



Die drückende Last falscher Ziele

Burnout bei medizinischem Personal

LEIPZIG. In Diabetes-teams tragen zu hohe oder unrealistische Erwartungen zu Stress und Burnout bei. Helfen kann die Frage, ob sich gesetzte Ziele überhaupt erfüllen lassen.

Nicht nur Diabetespatienten, auch Mitglieder aus Diabetes-teams suchen die Hilfe von Dipl.-Psych. Susan Clever. Sie erklärt: Hinter Stress und dem Gefühl, ausgebrannt zu sein, stecken oft zu hohe Ansprüche an sich und andere. Aus ihrer beruflichen Erfahrung hat die Expertin neun Leitsätze entwickelt, die den Umgang mit Diabetespatienten erleichtern können. Zur Selbstfürsorge gehört demnach auch die Erkenntnis: Nicht alle Probleme lassen sich lösen. **12**

Onlineschulung für Ärzte in Kenia

BERLIN. Auch in afrikanischen Ländern steigen die Diabeteszahlen. In Kenia wird versucht Diagnostik und Therapie mit einem Online-Kurs für Ärzte zu verbessern. „E-Learning spart Kosten und ermöglicht das Training einer größeren Gruppe, vor allem jener, die in abgelegenen Regionen arbeiten“, so die International Diabetes Federation. **18**

Nur Technik allein hilft nicht

DiaTec 2020: Wie moderne Diabetesbetreuung gelingen kann

BERLIN. Ob Ärzte oder Algorithmen in Zukunft die Diabetesbehandlung bestreiten, diese Frage stand im Zentrum der DiaTec 2020. Heiß diskutiert wurden AID (Automated Insulin Delivery)-Systeme – ob kommerziell oder Marke Eigen-

bau: Welche Rolle spielt das Diabetesteam, wenn der Patient die Glukoseeinstellung an Sensor, Pumpe und Algorithmus delegiert hat? Doch vollautomatisch ohne Zutun von Patient und Arzt laufen die Systeme nicht: Mahlzeitenbolus, Kalibrierung und

Einstellung der Basalrate sind Aspekte, die weiterhin in Menschenhand liegen. Wie Patienten mithilfe digitaler Versorgungsstrukturen von einem intensiven Kontakt mit ihrem Behandlungsteam profitieren, wurde am Beispiel der niederländischen

Klinik Diabeter deutlich. Das Zusammenspiel aus elektronischem Patientendossier und Mail-, Telefon- oder Videokontakten zwischen den Präsenzterminen hat die Krankenhausaufnahmen reduziert. Und auch Versicherer überzeugt. **8**

Politik blockiert Diabetesstrategie

BERLIN. Union und SPD kommen mit ihrer Nationalen Diabetesstrategie nicht voran. Dem Vernehmen nach bremsen Ernährungspolitiker. Strittig sind offenbar Formulierungen zu verbindlichen Zuckerreduktionszielen sowie ein Verbot von Werbung für Ungesundes, die sich an Kinder richtet. Pädiater, DDG und diabetesDE äußern sich verärgert. **6**

Keine Fertiglösung für Schwangere

Praxen müssen Test auf Gestationsdiabetes selbst ansetzen

BERLIN. Das einzige Pharmaunternehmen, das hierzulande eine Glukose-Fertiglösung für Screenings auf Schwangerschaftsdiabetes anbietet, stellt den Vertrieb des Pro-

dukts ein. Damit sind die Praxen gezwungen, die Flüssigkeit für den oralen Glukosebelastungstest selbst anzurühren. Das birgt allerdings das Risiko von Ungenauig-

keiten, was zu falschen Testergebnissen und somit auch zu Haftungsproblemen führen kann. Wie Praxisteams den oGTT standardisiert durchführen, erklärt eine aktuelle

Publikation. Thematisiert werden dabei auch die Notwendigkeit wissenschaftlicher Untersuchungen und die Erstattungspolitik der Krankenkassen. **4**



Subtypen zügig in die Praxis bringen

TÜBINGEN. Das DDG-Positionspapier zur Differenzierung von Diabetes-Subgruppen ist eine kritische Stellungnahme, erklärt Professor Dr. Andreas Fritsche im Interview. Gefordert werden weitere Studien – um die Daten zu bestätigen, aber auch, um differenzierte Therapiestrategien prospektiv zu prüfen. Trotzdem sollten die Subtypen bereits in der Praxis berücksichtigt werden, um Patienten mit besonderem Risiko gerecht zu werden. **17**

Seite 6 **diabinfo.de** geht an den Start

BERLIN. Das neue gemeinsame Diabetesinformationsportal vom Helmholtz Zentrum München, DDG und DZD bietet Wissen rund um Diabetes und dessen Vorbeugung.

Seite 16 **Förderpreis für Diabetes-Peerprojekt**

TÜBINGEN. In der Diabetes-Ambulanz der Universitätskinderklinik Tübingen unterstützen junge Erwachsene mit Diabetes neu erkrankte Patienten. Das Projekt wurde ausgezeichnet.

Seite 21 **Nieren vor dem Versagen schützen**

SYDNEY. Renal vorgeschädigte Patienten mit Diabetes Typ 2 könnten von SGLT2-Hemmern profitieren, so das Ergebnis einer Metaanalyse. Auch bei niedriger eGFR gab es einen Nutzen.

»Bevorstehende Aufgaben gemeinsam angehen«

Diabetologie profitiert vom Engagement vieler Menschen

News & Fakten

Kritik am Surveillance-Bericht, Keine Glukose-Fertiglösung für Gestationsdiabetes-Screening, DDG-Qualifikationsangebote für Hebammen, DMP-Bericht Nordrhein, Nationales Diabetesinformationsportal ist online, Nationale Diabetesstrategie vor dem Aus? 3–6

Kongress aktuell

Berichte von der DiaTec 2020, Berichte von der Diabetes Herbsttagung 2019, Berichte vom EASD 2019 8–15

Im Blickpunkt

Auszeichnung für Diabetes-Peerprojekt, DDG beim Bundeskongress der Medizinstudierenden, E-Learning in Kenia, Kolumne der Medizinstudentin Liesa Regner, diabetesDE sucht soziale Projekte, Vorteile der DDG-Zertifizierungen, DMP-Update bei Typ-1-Diabetes, Ausschuss Soziales der DDG, Nutzen psychologischer Kurzinterventionen, VDBD-Kurs „Fit für die Weiterbildung“ 16, 18, 23, 28, 30–31, 37

Das Interview

Prof. Dr. Andreas Fritsche zum DDG-Positionspapier „Differenzierung von Subgruppen in der Diabetologie“ 17

Medizin & Markt

Berichte aus der Industrie 19–20

Forum Literatur

Gliflozine vor dem Nierenversagen, Neue Analyse der Look-AHEAD-Daten, Ergebnisse der PIONEER-4-Studie 21–22

Lernen am Fall

Gewinner des Preisausschreibens 2019: Der komplexe diabetische Gefäßpatient 26

Nachruf

Prof. Dr. Friedrich Arnold Gries 32

Kurznachrichten

Grußwort zum Diabetes Kongress 2020, Neu- oder rezertifizierte Kliniken und Arztpraxen, Neue Diabetologinnen und Diabetologen DDG 33

Weiterbildung & Qualifikation

Diabetesberater/in DDG, Diabetesassistent/in DDG, Fit für die Weiterbildung – Vorbereitungsseminar des VDBD, Train-the-Trainer-Seminar: »Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG«, 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 35–36

Job- & Praxenbörse

Stellenangebote, Stellengesuche, Nachfolge gesucht, Famulatur-, PJ- und Hospitationsbörse 38–39

Buntes 40

Liebe Leserinnen und Leser,

das neue Jahrzehnt hat für die Diabetologie ereignisreich begonnen. So ist der lang erwartete RKI-Bericht zur Nationalen Diabetes-Surveillance erschienen. Für die tatkräftige Mitarbeit möchte ich mich herzlich bei Professor Dr. Dr. Andrea Icks, Professor Dr. Andreas Fritsche, Professor Dr. Jochen Seufert und Dr. Matthias Kaltheuner bedanken. Bedauerlich ist jedoch, dass vom RKI nur Zahlen zu Diabetes als Hauptdiagnose im Krankenhaus abgebildet werden; wir hätten uns auch Zahlen zu Nebendiagnosen gewünscht, da diese überproportional ansteigen (Seite 3). Die Entwicklungen und Prognosen bei den Neuerkrankungsraten machen auch deutlich, wie wichtig eine geeignete Präventionsstrategie für die Gesundheit künftiger Generationen ist. Umso unbegreiflicher ist die Nachricht, dass die Nationale Diabetesstrategie erneut ins Stocken gerät (Seite 6). Streitpunkt sind geplante Zielsetzungen zur Reduktion des Zuckerkonsums – dabei können wir uns einen weiteren Aufschub nicht mehr leisten.

»Verbesserungspotenzial bei der Versorgung und der sozialen Teilhabe von Diabetespatienten«

Einen Einblick, wie es um die Versorgung von Diabetespatienten im Rahmen von Disease-Management-Programmen (DMP) steht, gibt der DMP-Qualitätsbericht Nordrhein (Seite 5). Demnach wurden die meisten der quantitativen Qualitätsziele erreicht. Doch auch Schwächen in der Versorgung werden deutlich: So gelang es nur 40 % der Patienten mit Typ-1-Diabetes, ihren individuellen HbA_{1c}-Zielwert zu erreichen, und prozentual fanden weniger augenärztliche Untersuchungen statt. Nicht nur bei der Versorgung von Menschen mit Diabetes, auch bei der Teilhabe an der Gesellschaft besteht Verbesserungspotenzial – wie bei den Themen Fahreignung, Arbeitsmedizin oder der Integration in Kindergärten und Schulen. Dieser Aufgabe widmet sich der Ausschuss Soziales der DDG, dessen Leitung Oliver Ebert 2019 an Dr. Wolfgang Wagener abgegeben



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

hat (Seite 30). An dieser Stelle einen herzlichen Dank für das jahrelange Engagement!

»Persönlicher Einsatz für ein facettenreiches Querschnittsfach«

Eine große und bedeutende Persönlichkeit der nationalen und internationalen Diabetologie ist im letzten Jahr von uns gegangen: Professor Dr. Friedrich Arnold Gries. Sein berufliches Lebensziel, das er mit großem Nachdruck und entschiedener Beharrlichkeit verfolgte, war die Bekämpfung dieser Krankheit, zu deren Zweck er maßgeblich an der Gründung der entsprechenden Institutionen (u.a. auch der DDG) beteiligt war. Im Nachruf auf Seite 32 sind sein Schaffen und sein Engagement gewürdigt.

Um die Herausforderungen der Zukunft zu meistern, ist auch der Nachwuchs gefragt. Wir gehen daher aktiv auf Studierende zu: So waren wir erstmals mit einem DDG-Stand auf dem Bundeskongress der Medizinstudierenden präsent, um angehende Ärztinnen und Ärzte für die Diabetologie zu interessieren (Seite 16). Wie facettenreich das Querschnittsfach ist, macht auch ein Blick auf den kommenden Diabetes Kongress in Berlin deutlich: Diesen hat Kongresspräsident Professor Dr. Hendrik Lehnert unter das Motto „Präzisionsmedizin“ gestellt. Im Grußwort auf Seite 33 wirft er einen Blick auf die thematischen Schwerpunkte, die vom 20. bis 23. Mai 2020 in Berlin im Fokus stehen werden.

Sie sehen, die Diabetologie steht nicht still. Ich hoffe, dass Sie nach einem guten Start ins neue Jahr frisch motiviert und bereit sind, gemeinsam mit uns die bevorstehenden Aufgaben anzugehen. Packen wir's an!

Herzlichst Ihre

Prof. Dr. Monika Kellerer

diabetes
zeitung

© 2020, Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH
Alleiniger Gesellschafter: Süddeutscher Verlag
Hüthig 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),
Isabel Aulehla

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: Katrin Bindeballe

Layout: Andrea Schmuck, Beate Scholz, Mira Vetter

Objekt- und Medialeitung: Björn Lindenaus

Verkauf: Josef Hakam, Marc Bornschein

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

Anzeigen-Preisliste Nr. 5 vom 1.1.2020

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

Dieses Druckerzeugnis wurde mit dem
Blauen Engel ausgezeichnet



Erster Versuch eines Überblicks

Diabetes-Surveillance-Bericht kann noch präziser und aktueller werden

BERLIN. „Prävention und Versorgung bei Diabetes weiter verbessern“, das ist politisches Handlungsziel. Voraussetzung dafür ist Transparenz über das Erkrankungsgeschehen. Liefern soll diese die Nationale Diabetes-Surveillance, auch als „Diabetesüberwachung“ bezeichnet. Der erste Bericht hat nicht voll überzeugt.

Die DDG begrüßt die Aktivitäten zum Aufbau einer Nationalen Diabetes-Surveillance ausdrücklich. Der erste vom Robert Koch-Institut (RKI) nach der ersten Projektphase (2015 bis 2019) federführend veröffentlichte Bericht zeige, „dass Diabetes eine komplexe Erkrankung ist und umfassender Präventions- und Versorgungsmaßnahmen bedarf“. Laut Bericht erkranken jedes Jahr rund eine halbe Million Menschen in Deutschland an Diabetes mellitus, vorwiegend an Diabetes Typ 2.

Stationäre Versorgung unzureichend abgebildet

„Trotz der umfassenden Datenlage müssen insbesondere die Zahlen zur stationären Versorgung kritisch betrachtet werden“, mahnen jedoch DDG-Experten. Die Zahlen zur stationären Diabetesversorgung seien nur unzureichend abgebildet und somit weit unterschätzt. Der RKI-Report würde gemäß der

OECD-Maßgaben lediglich die niedrig vergütete und deshalb kaum kodierte Hauptdiagnose Diabetes berücksichtigen, nicht aber die Nebendiagnose Diabetes mellitus.

„So suggerieren die genannten Zahlen, dass die Krankenhausfälle mit Diabetes seit 1998 leicht abgenommen haben – doch nur, weil Diabetes als Nebendiagnose technisch he-

rausfällt“, erklärt der Pressesprecher der DDG, Professor Dr. BAPTIST GALLWITZ. Er verweist darauf, dass laut Analysen des WiG2-Instituts im Auftrag der DDG etwa jeder siebte Krankenhauspatient an Diabetes erkrankt ist, auf internistischen Krankenhausstationen sind es sogar etwa die Hälfte aller Patienten.

Diabetes wird oft nicht als Hauptdiagnose bewertet

„Die Diabetes-Surveillance verwendet durch die ausschließliche Berücksichtigung von Krankenhausfällen mit Diabetes als Hauptdiagnose zwar die international gebräuchliche Definition von sogenannten ambulant-sensitiven Diabetes-Krankhausfällen“, bemerkt dazu Professor Dr. JOCHEN SEUFERT, Leiter der Abteilung für Endokrinologie und Diabetologie am Universitätsklinikum Freiburg. Diese Zählweise unterschätze jedoch drastisch den tatsächlichen

Versorgungsbedarf. Um den Bedarf an stationärer Pflege, medizinischer und anschließender ambulanter Versorgung sowie Rehabilitation realistisch abzubilden, müssten vor allem die vielen in der Diabetes-Surveillance nicht gezählten Patienten mit Diabetes als Nebendiagnose in gesundheitswissenschaftlichen Erhebungen Berücksichtigung finden. Nur so könne der Gesundheitspolitik eine adäquate Grundlage für die Weiterentwicklung der Versorgung von Menschen mit Diabetes geboten werden, mahnt Prof. Seufert.

Weiterentwicklung in der zweiten Projektphase


Dr. BERND HAGEN, Leiter des Fachbereiches Evaluation und Qualitätssicherung beim Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi), sieht das Ganze nicht so kritisch: „Die bislang erschlossenen Datenquellen stellen lediglich einen ersten Schritt auf dem Weg zu einer umfassenden Darstellung der Situation von Menschen mit Diabetes in Deutschland dar.“ Für die zweite Projektphase bis 2021 sei die Weiterentwicklung von Analysen ebenso wie die Erschließung weiterer Datenquellen geplant. Die Aussagen im Bericht zur Anzahl der von einem Diabetes betroffenen

Diabetesüberwachung

Hat sich die Früherkennung von Diabetes mellitus verbessert? Wie entwickelt sich die Zahl der Erkrankten in den kommenden 25 Jahren? Welches Potenzial haben Daten von Geokodierungsdiensten, um das Diabetesrisiko besser einschätzen zu können? Diese und weitere Fragen sollen mit der Diabetesüberwachung beantwortet werden. Die Basis bilden die ambulanten und stationären Versorgungsinformationen zu allen rund 70 Mio. gesetzlich Krankenversicherten.

Menschen, deren Erkrankungsschwere, deren Versorgungsqualität sowie zu zeitlichen Trends sei somit „als ein erster Versuch zu verstehen, das Erkrankungsgeschehen rund um den Diabetes mellitus in Deutschland auf einer möglichst breiten Basis so objektiv wie derzeit möglich darzustellen.“

Hauptziel des ersten Berichts sei gewesen, ein wissenschaftliches Rahmenkonzept mit zentralen Handlungsfeldern und Indikatoren zu entwickeln, so Dr. Hagen. In den kommenden Jahren könnten die Angaben im Bericht durch präzisere und aktuellere Daten ergänzt bzw. ersetzt werden. *Cornelia Kolbeck*

 diabsurv.rki.de



Surveillance: Daten schaffen Transparenz.

Foto: denismagilov – stock.adobe.com

»Erster Schritt zu umfassender Darstellung«

JEDER KANN HELFEN – MIT BAQSIMI®

DAS ERSTE UND EINZIGE GLUKAGON ZUR NASENEN APPLIKATION¹

Entwickelt für die schnelle Ersthilfe bei schwerer Hypoglykämie. ^{*,1,2}




baqsimi®
(Glucagon) Nasenpulver 3 mg

AB
16.03.2020
VERFÜGBAR



PP-GN-DE-0055 Januar 2020

* Zur Behandlung von schwerer Hypoglykämie bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab 4 Jahren mit Diabetes mellitus.
1. Fachinformation BAQSIMI®, Stand: Dezember 2019.
2. Yale JF et al. Diabetes Technol Ther. 2017; 19(7): 423–432.

Zulassungsinhaber: Eli Lilly Nederland B.V., Papendorpseweg 83, 3528 BJ Utrecht, Niederlande. Ansprechpartner in Deutschland: Lilly Deutschland GmbH, Werner-Reimers-Str. 2-4, D-61352 Bad Homburg. **Bezeichnung der Arzneimittel:** Baqsimi 3 mg Nasenpulver in einem Einzeldosisbehälter. **Zusammensetzung:** Arzneilich wirksamer Bestandteil: 3 mg Glucagon. Hilfsstoffe: Betadex (E459), O-Dodecylphosphocholin. **Anwendungsgebiete:** Behandlung von schwerer Hypoglykämie bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab 4 Jahren mit Diabetes mellitus. **Gegenanzeigen:** Phäochromozytom (ein Tumor in den Nebennieren), Überempfindlichkeit gegen Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Übelkeit; Erbrechen; Kopfschmerzen; Beschwerden im Bereich der Nase einschließlich Juckreiz, Niesen, laufende oder verstopfte Nase und Nasenbluten; veränderter Geruchssinn; Reizung des Rachens und Husten; tränende Augen. Häufig: Erhöhter Blutdruck; juckende und gerötete Augen; juckende Haut; veränderter Geschmacksinn. Gelegentlich: Erhöhter Puls. **Warnhinweise:** Für Kinder unzugänglich aufbewahren. **Verschreibungspflichtig. Stand der Information: Dezember 2019**



Keine fertige Lösung

Praxen müssen Glukosetest für Schwangere selbst anmischen

BERLIN. Die Weigerung von Krankenkassen, Glukose-Fertiglösung für das Screening auf Schwangerschaftsdiabetes zu erstatten, hat Folgen. Der einzige hiesige Anbieter stellt den Vertrieb seines Produkts ein. Damit sind die Praxen gezwungen, die Flüssigkeit für den oralen Glukosebelastungstest (oGTT) selbst anzurühren. Das birgt jedoch das Risiko von Ungenauigkeiten und Verunreinigungen, was zu falschen Testergebnissen und Haftungsproblemen führen kann, warnt die DDG.

Die Forderung der Fachgesellschaft, die Fertiglösung für den oGTT flächendeckend zu erstatten, wurde nicht erhört. Haus- und Fachärzte müssen künftig das Glukosepulver aus Apotheken beziehen und die Lösung für den Test selbst zubereiten. Nach Informationen der DDG beziehen bislang die meisten diabetologischen und gynäkologischen Praxen die oGTT-Fertiglösung als 300-Milliliter-Flasche für 5,53 Euro in der Apotheke. Dagegen kostet die in Tütchen abgefüllte Einzelportion Glukose, die in Wasser aufgelöst wird, in der Apotheke nur etwa 1,21 Euro. Um diese vier Euro Ersparnis pro Portion geht es.

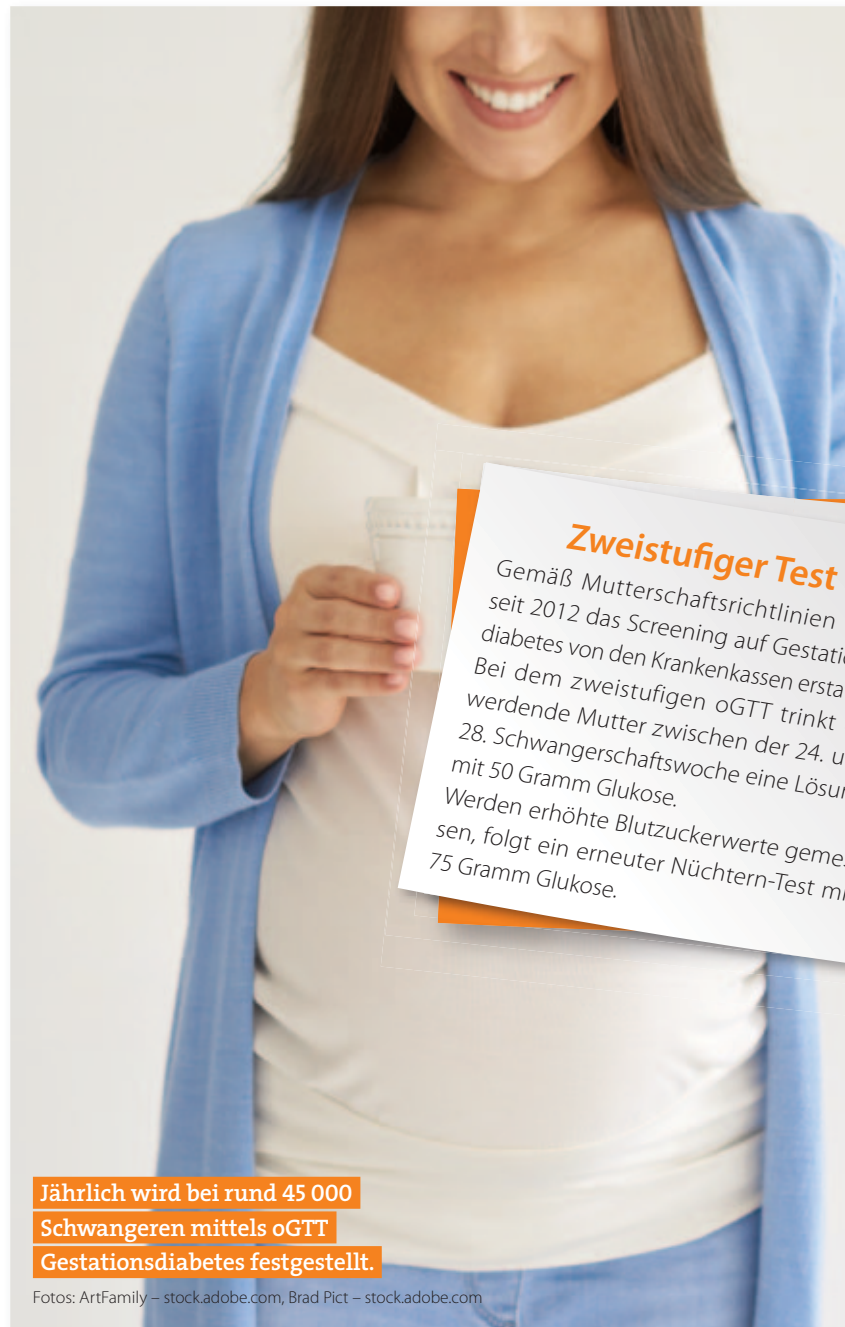
Ab Mitte 2020 wohl nicht mehr verfügbar

Die Firma Roche Diabetes Care, die die „Accu-Chek® Dextrose O.G.T. Saft“ anbietet, teilte auf Anfrage der diabeteszeitung Folgendes mit: Aufgrund einer weltweiten Produktionsumstellung beim Wirkstoff „wäre eine aufwändige Überarbeitung der bestehenden Prozesse notwendig“, um weiterhin einen Test zur Verfügung stellen zu können, „der den regulatorischen Anforderungen an ein Arzneimittel genügt“. Da zudem mehrheitlich in Apotheken per Rezeptur hergestellte Tests eingesetzt und die Fertiglösung „nur punktuell“ von Krankenkassen erstattet werde, habe man sich entschieden, den Vertrieb des Produkts einzustellen. Je nach Nachfrage könnte es ab Mitte 2020 nicht mehr im deutschen Markt verfügbar sein. Die DDG hat das Verhalten der Kassen schon mehrfach öffentlich kriti-

siert. So auch Ende November 2019 in einer Pressemitteilung. Darin warnt der Vorsitzende des BVND, Dr. NIKOLAUS SCHEPER, vor Fallstricken beim Zubereiten der Lösung in der Praxis. „Zunächst ist es nicht einfach, die Tütchen mit der abgewogenen Menge Glukose-Monohydrat vollständig zu leeren und eventuell an den Plastikoberflächen haftendes Pulver in den Trinkbecher zu füllen. Auch muss die zugegebene Flüssigkeit präzise abgemessen werden, um das Mischverhältnis nicht zu verfälschen. Zudem ist die Glukose schwer löslich und muss einige Minuten gerührt werden, was bei mehreren gleichzeitigen Tests eine Herausforderung ist.“ Ein Rest Glukose, der unaufgelöst im Behältnis verbleibt, könne zu einer falsch negativen Interpretation des Tests führen.

Auch rechtliche Bedenken sprechen gegen eine Selbsterstellung, ergänzt Professor Dr. BAPTIST GALLWITZ, Pressesprecher der DDG. „Gemäß Produkthaftungsgesetz können behandelnde Ärztinnen und Ärzte dafür haften, wenn Probleme bei den in der Praxis hergestellten Lösungen auftreten. Sie sind in diesen Fällen rechtlich als Hersteller eines Arzneimittels anzusehen.“ Darüber hinaus greife der Werkvertrag, wonach der Arzt bei einer Falschdiagnose gegen-

»Haftung fürs Herstellen und die Diagnose«



Jährlich wird bei rund 45 000 Schwangeren mittels oGTT Gestationsdiabetes festgestellt.

Fotos: ArtFamily – stock.adobe.com, Brad Pict – stock.adobe.com

über seinen Patienten haftet. „Wird bei einer Patientin im Schwangerschaftsverlauf ein Gestationsdiabetes diagnostiziert, der bei einem selbst angemischten oGTT vorher nicht erkannt wurde, kann sie den Arzt auf fehlerhafte Durchführung des Tests verklagen“, so Prof. Gallwitz. Er befürchtet, dass „aufgrund dieser Haftungsfragen und organisatorischer Schwierigkeiten Arztpraxen das Diabetes-Screening wieder seltener durchführen“. Derzeit wird mit-

tels oGTT jährlich bei rund 45 000 Schwangeren Gestationsdiabetes diagnostiziert.

Konkrete Hinweise für das Vorgehen in der Praxis

„Dank einer kontinuierlich verbesserten, standardisierten und frühzeitigen Diagnostik können immer mehr Patientinnen identifiziert werden“, erklärt Professor Dr. MICHAEL HUMMEL, Sprecher der DDG AG Diabetes und Schwangerschaft.

Wie sollen nun Ärztinnen und Ärzte beim Screening vorgehen? Professor Dr. LUTZ HEINEMANN (AG Diabetes und Technologie), Dr. HEINKE ADAMCZEWSKI (AG Diabetes und Schwangerschaft), Dr. CHRISTOPH NEUMANN (Berufsverband niedergelassener Diabetologen in Bayern) und Dr. MATTHIAS KALTHEUNER (Berufsverband Diabetologische Schwerpunktpraxen Nordrhein) haben eine Stellungnahme verfasst, die die Lage beschreibt und Hilfestellung gibt.

Alternativen vergleichen, neue Option anbieten

Dazu gehört eine Checkliste mit den Arbeitsschritten des Test sowie Hinweise, welche Verfahren in anderen europäischen Ländern praktiziert werden. Das Team will „erneut die Diskussion eröffnen, wie der oGTT in Deutschland optimal durchgeführt werden kann“. Es vermisst Vergleiche von Fertig- mit selbst hergestellten Glukoselösungen. Unter klinisch-experimentellen Bedingungen müsse z.B. geklärt werden, ob es zwischen den verschiedenen Fertiglösungen Unterschiede bei der blutglukosesteigernden Wirkung und beim Anstieg in den zirkulierenden Insulinkonzentrationen sowie in der Häufigkeit von Nebenwirkungen gibt. Auch sollte die Wirkung einer Lösung mit 82,5 g wasserhaltiger Glukose und einer mit 75 g wasserfreier Glukose untersucht werden.

Das Quartett fordert die Krankenkassen auf, die Kosten einer Fertiglösung für die Diagnostik zu übernehmen und z.B. zu einem Hersteller, dessen Produkt in Portugal verwendet wird, Kontakt aufzunehmen, um einen angebotenen Import in die Wege zu leiten. Das Papier der AG- und Verbändevertreter ist online auf der AGDT-Homepage abrufbar. *Michael Reischmann*

bit.ly/AGDT_oGTT

Hebammen mit Diabetes-Know-how

DDG öffnet ihre Qualifikationsangebote für weitere Berufsgruppe

BERLIN. Die Qualifizierung zur Diabetesberaterin oder -assistentin DDG können auch Hebammen absolvieren. Das dient der Qualitätssicherung in der Betreuung schwangerer Frauen.

Immer wieder erhielt der Ausschuss Qualitätssicherung, Schulung und Weiterbildung (QSW) der DDG Anfragen von Gynäkologen aus Kliniken, ob Hebammen an der Qualifizierung zur Diabetesassistentin oder -beraterin DDG teilnehmen dürfen. Um klare Verhältnisse zu schaffen, hat der Ausschuss beschlossen, die-

se Berufsgruppe in das Angebot aufzunehmen. Der Hebammenverband wurde bereits von der Fachgesellschaft darüber informiert. Ein Behandlungsteam kann so um eine Hebamme mit Diabetes-Know-how erweitert werden, erklärt Dr. SUSANNE MILEK, Mitglied des Ausschusses des QSW. Die Qualifizierungsmaßnahmen vermitteln die medizinischen und psychosozialen Kenntnisse sowie Fertigkeiten. Es sei gut, wenn auch Hebammen Gestations-, Typ-1- oder Typ-2-Diabetes im Blick haben.

