de/templates/main.php?SID=792](http://www.diabetes-psychologie.de/templates/main.php?SID=792)

## ➔ 80-Std.-Kurs Klinische Diabetologie

Kurs	Termine	Tagungsort
<b>Hamburg</b> Kursleitung: Prof. Dr. Jens Aberle Prof. Dr. Martin Merkel	Teil 1: 11.11. – 15.11.2019 Teil 2: 09.12. – 13.12.2019  (Kurs findet nur statt bei einer Teilnehmerzahl von mind. 75)	Tagungsort für Teil 1 und Teil 2: Erika-Haus Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Martinistraße 52 20246 Hamburg
<b>Mainz</b> Kursleitung: Prof. Dr. Matthias Weber	Teil 1: 03.02. – 07.02.2020 Teil 2: 23.03. – 27.03.2020  (Kurs findet nur statt bei einer Teilnehmerzahl von mind. 75)	Tagungsort für Teil 1 und Teil 2: Erbacher Hof (Hotelzimmer stehen in begrenzter Anzahl zur Verfügung) Greibenstraße 24, 55116 Mainz ☎ Tel.: 06131/257-503, ebh.reservierung@Bistum-Mainz.de
<b>Freiburg</b> Kursleitung: Prof. Dr. Jochen Seufert	Teil 1: 02.03. – 06.03.2020 Teil 2: 20.04. – 24.04.2020  (Kurs findet nur statt bei einer Teilnehmerzahl von mind. 75)	Tagungsort für Teil 1 und Teil 2: Katholische Akademie Freiburg Wintererstr. 1, 79104 Freiburg ☎ Tel.: 0761/319180 ☎ Fax: 0761/31918-111 mail@katholische-akademie-freiburg.de
<b>Hannover</b> Schwerpunkt Pädiatrie Kursleitung: Prof. Dr. Olga Kordonouri und Prof. Dr. Karin Lange	Teil 1: 23.03. – 27.03.2020 Teil 2: 13.07. – 17.07.2020  (Kurs findet nur statt bei einer Teilnehmerzahl von mind. 75)	Tagungsort für Teil 1 und Teil 2: Medizinische Hochschule Hannover Carl-Neuberg-Straße 1 30625 Hannover

**Kosten:** 1 250,- € für beide Kursteile.



# Die DDG Job- und Praxenbörse

Sie suchen eine Stelle, einen Mitarbeiter oder einen Nachfolger bzw. Mieter für Ihre Praxis? Dann nutzen Sie den kostenlosen Service unter [www.ddg.info/job-und-praxenboerse.html](http://www.ddg.info/job-und-praxenboerse.html)

## STELLENANGEBOTE

Stuttgart 7.06.2019

### Oberarzt (m/w/d) ab sofort

- Tätigkeit als: Oberarzt (m/w/d)
- Stellenbeschreibung: Die Medizinische Klinik III umfasst das gesamte Spektrum der Inneren Medizin und die Schwerpunkte Diabetologie, Endokrinologie und Geriatrie.
  - Facharzt für Innere Medizin und Schwerpunktsbezeichnung Diabetologie werden vorausgesetzt
  - Promotion wünschenswert (kann bei wissenschaftlichem Interesse ggf. erworben werden)
  - Ambulante Tätigkeit im angegliederten MVZ mit Schwerpunkt DFS ist möglich
  - Teilnahme am Rufbereitschaftsdienst und an der stationären Patientenversorgung ist gefordert
  - Team- und Organisationsfähigkeit
  - Fähigkeit zu wirtschaftlichem Denken und Handeln
- Ein breit gefächertes Aufgabengebiet, Vergütung nach TV-Ärzte/VKA. Zusätzliche Weiterbildungsmöglichkeit im Schwerpunkt Geriatrie. Die Medizinische Klinik III wird von einem jungen, dynamischen und aktiven Team mit großem Zusammenhalt geprägt.
- Kontakt: Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Geriatrie, Klinikum der Landeshauptstadt Stuttgart gKAöR, Standort Bad Cannstatt, Prießnitzweg 24, 70374 Stuttgart
- Ansprechpartner: Prof. Dr. Ralf Lobmann
- Telefonnummer: 0711/27822601
- E-Mail: m3-kbc@klinikum-stuttgart.de
- Webseite: [www.klinikum-stuttgart.de](http://www.klinikum-stuttgart.de)