Dr. Milek verweist auf die Risiken für die Mutter wie Gestationshypertonie/Präeklampsie, Stoffwechsel-Entgleisung, Hypoglykämie bei Hyperemesis gravidarum, Harnwegsinfekte, Abortneigung (15 %) oder Geburtskomplikationen. Risiken für das Kind sind z.B. Frühge-

»Erweiterung fürs Team«

burtlichkeit und Makrosomie sowie die Entwicklung von Fehlbildungen oder eines Atemnotsyndroms.

„Die besondere Situation Gravidität und Diabetes stellt hohe Anforderungen an alle diejenigen, die eine Schwangerschaft bis zur Entbindung begleiten“, betont Dr. Milek. „Um die Risiken für Mutter und Kind möglichst zu vermeiden, werden eine Vielzahl von Vorsorge- und Therapieoptionen relevant, die von den Verantwortlichen auf qualitativ hohem Niveau zu realisieren sind.“ Die Öffnung der DDG Quali-

zierungsangebote für Hebammen findet Professor Dr. UTE SCHÄFER-GRAF, Sprecherin der DDG Arbeitsgruppe Diabetes und Schwangerschaft, „sehr gut“. Die Geburtshelferinnen haben eine Vertrauensstellung und betreuen umfassend. Die Berliner Ärztin berichtet, dass es schon früher einzelnen Hebammen mit der Unterstützung von Krankenhäusern möglich war, sich im Bereich Diabetes über die DDG zu qualifizieren. Nun steht das bewährte Angebot der ganzen Berufsgruppe offen. *REI*

Nicht alle Ziele im DMP erreicht

Bericht informiert über Stärken und Schwächen

DÜSSELDORF. In Nordrhein-Westfalen wird knapp ein Viertel der 4,4 Millionen DMP-Patienten Deutschlands betreut. Mit der Qualität der Versorgung zeigen sich KV und Krankenkassen im Rheinland zufrieden.

Im Jahr 2018 nahmen rund 914 000 Rheinländer an mindestens einem Disease-Management-Programm (DMP) teil. Das sind 41 % mehr als 2008, teilen KV und Kassen mit. Für die „Gemeinsame Einrichtung DMP Nordrhein“ hat das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) den DMP-Qualitätsbericht 2018 erstellt. Demnach sind im DMP Diabetes mellitus Typ 2 rund 559 000 Patienten eingeschrieben. Das Programm erreicht laut Zi 88 bis 96 % der möglichen Patienten. 92 % werden hausärztlich betreut 8 % durch Diabetologische Schwerpunktpraxen (DSP). Das Durchschnittsalter beträgt 68,5 Jahre und die mittlere Teilnahmedauer 7,9 Jahre. Ein Drittel der Patienten hat mindestens eine Folgeschädigung.

Klare DMP-Schwerpunkte bei Hausärzten und DSP

Von 14 patienten- bzw. behandlungsbezogenen DMP-Qualitätszielen, z.B. Erreichen des individuell vereinbarten HbA_{1c}-Zielwerts bzw. eines normotonen Blutdrucks, wurden 2018 zehn im KV-Schnitt geschafft. Vier wurden unterschritten. Z.B. erfolgten die regelmäßige Netzhautuntersuchung, die indikationsspezifische Verordnung von Thrombozyten-Aggregationshemmern und die Überweisung von Patienten mit Ulzera an spezialisierte Einrichtungen deutlich seltener als im DMP gewünscht. Als „herausragend“ wird dagegen die sehr niedrige Quote schwerer Hypoglykämien gelobt. Auch bei Kontrolluntersuchungen, etwa zur Nierenfunktion oder zum Fußstatus, zeigten sich positive Entwicklungen. Zudem habe sich der Anteil an Patienten erhöht, die eine empfohlene Diabetes-Schulung wahrnahmen.

Erfolgsvergleich im Internet auf Stadt- und Kreisebene

Ins DMP Diabetes mellitus Typ 1 sind 29 600 Patienten eingeschrieben, 6 % sind Kinder und Jugendliche. 92 % der DMP-Patienten werden in DSP betreut. Die Teilnahmedauer beträgt durchschnittlich 7,5 Jahre. 42 % der Erwachsenen haben mindestens eine Folgeschädigung. Fünf der elf quantitativen Qualitätsziele wurden geschafft. Hinsichtlich der Vermeidung schwe-

rer Hypoglykämien und stationärer Notfallbehandlungen sowie bei den Fußinspektionen werden die Zielquoten übertroffen. Allerdings gelang es nur rund 40 % der Patienten ihren individuell vereinbarten HbA_{1c}-Zielwert zu erreichen. Und der Anteil der jährlich augenärztlich untersuchten Patienten sank.

Über Unterschiede zwischen den Städten und Kreisen bei allen DMP und patientenbezogenen Qualitätszielen informiert der webbasierte „DMP-Atlas NRW“ des Zi. REI

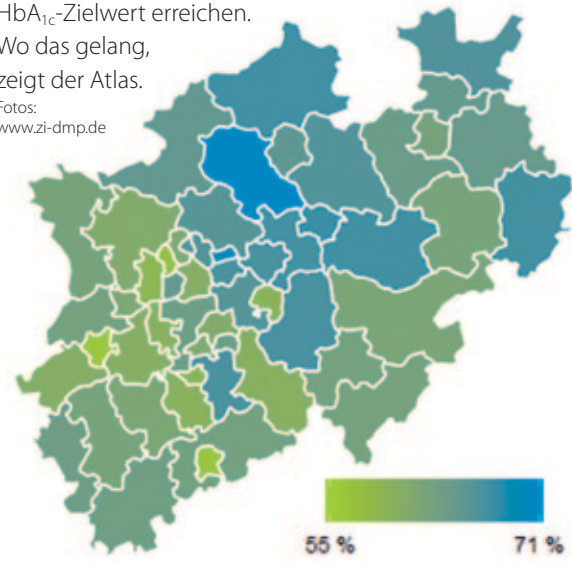
Download des DMP-Berichts:
bit.ly/DMP-Nordrhein2018

DMP-Erfolgsquoten im NRW-Vergleich

Mindestens 60 % der Patienten sollen ihren HbA_{1c}-Zielwert erreichen.

Wo das gelang, zeigt der Atlas.

Fotos:
www.zi-dmp.de



DAS LEBEN STECKT VOLLER ÜBERRASCHUNGEN.

Menschen mit Typ 2 Diabetes möchten trotz ihrer Erkrankung aktiv am Leben teilhaben – mit all seinen schönen Momenten und Freuden.



Fiasp®, das Mahlzeiteninsulin von Novo Nordisk, unterstützt sie dabei: heute, morgen und in Zukunft.



Gute Gründe für Fiasp® bei Typ 2 Diabetes:

Schneller Wirkeintritt^{1,2}

Effektive Blutzuckerkontrolle³

Flexible Anwendung^{1#}

Kostengleich mit Humaninsulin*



NEU: Zugelassen für Kinder ab 1 Jahr¹

* Injektion bis zu 2 Minuten vor oder bis zu 20 Minuten nach Beginn der Mahlzeit möglich. Für Jugendliche und Kinder ab 1 Jahr gelten abweichende Empfehlungen.
Für Typ 2 Diabetes wurden mit 100 % aller gesetzlichen Krankenversicherungen Mehrkostenabläufe geschlossen. Somit entstehen bei Typ 2 Diabetes keine Mehrkosten im Vergleich zu Humaninsulin.

1. Fiasp® Fachinformation, aktueller Stand
2. Pieber TR et al. Diabetes Obes Metab 2019;21:2068–2075
3. Bowering K et al. Diabetes Care 2017;40:951–957

DE19SP00197

Fiasp® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einem Fertigpen (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, Jugendlichen und Kindern ab dem Alter von 1 Jahr. **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). **Warnhinweise:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. Verwenden Sie nur klare, farblose Lösung, Nadeln, Fertigpens, Patronen und Spritzen dürfen nur von einer Person verwendet werden. Fiasp® FlexTouch® ist zur Verwendung mit NovoFine® Plus, NovoFine® oder NovoTwist® Einwegnadeln mit einer Länge von bis zu 8 mm vorgesehen. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Hypoglykämie; häufig: Allergische Hautreaktionen, Reaktionen an der Injektions-/Infusionsstelle; gelegentlich: Überempfindlichkeit, Lipodystrophie; Häufigkeit nicht bekannt: Anaphylaktische Reaktionen. **Verschreibungspflichtig.** Novo Nordisk A/S, Novo Allé, 2880 Bagsvaerd, Dänemark. **Stand:** September 2019

Fiasp®, FlexTouch®, NovoFine®, NovoTwist® und Penfill® sind eingetragene Marken der Novo Nordisk A/S, Dänemark. Weitere Informationen unter novonordiskpro.de



»Schwere Hypoglykämien vermieden«

diabinfo.de – Diabetesinformationsportal ist online

Verlässliche Informationen zu Diabetes im Netz

BERLIN. Unabhängige und fachlich fundierte Informationen rund um Diabetes und dessen Vorbeugung bietet das neue nationale Diabetesinformationsportal www.diabinfo.de. Das gemeinsame Angebot des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung (DZD), des Helmholtz Zentrums München und des Deutschen Diabetes-Zentrums (DDZ) wurde von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung initiiert.

Allein in Deutschland sind etwa 7 Mio. Menschen an Diabetes erkrankt, jedes Jahr kommen bis zu 500 000 neue Betroffene hinzu. Mit den steigenden Erkrankungszahlen wächst auch der Bedarf an evidenzbasierter und verständlicher Information zur Behandlung und Prävention des Diabetes. Welche Ursachen hat die Erkrankung? Wie geht es weiter nach der Diagnose? Wie sieht ein Alltag für Menschen mit Diabetes aus? Kann man der Stoffwechselerkrankung vorbeugen? Diese und weitere Fragen beantwortet das neue und unabhängige onlinebasierte nationale Diabetesinformationsportal. Entwickelt haben es das Deutsche Zentrum für Diabetesforschung (DZD), das Helmholtz Zentrum München und das Deut-

sche Diabetes-Zentrum (DDZ). Die Förderung erfolgt durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sowie das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF).

➔ **Verlässliche Informationen**
Das Anfang 2020 freigeschaltete Portal bündelt Wissen aus Forschung und Diabetologie in allgemeinverständlicher Form, um Menschen mit Diabetes eine Orientierungshilfe zu bieten. Es stellt aktuelle, unabhängige und wissenschaftlich geprüfte Informationen zu den verschiedenen Formen von Diabetes sowie zur Vorbeugung dieser chronischen Volkskrankheit vor. Neben Basiswissen, aktuellen Meldungen, Hintergrundartikeln und häufig gestellten Fragen (FAQ) bietet das Portal auch Erklärfilme, Podcasts, Infografiken, Quizze und vieles mehr.

Alle Informationen werden vor der Online-Stellung von einem Team aus erfahrenen Wissenschaftlern, Diabetologen, Ernährungsexperten und Diabetesberatern geprüft und

»Bedarf an evidenzbasierten, verständlichen Infos wächst«



nach dem Vier-Augenprinzip freigegeben. Die wesentliche Grundlage für die Qualitätssicherung der Inhalte sind die Maßgaben des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierter Medizin, die Transparenzkriterien des Health on Net-Verhaltenskodex (HONcode) sowie der Leitfaden „Gute Praxis Gesundheitsinformation“.

➔ **Zwei Unterportale**
Aktuell besteht die Seite diabinfo aus zwei Unterportalen: „diabinfo-leben.de“ und

„diabinfo-vorbeugen.de“. Das Unterportal „diabinfo-leben.de“ gibt Tipps zum Alltag mit der Erkrankung und informiert über die verschiedenen Diabetesformen wie Typ-1-, Typ-2- und Schwangerschaftsdiabetes sowie Sonderformen. Hier kommen nicht nur Experten zu Wort, sondern es berichten auch Menschen mit Diabetes von ihren Erfahrungen. Wie hoch ist mein Risiko an Typ-2-Diabetes zu erkranken? Was kann ich tun, um der Erkrankung vorzu-

»Eine Orientierungshilfe«

beugen? Antworten auf diese und andere Fragen bietet das Unterportal „diabinfo-vorbeugen.de“.

Neben einem individuellen Diabetes-Risiko-Test, Tipps und Rezepten zur gesunden Ernährung, Anlaufstellen sowie Fakten und Wissenswerten aus der Forschung sind hier auch Erfahrungsberichte sowie Motivationshilfen zu finden.

➔ **Ausbau geplant**
In das Portal sollen in diesem Jahr noch Informationen für weitere Zielgruppen wie Fachkreise, Lehrkräfte sowie Schülerinnen und Schüler integriert werden. Zudem wird eine Plattform mit klinischen Studien sowie ein Anfragenportal für Betroffene aufgebaut. Die drei Betreiber des Portals diabinfo.de wollen im Laufe des Jahres 2020 weitere Partner dazu einladen, ihre qualitätsgeprüften Angebote in das Portal einzubinden. Darüber hinaus beteiligt sich diabinfo.de auch an Informationsveranstaltungen, bei denen Experten Vorträge zum aktuellen Stand des Wissens halten.

DZD

Nationale Diabetesstrategie vor dem Aus?

Verbände kritisieren Selbstblockade der Koalitionspolitiker

BERLIN. Ein Scheitern der Nationalen Diabetesstrategie, wie sie seit 2018 im Koalitionsvertrag steht, wäre „unverantwortlich“, meinen DDG und diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe. Die Verbände kritisieren den Widerstand von Politikern des Ernährungsausschusses gegen den vorliegenden Entwurf. Die Gesundheit künftiger Generationen werde so gefährdet.

Es ist seit Jahren bekannt, dass die Prävention, Früherkennung, Erforschung und Versorgung der Volkskrankheit Diabetes politisch konsequent angegangen werden muss und keinen Aufschub mehr duldet“, erinnert DDG-Präsidentin Professor Dr. MONIKA KELLERER. Schließlich erkranken mehr als eine halbe Million Deutsche jedes Jahr

neu an Diabetes mellitus. Doch Union und SPD tun sich schwer damit, ihre Nationale Diabetesstrategie auf den Weg zu bringen.

Regierung verspielt ihre Glaubwürdigkeit

Der scheinbar unüberwindbare Widerstand kommt dem Vernehmen nach aus dem Ausschuss für Ernährung. Dieser hadere mit den Zielformulierungen im Ernährungsteil des Papiers. Das gefährde mittlerweile das gesamte Vorhaben. Im Kern geht es laut DDG und diabetesDE um Maßnahmen zur verbindlichen Zuckerreduktion in Lebensmitteln sowie um ein Werbeverbot zuckerhaltiger Lebensmittel für Kinder. „Wissenschaftlich ist belegt, dass diese Maßnahmen wirken, da sie

einerseits Auswirkungen auf das Kaufverhalten haben, andererseits die Hersteller animieren ihre Rezepturen gesünder zu gestalten. Wir halten diese Aspekte für essenziell bei der Umsetzung einer Nationalen Diabetesstrategie“, erklärt BARBARA BITZER, Geschäftsführerin der DDG. Dr. JENS KRÖGER, Vorstandsvorsitzender von diabetesDE, kritisiert: „Es ist unverantwortlich, dass anscheinend einseitige Interessen der

»Die Situation duldet keinen Aufschub mehr«

Lebensmittelindustrie einen größeren Stellenwert haben als dringend notwendige Strukturveränderungen in der Diabetesversorgung und -prävention.“ Mit einem Scheitern verspiele die Regierung ihre Glaubwürdigkeit und komme ihrer gesellschaftlichen Verantwortung nicht nach.

Der Vizepräsident der DDG, Professor Dr. ANDREAS NEU, mahnt: „Ohne verbindliche Ernährungsmaßnahmen droht die Gesamtstrategie gegen den Anstieg von Diabetes und Adipositas zu scheitern.“ Die Deutsche Allianz Nichtübertragbarer Krankheiten (DANK) bekräftigt die Kritik: „Niemand außer der Industrie braucht Werbespots, die Kinder dazu animieren, mehr Süßigkeiten zu essen.“

Die Fachverbände appellieren an die Politiker, die Nationale Diabetesstrategie weiter voranzutreiben. Verhältnispräventive Maßnahmen seien unbedingt zu berücksichtigen.

Pädiater: Ohne Vorgaben für die Industrie wird es nicht klappen

Auch der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte ist verärgert. „Ohne der Lebensmittelindustrie weh zu tun, geht es nicht“, meint Vizepräsidentin Dr. SIGRID PETER. „Politik muss für Verhältnisse sorgen, die Kindern und Jugendlichen ein gesundes Aufwachsen ermöglichen.“ Von dem Kompromissvorschlag, die Forderung nach einer Begrenzung des Zuckergehalts in Lebensmitteln für Kinder fallenzulassen, ist sie enttäuscht. REI Pressemitteilungen von DDG, diabetesDE u.a.

**DER FRÜHE
VOGEL
FÄNGT DEN
WURM.**

Jetzt handeln!

Auch Looper brauchen gelegentlich einen Coach

AID-Systeme in der Diabetesberatung

BERLIN. AID steht für Automated Insulin Delivery und ist derzeit der wichtigste Trend in der Diabetestechnologie. Behandlungsteams blicken da manchmal skeptisch auf die neuen Systeme, die autonom in die Insulinabgabe eingreifen oder komplexe Dosisempfehlungen machen. Brauchen Menschen mit Diabetes, die sie nutzen, überhaupt noch Beratung durch Diabetesteams?

Der Diabetologe Dr. BERNHARD GEHR, m&i Fachklinik Bad Heilbrunn, und die Diabetesberaterin ULRIKE THURM aus Berlin sind sich sicher, dass es auch mit immer ausgefeilteren Systemen weiterhin Bedarf für ihre Zukunft gibt. Aktuell seien drei kommerzielle Systeme verfügbar bzw. stünden kurz vor der Markteinführung, berichtete Dr. Gehr. Während das Mini-Med™-670G-System der Firma Medtronic bereits in Deutschland auf dem Markt ist, hat die Control-IQ™-Technologie der Firma Tandem erst kürzlich die US-amerikanische Zulassung erhalten. Für das DBLG1®-System der Firma Diabeloop wiederum liegt bislang nur eine CE-Kennzeichnung vor.

Auch die Bedienung eines AID-Systems will gelernt sein

„Die Algorithmen der drei Systeme sind nicht vergleichbar“, betonte der Experte, „doch es gibt natürlich Gemeinsamkeiten.“ So setze die Nutzung von AID-Systemen immer voraus, dass die Anwender sämtliche traditionellen Aspekte der Pumpen- und CGM-Therapie beherrschen. Auch das konventionelle Bolus-Management sei weiterhin entscheidend: Schätzen von Kohlenhydratmengen,

Bolus-Ess-Abstand, korrekte BE- und Korrekturfaktoren. In aktuellen Studien hätten die Anwender von AID-Systemen im Schnitt 70 % der Zeit im Zielbereich (Time in Range, TiR) verbracht und nur 1–3 % der Zeit im hypoglykämischen Bereich. „Doch wer alle die genannten Punkte gewissenhaft und engagiert betreibt, kann auch ohne AID-System sein Diabetesmanagement deutlich optimieren“, ist sich Dr. Gehr sicher.

Als problematisch bezeichnete der Beirat der AGDT der DDG die überzogenen Erwartungen, die Patienten häufig mit den neuen AID-Systemen verbinden. Hierfür seien auch Presseveröffentlichungen mitverantwortlich, die mit Schlagworten wie „nie mehr messen“ über die „künstliche Bauchspeicheldrüse“ berichten und suggerieren, die Glukoseverläufe würden quasi ohne eigenes Zutun vollautomatisch gesteuert. „Dabei

»Das Wissen wird vor Betrieb überprüft«

muss man die Systeme ja mit blutigen Messungen kalibrieren und auch weiterhin Mahlzeiten eingeben, Kohlenhydrate schätzen und ggf. einen Bolus-Ess-Abstand einhalten“, sagte der Diabetologe.

Umfassende und vollständige Schulung aller Grundlagen

Dies trifft auch auf die AID-Systeme Marke Eigenbau zu, die von einer wachsenden Zahl von Menschen mit Diabetes eingesetzt werden und häufig als Artificial Pancreas System (APS) oder DIY-Closed-Loop bezeichnet werden. „Auch diese DIY-Systeme bescheren einem nicht wie von Zauberhand eine optimale Diabeteseinstellung“, erklärte Thurm, die ebenfalls im Beirat der AGDT aktiv ist. Der Umgang mit diesen Systemen

erfordere weiterhin eine aktive und extrem engagierte Mitarbeit. Allerdings könne man bei „Loopern“ von einer hohen Eigenmotivation ausgehen. Für die Diabetesberaterin ist klar, dass auch „Zauberschüler“, die sich einen Closed Loop selbst bauen möchten, eine vollständige und umfassende Schulung aller Grundlagen der CGM- und Pumpentherapie benötigen. Doch auch die DIY-Community selbst achte darauf, dass nicht jeder Interessierte ohne Weiteres seinen „Loop“ in Betrieb nehmen kann. So müsse der Nutzer beim besonders weit verbreiteten Android-APS einen umfangreichen elfstufigen Wissenstest absolvieren: „Wer die Wissensvoraussetzungen nicht erfüllt, erreicht erst gar nicht das nächste Level“, erklärte Thurm.

Katheterwechsel, FPE-Einheiten, Sport – Fragen gibt es genug

Auch wenn der „Loop“ bereits im Betrieb ist, sei das Diabetesteam keinesfalls überflüssig. Wie andere Pumpen- und CGM-Patienten benötigten „Looper“ Beratung zu geeigneten Injektionsstellen, zur Wahl des Kathetersystems, zur Wechselfrequenz von Kathetern, zur Prüfung von Basalrate sowie KE- und Korrekturfaktoren, zum Umgang mit Fett-Protein-Einheiten (FPE), zur Insulinwirkung bei Sport, Krankheit oder in verschiedenen Zyklusphasen, zum prozentualen Verhältnis von Bolus- und Basalinsulin, zu den Symptomen einer diabetischen Ketoazidose, zur Lagerung von Insulin etc.

Antje Thiel

DiATec 2020

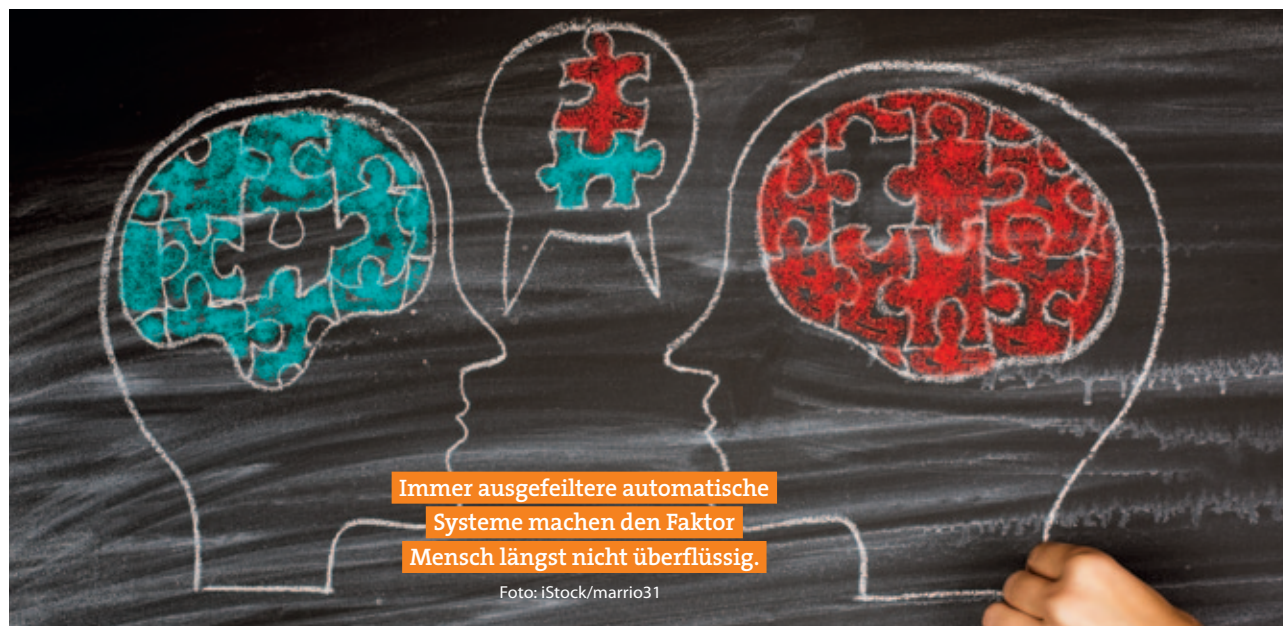


Foto: iStock/marrio31

Vorbildliches Modell aus den Niederlanden

Diabeter – die etwas andere Diabetesklinik für Kinder und Jugendliche

BERLIN. Wenn es um die Diabetesversorgung der Zukunft geht, ist häufig von digitalen, innovativen Versorgungsstrukturen die Rede. Mit „Diabeter“ ist in den Niederlanden bereits 2006 ein vorbildliches Modell entstanden. Ziel des zertifizierten Kliniknetzwerks ist es, Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes eine umfassende, individualisierte und gleichzeitig kosteneffiziente Versorgung zu bieten.

Mit mittlerweile 2600 Patienten, die an fünf Standorten versorgt werden, ist Diabeter nach eigenen Angaben eine der europaweit größten Kliniken für Typ-1-Diabetes. Wie Dr. DIEMUD SIMM vom Standort in Schiphol berichtete, ist der Dreh- und Angelpunkt dabei ein multidisziplinäres Elektronisches Patientendossier (EPD), in dessen Zentrum die Patientendaten stehen. Es umfasse die Daten aus

allen Bereichen, die den Patienten betreffen: Laborwerte, Körpermaße, Blutdruck, ethnische Herkunft, Medikation, medizinische Materialien, Untersuchungsbefunde sowie Informationen zu sozialen und familiären Umständen. „Wir legen dabei viel Wert auf Visualisierung, damit man wichtige Parameter auf einen Blick sehen kann“, erklärte die Kinderdiabetologin.

Die Patienten könnten jederzeit Daten aus ihren jeweiligen Geräten – Blutzuckermessgeräte, Insulinpumpen, CGM-Systeme – in das EPD hochladen. Das System erstelle dann binnen weniger Minuten mithilfe

von Dashboards eine übersichtliche Auswertung, die an den Patienten gemailt wird.

Weniger Hospitalisierungen – System macht sich bezahlt

„Wenn dann auf Basis dieser Auswertung der Wunsch nach Kontakt mit dem Diabetesteam entsteht, können unsere Patienten per Mail einen persönlichen Termin oder einen Video-Kontakt anfordern, bei dem die Ergebnisse und erforderliche Therapieanpassungen besprochen werden“, berichtete Dr. Simm, „sie können diesen Kontakt suchen, so oft sie wollen.“

Persönliche Termine in der Diabetesambulanz fänden in der Regel alle drei bis vier Monate statt. „Durch die häufigen Zwischenkontakte und den Daten-Upload vor den jeweiligen Terminen haben wir bei den Präsenzterminen mehr Zeit, auch

andere Dinge zu besprechen, und das wird von den Patienten enorm wertgeschätzt“, sagte Dr. Simm. Weil das EPD auf Basis der gesammelten Daten automatisch Besonderheiten – etwa ein hohes Hypoglykämierisiko – anzeige, habe das Behandlungsteam bei den Präsenzterminen gleich konkrete Anknüpfungspunkte für das persönliche Gespräch. Auch bei Schulungen setzt man überwiegend auf Einzeltermine; nur beim Start einer Pumpentherapie gebe es ein-tägige Gruppenschulungen.

Was auf den ersten Blick teuer und aufwändig klingt, macht sich in den Niederlanden offenbar durchaus bezahlt: „Das System ermöglicht eine genaue Gegenüberstellung von Kosten und Ergebnissen pro Patient“, berichtete die Kinderdiabetologin. Dabei habe sich gezeigt, dass z.B. die Aufnahmezeit in Krankenhäuser seit

»Viel Wert auf Visualisierung«



Foto: iStock/Plisman

dem Start von Diabeter deutlich gesunken ist. Über den Gesamtpool der Daten könne man aber auch die Ergebnisqualität von ICT vs. Pumpentherapie vergleichen, Statistiken zu einzelnen Stoffwechselfaktoren anfertigen oder analysieren, welche Mitglieder des Behandlungsteams besonders gute Therapieergebnisse erzielen. „Die Versicherer wissen die Transparenz und die Ergebnisqualität unseres Systems zu schätzen“, schloss Dr. Simm. *thie*

DiATec 2020



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**



XELEVIA® VELMETIA®



Sitagliptin: Stark^{1,2} & etabliert*, wenn Metformin allein nicht ausreicht.[§]



1 Als Add-on zu Metformin.

2 Charbonnel B, Karasik A, Liu J et al for the Sitagliptin Study 020 Group: Efficacy and safety of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor sitagliptin added to ongoing metformin therapy in patients with type 2 diabetes inadequately controlled with metformin alone. Diabetes Care. 2006; 29:2638–2643

* Lauer Taxe: Markteinführung von Xelevia® April 2008 und von Velmetia® September 2008.

§ Bei erwachsenen Patienten mit Typ-2-Diabetes mellitus zur Verbesserung der Blutzuckerkontrolle in Kombination mit Metformin zusätzlich zu Diät und Bewegung indiziert, wenn eine Monotherapie mit Metformin den Blutzucker nicht ausreichend senkt.