Stuttgart 3.06.2019

### Diabetologe (w/m/d) in Vollzeit, Teilzeit, ab dem 1.9.2019

- Tätigkeit als: Diabetologe (w/m/d)
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit, Teilzeit
- Stellenbeschreibung: Das Fachärzteezentrum Stuttgart mit 3 Standorten - 15 Ärzte und fast 100 Mitarbeitern - sucht einen Diabetologen ab 1.10.2019 oder später zunächst angestellt, später Assoziation möglich. Sie arbeiten im Standort „Ärztzentrum Ostend“ zusammen mit Kardiologen und Nephrologen. Sie sind ein motivierter und leistungsstarker Kollege, der Spaß an seinem Fach hat, gerne im Team arbeitet und eine große Praxis diabetologisch inkl. des Aufbaus einer Fußambulanz weiter nach vorne bringen will? Dann sind Sie bei uns genau richtig und wir freuen uns auf Ihre Bewerbung. Schauen Sie vorbei: [www.fachaeerzteezentrum-stuttgart.de](http://www.fachaeerzteezentrum-stuttgart.de) und bewerben Sie sich bei Dr. Nikolaus Frischmuth.
- Kontakt: Ärzteezentrum Ostend, Ostendstr. 90, 70188 Stuttgart
- Ansprechpartner: Dr. Nikolaus Frischmuth
- Telefonnummer: 0711/997988310
- E-Mail: [dr.frischmuth@az-ostend.de](mailto:dr.frischmuth@az-ostend.de)
- Webseite: [www.az-ostend.de](http://www.az-ostend.de)

Bielefeld 2.06.2019

### Diabetologe (m/w/d) in Vollzeit, Teilzeit, ab dem 10.07.2019

- Tätigkeit als: Diabetologe (m/w/d)
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit, Teilzeit
- Stellenbeschreibung: Tätigkeit als Diabetologe im MVZ mit den Schwerpunkten Diabetes, Nieren-/Hochdruckkrankheiten, Fettstoffwechselstörungen inclusive. LDL-Apherese und Dialyse. Neben der Diabetes-Schwerpunktanerkennung auch zugelassene Fußambulanz DDG. Kassenarztsitz vorhanden. Selbstständiges Arbeiten schwerpunktmäßig in der Diabetologie. Es besteht die Möglichkeit der Weiterbildung für Innere Medizin/Nephrologie/Diabetologe für 18 Monate. Flexible Arbeitszeiten. Leistungsbezogene Vergütung. Weitere Informationen im persönlichen Gespräch.
- Kontakt: Zentrum für Diabetes, Nieren- und Hochdruckkrankheiten, 33602 Bielefeld
- Ansprechpartner: Herr Dr. Hans-Herbert Echterhoff
- Telefonnummer: 0172/9111561
- E-Mail: [nephron@t-online.de](mailto:nephron@t-online.de)
- Webseite: [www.dialysezentrum-bielefeld.de](http://www.dialysezentrum-bielefeld.de)

Hamburg 30.05.2019

### Diabetesberater DDG (m/w/d) in Vollzeit, Teilzeit, ab sofort

- Tätigkeit als: Diabetesberater DDG (m/w/d)
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit, Teilzeit
- Stellenbeschreibung: Wir suchen zum nächstmöglichen Termin zur Verstärkung unseres interdisziplinären Teams einen motivierten Diabetesberater DDG, mit oder ohne Erfahrung in der Kinderdiabetologie.
- Weitere Informationen unter: [www.arbeiten-am-akk.de/stellenanzeigen-detailsansicht/diabetesberater-m-w-d/](http://www.arbeiten-am-akk.de/stellenanzeigen-detailsansicht/diabetesberater-m-w-d/)
- Kontakt: AKK Altonaer Kinderkrankenhaus gGmbH, Bleickenallee 38, 22763 Hamburg
- Ansprechpartner: Frau Katharina Schumann
- Telefonnummer: 040/88908302
- E-Mail: [pflagedirektion@kinderkrankenhaus.net](mailto:pflagedirektion@kinderkrankenhaus.net)
- Webseite: [www.kinderkrankenhaus.net](http://www.kinderkrankenhaus.net)

Würzburg 29.05.2019

### Diabetesberater, MFA (m/w/d) in Vollzeit, Teilzeit, ab dem 1.7.2019

- Tätigkeit als: Diabetesberater, MFA (m/w/d)
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit, Teilzeit
- Stellenbeschreibung: Diabetespraxis mit einem freundlichen und aufgeschlossenen Team sucht einen engagierten Diabetesberater mit Grundausbildung MFA. Es sollen alle Tätigkeiten eines MFA durchgeführt sowie die Diabetesberaterin in der Beratung unterstützt werden. Es erwartet Sie ein interessanter und abwechslungsreicher Praxisalltag. Haben wir Ihr Interesse geweckt? Senden Sie uns bitte rasch Ihre aussagekräftige Bewerbung.
- Kontakt: MVZ DiaMedicum Würzburg GmbH, Eichendorffstr. 12d, 97072 Würzburg
- Ansprechpartner: Herr Thomas Böer
- E-Mail: [boerer@diamedicum.de](mailto:boerer@diamedicum.de)

Frankfurt am Main 29.05.2019

### Diabetesberater DDG (m/w/d) in Vollzeit, Teilzeit, ab sofort

- Tätigkeit als: Diabetesberater DDG (m/w/d)
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit, Teilzeit
- Stellenbeschreibung: Die Betreuung, Beratung und Schulung der Kinder und Jugendlichen mit Diabetes erfolgt durch ein interdisziplinäres Team bestehend aus einer Diabetologin, einer Diabetesberaterin, dem psychosozialen Team und den Pflegekräften der Station. Es werden dabei alle modernen Therapieformen wie ICT, CSII, CGM und SuP eingesetzt und geschult. Immer individuell auf die Bedürfnisse der Patienten und ihrer Familie abgestimmt. Wir wünschen uns einen Bewerber, der neben der fachlichen und sozialen Kompetenz insbesondere über Kreativität und Teamgeist verfügt. Ihr Aufgabengebiet umfasst die eigenständige Beratung und Schulung der stationären und ambulanten Kinder und Jugendlichen mit Diabetes. Wenn Sie Interesse und Spaß an flexiblen Arbeitszeiten sowie der Beratung und am Umgang mit Kindern und Jugendlichen und ihren Familien haben und Organisationsstalent besitzen, würden wir uns über Ihre Bewerbung sehr freuen. Es erwartet Sie ein sicherer Arbeitsplatz in einem sehr abwechslungsreichen und anspruchsvollen Arbeitsgebiet in einem netten Team. Neben der Vergütung analog dem TVöD bieten wir Ihnen Angebote zur betrieblichen Altersvorsorge.
- Kontakt: Bürgerhospital und Clementine Kinderhospital gemeinnützige GmbH, Frankfurt am Main
- Ansprechpartner: Henrike Adams
- Telefonnummer: 069/15005921
- E-Mail: [h.adams@buergerhospital-ffm.de](mailto:h.adams@buergerhospital-ffm.de)

Frankfurt 29.05.2019

### Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin (m/w/d) mit Zusatzbezeichnung Diabetologie LÄKH/DDG in Vollzeit, Teilzeit, ab sofort

- Tätigkeit als: Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin (m/w/d) mit Zusatzbezeichnung Diabetologie LÄKH/DDG
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit, Teilzeit
- Stellenbeschreibung: Ihr Aufgabengebiet umfasst die eigenständige Beratung und Schulung der stationären und ambulanten Patienten mit Diabetes. Die Erteilung einer diabetologischen Ermächtigung wird unsererseits unterstützt, ggf. wird eine Beteiligungsvergütung vereinbart.
- Kontakt: Bürgerhospital und Clementine Kinderhospital gemeinnützige GmbH, Frankfurt am Main
- Ansprechpartner: Frau Henrike Adams
- E-Mail: [h.adams@buergerhospital-ffm.de](mailto:h.adams@buergerhospital-ffm.de)

Starnberg 28.05.2019

### Diabetesberater DDG (m/w/d) in Vollzeit, ab sofort

- Tätigkeit als: Diabetesberater DDG (m/w/d)
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Stellenbeschreibung: Diabeteschulungen, Einzelberatung, Wundmanagement, Mitarbeit in der Fußambulanz, Übernahme von Aufgaben in der Dokumentation sowie Qualitätskontrolle
- Kontakt: Nephrocare Starnberg GmbH, Obwaldstraße 1a, 82319 Starnberg
- Ansprechpartner: Dr. med. Marianne Breitenbach
- Telefonnummer: 08151/2685205
- E-Mail: [marianne.breitenbach@nephrocare.com](mailto:marianne.breitenbach@nephrocare.com)
- Webseite: [www.nephrocare-starnberg.de](http://www.nephrocare-starnberg.de)

Wenn Sie eine Stellenausschreibung veröffentlichen möchten, einen Nachfolger oder Mieter für Ihre Praxisräume suchen oder ein Stellengesuch aufgeben möchten, füllen Sie bitte auf [www.ddg.info/job-und-praxenboerse.html](http://www.ddg.info/job-und-praxenboerse.html) unter der jeweiligen Kategorie das Formular aus.