Velmetia® ist auch bei Patienten, die bereits mit der Kombination von Sitagliptin und Metformin behandelt werden, indiziert. Wenn Sitagliptin als Add-on zu Metformin gegeben wurde, war die Inzidenz von Hypoglykämien ähnlich der unter Placebo. Patienten mit einer Kombination Sulfonharnstoff plus Xelevia® oder Velmetia® bzw. Patienten mit einer Kombination Xelevia® oder Velmetia® plus Insulin können ein erhöhtes Risiko für Hypoglykämien haben, eine Reduktion der Sulfonharnstoff- bzw. Insulin-Dosierung kann nötig sein. Fachinformation Xelevia®, Stand 08/2018; Fachinformation Velmetia®, Stand 06/2018. **Vor der Verordnung von Xelevia® oder Velmetia® bitte die Fachinformation lesen.**

XELEVIA® Filmtabletten 25 mg/50 mg/100 mg Wirkstoff: Sitagliptin. **VELMETIA® 50 mg/850 mg Filmtabletten VELMETIA® 50 mg/1000 mg Filmtabletten Wirkstoff:** Sitagliptin und Metforminhydrochlorid. **Zus.: Arzneil. wirks. Bestandt.:** XELEVIA®: 1 Tbl. enth. Sitagliptinphosphat 1 H₂O, entspr. 25 mg, 50 mg od. 100 mg Sitagliptin. VELMETIA® 50 mg/850 mg Filmtabletten bzw. VELMETIA® 50 mg/1000 mg Filmtabletten: Jede Tbl. enth. Sitagliptinphosphat 1 H₂O, entspr. 50 mg Sitagliptin, u. 850 mg bzw. 1000 mg Metforminhydrochlorid. **Sonst. Bestandt.:** XELEVIA®: Tbl.-kern: Mikrokristalline Cellulose (E 460), Calciumhydrogenphosphat (E 341), Croscarmellose-Natrium (E 468), Magnesiumstearat (Ph.Eur.) (E 470b), Natriumstearylfumarat (Ph.Eur.). **Filmüberzug:** Poly(vinylalkohol), Macrogol 3350, Talkum (E 553b), Titandioxid (E 171), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E 172), Eisen(III)-oxid (E 172). **VELMETIA® 50 mg/850 mg Filmtabletten bzw. VELMETIA® 50 mg/1000 mg Filmtabletten:** Tbl.-kern: Mikrokristalline Cellulose (E 460), Povidon K29/32 (E 1201), Natriumdodecylsulfat, Natriumstearylfumarat. **Filmüberzug:** Poly(vinylalkohol), Macrogol 3350, Talkum (E 553b), Titandioxid (E 171), Eisen(III)-oxid (E 172), Eisen(II,III)-oxid (E 172). **Anw.:** XELEVIA®: B. erw. Pat. mit Typ-2-Diabetes mellitus zur Verbes. d. Blutzuckerkontr. indiziert. **Als Monother.** b. Pat., b. denen Diät u. Beweg. allein d. Blutzucker nicht ausreichend senken u. für d. Metformin aufgr. v. Gegenanz. od. Unverträglichk. nicht geeignet ist. **Als orale 2-Fachther.** in Komb. mit Metformin, wenn Diät u. Beweg. plus e. Monother. mit Metformin d. Blutzucker nicht ausreichend senken; e. Sulfonharnstoff, wenn Diät u. Beweg. plus e. Monother. mit e. Sulfonharnstoff in d. höchsten vertragenen Dosis d. Blutzucker nicht ausreichend senken u. wenn Metformin aufgr. v. Gegenanz. od. Unverträglichk. nicht geeignet ist; e. PPARy-Agonisten (d. h. e. Thiazolidindion), wenn d. Anw. e. PPARy-Agonisten angebracht ist u. Diät u. Beweg. plus Monother. mit e. PPARy-Agonisten d. Blutzucker nicht ausreichend senken. **Als orale 3-Fachther.** in Komb. mit: e. Sulfonharnstoff u. Metformin, wenn Diät u. Beweg. plus e. 2-Fachther. mit diesen Arzneim. d. Blutzucker nicht ausreichend senken; e. PPARy-Agonisten u. Metformin, wenn d. Anw. e. PPARy-Agonisten angebracht ist u. Diät u. Beweg. plus e. 2-Fachther. mit diesen Arzneim. d. Blutzucker nicht ausreichend senken; e. PPARy-Agonisten u. Metformin, wenn d. Anw. e. PPARy-Agonisten angebracht ist u. Diät u. Beweg. plus e. stabile Insulindos. d. Blutzucker nicht ausreichend senken. **VELMETIA®:** Für erw. Pat. mit Typ-2-Diabetes mellitus zusätzl. zu Diät u. Beweg. in folg. Fällen indiziert: Zur Verbes. d. Blutzuckerkontr. b. Pat., b. denen e. Monother. mit Metformin in d. höchsten vertragenen Dosis d. Blutzucker nicht ausreichend senkt od. d. bereits mit d. Komb. v. Sitagliptin u. Metformin behandelt werden; in Komb. mit e. Sulfonharnstoff (z. B. als 3-Fachther.) od. e. PPARy-Agonisten (d. h. e. Thiazolidindion) b. Pat., b. denen eine Komb. aus jeweils höchster vertragenen Dosis Metformin u. e. Sulfonharnstoff bzw. PPARy-Agonisten nicht ausreicht, d. Blutzucker zu senken; in Komb. mit Insulin (d. h. als 3-Fachther.) b. Pat., b. denen e. stabile Insulindos. u. Metformin allein d. Blutzucker nicht ausreichend senken. **Gegenanz.:** Überempf.-keit gg. den/ die Wirkstoff(e) od. e. d. sonst. Bestandt. **Zusätzl. für VELMETIA®:** Jede Art v. akut. metabol. Azidose (z. B. Laktatazidose, diabet. Ketoazidose); diabet. Präkoma; schwere Niereninsuff. (GFR < 30 ml/min); akute Erkrank., welche d. Nierenfunkt. beeinträchtigt, können (wie Dehydratation, schwere Infekt., Schock, intravask. Gabe v. jodhalt. Kontrastmitteln); akute od. chron. Erkrank., d. e. Gewebhypoxie verursachen können (wie Herz- od. Lungeninsuff., kürzl. erlittener Myokardinfarkt,

Schock); Leberfunkt.-stör.; akute Alkoholvergiftung, Alkoholismus. Stillzeit. **Vors. bei:** Kdrn. u. Jugendl. < 18 J. Pankreatitis in d. Vorgeschichte. Gleichz. Anw. von Sulfonharnstoff od. Insulin. **Nicht anv.:** Typ-1-Diabetiker, Schwangersch. **Zusätzl. b. XELEVIA®:** Pat. mit schwerer Leberfunkt.-stör., Pat. mit Nierenfunkt.-stör. (GFR < 45 ml/min), Pat. mit einer Nierenkr. im Endstadium (GFR < 15 ml/min), einschl. derer d. Hämö- od. Peritonealdialyse benötigen. **Nicht anv.:** diabet. Ketoazidose, Stillzeit. **Zusätzl. b. VELMETIA®:** Älteren Pat. Pat. mit Risikofakt. f. Laktatazidose (wie Verschlecht. der Nierenfunkt., überm. Alkoholkonsum, Leberfunkt.-stör., schlecht eingest. Diabetes, Ketose, langes Fasten, m. Hypoxie assoziierte Erkrank., Komb. m. Arzneim., die Laktatazidose verursachen können), Komb. m. Arzneim., die die Nierenfunkt. akut beeinträchtigen können, Operationen. **Nebenw.:** XELEVIA®: Häufig: Hypoglykämie. Kopfschm. Gelegentl.: Schwindel, Obstipation, Pruritus. **Selten:** Thrombozytopenie. **Häufigkeit nicht bekannt:** Überempf.-reakt. einschl. anaphylaktischer Reakt. Interstit. Lungenkrankh. Erbr.; akute Pankreatitis; let./ nicht let. hämorrhag. u. nekrotisierende Pankreatitis. Angioödem; Hautausschlag; Urtikaria; kut. Vaskulitis; exfoliat. Hauterkr. einschl. SJS; bullöses Pemphigoid. Arthralgie; Myalgie; Rückenschm.; Arthropathie. Nierenfunkt.-stör.; akutes Nierenversagen. **Zusätzl. ungeachtet e. Kausalzusammenh.:** Infekt. d. oberen Atemwege; Nasopharyngitis. Osteoarthritis. Schm. in d. Gliedmaßen. **Zusätzl. häufiger in Studien mit Kombinationsther.:** Hypoglykämien (sehr häufig mit Sulfonharnstoff u. Metformin); Influenza (häufig mit Insulin [mit od. ohne Metformin]); Übelk. u. Erbr. (häufig mit Metformin); Flatulenz (häufig mit Metformin od. Pioglitazon); Obstipation (häufig mit Sulfonharnstoff u. Metformin); periph. Ödeme (häufig mit Pioglitazon oder d. Komb. v. Pioglitazon u. Metformin); Somnolenz u. Diarrhö (gelegentl. mit Metformin), Mundtrockenh. (gelegentl. mit Insulin [mit od. ohne Metformin]). **VELMETIA®:** Häufig: Hypoglykämie. Übelk.; Flatulenz; Erbr. **Gelegentl.:** Somnolenz. Diarrhö; Obstipation; Schm. im Oberbauch. Pruritus. **Selten:** Thrombozytopenie. **Häufigkeit nicht bekannt:** Überempf.-reakt. einschl. anaphylaktischer Reakt. Interstitielle Lungenkrankheit. Akute Pankreatitis; letale u. nicht letale hämorrhagische u. nekrotisierende Pankreatitis. Angioödem; Hautausschlag; Urtikaria; kutane Vaskulitis; exfoliative Hauterkrank. einschl. SJS; bullöses Pemphigoid. Arthralgie; Myalgie; Schm. in d. Extremitäten; Rückenschm.; Arthropathie. Nierenfunkt.-stör.; akutes Nierenversagen. **Zusätzl. in Studien in Komb. mit anderen Antidiabetika:** Hypoglykämien (sehr häufig mit Sulfonharnstoff od. Insulin), Obstipation (häufig mit Sulfonharnstoff), periphere Ödeme (häufig mit Pioglitazon), Kopfschm. u. Mundtrockenh. (gelegentl. mit Insulin). **Zusätzl. in klin. Studien mit Sitagliptin-Monother.:** Kopfschm., Hypoglykämie, Obstipation, Schwindel; **ungeachtet e. Kausalzusammenh.:** Infekt. d. oberen Atemwege; Nasopharyngitis; Osteoarthritis, Schm. in d. Extremitäten. **Zusätzl. in klin. Studien u. nach Markteinführung mit Metformin-Monother.:** Sehr häufig: Gastrointest. Symptome (wie Übelk., Erbr., Diarrhö, Schm. im Oberbauch, Appetitverlust). Häufig: metallischer Geschmack. **Sehr selten:** Laktatazidose; Leberfunkt.-stör.; Hepatitis; Urtikaria; Erythem; Pruritus. Vitamin-B₁₂-Mangel (z. B. megaloblastäre Anämie). **Hinw.:** Vor Behandl.-beginn u. in regelm. Abständen GFR ermitteln. **Verschreibungspflichtig.** Stand: 08/2018 (XELEVIA®), 06/2018 (VELMETIA®) **Bitte lesen Sie vor Verordnung von XELEVIA® bzw. VELMETIA® die Fachinformation!** Pharmazeutischer Unternehmer: Merck Sharp & Dohme B.V. Waarderweg 39 2031 BN Haarlem Niederlande Lokaler Ansprechpartner: BERLIN-CHEMIE AG, Glienicke Weg 125, 12489 Berlin

»Da funktioniert was nicht ...«

Mit ausführlichem Gespräch und PDE5-Inhibitoren gegen Erektionsstörungen

LEIPZIG. Potenzprobleme sind unter Diabetespatienten weit verbreitet: Zwischen 35 und 65 % leiden an einer erektilen Dysfunktion – je nach Diabetes-Typ und Studie. Den meisten kann mit relativ einfachen Mitteln geholfen werden.

Die Prävalenz der erektilen Dysfunktion ist hoch, berichtete Dr. CHRISTIAN KRIEDEL, Klinik und Poliklinik für Urologie am Universitätsklinikum Leipzig. „Das sehe ich auch in meiner Sprechstunde – fast jeder zweite Diabetespatient hat eine Erektionsstörung.“ Patienten fehlen oft die Worte, um darüber zu sprechen. Häufig höre man Sätze wie: „Doktor, da funktioniert was nicht.“ Doch wann ist es eine Störung? Laut Definition ist eine erektile Dysfunktion das anhaltende Unvermögen, eine für einen befriedigenden Geschlechtsverkehr ausreichende penile Erektion zu erreichen oder aufrechtzuerhalten, so der Experte. Diese liegt vor, wenn in einem Zeitraum von sechs Monaten mindestens 70 % der Versuche frustriert verlaufen.

Verschiedene Faktoren tragen zu Erektionsstörungen bei

Erektile Dysfunktionen können organisch oder psychisch bedingt sein, oft beeinflussen sich die Ursachen wechselseitig. Bei vielen Diabetespatienten liegen gleich mehrere Störungen vor, die eine erektile Dys-

funktion begünstigen. Dazu zählen etwa vaskuläre und neuropathische Probleme, eine Hypertonie oder eine Hyperlipidämie. Deshalb sind laut Dr. Kriegel Menschen mit Diabetes als prototypische Patienten mit erektiler Dysfunktion anzusehen. Alkohol, Rauchen oder stattgehabte Operationen können ebenso zu einer erektilen Dysfunktion beitragen wie bestimmte Medikamente: Insbesondere Betablocker, Psychopharmaka und Antiandrogene führen häufig zu Erektionsproblemen, so der Experte. Nicht selten stehen Stress, berufliche Belastungen, Partnerschaftskonflikte, Versagensängste oder psychische Erkrankungen wie Depressionen einem glücklichen Liebesleben im Weg. In diesen Fällen sollte eine psychotherapeutische oder psychiatrische Mitbehandlung erfolgen.

Wie viel Diagnostik muss sein, wenn Patienten über Erektionsstörungen klagen? Bei der überwiegenden Mehrzahl der Betroffenen reicht laut Dr. Kriegel eine nicht-invasive Diagnostik, die prinzipiell jeder Arzt durchführen kann. Nur bei etwa 10 % der Patienten ist eine semi-invasive oder invasive Diagnostik beim Urologen bzw. in einer Spezialsprechstunde erforderlich. Die nicht-invasive Diagnostik umfasst folgende Schritte:

➔ **Gründliche Anamnese:** Allgemein-, Sexual-, Sozial- und Familienanamnese. Fragen nach Medikamenteneinnahme, Band-



Foto: iStock/jack0m

scheibenproblemen und Operationen (z.B. Beckeneingriffe). Fragebögen wie der IIEF (International Index of Erectile Dysfunction) und der AMS (Aging Males' Symptoms Rating Scale) können bei der Erhebung der Anamnese hilfreich sein.

➔ **Körperliche Untersuchung:** Allgemeiner Status, Untersuchung der Genitalorgane, grobneurologischer Status, Sonographie.

➔ **Labordiagnostik:** z.B. kleines Blutbild, Leberwerte, Retentionsparameter, Cholesterin, Blutzucker, Elektrolyte, Urineststreifen und Urinsediment, Hormonstatus. Dr. Kriegel wies darauf hin, dass

Hormonuntersuchungen bei der Abklärung einer erektilen Dysfunktion häufig überschätzt werden.

Für das Gespräch mit dem Patienten sollte man ausreichend Zeit einplanen – auch, um die Erwartungshaltung einem Realitätscheck zu unterziehen, empfahl der Experte. Nach seinen Erfahrungen haben gerade jüngere Männer hinsichtlich eines befriedigenden Sexlebens oft überzogene Vorstellungen.

Medikamente müssen meist selbst bezahlt werden

Für die Behandlung der erektilen Dysfunktion stehen verschiedene nicht-medikamentöse Optionen wie Vakuumerektionshilfen oder Penisinge zur Verfügung, die laut Dr. Kriegel jedoch von vielen Patienten abgelehnt werden. Für die medikamentöse Behandlung eignen sich die oralen Phosphodiesterase-5 (PDE5)-Inhibitoren Sildenafil, Tadalafil, Vardenafil und Avanafil – die in der Regel vom Patienten selbst bezahlt werden müssen, gab der Referent zu bedenken. Hier lohnt sich ein Preisvergleich, denn inzwischen gibt es einige generische PDE5-Hemmer, die deutlich kostengünstiger sind als die Originalprodukte.

Mehrere Versuche mit PDE5-Hemmern notwendig

Dr. Kriegel wies zudem darauf hin, dass PDE5-Inhibitoren im Allgemeinen nur zusammen mit sexueller Stimulation wirken und dass der Therapieerfolg erst nach etwa zehn bis zwölf Anwendungsversuchen beurteilt werden kann. Bei ausbleibendem Erfolg sollte der Patient in eine Spezialsprechstunde überwiesen werden. *Dr. Andrea Wülker*

Diabetes Herbsttagung 2019

»Für Gespräch ausreichend Zeit einplanen«

Ein unterschätztes Risiko

Keto Aware: Neues Schulungsprogramm klärt über Ketoazidosen auf

LEIPZIG. Das Hypoglykämierisiko ist den meisten Patienten mit Typ-1-Diabetes bekannt – die Gefahr einer Ketoazidose wird dagegen meist unterschätzt. Eine spezielle Schulung soll hier Abhilfe schaffen.

Trotz vieler Erfolge in der Diabetologie hat sich an der Häufigkeit der Ketoazidosen kaum etwas geändert, so Professor Dr. Dipl.-Psych. BERNHARD KULZER vom Diabetes Zentrum Mergentheim. Mit Zulassung der SGLT2-Hemmer auch bei Typ-1-Diabetes hat das Problem noch an therapeutischer Relevanz gewonnen.

Meist wenig Erfahrung mit Ketoazidosen

Die Gründe für die Unterschätzung des Ketoazidoserisikos sind vielfältig: Da sie insgesamt seltener auftreten,



Patienten haben oft keine Urineststreifen auf Ketone parat.

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

haben Patienten und auch Ärzte weniger Erfahrung damit, sie beginnen oft schleichend ohne Symptome, und die meisten Patienten haben keine Teststreifen zur Ketonkör-

permessung zur Hand, erklärte der Referent.

Einige Risikogruppen sind besonders durch eine Ketoazidose gefährdet. Dazu gehören z.B. Kinder und Jugendliche, bei denen Ketoazidosen sogar etwa viermal häufiger auftreten als schwere Hypoglykämien. Auch bereits durchgemachte diabetische Ketoazidosen sind ein wichtiger Risikofaktor, da sie häufig wiederholt auftreten und dann mit einer höheren Mortalität assoziiert sind. Als weitere Risikofaktoren nannte Prof. Kulzer psychiatrische Komorbiditäten (insbesondere Essstörungen und „Insulinpurging“), die fehlende Anbindung an diabetologische Praxen, verminderte Insulinadhärenz, Alkohol- und Drogenkonsum, einen geringeren sozioökonomischen Status und nicht zuletzt ein Schulungsdefizit.

»An Relevanz gewonnen«

Eine besondere Risikogruppe stellen auch Patienten mit Typ-1-Diabetes dar, die mit SGLT2-Inhibitoren behandelt werden. Bis zu 6 % entwickelten in einer Studie eine Ketoazidose, die in diesem Fall auch bei kaum erhöhten Glukosespiegeln auftreten kann.

Schulungsmaterial für Ärzte, App für Patienten

Ein spezielles Schulungsprogramm – Keto Aware – soll es Ärzten ermöglichen, Patienten über das Risiko einer Ketoazidose aufzuklären und Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen, berichtete Prof. Kulzer. Die Inhalte sind


in einem Foliensatz aufbereitet, der kostenfrei heruntergeladen werden kann – mit separatem Angebot für Patienten mit Insulinpumpe und mit SGLT2-Hemmern.

Für Patienten werden die Informationen nicht als Patientenbroschüre, sondern in Form einer App zur Verfügung gestellt.

Neben den Schulungsinformationen sind hier auch ein Notfallmanagement, Informationen für Angehörige und eine SOS-Funktion (Standort teilen, Information des nächsten Krankenhauses etc.) integriert. *MW*

Diabetes Herbsttagung 2019

Die Folien des Keto-Aware-Schulungsprogramms stehen kostenlos zum Download zur Verfügung:

 www.fidam.de/ketoaware

Alltagshilfen für Patienten mit Sehbehinderung

Dank smarterer Unterstützung die Selbstständigkeit bewahren

LEIPZIG. Eine Sehbehinderung oder gar Erblindung erschwert den Alltag mit Diabetes zusätzlich. Dennoch können Betroffene weitgehend selbstbestimmt leben. Hilfsmittel und praktische Alltagstipps geben eine wertvolle Unterstützung.

Ein Diabetes mellitus kann im wahrsten Sinne des Wortes ins Auge gehen. Ungefähr 2000 Menschen pro Jahr erblinden aufgrund einer diabetischen Retinopathie, berichtete DIANA DROSSEL, stellvertretende Vorstandsvorsitzende von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe. Sehbehinderungen und Erblindung schränken Menschen, ob mit oder ohne Diabetes, stark ein. Ärzte können betroffenen Patienten mit praktischen Tipps das Leben erleichtern.

Blutzuckermessgerät gibt Auskunft per Ton

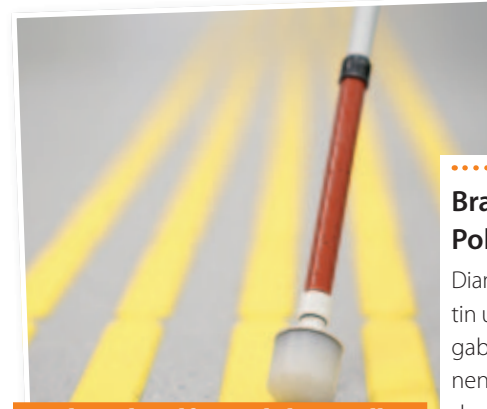
Problematisch wird es u.a., wenn sehbehinderte Diabetespatienten ihren Blutzucker manuell messen. So existieren zwar „sprechende“ Geräte, die den Wert ansagen – allerdings muss der Patient den Blutstropfen exakt platzieren, um eine genaue Messung zu garantieren. Abhilfe kann z.B. das System „Contour Next One“ schaffen, das Droßel für blinde Menschen mit Diabetes empfiehlt und das mit der App „Lumind“ gekoppelt werden kann – diese spricht die Ergebnisse verschiedener Blutzuckermessgeräte. Das Gerät gibt nur dann einen Ton von sich, wenn genügend Blut am Teststreifen angebracht wurde. Hört der Patient keinen Ton, so weiß er, dass die Menge unzureichend war und kann nachträufeln.

Sprachausgabe von Smartphones nutzen

Zusätzlich helfe es, senkrecht von unten zu stechen und das Gerät von unten an den Finger zu führen. Um den Blutstropfen zu finden, kann der Betroffene das Gerät ein Stück entfernt an der Hand ansetzen und dann bis zum Tropfen schieben. Kontinuierliche Glukosemessgeräte (CGM) mit Alarmfunktion oder Flash-Glucose-Monitoring-Systeme (FGM) sind laut Droßel für sehbehinderte Patienten am besten geeignet. Mithilfe eines Smartphones, bei dem die Sprachausgabe eingeschaltet wird, können die Systeme auch von Blinden benutzt werden. Das Smartphone sagt bei Berührung an, in welchem Menü man sich befindet. Durch bestimmte Wischtechniken bzw. Klicks lässt sich das Gerät steuern. Ein iPhone sei da-

für besser geeignet als ein Android-Gerät, so Droßel. Sehbehinderte und blinde Menschen haben zudem zahlreiche Möglichkeiten, sich Unterstützung zu holen. So sollten Ärzte z.B. auf Berufsförderungswerke hinweisen, die Patienten zu ihren beruflichen Optionen beraten. Spezielle Einrichtungen für

sehbehinderte oder blinde Patienten existieren in mehreren Städten. „Dort lernt man aber auch viele andere Dinge, z.B. wie man sich alleine mit einem weißen Langstock durch die Gegend bewegt oder wie man sein geringes Sehvermögen noch ausnutzen kann“, erläuterte Droßel. Die Kosten werden von den Krankenkassen bezahlt.



Es gibt viele Hilfsmittel, die im Alltag und bei der Diabetestherapie helfen.

Foto: iStock/zlikovec

Es gibt auch Blinden- und Sehbehindertenvereine, die Betroffenen weiterhelfen.

Diabetes Herbsttagung 2019

Brailleschrift trotz Polyneuropathie erlernen

Diana Droßel, die als blinde Diabetespatientin um die Probleme von Betroffenen weiß, gab zur Kommunikation mit Patienten einen wichtigen Tipp: „Es wird häufig gesagt, dass blinde oder sehbehinderte Diabetiker die Punkschrift, also die Brailleschrift, aufgrund einer Polyneuropathie nicht erlernen können.“ Hört ein Patient einen solchen Satz, dann glaube er dies auch. Die Polyneuropathie stelle aber kein Hindernis dar: Es sei zwar nicht einfach und brauche Zeit, die Punkschrift zu lernen, aber es sei durchaus möglich, ermutigte Droßel.

NEU

Ozempic®:

NUTZE DAS POTENZIAL



Senkt stärker den HbA_{1c}-Wert^{a,1}



Senkt stärker das Gewicht^{a,1}



Kardiovaskulärer Zusatznutzen^{b,2}

Ozempic® (Semaglutid)

1x pro Woche

www.ozempic.de

Abkürzungen: G-BA = Gemeinsamer Bundesausschuss; GLP-1 RA = Glucagon-like Peptide-1 Rezeptoragonist

a. In den Studien SUSTAIN 1–5 und 7 gegenüber Placebo, Sitagliptin, Dulaglutid, Depot-Exenatid und Insulin glargin, in der Abbildung als „andere Vergleichspräparate“ zusammengefasst¹

b. Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen bei erwachsenen Patienten mit Typ 2 Diabetes, bei denen Diät und Bewegung allein den Blutzucker nicht ausreichend kontrollieren (in Kombination mit Medikation zur Behandlung der kardiovaskulären Risikofaktoren, insbesondere Antihypertensiva, Antikoagulantien und/oder Lipidsenker) \geq 50 Jahre mit mind. 1 kardiovaskulärer Erkrankung oder \geq 60 Jahre mit mind. 1 Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen (siehe SUSTAIN 6: Marso SP et al. N Engl J Med 2016;375:1834–1844), wenn unzureichende Behandlung mit **b2**) einem blutzuckersenkenden Arzneimittel (außer Insulin), zweckmäßige Vergleichstherapie (zVT): Metformin + Sulfonylharnstoff oder + Empagliflozin oder + Liraglutid oder Humaninsulin alleine bei Unverträglichkeit/Kontraindikation/nicht ausreichender Wirksamkeit von Kombinationspartnern; **d2**) Insulin-Behandlung (mit oder ohne anderem blutzuckersenkenden Arzneimittel), (zVT): Optimierung des Humaninsulinregimes (ggf. + Metformin oder + Empagliflozin oder + Liraglutid)²

1. Fachinformation Ozempic®, aktueller Stand

2. G-BA, Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage XII – Beschlüsse über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V – Semaglutid; 2019, abgerufen am 5. November 2019 auf https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3776/2019-05-02_AM-RL-XII_Semaglutid_D-404_BAnz.pdf

Ozempic® 0,25 mg Injektionslösung in einem Fertigpen. Ozempic® 0,5 mg Injektionslösung in einem Fertigpen. Ozempic® 1 mg Injektionslösung in einem Fertigpen. Wirkstoff: Semaglutid. **Zusammensetzung:** Arzneilich wirksamer Bestandteil: 0,25/0,5/1 mg Semaglutid. Analogon zu humanem Glucagon-like peptide-1 (GLP-1), gentechnisch hergestellt durch rekombinante DNS-Technologie in *Saccharomyces cerevisiae* Zellen. **Sonstige Bestandteile:** Natriummonohydrogenphosphat-Dihydrat, Propylenglycol, Phenol, Salzsäure (zur Einstellung des pH-Wertes), Natriumhydroxid (zur Einstellung des pH-Wertes), Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Behandlung des unzureichend kontrollierten Diabetes mellitus Typ 2 bei Erwachsenen als Zusatz zu Diät und körperlicher Aktivität. Als Monotherapie, wenn die Anwendung von Metformin aufgrund einer Unverträglichkeit oder Kontraindikationen ungeeignet ist. Zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung des Diabetes mellitus. Für Studienergebnisse hinsichtlich Kombinationen, Auswirkungen auf die glykämische Kontrolle und kardiovaskuläre Ereignisse, sowie untersuchte Populationen, siehe Abschnitte 4.4, 4.5 und 5.1 der Fachinformation. **Art der Anwendung:** Zur subkutanen Injektion in das Abdomen, den Oberschenkel oder den Oberarm. Ozempic® darf nicht intravenös oder intramuskulär angewendet werden. Einmal wöchentlich zu einem beliebigen Zeitpunkt zu oder unabhängig von den Mahlzeiten. Tag der wöchentlichen Anwendung kann bei Bedarf gewechselt werden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Semaglutid oder einen der sonstigen Bestandteile. Nicht während der Schwangerschaft und Stillzeit anwenden. **Warnhinweise:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. Nicht mit aufgeschraubter Nadel aufbewahren. Darf nur von einer Person verwendet werden. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Übelkeit, Durchfall. Häufig: Erbrechen, Hypoglykämie, Verdauungsstörung, Magenschleimhautentzündung („Gastritis“), Sodbrennen („gastroösophageale Refluxkrankheit“ (GERD)), Magenschmerzen, aufgeblähter Bauch, Verstopfung, Aufstoßen, Gallensteine, Schwindel, Müdigkeit, Gewichtsverlust, geringerer Appetit, Blähungen (Flatulenz), Erhöhung von Pankreasenzymen (wie Lipase und Amylase). Gelegentlich: Änderungen des Geschmacksempfindens, schneller Puls, Reaktionen an der Injektionsstelle (z. B. Ausschlag, Hautreizung). Schwerwiegend: Komplikationen bei diabetischer Retinopathie (häufig), anaphylaktische Reaktionen (selten). **Verschreibungspflichtig. Novo Nordisk A/S, Novo Allé, 2880 Bagsværd, Dänemark.** Stand: Dezember 2019

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

»Smartphone sagt bei Berührung Menü an«



Ausbrennen verhindern

Burnout-Prävention bei medizinischem Personal durch Selbstfürsorge

LEIPZIG. Zu hohe oder falsche Erwartungen an sich und andere tragen zu Stress und Burnout in medizinischen Berufen bei. Dies zu reflektieren, kann helfen, den Umgang mit Diabetespatienten zu erleichtern.

Zu den Berufsgruppen mit den höchsten Burnoutraten zählen Angehörige der sozialen und helfenden Berufe. „In diesen Jobs kommt man anderen Menschen sehr nahe und damit steigt die Gefahr, dass man deren Probleme mit nach Hause nimmt“, erklärte Professor Dr. Dipl.-Psych. **BERNHARD KULZER**, Diabetes-Klinik Bad Mergentheim. Dieses Problem kennt auch Dipl.-Psych. **SUSAN CLEVER**, Fachpsychologin DDG in Hamburg. Sie behandelt neben Menschen mit Diabetes auch Mitglieder von Diabetesteamen, die sich im Job überfordert und ausgebrannt fühlen. Die Expertin stellte neun Leitsätze aus ihrer persönlichen Erfahrung vor, die den Umgang mit Patienten erleichtern können.

1 Menschen mögen weder „abgeholt“ noch „laufen gelassen“ werden. Ärzte und Diabetesberaterinnen suchten oft nach Tricks, wie sie ihre Patienten „knacken“ und damit zu einem anderen Verhalten bewegen können. „Dabei wollen Patienten meist nirgendwo anders hin und wünschen sich erst einmal jemanden, der sich neben sie setzt“, so Clever.

2 Je absurder der Auftrag, desto gruseliger der Beratungsprozess. Manchmal werden Patienten mit absurden Erwartungen überwiesen: „Wenn der Auftrag lautet ‚Der wiegt 130 Kilo, bitte dringend verschlanken!‘, dann kann es nur gruselig werden“, erklärte Clever.

3 Die Frage „Wie geht es Ihnen?“ kann der Anfang einer sehr langen, unglücklichen Beziehung sein. Manche Menschen bringt eine so offene Frage ins Reden. Sie freuen sich, dass die Diabetesberaterin zuhört – auch wenn sie nicht über ihren Diabetes sprechen. „So etwas ufert schnell aus zu einer hobbypsychologischen Sitzung“, warnte Clever. Ihr Tipp: Zu Beginn des Termins vereinbaren, über was heute gesprochen werden soll – und daran erinnern, wenn der Patient vom Thema abschweift.

4 „Motivieren“ ist wissenschaftlich betrachtet Unsinn und verschwendet Zeit. In allen Leitlinien ist zwar davon die Rede, dass Patienten zu einem gesünderen Lebensstil motiviert werden sollen, doch es gibt keinen wissenschaftlichen Nachweis dafür, dass Men-



schen andere motivieren können. „Niemand kann erklären, was das auf Verhaltensebene bedeutet. Es funktioniert nicht, lassen Sie es also einfach bleiben“, riet Clever. „Natürlich gibt es Eigenmotivation. Doch man kann nicht durch bestimmte Techniken Menschen zu etwas motivieren, das sie nicht wollen.“

5 Wenn Sie die Rückenlehne Ihres Stuhls nicht spüren, ist es meist ein schlechtes Zeichen. „Wenn man sich nach vorn beugt, um dem Patienten besser zuzuhören, nimmt das Gespräch selten einen guten Verlauf“, so Clevers persönliche Beobachtung. Ihr Rat: zurücklehnen und eine entspannte Körperhaltung einnehmen.

6 „Engmaschiges Einbestellen“ ist nur sinnvoll bei der Umstellung auf eine neue Therapie. Ein junger Mann, der seinen Typ-1-Diabetes mangels Interesse gerade schleifen lässt, wird kaum stabilere Glukosewerte aufweisen, nur weil er häufiger in der Praxis erscheinen muss, so Clever.

7 Patienten lügen aus Angst und Liebe. „Wenn Patienten lügen, dann gelingt ihnen der gewünschte Therapieschritt nicht, sie wollen aber ihre Beziehung zu Ihnen nicht aufs Spiel setzen“, erklärte Clever. Wenn jemand kurz vor dem Termin sein Blutzuckertagebuch fälscht, dann sei das kein Verrat, sondern ein Liebesbeweis.

8 Die tatsächlichen Ressourcen des Patienten sind kleiner als die gefühlten. Diabetesprofis neigen häufig dazu, die Möglichkeiten ihrer Patienten zu überschätzen. „Insbesondere wenn uns jemand sympathisch ist, glauben wir, dass dieser Mensch unsere Ratschläge beherzigen wird“, sagte Clever. Die eigenen Erwartungen herunterzuschrauben, kann vor Enttäuschungen schützen.

9 Einige Probleme sind nicht lösbar. „Ein Gefühl von Hilflosigkeit ist ein wichtiger diagnostischer Hinweis“, erklärte Clever abschließend, „und wenn Sie sich hilflos fühlen, liegt es nicht an mangelnder Kompetenz, sondern daran, dass auch der Patient hilflos ist.“ *Antje Thiel*

DDG Herbsttagung 2019

In helfenden Berufen ist die Gefahr, ein Burnout zu entwickeln, besonders ausgeprägt.

Fotos: iStock/wildpixel

»Ein Gefühl von Hilflosigkeit ist ein wichtiger diagnostischer Hinweis«

Wer reagiert wie?

Jedes (Praxis-)Team besteht aus Persönlichkeiten, die in ihren verschiedenen Rollen mal besser und mal schlechter interagieren, so Nadine Jänisch, Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Gießen. Anhand von vier archetypischen Tieren zeigte sie, was die unterschiedlichen Typen antreibt. „Wer burnoutgefährdet ist, sollte versuchen, seine anderen Persönlichkeitsanteile zu stärken“, riet Jänisch.

Der Elefant ist ein Mensch mit großem Herz und ausgeprägtem Helfersyndrom, der den Patienten am liebsten alles abnehmen würde. Um nicht auszubrennen, muss er lernen, dass er nicht allen helfen kann.

Das Erdmännchen ist ein extrovertierter Entertainer, der schnell Zugang zu anderen findet. Dieser Typ geht an Langeweile und Routine zugrunde – denn auch ein zu enges Korsett kann Menschen ausbrennen.

Der Kakadu ist ein Faktenmensch, der klare Strukturen und Ordnung schätzt. In Diabetespraxen glänzt er durch perfekte Dokumentation und Kenntnis sämtlicher Leitlinien. Sein Zeitmanagement scheitert oft an Gewissenhaftigkeit – das bedeutet Stress.

Der Löwe ist ein ehrgeiziger Alphanthrop, der wettbewerbsorientiert denkt und sich in einer besonderen Rolle oder Leitungsfunktion wohlfühlt. Er brennt aus, wenn sein Kampf für die gemeinsame Sache nicht gewürdigt wird.

Multiresistente Erreger in der Praxis

Vom Umgang mit MRSA und Co. im ambulanten Bereich

LEIPZIG. Die Zahl an Infektionen mit multiresistenten Erregern hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen, was sich auch in den Praxen bemerkbar macht. Was lässt sich im ambulanten Bereich tun?

Einige Problemerreger an Kliniken gewinnen zunehmend auch im ambulanten Bereich an Bedeutung, berichtete Professor Dr. MARGARETE BORG-VON ZEPELIN, Hufeland Klinikum Mühlhausen, Universität Göttingen. Dazu zählen folgende multiresistente Keime:

- methicillinresistente Staphylococcus aureus (MRSA)
- vancomycinresistente Enterokokken (VRE)
- multiresistente gramnegative Bakterien (MRGN) wie Enterobakterien, Pseudomonas spp. und Acinetobacter spp.

MRSA sind gegen alle Penicilline und gegenüber den meisten Cephalosporinen resistent – diese Antibiotika werden in der Praxis häufig verordnet, so die Expertin. MRSA können aber auch noch weitere Resistenzen aufweisen. Dennoch gibt es einige orale Antibiotika, die auch im ambulanten Bereich mit Erfolg gegen MRSA eingesetzt werden können, wie Trimethoprim/Sulfamethoxazol, Tetrazykline (evtl. plus Rifampicin/Fosfomycin), Clindamycin (Chinolone nach Resistenztestung) oder Linezolid. Zusätzlich gibt es bei MRSA die Möglichkeit der Sanierung mit Mupirocin. Insgesamt steht bei MRSA ein breites Spektrum an Therapieoptionen zur Verfügung, resümierte Prof. Borg-von Zepelin.

Auch andere multiresistente Erreger auf dem Vormarsch

Anders ist die Situation bei vancomycinresistenten Enterokokken (VRE). Diese verursachen z.B. Wund- und Harnwegsinfektionen, aber auch Bakteriämien und Septikämien. In den letzten Jahren kam es zunehmend zu VRE-Infektionen, so die Expertin. Werden diese ambulant behandelt, beschränken sich die Möglichkeiten auf Linezolid oder – nach Austestung – Rifampicin, Tetrazyklin oder Fosfomycin. Bei VRE besteht kaum eine Sanierungsoption, daher können diese Keime laut Prof. Borg-von Zepelin durchaus Probleme bereiten.

Hygienemaßnahmen beachten

Eine gute Hygiene kann die Verbreitung von resistenten Keimen eindämmen. Dazu gehören u.a.:

- Händehygiene
- Reinigung und Desinfektion der Patientenumgebung
- Persönliche Schutzausrüstung, um Kontakt mit Blut, Sekreten und Exkreten zu verhindern
- Sichere Punktions- und Injektionstechnik
- Entsprechende Aufbereitung von Textilien, Wäsche und Medizinprodukten

Die größte Baustelle sieht Prof. Borg-von Zepelin in Zukunft bei den multiresistenten gramnegativen Bakterien (MRGN). Diese Keime verfügen über unterschiedliche Enzyme (erweitertes Spektrum an Betalaktamasen; ESBL), mit denen sie mehrere Antibiotikagruppen inaktivieren können. Bei Infektionen mit ESBL-Erregern (z.B. Pneumonie, Weichteilinfektion, Harnwegsinfektion, Peritonitis oder Sepsis), kön-

nen Carbapeneme wie Imipenem oder Meropenem eingesetzt werden. Da ESBL produzierende E.coli-Harnisolate eine hohe Empfindlichkeit gegenüber Nitrofurantoin, Nitroxolin und Fosfomycin aufweisen, sollten diese Substanzen bei In-vitro-Empfindlichkeit und symptomatischem Harnwegsinfekt anstelle

von Carbapenemen oral eingesetzt werden, empfahl die Referentin. Angesichts der eingeschränkten Möglichkeiten bei MRGN-Infektionen im ambulanten Bereich sollte alles darangesetzt werden, durch Hygienemaßnahmen die Ausbreitung zu verhindern. AW

Diabetes Herbsttagung 2019

Bei MRSA stehen einige orale Medikamente zur Verfügung, die auch im ambulanten Bereich eingesetzt werden können.

Foto: Science Photo Library/Beckmann, Daniela

»Ausbreitung verhindern«

ZUSATZNUTZEN FÜR IHRE PATIENTEN*



HEUTE FÜR MORGEN

FÜR IHRE TYP-2-DIABETES PATIENTEN

Starke HbA1c-Senkung¹ Prävention von Hospitalisierungen aufgrund von Herzinsuffizienz und Reduktion von Nephropathie¹

* Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen gemäß G-BA Beschluss gilt für Dapagliflozin in den Teilpopulationen b2), c2), d2) und für Dapagliflozin/Metformin in den Teilpopulationen a2), b2), c2); Beschluss zu FORXIGA®: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4088/2919-12-19_AM-RL-XII_Dapagliflozin_D-461.pdf; Beschluss zu XIGDUO®: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4089/2019-12-19_AM-RL-XII_Dapagliflozin-Metformin_D-462.pdf
1. Fachinformation FORXIGA® und XIGDUO®, Stand November 2019.

Forxiga® 5 mg Filmtabletten / Forxiga® 10 mg Filmtabletten. Wirkstoff: Dapagliflozin.
Xigduo® 5 mg/850 mg Filmtabletten / Xigduo® 5 mg/1000 mg Filmtabletten. Wirkstoffe: Dapagliflozin, Metformin.
Verschreibungspflichtig.
Zusammensetzung: Forxiga®: 1 Filmtablette enthält Dapagliflozin-(2S)-Propan-1,2-diol (1:1) (1 H₂O), entsprechend 5 mg bzw. 10 mg Dapagliflozin. Xigduo®: 1 Filmtablette enthält Dapagliflozin-(2S)-Propan-1,2-diol (1:1) 1 H₂O (entsprechend 5 mg Dapagliflozin) und 850 mg bzw. 1000 mg Metforminhydrochlorid. Sonstige Bestandteile: Filmüberzug: Poly(vinylalkohol), Macrogol 3350, Talkum, Titandioxid, Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O, Eisen(III)-oxid (nur Xigduo® 5 mg/850 mg). Tablettenkern Forxiga®: Mikrokristalline Cellulose, Lactose, Crospovidon, Siliciumdioxid, Magnesiumstearat. Tablettenkern Xigduo®: Hyprollose, mikrokristalline Cellulose, Magnesiumstearat, Carboxymethylstärke-Natrium (Typ A). Anwendungsgebiete: Forxiga® 5 mg und 10 mg: Indiziert bei erwachsenen Patienten zur Behandlung von unzureichend kontrolliertem Typ-2-Diabetes mellitus in Ergänzung zu einer Diät und Bewegung als Monotherapie, wenn Metformin aufgrund einer Unverträglichkeit als ungeeignet erachtet wird; zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung des Typ-2-Diabetes. Zu Studienergebnissen im Hinblick auf Kombinationen von Behandlungen, die Wirkung auf die Blutzuckerkontrolle und kardiovaskuläre Ereignisse sowie die untersuchten Populationen, siehe Abschnitte 4.4, 4.5 und 5.1 der Fachinformationen. Patienten mit schwerer Leberfunktionsstörung: Es wird eine Anfangsdosis von 5 mg empfohlen. Wenn diese gut vertragen wird, kann die Dosis auf 10 mg erhöht werden. Forxiga® 5 mg: Indiziert bei erwachsenen Patienten zur Behandlung von unzureichend kontrolliertem Typ 1 Diabetes mellitus in Ergänzung zu Insulin bei Patienten mit einem BMI ≥ 27 kg/m², wenn Insulin allein den Blutzucker trotz optimaler Insulintherapie nicht ausreichend kontrolliert. Xigduo®: Indiziert bei erwachsenen Patienten für die Behandlung des Typ-2-Diabetes mellitus als Ergänzung zu Diät und Bewegung bei Patienten, bei denen der Blutzucker mit der maximal verträglichen Dosis von Metformin allein unzureichend kontrolliert wird; in Kombination mit anderen Arzneimitteln zur Behandlung des Diabetes bei Patienten, die mit Metformin und diesen Arzneimitteln unzureichend kontrolliert sind; bei Patienten, die bereits mit der Kombination aus Dapagliflozin und Metformin als separate Tabletten behandelt werden. Zu Studienergebnissen im Hinblick auf Kombinationen von Behandlungen, die Wirkung auf die Blutzuckerkontrolle und kardiovaskuläre Ereignisse sowie die untersuchten Populationen, siehe Abschnitte 4.4, 4.5 und 5.1 der Fachinformation. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den (die) Wirkstoff(e) oder einen der sonstigen Bestandteile. Xigduo® zusätzlich: jede Art von akuter metabolischer Azidose (z. B. Laktatazidose, diabetische Ketoazidose), diabetisches Präkoma; schwere Niereninsuffizienz (GFR < 30 ml/min); akute Erkrankungen, die potenziell die Nierenfunktion beeinflussen können, wie Dehydratation, schwere Infektion, Schock; eine akute oder chronische Erkrankung, die zu einer Gewebephypoxie führen kann, wie Herz- oder Lungeninsuffizienz, kürzlich erlittener Myokardinfarkt, Schock; Leberfunktionsstörung; akute Alkoholvergiftung, Alkoholisismus. Nebenwirkungen: Sehr häufig: Hypoglykämie (bei Anwendung mit einem Sulfonylharnstoff oder Insulin). Häufig: Vulvovaginitis, Balanitis und verwandte Infektionen des Genitalbereichs, Harnwegsinfektionen, Schwindel, Hautausschlag, Rückenschmerzen, Dysurie, Polyurie, erhöhter Hämatokrit, verminderte renale Kreatinin-Clearance zu Behandlungsbeginn, Dyslipidämie. Gelegentlich: Pilzinfektionen, Volumenmangel, Durst, Verstopfung, Mundtrockenheit, Nykturie, vulvovaginaler Pruritus, Pruritus genitalis, erhöhtes Kreatinin im Blut zu Behandlungsbeginn, erhöhter Harnstoff im Blut, Gewichtsreduktion. Selten: diabetische Ketoazidose (bei Typ 2 Diabetes). Sehr selten: Nekrotisierende Faszitis des Perineums (Fournier-Gangrän). Forxiga® zusätzlich: Häufig: diabetische Ketoazidose (bei Typ 1 Diabetes). Sehr selten: Angioödem. Xigduo® zusätzlich: Sehr häufig: gastrointestinale Symptome (Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Bauchschmerzen, Appetitlosigkeit). Häufig: Geschmacksstörungen. Gelegentlich: Beschwerden beim Wasserlassen. Sehr selten: Laktatazidose, Vitamin-B12-Mangel, Leberfunktionsstörungen, Hepatitis, Ürtikaria, Erythem, Pruritus. Weitere Hinweise: siehe Fachinformationen. Packungsgrößen: Forxiga®: 28 Filmtabletten, 98 Filmtabletten, Klinikpackung. Xigduo®: 56 Filmtabletten, 196 Filmtabletten, Klinikpackung. Pharmazeutischer Unternehmer: AstraZeneca GmbH, 22876 Wedel, E-Mail: azinfo@astrazeneca.com, www.astrazeneca.de, Servicehotline für Produktanfragen: 0800 22 88 660. Stand: November 2019.



DE-23481/19

Glukose wird ebenfalls dialysiert!

Wie Nierenersatzverfahren den Blutzuckerspiegel beeinflussen

LEIPZIG. Ob der Blutzucker während der Dialyse abfällt oder steigt, hängt von der verwendeten Methode ab. Die Diabetestherapie sollte man darauf abstimmen. Aber wie?

Die Niere beeinflusst den Glukosemetabolismus. „Das müssen Sie im Hinterkopf behalten, wenn Sie Diabetespatienten mit Niereninsuffizienz behandeln“, betonte Privatdozentin Dr. MARTINA GUTHOFF, Innere Medizin IV – Diabetologie, Endokrinologie, Nephrologie, Universitätsklinikum Tübingen. Zudem beeinflusst das verwendete Nierenersatzverfahren den Blutzuckerspiegel auf unterschiedliche Weise.

➔ Hämodialyse

Etwa drei Viertel der Patienten erhalten eine klassische Blutwäsche. Währenddessen gelangt neben Giftstoffen, die aus dem Blut gefiltert werden, ebenfalls Glukose in das Dialysat – der Blutzuckerspiegel sinkt. Wenn dann auch noch die Wirkung des vorher verabreichten Insulins anhält, fällt der Blutzucker schnell mal in den Keller, so die Expertin. Ebenfalls typisch: ein kompensatorischer Anstieg des Blutzuckers nach der Dialyse. Doch welche Diabetestherapie eignet sich generell bei Patienten, die eine Hämodialyse benötigen? Von den oralen Antidiabetika kommen laut Dr. Guthoff nur DPP4-Hemmer



Umdenken gefragt

Bei Niereninsuffizienz misst der HbA_{1c} Hausnummern, warnte Dr. Guthoff, und ist daher für das Therapiemonitoring nicht geeignet. Der Wert liegt oft falsch niedrig, denn die Dialyse verkürzt die Lebensdauer der Erythrozyten. Die Selbstmessung bietet eine Option – allerdings verfälscht während der Peritonealdialyse Icodextrin die Werte einiger Messgeräte. Bestimmte Teststreifen, die gegen das Mittel unempfindlich sind, bieten Abhilfe. Auch die kontinuierliche Glukosemessung stellt eine Möglichkeit dar.

infrage sowie Insulin. Dabei gilt es laut Expertin zu beachten, dass injiziertes Insulin bei eingeschränkter Nierenfunktion länger zirkuliert. Ein Patient mit einer glomerulären Filtrationsrate von < 10 ml/

min/1,73 m² benötigt daher nur die halbe Dosis eines Nierengesunden. Damit der Blutzucker während der Dialyse nicht weiter fällt, kann man erwägen, Insulin erst danach zu geben. „Wenn der Betroffene während der Dialyse isst, müssen Sie unbedingt das Bolusinsulin reduzieren“, fügte Dr. Guthoff hinzu. Um auf den kompensatorischen Blutzuckeranstieg nach der Blutwäsche zu reagieren, bietet es sich bei einigen Patienten an, die Bolusinsulingabe zur nächsten Mahlzeit zu steigern.

➔ Peritonealdialyse

„Nun wird es noch komplizierter“, warnte die Referentin. Der

Während der Hämodialyse sinkt der Blutzucker oft und schnell danach zum Ausgleich in die Höhe.

Foto: Александр Ивасенко – stock.adobe.com

Patient füllt für die Peritonealdialyse das Dialysat über einen Katheter in den Bauchraum. Die Flüssigkeit enthält jedoch in vielen Fällen einen hohen Anteil an Glukose, damit der Vorgang ablaufen kann, und diese gelangt dann während der Dialyse in den Körper. Deshalb stellt sich die Frage, wann nun eine hohe Glukosebelastung auftritt. Je nach Zeitpunkt der Blutwäsche – der abhängig von der gewählten Methode ist – kann es dazu in der Nacht oder am Tag kommen. Mit Blick auf die Wirkweise unterschiedlicher Insuline wird deutlich, warum einige Diabetespatienten unter Peritonealdialyse besser von

»Auch Kortison erhöht den Glukosespiegel«

NPH-Insulin profitieren: Durch die verzögerte und lange Wirkung kann die anhaltende Glukosebelastung im Dialysezeitraum besser als mit Insulinanaloga ausgeglichen werden, so die Erfahrung der Expertin aus Tübingen.

Resorbiert ein Patient viel Glukose, bietet sich zudem der Versuch an, die endogene Insulinreaktion mit einer Bolusinsulingabe nachzuahmen und somit den Glukoseanstieg durch den Beutelwechsel abzufangen. Cave: Beutel versetzt zur Mahlzeit tauschen!

➔ Nierentransplantation

Zwar stellt die Transplantation die Funktion der Niere teilweise wieder her – aber es braucht Medikamente für die Immunsuppression. So erhöht beispielsweise Kortison bei vielen Patienten nachmittags den Glukosespiegel. Prinzipiell können Betroffene Metformin erhalten, wenn sie tendenziell eine normale Nierenfunktion aufweisen. Dr. Guthoff setzt es jedoch nur in Sonderfällen ein. Alternativen bieten DPP4-Hemmer und Insulin. Für GLP1-Rezeptoragonisten und SGLT2-Hemmer gibt es hingegen bisher nur wenig Daten.

Dr. Kerstin Tillmann

DDG Herbsttagung 2019

„Mit“, nicht „für“ Patienten

EUDF fordert, neue Strategien zusammen mit Betroffenen zu entwickeln

BARCELONA. Das im Aufbau befindliche Europäische Diabetes Forum (EUDF) will alle Akteure zusammenbringen, um die Versorgung von Menschen mit Diabetes grundlegend zu verbessern. „Wir sind jetzt in der Phase des Zuhörens“, erklärte Professor Dr. John J. Nolan, EUDF-Vertreter vom Trinity College in Dublin. Anlässlich der 55. EASD kamen deshalb auch Patientenvertreter ausführlich zu Wort.

Die EUDF fordert, Patienten intensiver in Strategieentwicklungen einzubeziehen – schließlich müssen sie ihren Diabetes den größten Teil der Zeit selbst managen. Damit entwickeln sie eine eigene Expertise und eine eigene Innovationskraft, wie das Beispiel der DIY-APS-Bewegung verdeutlicht: Die US-Amerikanerin DANA M. LEWIS erzählte, dass sie in der herkömmlichen Versorgung ihres Typ-1-Diabetes auf wichtige Alltagsfragen keine Antworten fand. Um ihr

ren Blutzucker zu regulieren, genügte es nicht, den Kohlenhydratgehalt der Mahlzeiten abzuschätzen. Hormone, Krankheiten, Stress oder Sport führten zu nicht ausreichend beherrschbaren Schwankungen. Die automatische Verarbeitung von Daten des CGM-Systems und der Insulinpumpe lag nahe. Im Internet nahm sie Kontakt zu Scott Leibrand auf, der einen Open-Source-Algorithmus dafür entwickelt hatte. So entstand ihr eigenes DIY-APS.

Der Erfolg für Lewis ist einfach zu beziffern: Heute schlägt ihr CGM-System nur noch ein bis zwei Mal im Jahr Alarm, früher kam das drei- bis viermal pro Woche vor. Inzwischen gibt es eine weltweite DIY-APS-Bewegung mit weit mehr als 1000 Anwendern. Allerdings sind die Gesundheitssysteme derzeit nicht in der Lage, solche Impulse von Betroffenen in ihre Strategien zu integrieren, kritisierte die US-Amerikanerin.

Lösungen vorschlagen statt Forderungen stellen

Der an Typ-2-Diabetes erkrankte JOHN BOWIS riet der EUDF, an die Politik keinesfalls lautstarke Forderungen zu stellen, sondern vielmehr Ideen und Lösungsvorschläge aufzuzeigen. Das würde am ehesten von den Politikern aufgegriffen werden, weiß er aus eigener Erfahrung. Schließlich bekleidete er von 1993 bis 1996 das Amt des britischen Gesundheitsministers und ist aktuell

EU-Parlamentarier. Als Patient würde er es begrüßen, wenn alle an der medizinischen Versorgung Beteiligten stärker zusammenarbeiten und Erkrankte mit ihren Komorbiditäten an einer einzigen Stelle versorgt werden – inklusive sozialer Unterstützungsmöglichkeiten.

Mehr Teamarbeit, mehr Kommunikation und häufiger über den eigenen Tellerrand schauen, wünschte sich die Pädiaterin der Charité in Berlin Dr. KATARINA BRAUNE, selbst an Typ-1-Diabetes erkrankt. DIY-APS sind so erfolgreich, weil Menschen miteinander kommunizieren, erklärte sie als stolze Besitzerin eines solchen Systems.

Im Gesundheitswesen sieht es hingegen meist anders aus – Kommunikation und Koordination lassen oft zu wünschen übrig. Es gibt gut ausgebildetes medizinisches Fachpersonal und Experten, die in ihrem eigenen begrenzten Fachgebiet arbeiten. Patienten gelten beinahe ausschließlich als passive Empfänger, sie sind

in der politischen Entscheidungsfindung kaum eingebunden.

Über den Tellerrand schauen und von anderen lernen

Damit unkonventionelle Ideen durch neuartige Formen der Zusammenarbeit entstehen können, initiierte Dr. Braune einen medizinischen „Hackathon“ in Berlin, bei dem interdisziplinäre Teams aus Erkrankten, IT-Experten und Querdenkern kreative Lösungen für konkrete Fragen entwickelten. Sie erachtet dies als geeignetes Vorbild für den Versorgungsalltag: Gesundheitsfürsorge als Team sport, mit einem Schwerpunkt auf die Kommunikation. Die Kollegin empfahl, sich aus der eigenen Komfortzone herauszuwagen und von Menschen und Projekten jenseits des eigenen begrenzten Tätigkeitsfelds zu lernen. Dinge nicht mehr für, sondern mit Patienten entwickeln, lautete ihr Tenor.

fk

EASD 2019

»Alle Akteure müssen intensiver miteinander kommunizieren!«

Eine unheilvolle Dyade

Erst Hypoglykämie, dann kardiovaskuläres Ereignis – oder umgekehrt?

BARCELONA. Die kausale Beziehung zwischen schweren Unterzuckerungen und schweren kardiovaskulären Ereignissen ist noch ungeklärt. Häufig trifft komorbide Diabetespatienten beides.

In verschiedenen Studien waren schwere Hypoglykämien und schwere kardiovaskuläre Ereignisse signifikant assoziiert, berichtete Professor Dr. EBERHARD STANDL, Forschergruppe Diabetes e.V. am Helmholtz Zentrum München. So trat in der ADVANCE-Studie bei Patienten mit Diabetes Typ 2 ein erstes schweres kardiovaskuläres Großgefäßereignis nach einer schweren Hypoglykämie im Median nach 1,56 Jahren auf. Das Risiko für schwere kardiovaskuläre Ereignisse (MACE) erhöhte sich innerhalb einer medianen Beobachtungszeit von fünf Jahren um den Faktor 2,88.¹ Allerdings basierte diese Auswertung auf geringen Fallzahlen, betonte Prof. Standl. Nur bei 33 Patienten kam es im Rahmen der Studie zu einer schweren Hypoglykämie.

Einfluss leichter Unterzuckerung unklar

In den kardiovaskulären Endpunktstudien bestand keine Verbindung zwischen nicht-schweren Hypoglykämien und kardiovaskulären Ereignissen oder erhöhter Mortalität, erklärte Prof. Standl. Diese waren in den Studien allerdings unterschiedlich definiert.

Auch in den großen kardiovaskulären Endpunktstudien der letzten Jahre gab es durchgehend Hinweise für eine Assoziation zwischen schweren Hypoglykämien und schweren akuten kardiovaskulären Ereignissen sowie Tod, erklärte der Experte. Das sei weithin als Hinweis auf eine kausale Beziehung wahrgenommen worden. Allerdings fiel in diesen Studien die Zahl der Patienten mit schweren Hypoglykämien ebenfalls so gering aus, dass sie numerisch kaum zu den kardialen Endpunkten beigetragen haben, so Prof. Standl.

Fragile Patienten leiden häufiger unter MACE und Hypoglykämien

In der TECOS-Studie bei Patienten mit Typ-2-Diabetes lag auch die umgekehrte Assoziation vor: Nach kardiovaskulären Ereignissen traten schwere Hypoglykämien häufiger auf.² Dies widerspricht laut dem Experten dem Punkt, schwere Hypoglykämien als Ursache von kardiovaskulären Ereignissen anzusehen. Eine genauere Betrachtung der Betroffenen ergab, dass es sich gehäuft um fragile Patienten handelte, die für beide Komplikationen vulnerabel waren.

Das bestätigt laut Prof. Standl auch eine Analyse der wenigen Patienten, bei denen es in der EXSCEL-Studie zu beiden Ereignissen kam.³ Unabhängig davon, welches Ereignis zuerst auftrat, waren die Teilnehmer bei Studieneinschluss älter und länger an Diabetes erkrankt. Zudem hatten sie meist schon früher ein kardiovaskuläres Ereignis erlitten, wiesen häufiger Komorbiditäten wie Herz- oder Niereninsuffizienz auf und nahmen entsprechend vie-

le Medikamente ein. Der Referent sieht deshalb als wichtige Ursache sowohl von schweren Hypoglykämien als auch kardiovaskulären Ereignissen die besondere Vulnerabilität von Diabetespatienten mit hoher Komorbidität. Diese müsse man

erkennen, um die Dosis oder den Einsatz von Wirkstoffen mit einem hohen Potenzial für Hypoglykämien zu minimieren. Prof. Standl empfahl hierfür den Charlson Comorbidity Index, der Alter und verschiedene Erkrankungen umfasst. Mit ihm

lässt sich die Wahrscheinlichkeit des Zehn-Jahres-Überlebens errechnen.

Friederike Klein

EASD 2019

1. Zoungas S et al. N Engl J Med 2010; 363: 1410-1418
2. Standl E et al. Diabetes Care 2018; 41: 596-603
3. Standl E et al. J Am Coll Cardiol 2019; 73: 24

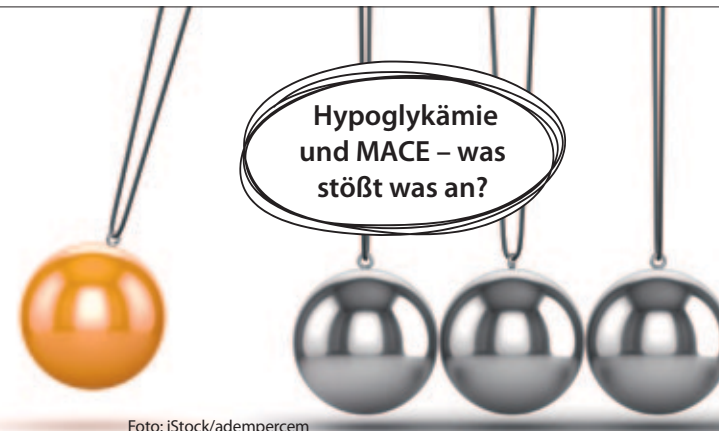


Foto: iStock/adempercem

Gluco-test[®] 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 oder rufen Sie uns an: +49 (0) 30 - 710944200

»Komorbiditätsindex hilft bei Wirkstoffwahl«

Arzneimittel meiner Wahl



Unterstützung auf Augenhöhe

„Diabetes-Peerprojekt“ soll neu erkrankten Kindern und Jugendlichen beim Umgang mit Diabetes helfen

TÜBINGEN. Der Alltag mit einer chronischen Erkrankung kann im Kindes- und Jugendalter ohne Unterstützung nur schwer bewältigt werden. Die Diabetes-Ambulanz der Universitätskinderklinik Tübingen schult Jugendliche und junge Erwachsene mit Diabetes, damit sie neu erkrankte Kinder und Teenager unterstützen können. Das Projekt wurde letztes Jahr mit einem Preis ausgezeichnet.