### Ihre Ansprechpartnerin in der DDG Geschäftsstelle ist:

Steffi Rudloff  
Tel.: 030 / 311 69 37 15  
Fax: 030 / 311 69 37 20  
E-Mail: [rudloff@ddg.info](mailto:rudloff@ddg.info)

Foto: fotolia/Brad Pict

Berlin 28.05.2019

### Diabetesberater oder Diabetesassistent (m/w/d) in Teilzeit, ab dem 1.9.2019

- Tätigkeit als: Diabetesberater oder Diabetesassistent (m/w/d)
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Stellenbeschreibung: Wir suchen für unsere diabetologische Schwerpunktpraxis in Hellersdorf einen Diabetesberater oder Diabetesassistenten ab sofort oder spätestens zum 1.9.2019. Gerne auch direkt nach abgeschlossener Weiterbildung. Es erwartet Sie ein abwechslungsreicher Praxisalltag, begleitet durch ein freundliches, aufgeschlossenes Team. Bewerbungen bitte schriftlich an unten genannte Adresse oder per E-Mail.
- Kontakt: Inga Koch, Kokoschkaplatz 6-9, 12627 Berlin
- Ansprechpartner: Frau Inga Koch
- Telefonnummer: 0175/8986971
- E-Mail: [ingakoch@online.de](mailto:ingakoch@online.de)

Köln 28.05.2019

### Diabetesberater (w/m/d) in Vollzeit, ab dem 1.06.2019

- Tätigkeit als: Diabetesberater (w/m/d)
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Stellenbeschreibung: Sie sind Teil eines freundlichen Diabetesteam in großer DSP im Herzen von Köln. Wir sind offen für Ihre Ideen, Vorschläge und bieten Raum zur weiteren Entfaltung und Fortbildung. Sie finden in unserer Praxis das breite Spektrum der Erwachsenenendokrinologie: Einzelberatungen, gängige Schulungen, Betreuung von T1, T2, GDM-, Pumpen- und Sensorpat sowie Fußpat. Wir freuen uns über Ihre aussagekräftige Bewerbung mit Foto per mail.
- Kontakt: Ambulantes Centrum für Diabetologie, Endoskopie & Wundheilung, Merheimer Str. 217, 50733 Köln
- Ansprechpartner: Ellen Zavaleta
- Telefonnummer: 0221/9731610
- E-Mail: [info@diabetes-koeln-nippes.de](mailto:info@diabetes-koeln-nippes.de)
- Webseite: [www.diabetes-koeln-nippes.de](http://www.diabetes-koeln-nippes.de)

Berlin 28.05.2019

### Diabetesberater oder Diabetesassistent (m/w/d) in Teilzeit, ab sofort

- Tätigkeit als: Diabetesberater oder Diabetesassistent (m/w/d)
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Stellenbeschreibung: Wir suchen für unsere diabetologische Schwerpunktpraxis in Hellersdorf einen Diabetesberater oder Diabetesassistenten ab sofort oder spätestens zum 1.9.2019 für 20-30 h. Gerne auch direkt nach abgeschlossener Weiterbildung. Es erwartet Sie ein abwechslungsreicher Praxisalltag und ein freundliches, aufgeschlossenes Team. Bewerbungen bitte schriftlich oder per E-Mail.
- Kontakt: Inga Koch, Kokoschkaplatz 6-9, 12627 Berlin
- Ansprechpartner: Inga Koch
- Telefonnummer: 0175/8986971
- E-Mail: [ingakoch@online.de](mailto:ingakoch@online.de)



Weitere Angebote unter:

[www.ddg.info/job-und-praxenboerse.html](http://www.ddg.info/job-und-praxenboerse.html)





## STELLENANGEBOTE

Berlin 27.05.2019

**Diabetesberater (m/w/d) in Vollzeit, ab dem 1.09.2019**

- Tätigkeit als: Diabetesberater (m/w/d)
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Stellenbeschreibung: Diabetologische Schwerpunktpraxis mit freundlichem aufgeschlossenem Team im Herzen von Berlin sucht einen engagierten, Diabetesberater. Gerne auch direkt nach abgeschlossener Weiterbildung. Es erwartet Sie ein interessanter abwechslungsreicher Praxisalltag. Bewerbungen per E-Mail oder schriftlich an unten genannte Adresse
- Kontakt: DIANAT- diabetologische Schwerpunktpraxis, Alt-Moabit 101 B, 10559 Berlin
- Ansprechpartner: Dr. Sabine Beutner
- Telefonnummer: 0171/6008950
- E-Mail: sabine.beutner@gmail.com
- Webseite: www.diabetes-moabit.de

Schweinfurt 25.05.2019

**Medizinischer Fachangestellter (m/w/d) in Vollzeit, Teilzeit, ab sofort**

- Tätigkeit als: Medizinischer Fachangestellter (m/w/d)
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit, Teilzeit
- Stellenbeschreibung: Mitarbeit im Diabeteszentrum Schweinfurt. Hausärztliche Niederlassung. Es sollen alle Tätigkeiten einer MFA in einer Hausarztpraxis durchgeführt werden. Affinität zur Diabetologie und Betreuung multimorbider Patienten sind wünschenswert. Weitere Fortbildungen werden gefördert.
- Kontakt: Diabeteszentrum Schweinfurt, Robert-Koch-Str.5, 97422 Schweinfurt
- Ansprechpartner: Claudia Opitz
- Telefonnummer: 09721/541999
- E-Mail: claudia.opitz@diabeteszentrum-schweinfurt.de