Typ-1-Diabetes ist für Heranwachsende sehr belastend, sie leiden häufiger an Depressionen oder Angststörungen als die Allgemeinbevölkerung. Mit ihren Sorgen wenden sich Teenager allerdings lieber an Gleichaltrige. Auf dieses Bedürfnis geht die Diabetes-Ambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Uniklinikums Tübingen nun ein: Sie bietet neu erkrankten Patienten an, sich mit etwa gleichaltrigen Patienten auszutauschen, die ihren Diabetes schon lange routiniert handhaben. Da Menschen, die sich in einer ähnlichen Lebenslage befinden, in der Fachsprache als „Peers“ bezeichnet werden, spricht die Ambulanz von einem „Diabetes-Peerprojekt“.

Im Rahmen des Projekts werden neu erkrankte Kinder und Jugendliche –

sofern sie Interesse haben – einem geschulten Peer zugeteilt, mit dem sie sich in den Monaten nach der Manifestation zu regelmäßigen Gesprächen treffen. Der Austausch ist intensiv: Obwohl die Termine für rund 45 Minuten angesetzt sind, dauern sie manchmal bis zu zwei Stunden.

Peers dienen den jungen neuen Patienten als Vorbild

Als Peer fungieren 18 Diabetespatienten der Ambulanz, die zwischen 15 und 25 Jahre alt sind, erfahren mit ihrer Erkrankung umgehen und bereit sind, für neue Patienten ein Vorbild zu sein. „Sie wollen Ängste nehmen, Fragen zum Umgang mit Diabetes im Alltag klären und vor allem das Gefühl vermitteln, nicht alleine zu sein“, berichtet Professor Dr. ANDREAS NEU, Uniklinik Tübingen, Leiter der Diabetes-Ambulanz und Vizepräsident der DDG.

Um ihren Gesprächspartnern kompetent helfen zu können, bekamen die Peers in der Ambulanz vorab ein ganztägiges Coaching, bei dem sie ihr diabetologisches Wissen auffrischen. Mitarbeiterinnen der Kin-



Reimo Schmitt von der Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, die den Leonard-Thompson-Preis stiftet.

PD Dr. Thomas Kapellen, Sprecher der AG Pädiatrische Diabetologie der DDG.

Dr. Franziska Liebrich nahm den Preis für die Diabetes-Ambulanz entgegen.

Fotos: silke brenner photographie, fotolla/pico

»Neue Patienten merken: Sie sind nicht alleine«

der- und Jugendpsychiatrie schulten sie auch in Fragen der Gesprächsführung und des Konfliktmanagements. Seit Sommer 2019 werden sie Betroffenen zugeteilt, die ihnen hinsichtlich Alter, Geschlecht, Wohnort und Interessen ähneln. Sie üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus.

Das Projekt wurde im November 2019 mit dem Leonard-Thompson-Preis ausgezeichnet, einem mit 8000 Euro dotierten Förderpreis der AG Pädiatrische Diabetologie (AGPD).

Die Jury, der Vorstand der AG, hält die Peer-Betreuung für ein niederschwelliges Angebot, das jungen Patienten helfen kann, ihre Situation zu akzeptieren und zu bewältigen.

Leonard-Thompson-Preis für Peerprojekt besonders passend

„Neu Erkrankte können von den Erfahrungen von ‚Krankheitsprofis‘ profitieren, ohne jeden Fehler selbst machen zu müssen“, meint Privatdozent Dr. THOMAS KAPELLEN, Sprecher

der AGPD. Prof. Neu freut sich über den Preis. Er hält es für besonders passend, dass ein Projekt für Jugendliche mit einem Preis ausgezeichnet wird, der ebenfalls einem Teenager gewidmet ist (siehe Kasten). Der Initiator plant, das Diabetes-Peerprojekt nach zwei Jahren umfassend zu evaluieren. Dann wird sich zeigen, ob es als Modell für andere Ambulanzen dienen kann – oder sogar als Therapieoption für andere Erkrankte. Isabel Aulehla

Werben um den Nachwuchs

DDG war erstmals auf Bundeskongress der Medizinstudierenden vertreten

GIESSEN. Zu wenige Studierende begeistern sich für die Diabetologie, das Querschnittsfach leidet unter einem Mangel an Nachwuchs. Die DDG präsentierte sich daher auf dem Kongress der Medizinstudierenden, um für den Studienschwerpunkt Diabetologie und das Mentoringprogramm der Fachgesellschaft zu werben.

Die Nachwuchsprogramme der DDG haben großes Interesse bei den Besuchern des Bundeskongresses der Medizinstudierenden in Gießen geweckt. Die Fachgesellschaft war dort im Dezember erstmals vertreten. Über Stunden hinweg erkundigten sich interessierte Teilnehmer am Informationsstand der DDG nach den Angeboten, berichten STEFFI RUDLOFF von der DDG-Geschäftsstelle und MICHA

KORTEMEIER aus der Arbeitsgemeinschaft Nachwuchs der DDG, die den Stand betreuten.

Studierende neugierig auf Mitgliedschaft und Mentoring

In die Wege geleitet wurde die Präsenz auf dem Kongress von Professor Dr. MONIKA KELLERER, der Präsidentin der DDG. Sie hat sich die Förderungen des Nachwuchses zur präsidialen Aufgabe gemacht.

Dem Projekt kam zugute, dass Kortemeier selbst Medizin studiert. So konnte er Kommilitonen auf Augenhöhe erklären, wie eng die DDG den diabetologischen Nachwuchs vom Studium bis in den Beruf begleitet. Dass Diabetologen dringend gebraucht werden, sei den Medizinstudierenden meist klar, sobald sie den klinischen Alltag kennengelernt haben, berichtet Rudloff.

Allerdings komme das Querschnittsfach in der Lehre zu kurz und habe zudem besonders an der Uni leider ein unattraktives Image, erklärt Kortemeier.

Die Besucher ließen sich nicht nur bereitwillig über die – für Studenten kostenlose – Mitgliedschaft in der DDG aufklären, sondern auch

über das Mentoring-Programm der Fachgesellschaft. Es umfasst Reise-Stipendien sowie „Nachwuchstage“ und den „Students‘ Diabetes Day“. Mit den Reisestipendien werden insgesamt über 100 Medizinstudierende finanziell unterstützt, um auf den Jahreskongress der DDG, die Herbsttagung oder den Kongress der European Association for the Study of Diabetes (EASD) fahren zu können. Auf den Veranstaltungen erwartet die Stipendiaten ein intensives Mentoring-

programm, das dem Facettenreichtum der Diabetologie angepasst ist und von Experten verschiedener Schwerpunktthemen begleitet wird. So findet anlässlich des Jahreskongresses ein „Nachwuchstag“ statt, an dem die Stipendiaten an Karriereworkshops teilnehmen oder Vorträge zu den Grundlagen des Diabetes mellitus besuchen können.

Students‘ Diabetes Day in diesem Jahr in Hamburg

Am jährlichen „Students‘ Diabetes Day“ werden in wechselnden Städten Vorträge über Diabetes gehalten, die das Interesse der Studierenden wecken, Wissenslücken schließen und für das Fach begeistern sollen. Die Veranstaltung existiert seit zwei Jahren. Sie fand zuletzt in Leipzig statt und wird im Juni 2020 Hamburg besuchen. IsA



Als Medizinstudent konnte Kortemeier bestens aus eigener Erfahrung berichten.

Foto: Steffi Rudloff

Und was heißt das jetzt praktisch?

Prof. Dr. Andreas Fritsche zum DDG-Positionspapier „Differenzierung von Subgruppen in der Diabetologie“

TÜBINGEN. Die Kommission Epidemiologie und Versorgungsforschung der DDG hat ein Positionspapier zur „Differenzierung von Subgruppen in der Diabetologie“¹ herausgegeben. Hintergrund sind zwei große Studien^{2,3}, in denen sich fünf Diabetes-Subtypen mit unterschiedlichen Risikoprofilen diskriminieren ließen (siehe Kasten).

? Das Positionspapier klingt verhalten: Es sei noch viel Forschungsarbeit zu leisten und für praktische Konsequenzen sei es noch zu früh. Will man wirklich abwarten, bis die geforderten Langzeitstudien vorliegen?

Professor Dr. Andreas Fritsche: Das Positionspapier mag deshalb verhalten klingen, weil es sich um eine kritische Stellungnahme handelt. In der Kommission waren Experten unterschiedlicher Disziplinen – neben Praktikern auch eher theoretisch ausgerichtete Wissenschaftler – vertreten, sodass das Positionspapier unterschiedliche Perspektiven repräsentiert.

Zum Beispiel wurde von Epidemiologen und Klinikern zu Recht eine Bestätigung der Daten in weiteren Populationen gefordert. Ich persönlich bin aber auch dafür, dass wir möglichst versuchen sollten, die Differenzierung der verschiedenen Subtypen zügig für unsere praktische Arbeit zu nutzen. Was wir aber brauchen, sind prospektive Studien, die differenzierte Therapiestrategien bei den unterschiedlichen Subtypen prüfen.

Um das ganz klar zu sagen: Ich halte diese neue Einteilung für einen ganz wichtigen Fortschritt, der entscheidende Implikationen für die Diabetestherapie haben wird. Die neue Einteilung, die von einer sehr renommierten schwedischen Arbeitsgruppe vorgeschlagen wurde, hat sich in einer großen deutschen Studie bestätigt. Wir wissen ja schon lange, dass wir es beim Diabetes mellitus mit einem sehr heterogenen Kollektiv zu tun haben, aber es fehlte bislang eine valide Klassifikation als Basis für eine differenzierte Therapie.

»Fortschritt, der entscheidende Implikationen für die Therapie haben wird«

? Mit anderen Worten: Eine differenzierte Diabetestherapie findet bislang nicht statt?

Prof. Fritsche: Nein, eine differenzierte, pathophysiologisch orientierte Diabetestherapie findet – jenseits der Differenzierung Typ 1 und Typ 2 – bislang in der Regelversorgung nicht ausreichend statt. Im Versorgungsalltag ist Ausprobieren eine gängige Strategie. Wir müssen davon ausgehen, dass in der Folge dieses Vorgehens nicht wenige Patienten mit Diabetes unter- bzw. übertherapiert werden. Ein wichtiger Subtyp mit hohen Risiken für Folgekomplikationen ist der SIDD (severe insulin-deficient diabetes), eine Untergruppe des Typ-2-Diabetes, für den ein ausgeprägter Insulinmangel charakteristisch ist. SIDD-Patienten entwickeln besonders häufig eine Retinopathie und/oder eine Polyneuropathie. Diese Patienten brauchen als Erstlinien-

INTERVIEW



Prof. Dr. Andreas Fritsche

Leiter der Abteilung Prävention und Therapie des Diabetes mellitus im Institut für Diabetesforschung des Helmholtz Zentrums München an der Universität Tübingen, DZD

Foto: zVg

therapie wahrscheinlich Insulin und sind damit ganz anders zu behandeln als SIRD (severe insulin-resistant diabetes).

Bislang jedoch wird die Insulinsekretion im Rahmen der Routineversorgung in aller Regel nicht bestimmt. Und das hat zur Folge, dass SIDD-Patienten oft erst mit oralen Antidiabetika – statt gleich mit Insulin – behandelt werden. Andererseits bekommen Patienten, die genug Eigeninsulin haben, eine Insulintherapie. Bei keiner anderen endokrinen Erkrankung würde man so vorgehen und eine Therapie ohne vorherige Bestimmung des Hormonstatus beginnen. Eine routinemäßige Bestimmung der endogenen Insulinsekretion wäre praktisch gar kein Problem, denn man braucht dafür nur eine Blutabnahme im Nüchternzustand.

? Wäre es vor diesem Hintergrund nicht sinnvoll, die erforderlichen Studien auf den Weg zu bringen, gleichzeitig aber vielleicht doch schon die neuen Erkenntnisse – quasi als fundierte Arbeitshypothese – im Land zu verbreiten. Sie sagen ja selbst, es gibt einiges an Evidenz für die neue Einteilung, und wäre da eine Orientierung an diesem Raster nicht vielleicht besser als eine undifferenzierte Therapie?

Prof. Fritsche: Das würde ich so unterschreiben.

? Was konkret ließe sich denn aus der Subtyp-Differenzierung für die Therapie ableiten?

Prof. Fritsche: Ein entscheidender Aspekt mit therapeutischen Implikationen sind die unterschiedlichen Risiken der verschiedenen Subtypen. Hochrisikogruppen sind SIDD und SIRD. SIDD hat ein besonders hohes Risiko für Retinopathie und Neuropathie. SIRD-Patienten sind besonders gefährdet, eine Nephropathie sowie eine nicht alkoholische Fettleber zu entwickeln. Natürlich sollte man die Niere bei Diabetespatienten grundsätzlich im Auge behalten, aber bei SIRD-Patienten sind regelmäßige Kontrollen auf Anzeichen einer Nephropathie und eine gute Blutdruckeinstellung besonders wichtig. Die Insulinresistenz stellt offenbar einen eigenen Risikofaktor für die diabetische Nephropathie dar. Das hat sich schon in früheren Arbeiten abgezeichnet und sollte angesichts der neuen Daten stärker ins Bewusstsein rücken.

? Und wie erklärt sich das hohe Risiko von SIDD-Patienten, während SAID-Patienten relativ wenige Folgekomplikationen aufweisen?

Prof. Fritsche: Das ist eine spannende Frage, die wir aber bislang nicht beantworten können. SIDD sind Typ-2-Diabetespatienten mit ausgeprägtem Insulinmangel und einer leichten Insulinresistenz. Abgesehen von den fehlenden GAD-Antikörpern weist der SIDD-Subtyp große Ähnlichkeiten auf mit SAID als dem klassischem Typ-1-Diabetes. Alter, HbA_{1c} und BMI sind ähnlich, die Rate an Folgekomplikationen jedoch ist sehr unterschiedlich. Es muss ein SIDD-Merkmal geben, das für das hohe Risiko dieser Patienten verantwort-

»Eine kritische Stellungnahme«

lich ist, das wir aber offenbar noch nicht kennen. Es könnte auch sein, dass SIDD zu spät mit Insulin behandelt werden und deswegen eher Folgeerkrankungen entwickeln.

? Die treffsichere Identifizierung und adäquate Therapie von Hochrisikopatienten ist ein wichtiger Aspekt der Subtyp-Differenzierung. Ein anderer Aspekt wäre die Vermeidung einer Überversorgung. In der schwedischen Studie wurden rund zwei Drittel aller Diabetesfälle als leichter alters- oder adipositasbedingter Diabetes klassifiziert. Wäre es eventuell gerechtfertigt, bei diesen Patienten die aktuellen strikten Therapieempfehlungen zu lockern?

Prof. Fritsche: Das ist ein heißes Eisen. Aber ich würde sagen: Ja, Patienten mit mildem Diabetes, die laut den Subgruppen-Studien nachweislich weniger Folgekomplikationen haben, brauchen weniger Therapie. Ob das nun zwei Drittel der Patienten sind, wie es sich in der schwedischen Studie darstellt, sei dahingestellt. Ich würde schätzen, etwa die Hälfte aller Patienten leidet an einer milderen Diabetesform.

Bei solchen Patienten versuche ich immer, die Therapie zu deeskalieren. Man darf natürlich mit dem Begriff „milder Diabetes“ die Erkrankung nicht bagatellisieren. Wir haben ja immer noch damit zu kämpfen, dass der Diabetes unterschätzt und nicht ernst genommen wird. Aber auch da müssen wir eben differenzieren. Jeder diabetologisch tätige Arzt weiß aus eigener Erfahrung, dass es schwer kranke Patienten mit hohen Risiken bzw. ausgeprägten Folgekomplikationen gibt. Aber es gibt eben auch milder verlaufende Formen mit geringeren Risiken. Wichtig ist, klare Kriterien an der Hand zu haben, mit denen sich die Risikopatienten und die weniger gefährdeten Diabetespatienten treffsicher identifizieren lassen. Und auf dieser Basis kann und sollte dann eine differenzierte Therapie erfolgen.

Interview: Ulrike Viegener

1. www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/ueber-uns/ausschuesse-und-kommissionen/kommission-epidemiologie-und-versorgungsforschung.html

2. Ahlqvist E et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2018; 6: 361-9

3. Zaharia OP et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2019; 7: 684-94

nachgefragt

Die fünf Diabetes-Subtypen

- **SAID** (severe autoimmune diabetes): früher Krankheitsbeginn, niedriger BMI, Insulinmangel, GADA-positiv, schwierige metabolische Einstellung (7 % des schwedischen Studienkollektivs)
- **SIDD** (severe insulin-deficient diabetes): GADA-negativ, sonst wie Gruppe 1 (18 %)
- **SIRD** (severe insulin-resistant diabetes): ausgeprägte Insulinresistenz, hoher BMI (15 %)
- **MOD** (mild obesity-related diabetes): Adipositas ohne ausgeprägte Insulinresistenz (22 %)
- **MARD** (mild age-related diabetes): höheres Alter, leichte Stoffwechselstörung (39 %)

Where there is no Diabetes doctor

Kenia versucht per E-Learning die medizinische Versorgung zu verbessern

BERLIN. Auch in afrikanischen Ländern steigen die Diabetes-Zahlen. Kenia versucht mit einem Online-Kurs für Ärzte, Diagnoseraten und Behandlung zu verbessern. Ein Problem sind die Kosten für die Patienten.

Bei Entwicklungsländern denken viele zuerst an Hunger und Unterernährung. Doch viele Länder des Südens kämpfen mittlerweile auch wie Industrieländer mit zunehmendem Übergewicht und den Folgeerkrankungen, auch Typ-2-Diabetes. Der Grund sind veränderte Ernährungsgewohnheiten: Traditionelle Gerichte verlieren an Popularität, „westliche“, oft kalorienreiche Fertigprodukte gelten als chic.

Zugleich ist das medizinische Versorgungssystem jedoch oft unzureichend, um mit Diabetes eine adäquate Behandlung zu bekommen. In Kenia haben nun „Diabetes Kenya“ und die Kenya Diabetes Study Group (KDSG) gemeinsam mit der International Diabetes Federation (IDF) einen Online-Kurs für Haus- und Klinikärzte entwickelt. Das Ziel: Mehr Diabetesfälle zu erkennen und Erkrankte besser zu behandeln, auch in Regionen, in denen es keine Fachärzte gibt.

Höhere Prävalenz in urbanen Gegenden

Nicht-übertragbare Krankheiten sind mittlerweile die Todesursache Nr. 2 in Kenia, nach Infektionskrankheiten wie Malaria, Tuberkulose oder HIV. Mehr als 872 000 Kenianer haben Diabetes – 1990 waren es noch 283 000. Es wird befürchtet, dass die Zahl auf 1,3 Millionen steigen könnte. Dabei gibt es ein starkes Stadt-Land-Gefälle: In urbanen Gegenden liegt

die Prävalenz bei 4 bis 11 %, in ländlichen Regionen bei 3 %. Ein großes Problem sind die unentdeckten Fälle. Die IDF schätzt, dass rund zwei Drittel aller Betroffenen nichts von ihrem Diabetes wissen. Zwar gibt es in Kenia einige spezielle Diabetes-Kliniken, doch diese erreichen nur einen Teil der Bevölkerung. Immerhin hat die Regierung das Problem erkannt: Kenia legte 2010 als erstes afrikanisches Land überhaupt einen Nationalen Diabetesplan vor.

E-Learning spart Kosten und dringt in abgelegene Winkel vor

„E-Learning kann die Weiterbildung von Ärzten und letztlich die medizinische Versorgung entscheidend verbessern“, argumentiert die IDF, „es spart nicht nur Kosten, sondern ermöglicht auch das Training einer größeren Gruppe, vor allem jener, die in abgelegenen Regionen arbeiten.“

Der Online-Kurs besteht aus acht Modulen, für die je eine Stunde veranschlagt wird. Ein Schwerpunkt liegt auf der Vermittlung von Wissen, um einen Diabetes zu erkennen: Bei welchen Faktoren ist das Risiko erhöht? Wie kann der Arzt auch Patienten erfassen, die noch keine Symptome zeigen? Die Unterrichtseinheit zur Behandlung startet dann, analog zur tatsächlichen Behandlung, mit nicht-medikamentösen Maßnahmen: gesündere Ernährung und mehr



Diabetes erkennen und behandeln. In Kenia bilden sich Ärzte online fort.

Foto: International Diabetes Federation

Bewegung. Es folgen Einheiten zu Medikamenten, Insulintherapie und Diabetes in der Schwangerschaft. Am Ende müssen die Teilnehmer einen Test absolvieren und von 50 Multiple-Choice-Fragen mindestens 80 % richtig beantworten.

Nur jeder Fünfte ist krankenversichert

Der Kurs ist für die Teilnehmer kostenlos, die 2000 Plätze im ersten Durchgang waren schnell vergeben. Die Ärzte erhalten für die erfolgreiche Teilnahme ein Zertifikat der IDF sowie 20 Weiterbildungspunkte der KDSG und 8 Punkte beim European Accreditation Council for Conti-

ning Medical Education. Je einen Extra-Punkt gibt es für die Zusatzmodule Prävention von Typ-2-Diabetes, Retinopathie sowie Diabetes und Herz-Kreislaufkrankungen. Ein großes Problem für Diabetespatienten in Kenia sind die Kosten für die Behandlung. 36 % der Bevölkerung leben unterhalb der Armutsgrenze, nur jeder Fünfte hat überhaupt eine Form der Krankenversicherung. Forscher der Universitäten Nairobi, Oxford und Liverpool haben in einer aktuellen Studie an 16 Kliniken mit 163 Patienten untersucht, was eine Diabetes-Behandlung finanziell für Patienten bedeutet. Ergebnis: Bei drei Viertel der

»Viele können sich eine Behandlung nicht leisten«

Patienten überschritten die Kosten 10 % des jährlichen Einkommens – die Forscher definierten dies als „katastrophale Kosten“ für den Patienten.

Die Betroffenen mussten ihre Ersparnisse antasten, Wirtschaftsgüter verkaufen oder sich Geld von Familie und Freunden leihen. Dabei spielen auch die Fahrtkosten für längere Anreisen eine große Rolle. Vor diesem Hintergrund greifen viele Diabetespatienten im Land auf die traditionelle Medizin und Kräutermischungen zurück.

Diskussion über Maßnahmen der Verhältnisprävention

Um die Zunahme von Diabetes und Übergewicht zu stoppen, werden auch in Kenia Maßnahmen der Verhältnisprävention diskutiert: Ein Verbot von an Kinder gerichteter Werbung für ungesunde Produkte, gesündere Schullernahrung und gesetzliche Initiativen, um den Gehalt an Zucker und Salz in Fertigprodukten zu senken. Analog zur deutschen DANK gibt es in Kenia seit 2012 eine aktive Allianz gegen nicht-übertragbare Krankheiten. Mitglied sind unter anderem die Herzstiftung Kenia und das kenianische Rote Kreuz.

Heike Dierbach

»Zwei Drittel der Betroffenen wissen nichts von ihrer Krankheit«



Bis 2045 steigen die Diabeteszahlen weltweit um 51 %.

Globales Gesundheitsproblem

Der aktuelle Diabetes-Atlas der Internationalen Diabetes-Föderation zeichnet ein dramatisches Bild:

- Einer von elf Erwachsenen hat heute Diabetes.
- Seit 2017 haben die Zahlen um 38 Millionen zugenommen.
- Bei jedem zweiten Betroffenen ist die Krankheit unerkannt.
- Die Behandlung verbraucht 10 % der weltweiten Gesundheitskosten.
- Bis 2045 werden die Diabeteszahlen weltweit um 51 % zunehmen.
- Am stärksten wird der Anstieg in Afrika (plus 143 %), dem mittleren Osten (96 %) und Südostasien (74 %) sein.
- In Europa werden die Zahlen um 15 % steigen. Das entspricht einer Prävalenz von 10,3 % im Jahr 2045.
- Die größte Anzahl Erkrankter hat in Europa derzeit Deutschland (9,5 Mio.), gefolgt von Russland (8,3 Mio.), der Türkei (6,6 Mio.), Italien (3,7 Mio.) und Spanien (3,6 Mio.).

Quelle: www.diabetesatlas.org

Medizin & Markt



Foto: iStock/AzmanJaka

Insulin wird weiter produziert

Sanofi: kein Rückzug aus dem Diabetesmarkt

Fachpressegespräch – Sanofi

BERLIN. Ende letzten Jahres meldeten verschiedene Medien, dass sich der Pharmakonzern Sanofi aus dem Bereich Diabetes zurückziehen will. Dem ist nicht so, stellte die Unternehmensführung klar.

Der neue Chief Executive Officer von Sanofi, PAUL HUDSON, hatte im Dezember die neuen Strategieziele des französischen Unternehmens verkündet. Demnach setzt der Konzern jetzt auf Innovation und Wachstum durch die Priorisierung von sogenannten Wachstumstreibern. Der Fokus ist dabei auf neuartige Therapieansätze gerichtet, darunter bei Brustkrebs, Hämophilie und Multipler Sklerose. Diabetes und Herzkrankheiten gehören nicht mehr zu den priorisierten Feldern, wie Dr. FABRIZIO GUIDI, Vorsitzender der Geschäftsführung von Sanofi in Deutschland, bestätigte.

Er betonte jedoch, dass das Unternehmen entsprechend seiner fast 100-jährigen Tradition auch weiterhin Antidiabetika herstellen wird. Die Produktion werde bleiben und zunehmen. Im November 2019 erst war die pädiatrische Zulassung für das Analoginsulin Insulin glargin 300 E/ml (Toujeo®) erfolgt. Weitere Produkte sind das Insulinanalogon Insulin glargin 100 E/ml (Lantus®), Insulin glulisin (Apidra®) und das Biosimilar-Insulin lispro (Insulin lispro Sanofi®). Auch die Kampagne „Wissen was bei Diabetes zählt: Gesünder unter 7 PLUS“ unterstützt Sanofi weiterhin. Neue Insuline zu entwickeln steht allerdings nicht mehr auf der Agenda des Unternehmens. Laufende klinische Studien hierzu werden beendet, die Ergebnisse aber nicht mehr vermarktet. Sanofi setzt mit seiner Forschung jetzt am Ursprung des Diabetes Typ 1 an. Auch Entwicklungen im digitalen Bereich sind von

Interesse. So hat das Unternehmen erst kürzlich einen neuen Vertrag mit dem französischen Medizinproduktehersteller Biocorp zum intelligenten Sensor Mallya unterzeichnet, der Injektionsdaten von Insulinpens aufzeichnet. Diese Zusammenarbeit fokussiert sich unter anderem auf die Verknüpfung der Mallya-Technologie mit dem SoloStar® Insulin-Pen. Über den Sensor, der am oberen Ende des Insulinpens von Sanofi sitzt, wird die Verabreichung des Insulins aufgezeichnet und über eine digitale Plattform an eine App im Smartphone des Patienten übertragen, so das Ziel. Damit lasse sich aus Verläufen lernen, zeigte sich Professor Dr. W. DIETER PAAR, Medical Director bei Sanofi in Deutschland, überzeugt.

kol

Veranstaltung für Fachmedien „Sanofi – Kontinuität im Diabetesmanagement“; Veranstalter: Sanofi

bytes4diabetes-Awards 2020 verliehen

Pressemitteilung – Berlin-Chemie

BERLIN. Im Rahmen der DiaTec 2020 wurden vier wegweisende Digital-Projekte mit dem bytes4diabetes-Award 2020 ausgezeichnet. Den Preis vergibt die Firma Berlin-Chemie AG gemeinsam mit Experten aus dem Diabetesbereich. Insgesamt hatten sich 32 Start-ups, Unternehmen, Forschungseinrichtungen und Diabeteszentren beworben. Mit dem ersten Preis wurde die App „SNAQ“ des gleichnamigen Schweizer Start-ups ausgezeichnet. Diese analysiert die Nährwerte einer Mahlzeit anhand eines Smartphone-Fotos. Angestrebt wird eine Zulassung als Medizinprodukt, das auch Insulindosen errechnet. Den zweiten Preis erhielt die Entwicklung „Graphs to Fight Diabetes“ des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung. Hier werden Forschungsdaten aus heterogenen Quellen in Graphdatenbanken zusammengeführt, strukturiert und z.B. mithilfe Künstlicher Intelligenz analysiert. Der dritte Preis ging an die Therapiesoftware „Advice Device“, die von der Diabetes-Dorf Althausen GmbH und der SINOVO GmbH & Co. KG für Patienten mit Typ-1-Diabetes mit Insulinpumpe entwickelt wurde. Die Software gibt individuelle Ratschläge in vielen Alltagssituationen. Mit einem Sonderpreis wurde das Projekt „Smartphone-Based TeleOphthalmology“ ausgezeichnet. Das telemedizinische Verfahren soll Menschen in Indien auf diabetische Retinopathie screenen.

NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

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

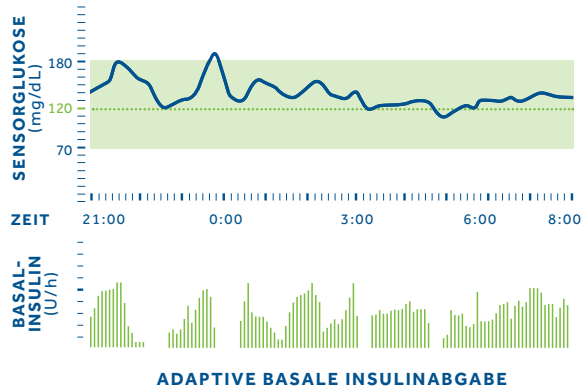
MINIMED™ 670G SYSTEM MEHR ZEIT IM ZIELBEREICH, WENIGER ENTGLEISUNGEN^{2,3}

Das erste zugelassene System, das automatisch die basale Insulinabgabe reguliert – dank SmartGuard™ Auto-Modus.^{1,2,3}

Das MiniMed™ 670G System überwacht die Glukosewerte Tag und Nacht und passt die basale Insulinabgabe alle 5 Minuten automatisch an, um die Werte im Zielbereich^{2,3} zu halten. Damit ist es das einzige zugelassene System, das den von der ATTD-Expertengruppe festgelegten Zielwert von mindestens 70% Zeit im Zielbereich für Typ-1-Diabetes nachgewiesen erreicht.^{4,5,6}

Unterstützen Sie Ihre Patienten gut eingestellt zu sein und mehr Lebensqualität zu haben.

SMARTGUARD™ AUTO-MODUS AUTOMATISCHE INSULINANPASSUNG



Die SmartGuard™ Technologie passt die basale Insulinabgabe individuell an, basierend auf den alle 5 Minuten gemessenen Glukosewerten. Patienten müssen einfach nur die Kohlenhydrate ihrer Mahlzeiten eingeben und die Anweisungen des Systems befolgen.