Bad Dürkheim 23.05.2019

**Diabetologe (m/w/d) in Vollzeit, Teilzeit, ab sofort**

- Tätigkeit als: Diabetologe (m/w/d)
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit, Teilzeit
- Stellenbeschreibung: Diabetologe, Facharzt für Allgemeinmedizin, Diabetologe und hausärztlich tätiger Internist. Ggf. auch erst Anstellungsverhältnis (entspr. Facharztgehalt) mit der Möglichkeit zum Einstieg mit Partnerschaft in die Gemeinschaftspraxis, Arztsitz vorhanden. Wir sind eine diabetologische Schwerpunktpraxis und eine allgemeinmedizinische Hausarztpraxis in Bad Dürkheim an der Weinstraße in Rheinland-Pfalz.
- Kontakt: Gemeinschaftspraxis, Diabetologische Schwerpunktpraxis, Dürkheimer Diabeteschule, Philipp-Fauth-Str. 1 a, 67098 Bad Dürkheim
- Ansprechpartner: Dr. med. Ulrike Wetzel
- Telefonnummer: 06322/2930
- E-Mail: wetzel-beindersheim@t-online.de

## NACHFOLGE GESUCHT

Schweinfurt 4.06.2019

**Nachfolger für Arzt für Innere Medizin/ Allgemeinmedizin (m/w/d)**

- Fachrichtung: Nachfolger für Arzt für Innere Medizin/ Allgemeinmedizin (m/w/d)
- Beschreibung: Diabetologe DDG u./o. Landesärztekammer gesucht. Ich biete die Mitarbeit in einer bayerischen Diabeteschwerpunktpraxis an. Entweder als angestellter Arzt oder auch mit eigener Kassenzulassung. Diese kann ohne Probleme bei der KVB beantragt werden. Ich suche einen Kollegen zur Mitarbeit und langfristigen Übernahme der Praxis. In der Praxis decken wir alle Teilbereiche der Diabetologie ab. Ich bin als Hausärztin in Schweinfurt niedergelassen. Wie überall ist auch hier die Nachfrage der Patienten groß.
- Kontakt: Diabeteszentrum Schweinfurt, Robert-Koch-Str.5, 97422 Schweinfurt
- Ansprechpartner: Claudia Opitz
- Telefon: 09721/541999
- E-Mail: claudia.opitz@diabeteszentrum-schweinfurt.de

Mommendorf 14.05.2019

**Nachfolger für hausärztlichen Internist/ Allgemeinmedizin und Diabetologe (m/w/d)**

- Fachrichtung: hausärztlicher Internist/ Allgemeinmedizin und Diabetologe (m/w/d)
- Beschreibung: Hausärztlicher Internist/ Allgemeinmediziner und Diabetologe als Praxisnachfolger für die Gemeinschaftspraxis mit drei weiteren Praxisinhabern und einer angestellten Ärztin (einjährige Weiterbildungsberechtigung für Innere Medizin vorhanden, einjährige Weiterbildungsberechtigung für Diabetologie beantragt)
- Kontakt: Gemeinschaftspraxis Drosendorf, Scheßlitzer Straße 17, 96117 Mommendorf
- Ansprechpartner: Dr. Hans Martini
- Telefon: 09505/80490
- E-Mail: martini@gp-drosendorf.de
- Webseite: www.gp-drosendorf.de

Bad Nenndorf 23.05.2019

**Diabetologe (m/w/d) in Vollzeit, Teilzeit, ab sofort**

- Tätigkeit als: Diabetologe (m/w/d)
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit, Teilzeit
- Stellenbeschreibung: Diabetologe, auch als WB-Assistenten, für diabetologische Schwerpunktpraxis im Großraum Hannover mit sehr guter Verkehrsanbindung gesucht. 12 Monate WB-Diabetologie Interessantes Patientenkontext Breites Leistungsspektrum Engagiertes Team In VZ/TZ
- Kontakt: Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. med. Hans-Rudolf Werner, Hauptstraße 11, 31542 Bad Nenndorf
- Ansprechpartner: Dr. med. Werner
- Telefonnummer: 0171/3132450
- E-Mail: info@praxisdiabetes.de
- Webseite: www.praxisdiabetes.de