SMARTGUARD™ AUTO-MODUS⁴ IM VERGLEICH ZUM MANUAL-MODUS

- Zeit im hyper- und hypoglykämischen Bereich: von 33,6% auf 24,3% >180 mg/dl und von 3,7% auf 2,4% <70 mg/dl
- Mehr als 55.000 Patienten im Alltag
- Zeit im Zielbereich: von 63,0% auf 73,3% erhöht



ANWENDUNG IM ALLTAG



Medtronic

1. Iturralde E. et al. The Diabetes Educator. 2017; 43(2):223 - 232.
2. Bergenstal R. M. et al. Jama. 2016; 316(13): 1407 - 1408.
3. Garg SK et al. Diabetes Technol Ther. 2017 Mar;19(3):155-163.

4. Cohen O. MiniMed 670G System: practical guidance to onboard your patients successfully. Medtronic Symposium 20.02.2019, ATTD Kongress Berlin 2019
5. Battelino T. International consensus meeting on time in range and glucose variability. ATTD 2019, Berlin, Parallel Session "Time in Ranges"
6. Battelino T, Danne T, Amiel SA, et al. Clinical targets for Continuous Glucose Monitoring Data Interpretation: Recommendations from the International Consensus on Time-in-Range. Diabetes Care 2019 accepted for publication

Schutz vor kardiovaskulären Ereignissen auch bei Herzgesunden

REWIND: GLP1-Rezeptoragonist in breitem Patientenkollektiv geprüft

➔ Symposium – Lilly

LEIPZIG. Das kardiovaskuläre Risiko von Typ-2-Diabetespatienten lässt sich mit Dulaglutid senken. Das zeigen die Daten der bisher umfangreichsten Studie ihrer Art. Eine Besonderheit der Untersuchung ist die Patientenpopulation.

Von den früheren kardiovaskulären Endpunktstudien unterscheidet sich REWIND durch die große Zahl an Teilnehmern und die lange Nachbeob-

achtungszeit. Eingeschlossen waren insgesamt 9901 Typ-2-Diabetespatienten, die median über mehr als fünf Jahre beobachtet wurden. Eine weitere Besonderheit liegt in der Population selbst: Während andere Studien hauptsächlich Patienten mit kardiovaskulären Vorerkrankungen einschlossen, wurde in der REWIND-Studie ein breites Kollektiv untersucht. Dieses repräsentiert die Population von Menschen mit Typ-2-Diabetes besser, erläuterte Professor Dr.

THOMAS FORST von CRS Andernach, Mannheim. Denn nur ein Drittel der Teilnehmer litt an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung, und der Anteil an Frauen war vergleichsweise hoch. Zudem waren die HbA_{1c}-Werte der Untersuchten mit durchschnittlich 7,2 % besser eingestellt als in anderen Studien, so der Experte. Die Teilnehmer erhielten 1:1 randomisiert entweder Dulaglutid (Trulicity®) oder ein Placebo. Während des Follow-ups von median 5,4 Monaten kam es zu einer signifikanten Reduktion des MACE (Major Adverse Cardiovascular Events)-3-Endpunkts (HR 0,88; p = 0,026).

Prof. Forst betonte, dass sich der Nutzen dabei nicht nur bei den Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen zeigte, auch für die Herzgesunden sank das Risiko. Demnach profitierten auch Diabetespatienten ohne kardiovaskuläre Vorerkrankungen von Dulaglutid, so Prof. Forst. *ms*

Symposium „Neue Studiendaten zu Trulicity“ anlässlich der Diabetes Herbsttagung 2019; Veranstalter: Lilly Diabetes

Vom kardioprotektiven Effekt des GLP1-Analogons können Herzgesunde sowie Patienten mit Vorerkrankung profitieren.

Foto: Feodora – stock.adobe.com



»In der REWIND-Studie wurde ein breites Kollektiv untersucht«

Kein automatischer Therapieerfolg

Per CGM-System lassen sich die Werte verbessern

➔ Symposium – Abbott Diabetes Care

BERLIN. Mithilfe von Systemen zur kontinuierlichen Blutzuckermessung können Diabetespatienten ihre Einstellung verbessern. Doch es gilt, sich mit den neuen Messparametern auseinanderzusetzen.

Trendpfeile sind ein zentrales Element kontinuierlicher Glukosemessung (CGM). Sie werden von den Anwendern allerdings häufig nur nach Bauchgefühl genutzt, wie Dr. RALPH ZIEGLER, Diabetologische Schwerpunktpraxis Münster, berichtete. Hinzu komme, dass sie je nach Hersteller des Systems für die kontinuierliche Glukosemessung anders zu interpretieren sind. Dr. Ziegler präsentierte die Empfehlung seiner Expertengruppe zur Umsetzung der Trendpfeile im Diabetesmanagement. Zentrales Element sind dabei Scorecards, anhand derer man je nach Glukoseausgangswert und entsprechend der individuellen Insulinsensitivität die erforderliche Therapieanpassung ablesen kann. Doch auch medizinisches Fachpersonal tut sich manchmal schwer mit den Grenzwerten und Messparametern, die bei der CGM anfallen: Dr. SIMONE VON SENGBUSCH, Lübecker Hormonzentrum für Kinder- und Jugendmedizin Lübeck am Uniklinikum Schleswig-Holstein, verglich diese Schwierigkeiten mit der Umstellung von D-Mark auf Euro: Ähnlich ergehe es vielen mit den neuen Messgrößen

in der Diabetologie, etwa der Zeit im Glukosezielbereich (Time in Range; TIR), der Standardabweichung (SD), dem ambulanten Glukoseprofil (AGP) oder dem Glukose-Management-Indikator (GMI). Diese Parameter seien gewöhnungsbedürftig, so die Expertin.

Als deutlichen Fortschritt sieht Dr. JENS KRÖGER vom Zentrum für Diabetologie Hamburg-Bergedorf die glykämische Kontrolle mit dem FreeStyle Libre-Messsystem. Dessen Alltagstauglichkeit sei nun wissenschaftlich belegt: Aus Studienergebnissen wird deutlich, dass für Menschen mit Typ-2-Diabetes mit intensiver Insulintherapie eine signifikante Reduktion des HbA_{1c}-Wertes bei hoher Therapiezufriedenheit erzielt wurde. „Je häufiger der Glukosewert gescannt wurde, desto besser war der HbA_{1c}-Wert“, so Dr. Kröger. Er stellte allerdings klar: „Die Erfolge fallen nicht vom Himmel, nur weil man ein CGM-System nutzt. Daran muss man arbeiten, und dafür braucht es intensive Schulungen.“ Das Flash-Schulungsprogramm, in dem der Umgang mit dem FreeStyle Libre trainiert wird, sei mittlerweile von der DDG zertifiziert. Ob und wie rasch es in den jeweiligen KV-Regionen vergütet wird, hänge auch vom Engagement vor Ort ab. *thie*

Symposium „Praktische Integration neuer Standards in die Diabetestherapie“ im Rahmen des Diabetes Kongresses 2019; Veranstalter: Abbott Diabetes Care

Welches ist das Insulin der Wahl?

Hypoglykämierisiko und Wirkprofile im Vergleich

➔ Symposium – Novo Nordisk

LEIPZIG. Steht bei Patienten mit Typ-2-Diabetes der Einstieg in die Insulintherapie an, ist das Thema Unterzuckerungen relevant. Das sollte bei der Auswahl des Basalinsulins bedacht werden. Und auch bei Mahlzeiteninsulinen gibt es Unterschiede.

Ein Basalinsulin mit einem flachen und stabilen Wirkprofil kann dazu beitragen, das Hypoglykämierisiko unter der Diabetestherapie in Schach zu halten. Hier bietet sich Insulin degludec (Tresiba®) an, sagte Dr. ANDREAS LIEBL vom Diabeteszentrum an der Fachklinik Bad Heilbrunn. Dabei handelt es sich um ein Basalinsulin, das für die Behandlung des Diabetes Typ 1 und Typ 2 zugelassen ist. Es wird einmal täglich angewendet und weist ein flaches Wirkprofil auf, so der Experte. In der DEVOTE-Studie wurde Insulin degludec bei Patienten mit Typ-2-Diabetes und hohem kardiovaskulärem Risiko mit Insulin glargin 100 E/ml verglichen.

Dabei ergab sich unter Insulin degludec eine Reduktion schwerer Hypoglykämien um 40 % (p < 0,001) bei ähnlicher Blutzuckereinstellung.

Nächtliche schwere Hypoglykämien wurden unter Insulin degludec gegenüber Insulin glargin um 53 % reduziert (p < 0,001). Im Rahmen der Studie konnte zudem die kardiovaskuläre Sicherheit des Basalinsulins bestätigt werden: In Bezug auf die Zeit zum ersten Eintreten eines MACE (Major Adverse Cardiovascular Event)-3-Ereignisses war Insulin degludec Insulin glargin nicht unterlegen.

Wenn Patienten mit Typ-2-Diabetes unter der bisherigen Therapie erhöhte postprandiale Blutzuckerwerte aufweisen, kann die zusätzliche Gabe eines Mahlzeiteninsulins sinnvoll sein, erinnerte Dr. Liebl. Eine weiterentwickelte, schnell wirksame Insulin-aspart-Formulierung (Fiasp®) kann den postprandialen Blutzuckernstieg reduzieren. Verglichen mit Insulin aspart (NovoRapid®) konnte in Studien mit der weiterentwickelten Formulierung eine beinahe doppelt so hohe Insulinkonzentration in den ersten 30 Minuten nach Injektion erreicht werden.

AW

Symposium „Neues zur modernen Insulintherapie – was ist für Ihre Praxis relevant?“ anlässlich der Diabetes Herbsttagung 2019; Veranstalter: Novo Nordisk

Frühe Kombi lohnt sich

Typ-2-Diabetes langfristig unter Kontrolle halten

➔ Symposium – Novartis

BARCELONA. Der Stoffwechsel von Patienten mit Typ-2-Diabetes lässt sich besser und länger kontrollieren, wenn sie von Beginn an eine Kombinationstherapie mit einem DPP4-Hemmer erhalten, statt wie üblich nur Metformin. So das Ergebnis der VERIFY-Studie.

Eine initiale Kombinationstherapie wirkt sich bei Typ-2-Diabetes auch längerfristig positiv aus. Dies ist das Fazit aus der VERIFY-Studie, in der 2000 neu diagnostizierte Patienten mit Typ-2-Diabetes Metformin mit Vildagliptin (z.B. Galvus®, als Fixkombination: z.B. Eucreas®) oder Metformin mit Placebo erhielten. Studienteilnehmer mit Therapieversagen, die also unter der Monotherapie das Ziel-HbA_{1c} von 7 % zweimal im Abstand von drei Monaten überschritten, wurden ebenfalls auf die Kombination mit dem DPP4-Hemmer eingestellt. Bei der nächsten Zielwertüberschreitung gab es für

Im Duo scheint es länger zu halten.

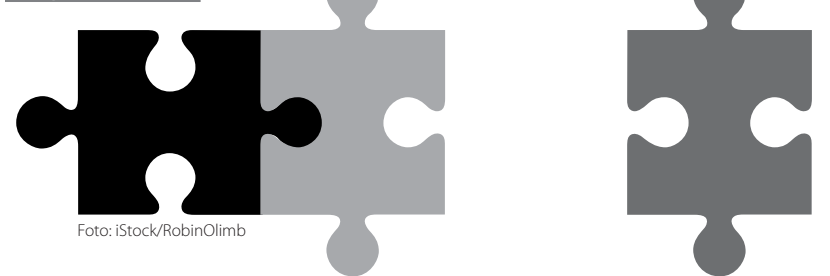


Foto: iStock/RobinOlimb

beide Gruppen zusätzlich Basalinsulin. Nach fünf Jahren hatten unter der Monotherapie 614 Teilnehmer (62,1 %) das HbA_{1c}-Ziel überschritten, unter der Kombination 429 (43,6 %), berichtete Studienleiter Professor Dr. DAVID MATTHEWS, Universität Oxford. Dabei lag die mediane Zeit bis zum ersten Therapieversagen unter der Metformin-Behandlung bei 36,1 Monaten, für die zusätzliche Vildagliptingabe konnte eine Dauer von 61,9 Monaten lediglich errechnet werden. Zudem war das relative Risiko für ein Therapieversagen mit 0,51 (95%-KI:

0,45–0,58; p < 0,0001) signifikant reduziert, wenn Teilnehmer von Beginn an die Kombination erhalten hatten. Bemerkenswert war außerdem, dass Patienten auch nach dem ersten Therapieversagen länger stabil blieben, wenn sie anfangs die Kombination erhalten hatten. Und das, obwohl in der zweiten Studienphase alle Teilnehmer die gleiche Therapie bekamen. Offenbar erzeugt die gute metabolische Kontrolle unter der frühen Kombination einen Legacy-Effekt, der sich lange fortsetzt, so der Experte.

Professor Dr. MICHAEL STUMVOLL vom Universitätsklinikum Leipzig hofft, dass sich mit der kombinierten Initialtherapie die mangelnde Konsequenz bei der Therapietintensivierung bis zu einem gewissen Grad ausgleichen lässt. *ara/dz*

Symposium „VERIFY: What change are you bringing to overcome clinical inertia?“ im Rahmen des EASD 2019; Veranstalter: Novartis

NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

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

Vor dem Versagen!

Majorkomplikationen der Niere: Gliflozine schützen vor Dialyse, Transplantation und Tod

SYDNEY. SGLT2-Inhibitoren können renal vorgeschädigte Typ-2-Diabetestypen vor Majorkomplikationen der Niere schützen. Zu diesem Schluss kommt eine aktuelle Metaanalyse.

Der Diabetes mellitus Typ 2 gilt weltweit als eine der häufigsten Ursachen für ein Nierenversagen. Zum Schutz der Nierenfunktion erhalten die Betroffenen üblicherweise ACE-Hemmer oder Angiotensin-Rezeptor-Antagonisten. SGLT2-Inhibitoren beugen vermutlich ebenfalls schweren renalen Komplikationen vor, so Dr. BRENDON L. NEUEN vom George Institute for Global Health an der University of New South Wales in Sydney: Die Wirkstoffe senken nicht nur den Blutzucker und das Körpergewicht, sondern reduzieren zusätzlich eine Albuminurie und verbessern möglicherweise die renale Hämodynamik. Verschiedene Untersuchungen zur kardiovaskulären Sicherheit der SGLT2-Hemmer deuteten bereits auf renoprotektive Eigenschaften der Gliflozine hin. Allerdings waren diese Studien nicht darauf ausgelegt, verschiedene harte renale Endpunkte, beispielsweise das Dialyse- und Transplantationsrisiko oder Tod durch Nierenversagen, detailliert beurteilen zu können. Zudem blieb unklar, inwiefern der Grad der Nierenfunktionsstörung sowie der Grad der Albuminurie das Behandlungsergebnis beeinflussen.

Daten von fast 40 000 Diabetestypen ausgewertet

Um diese Wissenslücke zu schließen, werteten Dr. Neuen und sein Team die Daten von 38 723 Typ-2-Diabetestypen von sechs verschiedenen Kontinenten aus, die an einer von vier randomisierten, kontrollierten Studien teilgenommen hatten. Diese verglichen die therapeutische Effektivität eines SGLT2-Inhibitors – Empagliflozin (EMPA-REG OUTCOME), Canagliflozin (CANVAS und CREDENCE) sowie Dapagliflozin (DECLARE-TIMI 58) – mit Placebo. Alle Untersuchungen erfassten renale Outcome-Parameter. Nun poolten die Wissenschaftler die Patientendaten und objektivierten den kombinierten primären Endpunkt „Dialyse, Transplantation oder Tod aufgrund einer Nierenerkrankung“.

252 Patienten wurden dialysepflichtig, benötigten eine Nierentransplantation oder verstarben aufgrund einer renalen Funktionsstörung. 335 Personen entwickelten eine terminale Niereninsuffizienz und 943 erlitten ein akutes Nierenversagen. Im Vergleich zu Placebo senkten die Gliflozine das Risiko für den primären Studienendpunkt signifikant um

33 % (Relatives Risiko [RR] 0,67; $p = 0,0019$). Auch bezüglich des Risikos für eine terminale Niereninsuffizienz (RR 0,65; $p < 0,0001$) sowie des Risikos für ein akutes Nierenversagen (RR 0,75; $p < 0,0001$) erwiesen sich die SGLT2-Inhibitoren als vorteilhaft.

Obwohl sich der renoprotektive Effekt der Wirkstoffe mit abnehmender Nierenfunktion tendenziell abschwächte, wiesen die Forscher nach, dass die Patienten aller eGFR-Grup-



Foto: klesign – stock.adobe.com

SGLT2-Hemmer können renale Majorkomplikationen verhindern.

Nephroprotektion nicht. Zusammenfassend empfehlen die Studienautoren, alle Typ-2-Diabetestypen mit hohem Risiko für eine progrediente Niereninsuffizi-

pen von der Behandlung profitierten. Auch der Grad der Albuminurie sowie die Behandlung mit Blockern des Renin-Angiotensin-Systems beeinträchtigten die

enz routinemäßig mit SGLT2-Inhibitoren zu behandeln. Da gemäß den Metaanalyse-Ergebnissen auch Patienten mit niedriger eGFR bezüglich des renalen Komplikationsrisikos von den SGLT2-Inhibitoren profitieren, halten sie die bestehenden Anwendungseinschränkungen in diesem Subkollektiv für nicht gerechtfertigt. JL

Neuen BL et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2019; [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(19\)30256-6](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(19)30256-6)

NEU

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

DER NEUE BOT- VERSTÄRKER

Die einzige Fixkombination aus einem Basalinsulin und einem GLP-1-Rezeptoragonisten für Typ-2-Diabetestypen in Deutschland

// ÜBERLEGENE WIRKUNG

im Vergleich zu Insulin glargin 100 E/ml*¹

// EINFACHE ANWENDUNG

nur 1x täglich im beliebten SoloStar[®]2,3

// GÜNSTIGER PREIS[#]



Weitere Informationen zu SULIQUA[®] finden Sie unter www.suliqua.sanofi.de

GLP-1 = Glucagon-Like Peptide-1.

* Überlegene HbA_{1c}-Senkung von SULIQUA[®] vs. Insulin glargin 100 E/ml nach Woche 30¹.

im Vergleich zum Listenpreis (AVP) der freien Kombination von Basalinsulin + GLP-1-Rezeptoragonist; z. B. 40 I.E. NPH (Insuman[®] Basal) + 1,2 mg Liraglutid oder 1,5 mg Dulaglutid.

¹ Aroda VR et al. Diabetes Care 2016; 39: 1972-80; ² SULIQUA[®] Fachinformation, Stand September 2018; ³ Marktanteil (MAT 11/2018) beträgt 43,1% (Zähleinheiten) für den SoloSTAR[®] in der ATC A10C, NFC Code RF gefüllte Pens laut IQVIA Pharmascope MAT 11/2018.

Suliqua 100 Einheiten/ml + 33 Mikrogramm/ml Injektionslösung in einem Fertigpen.

Wirkstoffe: Insulin glargin und Lixisenatid. **Zusammens.**: Insulin glargin 100 E/ml (3,64 mg/ml) und Lixisenatid 33 µg/ml. Jeder Fertigpen enthält 300 Einheiten Insulin glargin und 100 Mikrogramm Lixisenatid in 3 ml Lösung. **Sonst. Bestandt.**: Glycerol 85%, Methionin, Metacresol, Zinkchlorid, Salzsäure, Natriumhydroxid, Wasser für Injektionszwecke. **Anw.-geb.:** Kombination mit Metformin bei Diabetes mellitus Typ 2 bei Erwachsenen, wenn Metformin allein oder Metformin in Kombination mit einem anderen oralen blutzuckersenkenden Arzneimittel oder mit Basalinsulin den Blutzuckerspiegel nicht ausreichend reguliert. **Gegenanz.:** Überempfindlichkeit gegenüber d. Wirkstoffen/sonstige Bestandt. **Warnhinw. u. Vorsichtsm.:** Darf nicht angewendet werden bei Diabetes mellitus Typ 1 oder zur Behandlung der diabetischen Ketoazidose. Hypoglykämie ist die am häufigsten berichtete Nebenwirkung. Hypoglykämie kann auftreten, wenn Suliqua-Dosis höher als erforderlich, Faktoren für verst. Hypoglykämie vorliegen, Wechsel Injektionsgebiet, vermind. Insulinempfindlichkeit, stärke./läng. körperl. Anstrengung, interkurr. Erkrankg., unzureich. Nahrungsaufn./Mahlzeiten, Alkoholkons., Suliqua darf nicht in Kombination m. Sulfonharnstoff angew. werden. Bei Pankreatitis absetzen. Bei schwerer Magen-Darm-Erkrankung, insb. Gastroparese, schwerer Niereninsuffizienz, Dehydratation Anwendung nicht empfohlen. **Wechselwirk.:** Besondere Vorsicht bei Subst. mit Verstärk. d. Blutzuckersenk./Erhöhung d. Anfälligk. f. Hypoglykämie z.B. Blutzuckers. AM, ACE-Hemmer, Disopyramid, Fibrat, Fluoxetin, MAO-Hemmer, Pentoxifyllin, Propoxyphen, Salicylate und Sulfonamid-Antibiotika. Besondere Vorsicht bei Subst. mit Abschw. d. Blutzuckersenk. z.B. Kortikosteroide, Danazol, Diazoxid, Diuretika, Glukagon, Isoniazide, Östrogene und Gestagene, Phenothiazin-Derivate, Somatropin, Sympathomimetika, Schilddrüsenhorm., atyp. Antipsychotika, Proteaseinhibitoren, Betablocker, Clonidin, Lithiumsalze o. Alkohol können sowohl zu Verstärk. bzw. zu Abschwäch. der blutzuckersenk. Wirkung von Insulin führen. Pentamidin kann Hypoglykämie verursach., gelegtl. mit nachf. Hyperglykämie. Unter Sympatholytika können die Symptome der adrenerg. Gegenregul. abgeschwächt/fehlend sein. **Fertilität, Schwangersch. u. Stillz.:** Darf während der Schwangersch. und in der Stillzeit nicht angewendet werden. Anw. bei Frauen im gebärfähigen Alter ohne Verhütung nicht empfohlen. **Nebenwirk.:** sehr häufig: Hypoglykämie, häufig: Gastrointestinale Störungen, Schwindel, gelegentlich: Rkt. an der Inj.stelle, Ermüdung, Abdschmerz, Dyspepsie, Kopfschm., Urtikaria, Inf. der Atemwege, Nasopharyngitis. **Verschreibungspflichtig. Pharmazeutischer Unternehmer:** sanofi-aventis groupe, 54, rue La Boétie, F-75008 Paris, Frankreich. Örtlicher Vertreter d. Zulassungsinhabers: Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, D-65926 Frankfurt am Main. Stand: September 2018 (SADE.LALI.19.02.0480).

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden.

SANOFI

»Anwendungseinschränkungen überarbeiten«

Zwei Seiten der Medaille

Lebensstilumstellung kann vor MACE schützen – oder dafür prädisponieren



Intensiver Sport eignet sich nur für ausgewählte Patienten.

Foto: gpointstudio - stock.adobe.com

UTRECHT. Nicht jeder Übergewichtige mit Typ-2-Diabetes profitiert von einer Diät und mehr Bewegung hinsichtlich seines Herz-Kreislauf-Risikos. Woran liegt's? Eine neue Datenanalyse der Look-Ahead-Studie soll Aufschluss geben.

Wiefern beeinflussen intensive Diät- und Sportmaßnahmen das Risiko kardiovaskulärer Komplikationen bei übergewichtigen und adipösen Menschen mit Typ-2-Diabetes? Das untersuchten Forscher in der im Jahr 2001 gestarteten Look-AHEAD-Studie, an der sich 16 US-Kliniken beteiligten. Doch die Ergebnisse lieferten kein eindeutiges Bild (s. Kasten).

Nun gibt es neue Daten aus einer Post-hoc-Analyse von TAMAR DE VRIES, Abteilung für Gefäßmedizin, Universität Utrecht, und ihrem Team. Sie wollten eine mögliche Heterogenität des Therapieeffekts nachweisen und diejenigen Patientencharakteristika identifizieren, die das Outcome beeinflussen.

Knapp 800 Patienten entwickelten ein MACE

Hierfür werteten die Forscher die Daten von 4901 Teilnehmern (41 % Männer) im durchschnittlichen Alter von 59 Jahren aus. 14 % waren kardiovaskulär vorbelastet. Bei 799 Personen kam es zu einem MACE. Die Autoren erstellten ein Berechnungsmodell, um den Therapieeffekt der intensiven Lebensstilintervention auf das Risiko für schwere Herz-Kreislauf-Ereignisse (MACE)

»Diät und Sport nutzten nur dem 1. Quartil«

»10 % weniger KG können schaden«

vorherzusagen. In das Modell floss eine Vielzahl von Variablen – beispielsweise Alter, Geschlecht, kardiovaskuläre Vorbelastung, Diabetesdauer und Nierenfunktion – ein.

Beim einen sank das Risiko um 1/3, beim anderen stieg es

Anschließend berechneten die Wissenschaftler für jeden einzelnen Teilnehmer das Zehn-Jahres-Risiko für ein MACE und teilten die Patienten in vier Quartile, abhängig vom prognostizierten Interventionseffekt. Ihren Analysen zufolge hatten die intensiven Sport- sowie Diätmaßnahmen keine einheitliche Wirkung auf das Kollektiv. Das erste Quartil – bei dem man von der höchsten Wirkung ausging – profitierte tatsächlich deutlich. Das Risiko senkte sich in dieser Subgruppe um 36 %. Im zweiten und dritten Quartil ließen sich keine wesentlichen Vor- oder Nachteile der Interventionen nachweisen, wogegen im vierten Quartil die Wahrscheinlichkeit sogar um 37 % zunahm.

Menschen ohne kardiovaskuläre Vorgeschichte profitieren eher

Die Autoren betonen, dass keine Kausalität zwischen den verschiedenen Faktoren und den Ergebnissen bewiesen wurde. Dennoch gehen sie davon aus, dass u.a. folgende Aspekte für einen Nutzen prädisponieren:

Überblick zu Look AHEAD

Die Interventionsgruppe sollte max. 1800 kcal/Tag zu sich nehmen und 175 min/Woche Sport treiben – mit dem Ziel, 10 % des KG abzunehmen. Die Kontrolle wurde lediglich regelmäßig diabetologisch betreut und geschult. Den primären Studienendpunkt bildete die Kombination aus vier schweren kardiovaskulären Ereignissen (MACE): nicht-tödlicher Myokardinfarkt, nicht-tödlicher Schlaganfall, Hospitalisation aufgrund einer Angina pectoris sowie Tod aufgrund einer kardiovaskulären Ursache. Die Look-AHEAD-Studie wurde nach 9,6 Jahren Follow-up vorzeitig beendet.

Die Lebensstilumstellung hatte zwar im Vergleich zur Kontrolle Gewicht sowie HbA_{1c} deutlich reduziert und sich günstig auf das kardiovaskuläre Risikoprofil ausgewirkt. Jedoch bestand weder bezüglich der Rate kardiovaskulärer Ereignisse noch Mortalität ein Behandlungsvorteil.

- gute Blutzuckerkontrolle
- kein Insulinbedarf
- fehlende kardiovaskuläre Vorbelastung
- Fehlen einer Makroalbuminurie
- höherer sozio-ökonomischer Status

Ob Diät und Sport der Herz-Kreislauf-Gesundheit übergewichtiger bzw. adipöser Menschen mit Typ-2-Diabetes nutzen oder schaden, hängt somit von einer Vielzahl individueller Faktoren ab, schlussfolgern die Forscher. Sie warnen davor, übergewichtigen Diabetespatienten pauschal zu empfehlen, so stark wie in der Studie durch Sport und Diät abzunehmen. *Dr. Judith Lorenz de Vries* et al. Diabetes Care 2019; 42: 1988-1994

Den Diabetes einfach runter schlucken

PIONEER-4: Semaglutid p.o. gegenüber Liraglutid nicht unterlegen

ORLANDO. Bislang gab es GLP1-Rezeptoragonisten ausschließlich als subkutane Injektionen. Die neu entwickelte orale Formulierung von Semaglutid punktet hinsichtlich Gewichtsreduktion bei gleich guter Blutzuckersenkung.

GLP1-Rezeptoragonisten haben den Nachteil, dass sie bisher nur subkutan zur Verfügung stehen. Mittlerweile wurde für den Wirkstoff Semaglutid als Tablette die Zulassung beantragt. Ein Team um Professor Dr. RICHARD PRATLEY vom Advent-Health Translational Research Institute for Metabolism and Diabetes in Orlando verglich in der PIONEER-4-Studie die blutzucker- und gewichtsenkende Wirkung dieser neuen Darreichungsform gegen Placebo

sowie direkt gegen den subkutan injizierbaren GLP1-Rezeptoragonisten Liraglutid. Insgesamt nahmen 100 Zentren in zwölf Ländern an der zwischen 2016 und 2017 durchgeführten Untersuchung teil.

711 Erwachsene mit Typ-2-Diabetes erfüllten die Einschlusskriterien: Sie wiesen unter einer stabilen Metformindosis mit oder ohne zusätzlichem SGLT2-Hemmer einen HbA_{1c}-Wert zwischen 7,0 und 9,5 % auf. Randomisiert nahmen jeweils täglich 285 Patienten 52 Wochen lang

Semaglutid p.o., 284 injizierten sich Liraglutid. Die Kontrolle bildeten 142 unter Placebo.

Für jeden täglich eine Injektion und eine Tablette

Aufgrund des Doppel-Dummy-Konzepts erhielten alle jeden Tag sowohl eine Injektion als auch eine Tablette (jeweils Verum bzw. Placebo). Im Schnitt waren die Patienten 56 alt, litten seit 7,6 Jahren an der Stoffwechselstörung und hatten ein HbA_{1c} von 8,0 %.

26 Wochen nach Studienbeginn sank der Wert unter Semaglutid um 1,2 Prozentpunkte, unter Liraglutid um 1,1 Prozentpunkte und in der Kontrolle um 0,2 Prozentpunkte. Das Prüfmedikament war bezüglich der blutzuckersenkenden Wirkung gegenüber Liraglutid nicht unterlegen und gegenüber Placebo überlegen. Semaglutid überzeugte auch hinsichtlich der Gewichtsreduktion mit -4,4 kg (Liraglutid -3,1 kg, Placebo -0,2 kg). Die Vorteile hielten innerhalb des Beobachtungszeitraums von 52 Behandlungswochen an. Therapiebedingte Nebenwirkungen beobachteten die Forscher bei 80 % der mit Semaglutid, bei 74 % der mit Liraglutid und bei 67 % der mit Placebo Behandelten. Im Vergleich zu Liraglutid verursachte der

orale Wirkstoff v.a. häufiger gastrointestinale Nebenwirkungen, beispielsweise Übelkeit oder Diarrhö. Ansonsten glichen sich die beiden GLP1-Rezeptoragonisten bezüglich Sicherheit sowie Verträglichkeit. Schwere symptomatische Hypoglykämien traten im Prüfarm bei 1 % sowie bei 2 % in den beiden anderen Gruppen auf.

Früherer Einsatz von GLP1-Agonisten durch orale Variante?