Hamburg 23.05.2019

**Diabetesberater/ Diätassistent (m/w/d) in Vollzeit, Teilzeit, ab sofort**

- Tätigkeit als: Diabetesberater/ Diätassistent (m/w/d)
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit, Teilzeit
- Stellenbeschreibung: Wir sind eine große diabetologische Schwerpunktpraxis in Hamburg Bergedorf und suchen Verstärkung für unser Beraterteam.
- Kontakt: Zentrum für Diabetologie Bergedorf, Glindersweg 80, 21029 Hamburg
- Ansprechpartner: Frau Dr. Rosenboom & Frau Dr. Stendel
- E-Mail: anmeldung@diabeteszentrum-hamburg-ost.de
- Webseite: www.diabeteszentrum-hamburg-ost.de

## STELLENGESUCHE

Hamburg oder Hannover 4.06.2019

**Wundexperte in Vollzeit ab 1.01.2020**

- Stellengesuch als: Wundexperte
- Ausbildung: Fachtherapeut Wunde ICW
- Berufsgruppe: Altenpflegerin
- Möglicher Arbeitsbeginn: 1.1.2020
- Gewünschter Vertrag: unbefristet
- Gewünschte Arbeitszeit: Vollzeit
- Gewünschter Einsatzort: Hamburg oder Hannover
- Bisherige Tätigkeit(en): Zurzeit als Anwendungsberaterin im Außendienst tätig bei einem Homecare Unternehmen. Vorher freiberuflich als Altenpflegerin.
- Kontakt: Frau Ulrike Habijan
- E-Mail: ulli808@googlemail.com
- Telefonnummer: 0173/4151037

Rhein-Main-Gebiet 24.05.2019

**Weiterbildung zum Diabetologen in Vollzeit ab 1.07.2020**

- Stellengesuch als: Weiterbildung zum Diabetologen
- Ausbildung: Facharzt für Allgemeinmedizin, Erlangung des FA im Juni 2020
- Möglicher Arbeitsbeginn: 1.7.2020
- Gewünschter Vertrag: befristet
- Gewünschte Arbeitszeit: Vollzeit
- Gewünschter Einsatzort: Rhein-Main-Gebiet
- Berufserfahrung in Jahren: 6,5 Jahre
- Bisherige Tätigkeit(en): 26 Monate Innere Medizin, 16 Monate Kardiologie, 10 Monate Endokrinologie, 30 Monate Strahlentherapie und Onkologie, 24 Monate Allgemeinmedizin ambulante Weiterbildung
- Fähigkeiten / Kenntnisse: Dissertation in einem endokrinologischen Thema, erfolgreiche Disputation in 2016. Teilnahme am Fahr- und Sitzdienst des Ärztlichen Bereitschaftsdienst in hoher Frequenz.
- Kontakt: Herr Dr. med Timo Glasemann
- E-Mail: tjglasemann@gmx.de

Leonberg, Ludwigsburg, Weil der Stadt 20.05.2019

**Diabetesberaterin in Teilzeit ab 15.09.2019**

- Stellengesuch als: Diabetesberaterin
- Ausbildung: Ökotrophologin, Diabetesberaterin DDG
- Möglicher Arbeitsbeginn: 15.09.2019
- Gewünschter Vertrag: unbefristet
- Gewünschte Arbeitszeit: Teilzeit
- Gewünschter Einsatzort: Leonberg, Ludwigsburg, Weil der Stadt
- Berufserfahrung in Jahren: seit 2007
- Bisherige Tätigkeit(en): Beratungstätigkeit seit 2007, Ernährungsberaterin VDÖ, Diabetesberaterin DDG seit 2016
- Fähigkeiten / Kenntnisse: praktische Kenntnisse in der Insulintherapie, CSII, CGM- Systeme, Patientenschulungen so wie DMP Dokumentation und Abrechnung in der Praxis
- Kontakt: Frau Olga Shapiro
- E-Mail: beratung\_nutricare@gmx.de

Idstein 22.05.2019

**Diabetesberater DDG (m/w/d) in Vollzeit, ab dem 1.07.2019**

- Tätigkeit als: Diabetesberater DDG (m/w/d)
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Stellenbeschreibung: Wir sind ein modernes, junges Team: 1 Arzt, 1 DB (Teilzeit), 1 DA. Die Praxis besteht seit 2015 und befindet sich noch im Aufbau. Wir benötigen dringend Unterstützung im Rahmen der allgem. DMP Typ 1/2 und GDM Sprechstunde und Gruppenschulungen aller Art. Kompetenz in Pumpentherapie, CGM/FGM und Fußambulanz wünschenswert.
- Kontakt: Praxis Dr. med. T.-Y. Jansen, Rudolf-Virchow-Str. 3, 65510 Idstein
- Ansprechpartner: Dr. med. T.-Y. Jansen
- Telefonnummer: 06126/985390
- E-Mail: anmeldung@diabetespraxis-idstein.de

Regensburg 22.05.2019

**Diabetesberater, Diabetesassistent (m/w/d) in Vollzeit, Teilzeit, ab dem 1.07.2019**

- Tätigkeit als: Diabetesberater, Diabetesassistent (m/w/d)
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit, Teilzeit
- Stellenbeschreibung: Zu verrichtende Tätigkeiten: Diabetikerbetreuung in der Sprechstunde, Durchführung von Einzel- und Gruppenschulungen, Fußversorgung und DMP-Verwaltung; (nach indiv. Eignung/Neigung) auch Mitarbeit in sonst. übli. Tätigkeitsbereichen einer Arztpraxis (wie z.B. Patientenannahme/-datenverwaltung, EDV-Anwendung, Blutabnahmen, EKG oder einfache Labortests). Beschäftigungsmöglichkeit in Vollzeit oder Teilzeit (ab ca. 15 Std/Wo., auch nur vormittags denkbar).
- Anforderungen: Ausbildung und berufl. Erfahrung als Diabetesberater DDG oder Diabetesassistent DDG gute Kenntnisse in einem Arztpraxisprogramm freundlich, sorgfältig, zuverlässig und teamfähig zusätzliche abgeschlossene Ausbildung als Medizinischer Fachangestellter von Vorteil
- Kontakt: Diabetes-Schwerpunktpraxis Dr. Nusser, Dr. Kreisel, Regensburg
- Ansprechpartner: Dr. Kreisel
- E-Mail: info@diabeteszentrum-regensburg.de
- Webseite: www.diabeteszentrum-regensburg.de

Berlin/Eberswalde 23.05.2019

**Diabetologin in Weiterbildung in Teilzeit ab 1.10.2019**

- Stellengesuch als: Diabetologin in Weiterbildung
- Ausbildung: Internistin
- Berufsgruppe: Ärztin
- Möglicher Arbeitsbeginn: 1.10.2019
- Gewünschte Arbeitszeit: Teilzeit
- Gewünschter Einsatzort: Berlin/Eberswalde
- Berufserfahrung in Jahren: 7
- Bisherige Tätigkeit(en): Ausbildung zur allgemeinen Internistin. Voraussichtliche Erlangung des Facharztes 10/2019.
- Fähigkeiten / Kenntnisse: Ich bin selbstständig, teamfähig und verlässlich. Ich habe bereits 2 Jahre Berufserfahrung in einem DDG-zertifiziertem Fußzentrum als Assistenzärztin gesammelt.
- Kontakt: Frau Dr.med. Olga Braig
- E-Mail: olga.braig@posteo.de
- Tel.: 0176/23988409

Hessen 21.05.2019

**Diabetesberaterin in Vollzeit ab 1.10.2019**

- Stellengesuch als: Diabetesberaterin
- Ausbildung: Diätassistentin
- Möglicher Arbeitsbeginn: 1.10.2019
- Gewünschte Arbeitszeit: Vollzeit
- Gewünschter Einsatzort: Hessen
- Kontakt: Frau Nicola Schenk
- E-Mail: nschenk98@gmail.com

AB, F, MKK, DA, OBB, OF, MSP, MIL, TBB, HD, HU, ALZ 21.05.2019

**Diabetesberaterin DDG / Dipl. Ökotrophologin in Teilzeit ab 1.08.2019**

- Stellengesuch als: Diabetesberaterin DDG / Dipl. Ökotrophologin
- Ausbildung: Dipl. Ökotrophologin / Diabetesberaterin DDG
- Berufsgruppe: Medizinisches Begleitpersonal
- Möglicher Arbeitsbeginn: 1.8.2019
- Gewünschte Arbeitszeit: Teilzeit
- Gewünschter Einsatzort: AB, F, MKK, DA, OBB, OF, MSP, MIL, TBB, HD, HU, ALZ
- Berufserfahrung in Jahren: 10
- Bisherige Tätigkeit(en): Beratung und Schulung, einzeln und Gruppe, alle Diabetestypen, Strukturelle und Aufbauarbeiten, Entwicklung von versch. Konzepten, Schwerpunkte: Typ 1 und Technik, Kinder und Erwachsene, Mitarbeiter/Fachkräfte Fortbildungen, Beratung von Gastroenterologischen Erkrankungen, uvm.
- Fähigkeiten / Kenntnisse: schnelle Auffassungsgabe, hoch motiviert, ehrlich, zuverlässig, kundenorientiert
- Kontakt: Frau Susanne Müller
- E-Mail: info@weilduessist.de
- Telefonnummer: 02333/6100450



+++ Die nächste Ausgabe der diabetes zeitung erscheint am 28. August +++



THOMAS (16), der seit 11 Jahren Diabetes hat, feiert mit seinem Bild, dass er gut mit seinem Diabetes zurechtkommt.