Unter Semaglutid stiegen etwas mehr Patienten aus der Studie aus (11 % vs. 9,4 %). Dennoch hoffen die Autoren, dass die orale Darreichungsform zu einer besseren Akzeptanz und zum früheren Einsatz der Wirkstoffgruppe bei Typ-2-Diabetes führen wird. *JL Pratley* et al. Lancet 2019; 394: 39-50

»Nur 0,1 Prozentpunkte Unterschied in puncto blutzuckersenkender Wirkung«

Für jedes Stigma eine Innovation

Junge Gründer der Diabetes-Lifestyle-Branche



von Liesa Regner

„Was ist das denn für ein weißer Kreis an deinem Arm?“ „Darfst du das überhaupt essen?“ „Ich könnte mir niemals selbst eine Spritze geben.“ Diese und andere Sätze hat sicher fast jeder an Diabetes mellitus erkrankte Patient schon einmal in seinem Leben gehört. Wie die meisten chronischen Erkrankungen beeinflusst auch Diabetes mellitus nicht nur das Privat-, sondern auch das Sozialleben der Betroffenen massiv.

Die Begegnung mit Stigmata und Vorurteilen kann auf die Dauer oder auch schon durch einzelne prägende Erfahrungen schmerzhaft werden. Die Flucht in ein Vermeidungsverhalten ist hier naheliegend. So vermeiden manche die unangenehmen Situationen, indem sie auf gemeinsame Essens-Verabredungen verzichten oder schlichtweg die Kontrolle und Regulierung des Blutzuckers in Anwesenheit anderer unterlassen. Beides sind keine guten Lösungen und ziehen auf Dauer ein einge-

schränktes soziales Umfeld oder Blutzuckerentgleisungen nach sich. Ein gutes Beispiel dafür, wie solche negativen Erfahrungen durch Kreativität und lösungsorientiertes Denken einen Kampf gegen Stigma und Vorurteile anleiten können, sind CARINA NÜSSLEIN, MAREN SCHINZ und KEVIN RÖHL. Sie alle sind Gründer moderner Lifestyle-Marken, die sich speziell an Menschen mit Diabetes richten. Sie alle sind selbst von der Erkrankung betroffen und sie alle litten an vorurteilbehafteten Aussagen ihres sozialen Umfeldes.

So hatte Nüsslein es schnell satt, ständig auf dem weißen Kreis an ihrem Oberarm angesprochen zu werden. Da jedoch ein Leben ohne Gewebeblutzuckermessung nicht infrage kam, fand sie schließlich eine simple, aber innovative Lösung für ihr Problem: Sticker. Ob mit Sternmuster, Lama-Motiv oder im Tatto-Look – allemal eine Verbesserung zum weißen Herstel-

lerdesign. Seit Kurzem begrenzt sich das Sortiment ihrer Marke „Diasticker“ nicht mehr nur auf Verschönerung der Sensoren. Auch Messgeräte und Pumpen können im Galaxy-Style oder Blümchenprint strahlen. Was als persönliches Problem begann, hilft heute weltweit tausenden Kunden, den Alltag mit Diabetes persönlicher und bunter zu gestalten.

Eine ähnliche Geschichte führte auch Schinz, die Gründerin von „mysugarcase“, zur Entwicklung ihres Unternehmens. Ihr begeistertes neugierige Kommentare und falsche Vermutungen vorwiegend in Zusammenhang mit dem schwarzen kleinen Etui, in dem sie ihr Blutzuckermessgerät und ihre Insulinspritzen aufbewahrte. Nicht nur die Bemerkungen an sich, auch der Zeitpunkt waren für sie besonders belastend. So beschreibt sie, dass ihr Diabetes-Täschchen ihr die Entscheidung entzog, wann sie

»Kampf gegen Vorurteile«

bereit war, mit anderen über ihre Erkrankung zu sprechen. Zunächst folgten auf diese Erfahrungen Versuche mit Federmäppchen und Kosmetiktaschen, die sich jedoch nicht als sonderlich geeignet erwiesen. Heute vertreibt ihr Unternehmen kleine Taschen und Organizer für Insulinspritzen und Messgeräte in subtilem Stil. Hinter dem eleganten Design, welches eher nach Abendtasche oder Taschenkalender aussieht, vermutet sicher niemand Medikamente oder andere medizinische Produkte.

Um Unauffälligkeit und Alltagsintegration geht es auch Röhl. Er machte vorwiegend in der Schulzeit negative Erfahrungen mit Reaktionen auf seine Erkrankung. In einem Interview mit www.gruenderszene.de berichtet er von regelrechtem Diabetes-Mobbing durch seine Mitschüler. Heute bietet Röhl mit seinem Unternehmen „lumind solutions“ verschiedene Produkte an, wie beispielsweise eine Smartphone-App, die die Blutzuckerwerte kompatibler Messgeräte abrufen und in unaufdringliche Licht- und Tonsignale umwandelt.

Doch nicht nur wer selbst betroffen ist, entwickelt innovative Ideen. Das zeigen HANNA BARAT und

FRIEDRIKE LÜTH. Beide wurden durch Menschen in ihrem Umfeld auf die alltäglichen Schwierigkeiten, die die Diabeteserkrankung mit sich bringt, aufmerksam gemacht. So entwickelte Barat inspiriert durch ihren Sohn zunächst ein Bauchband, um diesem das Tragen seiner Insulinpumpe zu erleichtern. Mittlerweile bietet ihr Unternehmen „mellitus one“ verschiedene Kleidungs-lösungen für Pumpenträger jeden Alters.

Auch bei Lüth dreht sich alles um die Pumpe: Mit ihrer insulinpumpenfreundlichen Unterwäschemarke „Ruby Limes“ hat sie es sich zur Aufgabe gemacht, Funktion und Komfort zu verbinden. Eine eingebrachte Pumpentasche in die Panties oder Boxershorts ist die Lösung.

Obwohl die Kreativität und Innovation, mit der die Gründer negative Erfahrungen und Probleme in lösungsorientierte Produkte umwandeln, beeindruckend ist, muss sich dennoch der gesellschaftliche Umgang, das Feingefühl und die Anerkennung gegenüber Patienten mit Diabetes weiterhin verbessern. Vielleicht treibt die Gründer der Zukunft dann nicht länger das Vermeiden von Stigmatisierung, sondern allein der Wunsch nach mehr Vielfalt im Alltag mit Diabetes an.

Liesa Regner

»Galaxy-Style & Blumen-Print«



Foto: iStock/vladwel

Soziale Diabetes-Projekte dringend gesucht!

Bewerben Sie sich mit Ihrem Spendenprojekt bei der diesjährigen Diabetes-Charity-Gala

BERLIN. diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe unterstützt seit vielen Jahren Projekte, die über die Risiken von Diabetes aufklären, einer Erkrankung vorbeugen oder die Versorgung verbessern. Jedes Jahr werden zwei Projekte ausgewählt, die bei der Diabetes-Charity-Gala vorgestellt und für die Spenden eingeworben werden. Die gemeinnützige Gesundheitsorganisation ruft zum Einreichen von innovativen Projektvorschlägen auf. Deadline ist der 31. März 2020.

Im Fokus der Diabetes-Charity-Gala der gemeinnützigen Gesundheitsorganisation diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe stehen jedes Jahr zwei Spendenprojekte zugunsten von Menschen mit Diabetes. Für die diesjährige Gala, die am 29. Oktober 2020 in Berlin stattfinden wird, ruft die Deutsche Diabetes-Hilfe daher alle Projektverantwortlichen

auf, sich als Spendenprojekt der Gala 2020 zu bewerben. Finanzielle Förderung sowie Unterstützung bei der Öffentlichkeitsarbeit können Projekte erhalten, die dazu beitragen, die Satzungsziele der Deutsche Diabetes-Hilfe zu verwirklichen. Dazu gehören insbesondere:

- Projekte zur Aufklärung über den Diabetes und zur Prävention der Krankheit und ihrer Folgeerkrankungen
- Projekte, die die Versorgung von Menschen mit Diabetes verbessern
- Projekte zur patientenzentrierten Erforschung der Krankheit, ihrer



Stark für Millionen.

Ursachen und Therapie sowie der Versorgungssituation in Deutschland.

diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe fördert innovative und nachhaltige Projekte für einen größeren Personenkreis, besonders für Menschen mit Typ-2-Diabetes und Risikopatienten sowie Kinder mit Diabetes. Eine Unterstützung von Einzelpersonen ist grundsätzlich nicht möglich. Aufgrund begrenzter Ressourcen kann die Deutsche

Projekte bis 31. März 2020 einreichen

Nähere Informationen zu den Anforderungen an einen Projektvorschlag finden Sie auf der Webseite der Organisation unter:

www.diabetesde.org/projektvorschlaege

Bitte reichen Sie Ihre Projektskizze inkl. Budget bis zum 31. März 2020 ein unter:

diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe, Dr. Gaby Allrath, Albrechtstr. 9, 10117 Berlin oder gerne auch per Mail unter: allrath@diabetesde.org.

Diabetes-Hilfe nicht selbst an der Umsetzung der Projekte mitwirken. Es werden daher keine Ideen gesucht, sondern konkrete Projekte, die durch den Projektträger selbst umgesetzt werden. Bewerber können sich sowohl bereits existierende Projekte, die eine Neuausrichtung oder Erweiterung anstreben, als auch ganz neu aufgesetzte Projekte.

diabetesDE



Ihre Kontakte für Rückfragen:

diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe
Nicole Mattig-Fabian (Geschäftsführung)
Albrechtstr. 9; 10117 Berlin
Tel.: +49 (0)30 201 677-12
Fax: +49 (0)30 201 677-20
E-Mail: mattig-fabian@diabetesde.org

Foto: thinkstock

»Versorgung verbessern«



☒ **fördert innovative digitale Anwendungen rund um Diabetes?**



Die digitalen Projekte von BERLIN-CHEMIE Diabetes.



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**



ATTD präsentiert aktuelle Trends der

Digitalisierung



Die „International Conference of Advanced Technologies & Treatments of Diabetes“, kurz ATTD, ist der Hotspot für die Akteure der Digitalisierung und Diabetestechnologie. Bereits zum 13. Mal treffen Ärzte, Forscher und Wissenschaftler auf Global Tech-Player, digitale Mittelständler und Start-ups, um innovative Technologien und Zukunftsthemen auf dem Gebiet der Diabetestechnologie zu präsentieren und zu diskutieren.

Schwerpunkte des ATTD, der in diesem Jahr in Madrid stattfindet, sind unter anderem: Decision-Support-Systeme und künstliche Intelligenz, Artificial Pancreas und Closed-Loop-Systeme und der Human Factor in Bezug auf die neuen Technologien. Themen, die aktuell die Diskussion in der Diabetologie bestimmen ...

ATTD-Highlights: exklusiv und tagesaktuell auf Ihren Bildschirm

Sie sind interessiert, haben aber keine Zeit nach Madrid zu reisen? Die Experten des Zukunftsbords Digitalisierung (zd) berichten in Kooperation mit dem Verlag Kirchheim direkt für Sie vom ATTD.

Vom **20. bis 22. Februar** können Sie die aktuellen Analysen über die neuesten Trends und Entwicklungen der Digitalisierung in der Diabetologie aus Madrid verfolgen. Wir führen täglich **Interviews mit Experten** und stellen konkrete Fragen zu aktuellen Problemen der Digitalisierung und Diabetestechnologie. Zudem erhalten Sie jeden Abend in spannenden Talks eine **Zusammenfassung der Kongresshighlights und Einschätzung zu den aktuellen Top-Themen** von den zd-Experten.

ATTD-Talk am Donnerstag, 20. Februar 2020:

- » Closed Loop: ein Update
- » Decision-Support-Systeme: Wie hilft KI?
- » Digitale Selbsthilfe: Was bringt Social Media?

ATTD-Talk am Freitag, 21. Februar 2020:

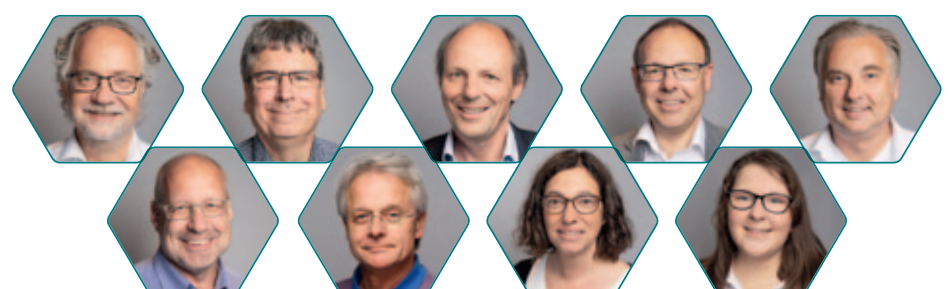
- » CGM: bald Standard?
- » AID-Systeme: Wie ist der Alltag?
- » Artificial Pancreas: Wird Sport leichter zu managen?

ATTD-Talk am Samstag, 22. Februar 2020:

- » Neue Technologien: Herausforderung für alle Beteiligten?
- » ATTD 2020: die besten Innovationen
- » Digitale Diabetestherapie: What's next?

Das Zukunftsbord Digitalisierung

Das Zukunftsbord Digitalisierung (zd) versteht sich als Plattform zum Thema Digitalisierung in der Diabetologie. Zurzeit gehören dem zd zehn feste Experten an, darunter niedergelassene und klinisch tätige Diabetologen, Experten für Diabetestechnologie, Vertreter von Krankenkassen und Patienten. Das zd möchte aufzeigen, welche Chancen und Nutzen die Digitalisierung bietet, aber auch Risiken identifizieren. Das Zukunftsbord Digitalisierung wird unterstützt von der BERLIN-CHEMIE AG.



Diese zd-Experten berichten für Sie vom ATTD aus Madrid:

Prof. Dr. Lutz Heinemann, Dr. Jens Kröger, Prof. Dr. Bernhard Kulzer, Dr. Andreas Lueg, Dr. Winfried Keuthage, Dr. Hansjörg Mühlen, Dr. Nikolaus Scheper, Sabine Hochstadt und Lisa Schütte



Nichts mehr verpassen!

Wie das geht? Mit DiaChannel, dem neuen Newsletter der BERLIN-CHEMIE AG, sind Sie immer up to date! Nutzen Sie unseren exklusiven Service: Wir informieren in Zusammenarbeit mit den Experten des Zukunftsbords Digitalisierung regelmäßig über neueste Technologien und digitale Entwicklungen in der Diabetologie.

Interessiert?
Dann jetzt zum Newsletter anmelden und unter anderem die aktuellen News vom ATTD erhalten.



www.zukunftsbord-digitalisierung.de

Der komplexe diabetische Gefäßpatient

Kasuistik zeigt: Vor Majoramputation unbedingt Zweitmeinung einholen!

FRANKFURT (ODER). Der 65-jährige Patient stellte sich zur Einholung einer Zweitmeinung im Gefäßzentrum/Diabetologie des Klinikums Frankfurt (Oder) vor. Wegen einer sehr schlechten Gefäßversorgung des gesamten linken Beines und nicht heilender Wunden an den Zehen links, war ihm zu einer Oberschenkelamputation geraten worden. Bei langjährigem Diabetes mellitus Typ 2 lag bereits eine Oberschenkelamputation rechts vor. Deshalb hätte eine weitere Majoramputation die weitgehende Immobilisierung des Patienten bedeutet.

Der Patient wies eine periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) im Stadium IV links auf, das heißt mit offenen, nicht heilenden Wunden. Wegen einer kaum mehr vorhandenen Perfusion des gesamten Beines und des Fußes war dem Patienten eine Amputation des Oberschenkels links angeraten worden.

Patienten mit Diabetes mellitus haben ein ca. 30-fach erhöhtes Risiko, sich einer Amputation unterziehen zu müssen. Kommt es dann zu einer Majoramputation, liegt die Fünf-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit nur bei ca. 50 % – was der Letalität einiger malignen Tumorerkrankungen entspricht. Im besonderen Fall unseres Patienten kamen aufgrund der stattgefundenen Oberschenkelamputation an der Gegenseite die Risiken einer Immobilisation, wie Lungenentzündung und Wundliegen, und nicht zuletzt die psychische Belastung hinzu. Es galt also, eine Amputation unter allen Umständen zu vermeiden.

Den Blutzucker kontrollierte der Patient nicht

Bei der Anamnese des stark übergewichtigen Patienten stellte sich heraus, dass er bis zum Auftreten der Wunden den Hausarzt nur zum Abholen der nötigen Rezepte aufgesucht hatte. Neben einer antihypertensiven Therapie mit einem Beta-Blocker und der Gabe von As-



Privatdozent Dr. Kilian Rittig

Chefarzt, Klinik für Angiologie u. Diabetologie, Gefäßzentrum Klinikum Frankfurt (Oder), Vorsitzender der AG Diabetes und Angiologie der DDG (II)

Dr. Frank Wittstock

Chefarzt, Klinik für Gefäßchirurgie, Gefäßzentrum Klinikum Frankfurt (Oder) (re)

pirin 100, bestand die Medikation aus insgesamt 120 i.E. Mischinsulin. Diese antidiabetische Therapie bestand schon seit vielen Jahren, der Blutzucker wurde seitens des Patienten nicht gemessen. Orale Antidiabetika hatte er nach eigenen Angaben nie genommen.

Bei den Laboruntersuchungen wurde ein HbA_{1c} von 14,3 %, eine Nüchternblutglukose von 240 mg/dl und ein LDL-Cholesterin von 154 mg/dl festgestellt. Die Nierenwerte waren mit einer GFR von 64 ml/min zufriedenstellend.

Bei der Duplexsonographie zeigte sich ein kompletter Verschluss der Ober- und Unterschenkelarterien. Somit lag keine interventionell behandelbare Läsion vor und bis zum Knöchel auch kein für einen Bypass

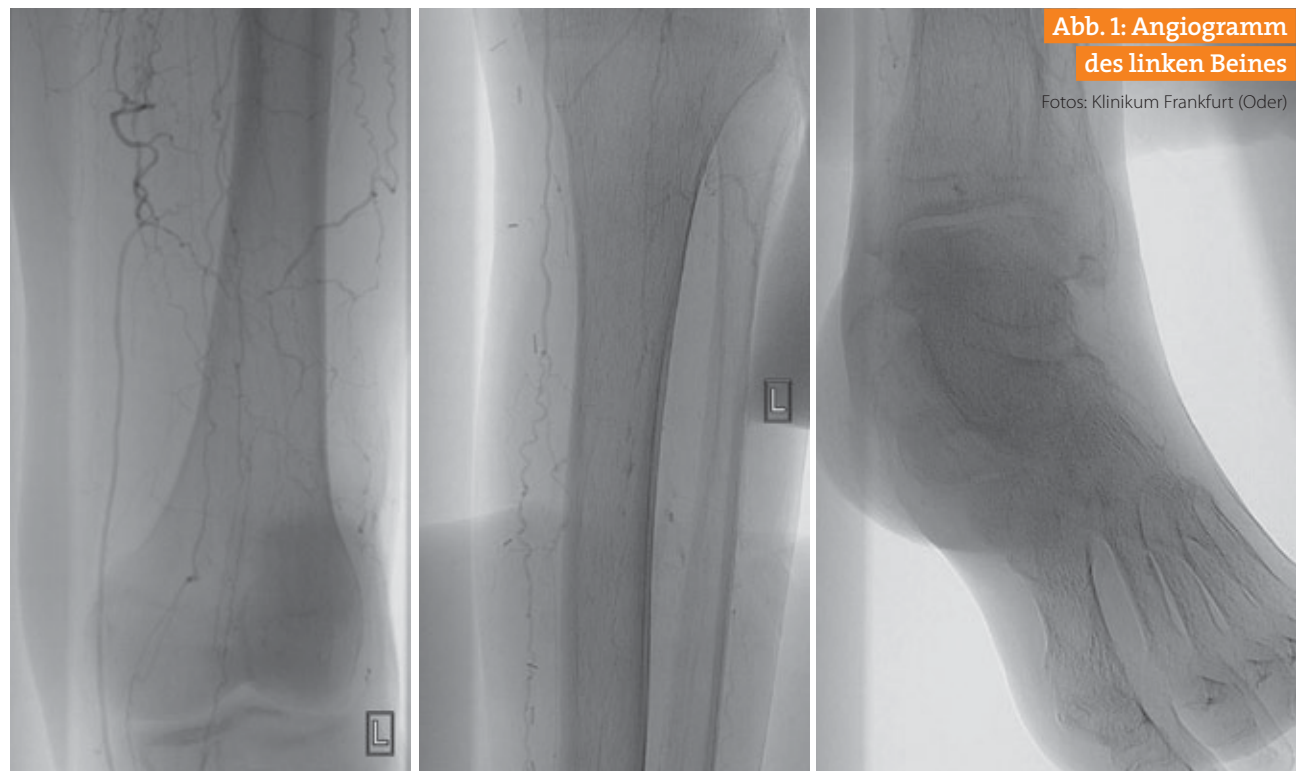


Abb. 1: Angiogramm des linken Beines

Fotos: Klinikum Frankfurt (Oder)



Abb. 2: Postoperative Wunde

»Amputation verhindern«

anschlussfähiges Gefäß. Zur Klärung, ob eine Bypassanlage auf die Fußgefäße möglich wäre, erfolgte die Angiographie zur OP-Planung.

Ein Bypass von der Leistenarterie bis zum Fußgefäß

Dabei zeigte sich ein schwaches Gefäß am Fuß, das einer Bypass-OP zugänglich erschien (siehe Abbildung 1). Diese OP erfolgte tags darauf. Hierfür wurde aus Venenmaterial ein Bypass von der Leistenarterie bis zum Fußgefäß hergestellt. Wegen der langen zu überbrückenden Strecke mussten mehrere Venenabschnitte, darunter Armvenen verwendet werden. Das postoperative Ergebnis ist in Abbildung 2 (postoperative Wunde) und Abbildung 3 (distale Anastomose) dargestellt. Direkt postoperativ war der linke Fuß deutlich wärmer und rosiger.

Die Zeit des stationären Aufenthaltes wurde zur Optimierung der interistischen Therapie genutzt. Es erfolgte die Aufnahme von Metformin in den Behandlungsplan, welches im Laufe des Aufenthaltes auf die maximale Dosis gesteigert werden konnte. Zudem erhielt der Patient den SGLT2-Hemmer Empagliflozin



Abb. 3: Postoperative distale Anastomose

Niederschwellige Zusammenarbeit

Im Klinikum Frankfurt (Oder) liegen diabetologische, angiologische und gefäßchirurgische Fälle zusammen auf einer Station und werden gemeinsam visitiert. Hierdurch sind eine optimale Betreuung des Patienten und konsequente Behandlung der Nebendiagnosen und des kardiovaskulären Risikoprofils gegeben. Dieses Beispiel der niederschwelligen Zusammenarbeit zwischen sonst meist getrennten Fachdisziplinen kommt unseren Patienten zugute und sollte daher Schule machen.

an den Füßen und einer Gesamt-Insulindosis von nur noch 43 i.E. (bei Normoglykämie) entlassen werden.

FAZIT FÜR DIE PRAXIS:

Dieser Fall zeigt, wie sehr die Insulindosis durch ein modernes antidiabetisches Regime reduziert werden kann. Zudem senken die verwendeten Medikamente über die Reduktion des HbA_{1c} hinaus signifikant das kardiovaskuläre Risiko. Außerdem sollte vor einer Majoramputation eine Zweitmeinung eingeholt werden – wie es auch von der DDG gefordert wird. Moderne chirurgische revaskularisierende Verfahren in den richtigen Händen können nicht selten Amputationen verhindern. Zudem belegt dieser Fall, wie wichtig eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Angiologie, Diabetologie und Gefäßchirurgie ist.

Privatdozent Dr. Kilian Rittig und Dr. Frank Wittstock

»Den Hausarzt hatte er nur zum Abholen der nötigen Rezepte aufgesucht«

Sie haben auch 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.

Wir freuen uns auf Ihre Kasuistiken!

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



MEDICAL REPORT

Fachpressekonferenz – „BOT-Verstärkung aus dem Hause Sanofi: Eine Fixkombination stellt sich vor.“ 14. November 2019, Berlin; Veranstalter: Sanofi-Aventis Deutschland GmbH

Neue Fixkombination aus einem Basalinsulin und einem GLP1-Rezeptoragonisten

Typ-2-Diabetes: Neue Möglichkeit für Erwachsene zeigt überlegene HbA_{1c}-Reduktion vs. Insulin glargin 100 E/ml

BERLIN. Typ-2-Diabetes (T2D) ist eine chronisch fortschreitende, multifaktorielle Erkrankung mit schwerwiegenden Komorbiditäten und einer erhöhten Mortalität – die meisten Patienten versterben an kardiovaskulären Folgeerkrankungen. Umso wichtiger ist eine frühe adäquate glykämische Kontrolle, um das Risiko für Folgekomplikationen zu verringern.¹ Verbesserte Therapieoptionen, wie die ab Januar 2020 in Deutschland erhältliche Fixkombination aus einem Basalinsulin (Insulin glargin 100 E/ml) und einem GLP1-Rezeptoragonisten (Lixisenatid), können hier einen wesentlichen Beitrag leisten – wie Daten aus der Zulassungsstudie zeigen.²

Idealerweise sollte der HbA_{1c}-Zielwert zwischen 6,5 % und 7,5 % bzw. unter 8 % liegen – individuell abhängig von Alter, Diabetestyp, Komorbiditäten etc.³ Doch viele insulinpflichtige Menschen mit T2D erreichen bisher keine adäquate Blutzuckereinstellung. „In Deutschland passiert der nächste Therapieschritt in aller Regel, wenn der HbA_{1c}-Wert über einen gewissen Zeitraum über 8 % liegt. Mitunter dauert es bis zu sieben Jahre, bis auf ein Insulin intensiviert und weitere vier Jahre bis die nächste Eskalationsstufe erwogen wird“, erklärte Dr. Thorsten Siegmund, Isar Klinikum München, bei einer Fachpresseveranstaltung. Der sequenzielle Behandlungsansatz führt im Ergebnis zu einer erheblichen Verzögerung in der Therapieintensivierung⁴ – mit der Konsequenz einer nicht selten zu großen Glukoselast über die Jahre, die Motor schwerwiegender Komorbiditäten sein kann. Daher lautete der Appell der Referenten „die Therapie schneller zu eskalieren, um Patienten mit T2D ein Plus an Lebensjahren zu ermöglichen“.

Maximaler Nutzen synergistischer Effekte

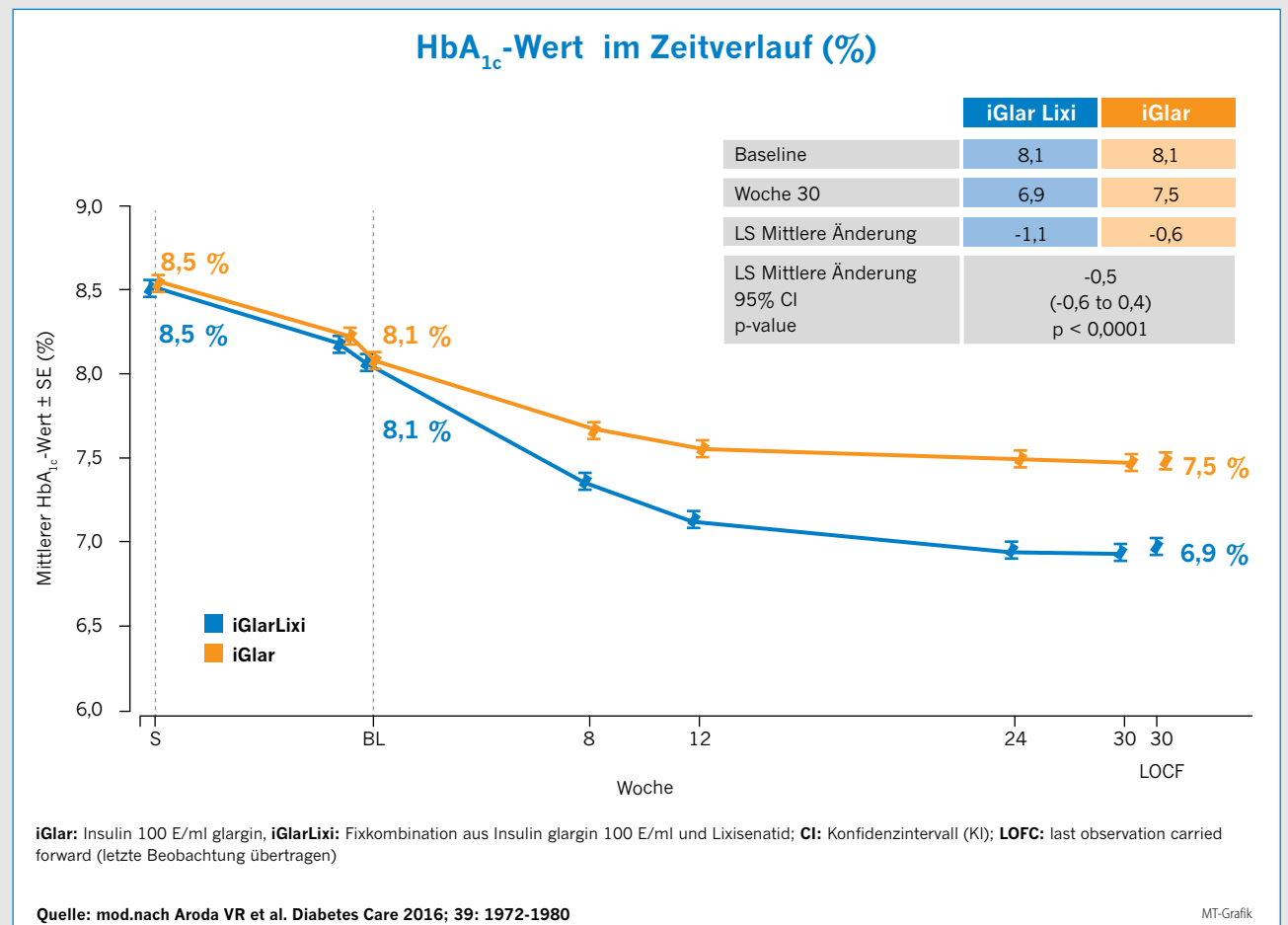
Hier bedarf es neuer Therapiekonzepte: Zum einen kann das Basal-

insulin nicht beliebig titriert werden. Ab Basalinsulindosen von > 0,5 E/kg/d wird die blutzuckersenkende Wirkung kontinuierlich schlechter.⁵ Zum anderen hat sich die basalunterstützte orale Therapie (BOT) zwar als Einstieg etabliert, um den Nüchternblutzucker (NBZ) zu adressieren; sie hat jedoch nur bedingt Einfluss auf postprandiale Werte. Wenn Metformin (ggf. in Kombination mit anderen oralen Antidiabetika, OAD) plus ein Basalinsulin den Blutzuckerspiegel bei T2D nicht mehr ausreichend reguliert, sind neue Optionen der Intervention erforderlich. Gute Effekte zeigte die ab Januar 2020 in Deutschland erhältliche Fixkombination Suliqua[®] aus einem Basalinsulin (Insulin glargin 100 E/ml) und einem GLP1-Rezeptoragonisten (Lixisenatid). Das Präparat zur 1 x täglichen Anwendung kombiniert zwei blutzuckersenkende Wirkstoffe mit sich ergänzenden Wirkmechanismen: Insulin glargin 100 E/ml senkt die Nüchternblutzuckerwerte, während Lixisenatid die postprandialen Glukosewerte beeinflusst.⁶

LixiLan-L-Studie demonstriert Überlegenheit der Fixkombi

Die Zulassung der neuen Fixkombination aus Insulin glargin 100 E/ml und Lixisenatid basiert u.a. auf der randomisierten, aktiv kontrollierten, offenen LixiLan-L-Studie über 30 Wochen, die 736 Patienten einschloss. Sie verglich das Wirksamkeits- und Sicherheitsprofil der Fixkombination mit Insulin glargin 100 E/ml jeweils zusätzlich zu einer Metformin-Therapie bei Patienten, die seit mindestens sechs Monaten mit einer BOT behandelt wurden, den HbA_{1c}-Zielkorridor jedoch noch immer nicht erreicht hatten.