## DIABETES FARBIG UND BUNT BILDERWETTBEWERB

Der Wettbewerb „Diabetes kreativ“ lädt jugendliche Diabetespatienten ein, sich kreativ mit ihrer Krankheit auseinanderzusetzen. Die Werke der jungen Künstler werden mit tollen Preisen prämiert und ausgestellt.

Unter der Schirmherrschaft der bayerischen Gesundheitsministerin Melanie Huml veranstaltet das CJD Berchtesgaden, ein Rehabilitationszentrum des Christlichen Jugenddorfwerk Deutschlands, in dem chronisch kranke Kinder und Jugendliche betreut werden, den Kreativwettbewerb für Diabetespatienten im Alter zwischen 6 und 18. Sie können eine Zeichnung, ein gemaltes Bild, eine Collage oder auch ein Foto, ein Video oder eine Computeranimation einreichen und damit tolle Preise gewinnen, darunter ein Skiwochenende in den Alpen, eine Switch-Konsole von Nintendo, ein Wochenende in den Bergen, Schminkkoffer, Sportsonnenbrillen und vieles mehr.

Psychologen bestätigen, dass gerade in der Pubertät eine chronische Krankheit oft verdrängt wird. Jugendliche wollen nicht wahrhaben, dass sie mit dem Diabetes leben und sich entsprechend verhalten müssen. Dadurch entstehen vielfältige Probleme und teils auch schwere gesundheitliche Belastungen. Der Krea-

tivwettbewerb soll helfen, eine bessere Akzeptanz und einen besseren Zugang zur Krankheit zu entwickeln.

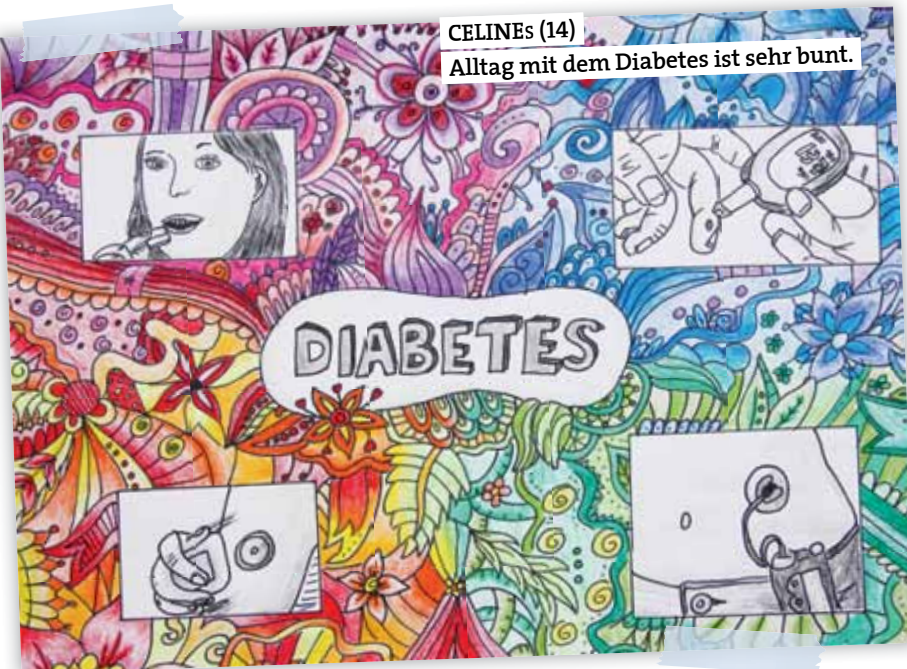
Teilnehmer schicken ihr Werk mit einem adressierten und ausreichend frankierten Rückumschlag an: **CJD Bayern, Buchenhöhe 46, 83471 Berchtesgaden, Stichwort „Diabetes kreativ“**  
Einsendeschluss ist der **31. Dezember 2019**

Mehr Informationen unter [www.cjd-bayern.de/diabetes-kreativ](http://www.cjd-bayern.de/diabetes-kreativ)

Ausgeschrieben wird der Wettbewerb vom Christlichen Jugenddorfwerk Deutschlands (CJD e.V.).



CLARA-MARIE (12) zeigt im Manga-Stil, wie cool Diabetes-Kids sind.



CELINEs (14) Alltag mit dem Diabetes ist sehr bunt.



Für TURNA (13) ist Diabetes keine Krankheit, sondern eine Umstellung, die man gut schaffen kann.

+++ Die nächste Ausgabe der diabetes zeitung erscheint am 28. August +++