In der sechswöchigen Run-in-Phase wurden OAD bis auf Metformin abgesetzt und die Teilnehmer auf Insulin glargin 100 E/ml umgestellt bzw. dessen Dosis optimiert. In der sich anschließenden 30-wöchigen Studienphase erhielten die Teilnehmer



Der HbA_{1c}-Wert wurde unter der Fixkombination signifikant stärker gesenkt als unter der Einzelgabe von Insulin glargin 100 E/ml.

randomisiert weiterhin Insulin glargin 100 E/ml ± Metformin (n = 369) oder Insulin glargin (100 E/ml) und Lixisenatid als Fixkombination ± Metformin (n = 367). Primärer Endpunkt war die Überlegenheit der Fixkombination von Insulin glargin (100 E/ml) und Lixisenatid gegenüber Insulin glargin 100 E/ml in Woche 30 bezüglich der Senkung des HbA_{1c}-Wertes.²

Fixkombination überzeugt bei allen Endpunkten

„Das komplexe Studiendesign repräsentiert genau das, was wir im diabetologischen Praxisalltag sehen“, kommentierte Professor Dr. Matthias Blüher, Klinik und Poliklinik für Endokrinologie und Nephrologie, Leipzig. „Was die Zielerreichung angeht, zeigten sich in der LixiLan-L-Studie deutliche Unterschiede zugunsten der Fixkombination – unabhängig z.B. von Diabetesdauer oder vorbehandelten Insulin-Dosen.“ Unter der Fixkombination von Insulin glargin 100 E/ml und Lixisenatid konnte im Vergleich zu Insulin glargin 100 E/ml eine überlegene HbA_{1c}-Reduktion erreicht werden (Abb.): In Woche 30 ging der mittlere HbA_{1c}-Wert von 8,1 % auf 6,9 % zurück, unter Insulin glargin 100 E/ml von 8,1 % auf 7,5 % (mittlere Differenz: -0,5 %; 95%-KI: -0,6 % bis -0,4 %; p < 0,0001), ohne jedoch das Hypoglykämierisiko zu steigern.² Darüber hinaus erreichten mehr Patienten unter der Fixkombination einen HbA_{1c}-Wert von < 7 %

(p < 0,0001), die postprandialen Blutzuckeranstiege fielen geringer aus und das 7-Punkte-Profil war, bis auf den Nüchternblutzuckerwert, besser als unter dem Basalinsulin ohne kombinierten GLP1-Rezeptoragonisten.² „Damit ist die Fixkombination besonders für Patienten geeignet, die bisher mit einer BOT (≥ 30 E/Tag Basalinsulin) zwei Quartale ein Prozentpunkt über ihrem HbA_{1c}-Ziel liegen“, so Dr. Siegmund. Die Fixkombination erbrachte zudem einen signifikanten Gewichtsvorteil (-0,7 kg unter der Fixkombination vs. +0,7 kg unter Basalinsulin; p < 0,0001), weshalb auch eine Gewichtsproblematik für den Einsatz der Fixkombination sprechen könne.

Bessere Adhärenz, größerer Therapieerfolg

Auch eine geringe Adhärenz, beispielsweise infolge von Anwendungsfehlern oder Dosisauslassungen kann eine Krankheitsverschlechterung begünstigen. „50 % der Patienten nehmen ihre Medikamente nicht wie verordnet ein, die Compliance ist bei Chronikern am geringsten“, verdeutlichte Bernd-Michael Scholz, in Hamburg niedergelassener Diabetologe. Für den Therapieerfolg ganz entscheidend sei jedoch die richtige und konsequente Anwendung. Von der fixen Formulierung der Insulin glargin/Lixisenatid-Kombination zur 1 x täglichen Anwendung in einem Pen, wie sie in Deutschland ab Januar 2020 erhältlich ist, verspricht

sich Scholz eine deutliche Vereinfachung: „Und das wiederum hilft, die Therapietreue von Patienten zu verbessern – mit hoffentlich bald spürbaren Konsequenzen für den Therapiealltag.“

1. Del Prato S et al. Int J Clin Pract 2005; 59: 1345-1355
2. Aroda VR et al. Diabetes Care 2016; 39: 1972-1980
3. Landgraf R et al. Diabetologie 2019; 14 (Suppl 2): 167-187
4. Khunti K et al. Diab Obes Metab 2016; 18: 401-409
5. Umpierrez GE et al. Diab Obs Metab 2019; 21: 1305-1310
6. Fachinformation Suliqua[®]; Stand: 09/2018
7. Rosenstock J et al. Diabetes Care 2016; 39 (9): 1579-1586

Fazit: Was für die Fixkombination spricht ...

- ▶ Effektiv & einfach
- ▶ Günstiger Preis
- ▶ Nur ein Pen
- ▶ Eine 1 x tägliche Injektion
- ▶ Nur 1 x tägliche Blutzuckerkontrolle
- ▶ Positiver Gewichtseffekt²
- ▶ Geringes Hypoglykämierisiko
- ▶ Gute Verträglichkeit
- ▶ Möglichkeit zur Verbesserung der Therapie-Adhärenz
- ▶ Bessere Therapieziel-erreichung
- ▶ Leitliniengerecht nach ADA/EASD

Praxistipp: Wann starten, wie titrieren?

Um eine Verbesserung der Blutzuckerkontrolle bei Erwachsenen mit T2D zu erreichen, deren Blutzuckerspiegel unter einer BOT nicht ausreichend kontrolliert ist, kann der Einsatz von Suliqua[®] 100 Einheiten/ml + 33 Mikrogramm/ml Injektionslösung im Fertipen SoloSTAR[®] erwogen werden.⁶ Die Dosierung erfolgt individuell auf Basis des klinischen Ansprechens und wird je nach Insulinbedarf des Patienten 1 x wöchentlich titriert, bis der Ziel-NBZ erreicht ist. Dabei folgt das Titrationsschema dem von Insulin glargin: Bei deutlich erhöhtem NBZ ist die Dosis um vier Dosisschritte zu je einer Einheit Insulin glargin und 0,33 µg Lixisenatid, bei mäßig erhöhtem NBZ um zwei Dosisschritte anzupassen. Im Zielbereich bleibt die Dosierung bestehen. Nach diesem Schema kann der Patient je nach Bedarf (Urlaub, veränderte Lebensumstände etc.) die Dosis auch selbstinitiiert anpassen.^{2,7} Die Fixkombination aus Insulin glargin 100 E/ml und Lixisenatid wird 1 x täglich in der Stunde vor der am besten geeigneten Mahlzeit, subkutan injiziert.⁶ „Damit wird ein glättender Effekt der Glukosewerte über den ganzen Tag erreicht,“ resümierte Scholz.

Sicherheit und Anerkennung

Qualitätssiegel signalisieren leitliniengerechte Versorgung

FRANKFURT. Die Klinik für Diabetes im Agaplesion Bethanien Krankenhaus in Frankfurt am Main sowie die Abteilung für Diabetes des Cardioangiologischen Centrums Bethanien (CCB) sind auf die Behandlung von Patienten mit Diabetes Typ 1 und Typ 2 spezialisiert. Als Beleg für ihre Kompetenz wurden sie als „Diabeteszentrum DDG“ und „Fußbehandlungseinrichtung DDG“ zertifiziert.

Die Zertifizierung der DDG zeigt uns und unseren Patienten, dass sich unser ambulant-stationäres, evidenzbasiertes Therapiekonzept einschließlich problemorientierter Beratungen und strukturierter Schulungen bewährt hat. Das bringt unseren Patienten Sicherheit und ist für uns zugleich eine Anerkennung für die tägliche Arbeit“, sagt der Diabetologe und Leiter des CCB Diabetes Centrums, Dr. BERNARDO MERTES.



Dr. Bernardo Mertes
Leiter des CCB
Diabetes Centrums

Foto: Cardioangiologisches
Centrum Bethanien

wie diabetologisch geschulte Arzthelferinnen, zwei speziell ausgebildete Wundmanagerinnen, Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger sowie drei Ärzte. Pro Quartal suchen nach Aussage von Dr. Mertes inzwischen fast 3000 Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und 2 die Praxis auf. Der Trend bei den Fallzahlen gehe weiter nach oben. Dazu kommen noch etwa 300 stationär behandelte Patienten pro Quartal.

„Diabetes kann man zwar nicht im klassischen Sinn heilen. Aber richtig eingestellt und mit entsprechender Schulung kann jeder Patient mit Diabetes gut und ohne große Einschränkungen leben. Dabei helfen wir“, umschreibt Dr. Mertes die Philosophie seines Teams. Das Diabetes Centrum am CCB verstehe sich dabei ausschließlich als Praxis für die optimale Versorgung schwieriger Fälle.

Kooperation mit Angiologen, Chirurgen und Kardiologen

Da das Diabetes Centrum eine vollwertige KV-Zulassung besitzt, sei es möglich, den Patienten eine umfassende Versorgung anzubieten, angefangen von der ambulanten Betreuung einschließlich der Ausstellung von Rezepten, über die stationäre Behandlung bei Komplikationen, bis hin zur Nachsorge. Dabei arbeiteten die Diabetologen unter anderem eng mit den Angiologen aus dem Gefäß Centrum, spezialisierten Chirurgen und den Kardiologen zusammen. „In regelmäßigen interdisziplinären



Blick in einen
Behandlungsraum des
CCB Diabetes Centrums.



Zur Ernährungsberatung
gehört auch das
richtige Anschauungsmaterial.

Fotos: CCB

ren Befundbesprechungen werden individuelle Versorgungsstrategien entwickelt. Von dieser Verzahnung der unterschiedlichen Abteilungen profitieren vor allem Diabetespatienten mit gleichzeitig bestehendem Bluthochdruck“, macht Dr. Mertes deutlich. Einen hohen Stellenwert nehme ferner die Behandlung von chronischen Fußwunden und die Vermeidung von Beinamputationen ein, betont der Diabetologe.

Durch konsequente multidisziplinäre Zusammenarbeit mit Angiologen, Chirurgen, engagierten Pflegediensten, Podologen und Orthopädie-Schuhmachern habe während der letzten Jahre die Amputationshäufigkeit am Agaplesion Bethanien Krankenhaus um mehr als 50 % reduziert werden können.

Im Frühjahr 2005 ließ sich das CCB Diabetes Centrum hierfür durch die DDG als zertifizierte Fußbe-

»50 % weniger
Amputationen«

handlungseinrichtung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich anerkennen.

Die Zertifizierung als „Diabeteszentrum DDG“, die ebenfalls für die stationäre und die ambulante Behandlung gilt, folgte im Februar 2019. Da sowohl beim Diabetes Centrum als auch bei der Diabetes Klinik ein leitliniengerechtes Qualitätsmanagement und gut strukturierte Abläufe von Anfang an zum Alltag gehörten, verlief die Anerkennung ohne allzu große Anstrengungen. Die DDG ihrerseits habe den Zertifizierungsprozess ungemein kreativ und engagiert unterstützt, lobt Dr. Mertes.

„Können uns von unseren Konkurrenten besser abheben“

Neben der Tatsache, dass den Einrichtungen durch das Qualitätssiegel eine optimale und leitliniengerechte Betreuung bestätigt wird, schätzt Dr. Mertes auch die öffentliche Wirkung der Zertifizierung. „Viele Patienten finden uns jetzt leichter, da wir nun auf der Homepage der DDG als anerkannte Einrichtungen erscheinen und so können wir uns auch von unseren Konkurrenten noch besser abheben.“ Seiner Ansicht nach wäre es zudem sinnvoll, wenn eine Anerkennung nicht den Ist-Zustand der Versorgung abbilden würde, sondern auch die Entwicklungsprozesse bei der Betreuung der Patienten.

Petra Spielberg

»Ambulant und stationär plus Nachsorge«

Belegkrankenhaus und MVZ

Das Agaplesion Bethanien Krankenhaus ist ein Belegkrankenhaus mit 245 Betten. Die Einrichtung verfügt über die Fachbereiche Kardiologie, Diabetologie, Onkologie, Allgemein- und Viszeralchirurgie, Gastroenterologie und Proktologie. Hinzu kommen Patienten der Fachabteilungen Angiologie, HNO, Gefäß-, Hand-, Unfall-, Wirbelsäulen-, Plastische sowie Orthopädische Chirurgie.

Das CCB ist ein MVZ, das das gesamte Spektrum der invasiven und nicht-invasiven Kardiologie, Angiologie, Diabetologie und Hämostaseologie ambulant und stationär abdeckt.

Die Fachärzte arbeiten hier multidisziplinär zusammen und behandeln jährlich über 100 000 ambulante und etwa 12 000 stationäre Patienten.

DMP für Patienten mit Typ-1-Diabetes aktualisiert

G-BA passt Programm-Anforderungen an den Stand der Medizin an

BERLIN. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat im Januar die bundesweit geltenden Anforderungen an das DMP für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 erneuert. Die laufenden DMP-Verträge müssen innerhalb eines Jahres nach Inkrafttreten des Beschlusses angepasst werden.

Etwa 225 000 gesetzlich krankenversicherte Patienten sind in ein DMP für Typ-1-Diabetes eingeschrieben. Die vom G-BA vorgenommene Aktualisierung des DMP betrifft

z.B. die individuelle Therapieplanung, deren Ziel insbesondere das Einstellen auf einen „normnahen“ Glukosewert und das Vermeiden von Unter- und Überzuckerung ist. Bei Erwachsenen mit Diabetes mellitus Typ 1 sollte ein HbA_{1c}-Wert $\leq 7,5\%$ (≤ 58 mmol/mol) angestrebt werden, solange keine problematischen Unterzuckerungen auftreten.

Bei der Insulintherapie wird auf die Empfehlung, vorrangig Human-Insulin statt Insulin-Analoga zu verwenden, verzichtet.

Neben der ICT mittels Peninjektion ist nun auch die kontinuierliche subkutane Insulininfusion (CSII) als Behandlungsstandard definiert. Hinsichtlich der Empfehlungen zum Lebensstil wurden neben Tabakkonsum weitere Risiken (Alkoholkonsum, Unterzuckerung im Alltag)

»Auch CSII zum Standard erklärt«

aufgenommen. Ergänzt wurde, dass unter bestimmten Voraussetzungen eine kontinuierliche Glukosemessung mithilfe von rtCGM-Systemen möglich ist.

Angesichts der hohen Wahrscheinlichkeit, dass bei einem Typ-1-Diabetes gleichzeitig eine autoimmune Schilddrüsenerkrankung oder eine Zöliakie besteht, wurde das DMP um dahingehende diagnostische Handlungsempfehlungen ergänzt. Grundlage für die Anpassung des DMP war eine Leitlinienrecherche des

IQWiG. Die Anforderungen waren zuletzt 2014 umfassend überarbeitet worden. Wenn das Bundesgesundheitsministerium den G-BA-Beschluss, der auch die Dokumentation für das DMP Diabetes mellitus Typ 2 betrifft, nicht beanstandet, tritt die Neufassung am ersten Tag des auf die Veröffentlichung im Bundesanzeiger folgenden Quartals in Kraft. REI

Pressemitteilung des G-BA

www.g-ba.de/beschluesse/4142

Auf Liprolog 200¹ setzen

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

Start



Liprolog[®] 200 KwikPen

Halbes Volumen² | Weniger Spritzlast² | Mehr Patientenzufriedenheit³

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

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

Liprolog[®] 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[®] Mix25/-Mix50 100 Einheiten/ml, Injektionssuspension in Patronen; -Mix25/-Mix50 100 Einheiten/ml KwikPen, Injektionssuspension in einem Fertigpen; Liprolog[®] 200 Einheiten/ml KwikPen, Injektionslösung in einem Fertigpen. Wirkstoff: Insulin lispro (über rekombinante DNA hergestellt aus *E. coli*).
Zusammensetzung: Liprolog[®] 100 Einheiten E/ml, Liprolog[®] Mix25/-Mix50: 1 ml enthält 100 E (entspr. 3,5 mg) Insulin lispro. Liprolog[®] 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[®] 100 E/ml zusätzl.: Dinatriumhydrogenphosphat 7 H₂O; Liprolog[®] Mix25/-Mix50 zusätzl.: Dinatriumhydrogenphosphat 7 H₂O, Protaminsulfat, Phenol; Liprolog[®] 200 E/ml zusätzl.: Trometamol. **Anwendungsgebiete:** Liprolog[®] 100 E/ml: Insulinbedürftiger Diabetes mellitus; auch zur Ersteinstellung. Liprolog[®] Mix25/-Mix50: Insulinbedürftiger Diabetes mellitus. Liprolog[®] 200 E/ml: Insulinbedürftiger Diabetes mellitus bei Erwachsenen; auch zur Ersteinstellung.

³ 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[®] 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[®] 100 E/ml Junior KwikPen: Mit dem Pen können 0,5 – 30 Einheiten in Schritten zu je 0,5 Einheiten abgegeben werden. Liprolog[®] 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**

Im Kampf für die Gleichberechtigung

Ausschuss Soziales verbessert Teilhabemöglichkeiten von Menschen mit Diabetes

DÜSSELDORF. Diabetespatienten haben im Alltag immer noch mit Benachteiligungen zu kämpfen, etwa bei der Berufswahl. Der Ausschuss Soziales der DDG hat das Ziel, Teilhabehindernisse zu überwinden. Der ehemalige Vorsitzende Oliver Ebert gibt Einblick in die Arbeit des Gremiums.

Welche Aufgaben nimmt der Ausschuss wahr?

Oliver Ebert: Der Ausschuss Soziales ist das offizielle Gremium der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), welches sich mit rechtlichen, medizinischen und sozialen Aspekten in Zusammenhang mit Diabetes befasst. Insbesondere behandelt der Ausschuss die folgenden Schwerpunkte:

- Fahreignung und Führerschein
- Arbeitsmedizin
- Schwerbehinderung und Nachteilsausgleiche
- Berufsempfehlungen Diabetes/Tauglichkeitsvorschriften
- Integration von Kindern mit Diabetes in Kindergarten und Schule
- Diabetes und Rehabilitation
- Unterstützung der Pressestelle bei Kommunikation obiger Themen

Der Ausschuss Soziales umfasst derzeit acht Mitglieder, Vorsitzender ist Dr. Wolfgang Wagener. Pro Jahr finden zwei Präsenzsitzungen statt; aktuelle Fragestellungen werden in Telefonkonferenzen erörtert. Wichtige Anliegen sind die Förderung der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit sozialen Aspekten des Diabetes, die Überwindung von Teilhabehindernissen, insbesondere bei Berufswahl und Berufsausübung, sowie Information und



OLIVER EBERT

Rechtsanwalt,
ehemaliger Vorsitzender
des Ausschuss Soziales
(bis einschließlich 2019)

Aufklärung zu sozial- und arbeitsrechtlichen Fragestellungen

Welche Verbindungen gibt es zu anderen Gremien und Organisationen?

Ebert: Im Ausschuss sind Vertreter des Bundes diabetischer Kinder und Jugendlicher und des Verbands der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland. Zudem arbeiten wir themenspezifisch mit den jeweiligen anderen Ausschüssen und Arbeitsgemeinschaften zusammen. Nicht unwesentlich ist, dass

mehrere Ausschussmitglieder auch selbst Diabetespatienten sind.

Welche Themen werden derzeit am intensivsten diskutiert und bearbeitet?

Ebert: Ein dominierendes Thema der letzten Jahre war die Fertigstellung der Leitlinien zum Thema Diabetes & Straßenverkehr. Dazu arbeiten wir in der Working Group „Diabetes & Driving“ der Europäischen Kommission mit.

Bei der anstehenden Überarbeitung der Versorgungsmedizin-Verordnung, in deren Rahmen auch der für Diabetes festzustellende Grad der Behinderung neu diskutiert wird, wirkt der Ausschuss Soziales ebenfalls aktiv mit und ist in der Arbeitsgruppe des Ministeriums vertreten. Weitere wichtige Themen sind Fragen der Berufsausübung und der beruflichen Rehabilitation.

Welche Erfolge Ihres Ausschusses erfreuen Sie am meisten?

Ebert: Der Ausschuss Soziales kann auf eine über 50-jährige und sehr erfolgreiche Arbeit zurückblicken. Es freut mich vor diesem Hintergrund daher umso mehr, dass wir in den letzten Jahren ganz herausragende Meilensteine setzen konnten.

So ist es nun erstmals in der langen Historie des Ausschusses gelungen, mit der S2e-Leitlinie „Diabetes & Straßenverkehr“ eine wissenschaftliche und evidenzbasierte Leitlinie zu erarbeiten, die zudem auch noch international Beachtung erfährt. Die dabei vollkommen konfliktfreie Zusammenarbeit bzw. der erzielte Konsens mit allen beteiligten Fachgesellschaften (insbesondere auch mit

der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) ist bei solchen Projekten vielleicht nicht immer selbstverständlich. Die abgeleiteten Praxisempfehlungen sowie ganz aktuell auch die Patientenleitlinie „Diabetes & Straßenverkehr“ sind für die diabetologische Praxis ebenfalls von erheblicher Relevanz. Auch die für DDG und die Diabetologie mit diesem Thema insgesamt erreichte Medienaufmerksamkeit war überaus erfreulich.

Neben der wissenschaftlichen Arbeit konnten wir auch im Alltag eine spürbare Verbesserung für autofahrende Patienten und deren Ärzte erzielen. So ist es uns gelungen, bei der Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt) die Anliegen der Diabetologie in die Begutachtungsleitlinien zur Fahrerlaubnisverordnung einbringen. Hierdurch konnten wir erreichen, dass in Deutschland deutlich weniger Einschränkungen und Hürden für die Teilnahme von Diabetespatienten am Straßenverkehr bestehen als in manchen anderen europäischen Ländern. Und mit den Ergebnissen unserer S2e-Leitlinie konnten wir auch nachweisen, dass dies aus medizinischer Sicht gerechtfertigt ist.

Nicht zu vergessen sind auch unsere Berufsempfehlungen für Diabetespatienten sowie der „Leitfaden für Betriebsärzte zu Diabetes und Beruf“ der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, der in Zusammenarbeit mit einem Experten aus dem Ausschuss entwickelt wurde; beide haben eine sehr hohe Praxisrelevanz. Dazu konnten wir in den letzten Jahren zahlreiche weitere bzw. andere Projekte realisieren. Menschen

Dr. Wolfgang Wagener



Seit 2020 neuer
Vorsitzender
des Ausschusses.
Internist,
Diabetologe (DDG),
Palliativmedizin, Sozialmedizin,
Medizinethik M.A., tätig im Reha-
Management der Deutschen
Rentenversicherung Rheinland.

„Ein Schwerpunkt unserer Ausschussarbeit ist die sich verstärkende Verteilungs(un)gerechtigkeit für Menschen mit Diabetes. Jeder von ihnen braucht Zugang zu einer adäquaten Versorgung, auch Nicht-Krankenversicherte, Obdachlose und Geflüchtete. Ferner gilt es, die berufliche Leistungsfähigkeit zeitgemäß einzuschätzen. Durch neue Technologien erübrigen sich viele Restriktionen. Wir wollen daher eine Empfehlung ‚Diabetes und Beruf‘ erarbeiten.“

mit Diabetes müssen heutzutage bei Weitem nicht mehr in dem Umfang mit Diskriminierung, Ausgrenzung und beruflichen Hürden rechnen, wie dies noch vor einigen Jahren der Fall war. Ich freue mich sehr, dass der Ausschuss Soziales zu dieser Verbesserung der Situation nicht ganz unerheblich beitragen konnte.

Welchen Herausforderungen muss sich der Ausschuss in den nächsten Jahren stellen? Was wünschen Sie sich für die Zukunft?

Ebert: Für die Zukunft haben wir noch viele weitere Ideen. So wollen wir beispielsweise endlich erreichen, dass Menschen mit Diabetes durch veraltete Tauglichkeitsvorschriften nicht mehr pauschal von bestimmten Tätigkeiten wie dem Dienst an der Waffe oder dem Führen von Luftfahrzeugen abgehalten werden. Soziale Themen werden angesichts der demographischen, epidemiologischen und auch wirtschaftlichen Entwicklung sicher nicht an Bedeutung verlieren. Wir würden uns wünschen, wenn sich die Mitgliederzahl unseres Ausschusses mittelfristig deutlich erhöhen würde; auch eine Erhöhung des Frauenanteils wäre erfreulich.

Interview: Isabel Aulehla

»Schon seit über 50 Jahren sehr erfolgreiche Ausschussarbeit«

»S2e-Leitlinie zum Fahren mit Diabetes wird viel beachtet«

»Nächstes Ziel: veraltete Tauglichkeitsvorschriften für Berufe ändern«

»Situation der Diabetespatienten in vielen Bereichen spürbar verbessert«



Foto: Rawpixel.com – stock.adobe.com



KONTAKT
ZUM AUSSCHUSS:

bit.ly/ddg-soziales



»Mit einer kurzen Intervention viel erreichen«

Wenn die Psyche die Blutzuckerwerte beeinflusst

BERLIN. Psychische Belastungen oder Probleme können bei einer Diabetes-erkrankung dazu führen, dass Patienten sich zu viel oder zu wenig mit ihrer Therapie beschäftigen. Eine kurze psychotherapeutische Intervention kann helfen.

Wie viel sich im Bereich der Diabetestherapie mit einer einmaligen Kurzintervention durch einen Psychiater oder eine Psychiaterin verbessern lässt, erläuterte Dr. MAIKE WOLF, niedergelassene Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin. Zu den sogenannten psychodiabetologischen Störungsbildern gehören beispielsweise Essstörungen, Angst vor Folgeerkrankungen, (zu) häufiges Blutzuckermessen sowie ein ungünstiger Lebensstil, erklärte die Expertin. Die Praxisempfehlungen der DDG beinhalten daher auch eine psychische Unterstützung des Patienten, etwa ein „Empowerment“ oder die Förderung der Therapieadhärenz. Auch in der Leitlinie werden unter anderem Interventionen zum Stressmanagement und zur Förderung der Krankheitsbewältigung empfohlen.

Dennoch gibt es immer noch viele Patienten, bei denen die psychischen Belastungen des Diabetes übersehen oder unterschätzt werden, gab Dr. Wolf zu bedenken. „Manchmal geht es auch darum, dem Patienten erst einmal klarzumachen, dass dysfunktionale Verhaltensweisen vorliegen“, so die Expertin.

Versorgung anderer vor die eigenen Bedürfnisse gestellt

Die Psychiaterin berichtete von einem 60-jährigen Patienten mit Typ-1-Diabetes, den sie konsiliarisch behandelte. Er kümmerte sich neben einer Vollzeitberufstätigkeit um seine Ehefrau, die nach einem Schlaganfall pflegebedürftig war. Der Patient wusste eigentlich gut Bescheid über seine Erkrankung – sein HbA_{1c}-Wert war jedoch erhöht. Im Gespräch kam heraus, dass er oft die Blutzuckermessungen oder das Insulinspritzen vergaß. Arztbesuche vermied er zunehmend und wenn er Termine wahrnahm, dann hatte er sein Blutzucker-Tagebuch vergessen. Ein Fall, wie ihn viele Diabetologen schon erlebt haben.

Warum hatte sich die Compliance des Patienten so verschlechtert? „Es stellte sich heraus, dass er seine ganze Energie darauf richtete, seine Frau gut zu versorgen“, berichtete Dr. Wolf. Sich selbst hatte er darüber vernachlässigt. Gemeinsam konnte sie dann mit dem Patienten herausarbeiten, was für ihn wichtig war – auch um langfristig für seine Frau da sein zu können.

Aber auch der umgekehrte Fall kommt vor – eine zu starke Konzentration auf den Diabetes. Dr. Wolf schilderte den Fall einer 28-jährigen Patientin mit Diabetes Typ 1, die alle ein bis zwei Stunden ihren Blutzucker maß. Sie nahm „vorsichtshalber“ Essen zu sich, auch wenn sie nicht hungrig war und vermied es, sich körperlich anzustrengen oder allein zu



Hypoglykämien erlebt“, berichtete die Referentin, „nun hatte sie ständig Angst vor einer Unterzuckerung. Aber auch vor zu hohen Werten und Folgeerkrankungen.“

Teufelskreis aus Angst und Anspannung durchbrochen

Dr. Wolf erklärte ihr, wie die Angst durch Anspannung, also körperliche Symptome, zu noch mehr Angst führen kann, und vermittelte

Entspannungstechniken. Zudem absolvierte die Patientin ein spezielles Training, um die Symptome einer Hypoglykämie von der einer Panikattacke zu unterscheiden. „Man kann also schon mit einer kurzen Intervention viel erreichen“, resümierte Dr. Wolf, „und mit praktikablen Lösungen eine Veränderungsmotivation erzeugen.“ Heike Dierbach

Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

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*¹ und anhaltende*¹ HbA_{1c}-Senkung.

STEGLUJAN® – EINFACH. WEITER. ORAL.

* zusätzliche, stabile HbA_{1c}-Senkung um 0,8% über 52 Wochen
1 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.:** Mikrokrist. Cellulose (E 460), Calciumhydrogenphosphat (wasserfrei), Croscarmellose-Natrium, Natriumstearat (E 487), Magnesiumstearat (E 470b), Hypromellose (E 464), Hypromellose (E 463), Titandioxid (E 171), Eisen(III)-oxid (E 172), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (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. Blutzuckerkontr.: 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. Insulin-Sekretagoga (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 m² od. CrCl < 60 ml/min. Pat. m. schwerer Einschr. d. Nierenfkt.; 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: Nekrotisierende Faszitis d. Perineums (Fournier-Gangrän). Überempf.-keitsreakt. einschli. anaphylaktischer Reakt. Interstitielle Lungenkrankh. Erbr.; akute Pankreatitis; letale u. nicht letale hämorrhagische u. nekrotisierende

Steglujan®

Pankreatitis. Angioödem; Hautausschlag; Urtikaria; kutane Vasculitis; exfoliative Hauterkr. einschli. SJS; bullöses Pemphigoid. Arthralgie; Myalgie; Rückenschm.; Arthropathie. Nierenfunktionsstör.; akutes Nierenversagen. **Zusätzl. unter Sitagliptin (ungeachtet e. Kausalzusammenh.):** 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 Urintests auf Glucose verw. Überwachung d. Blutzuckerkontrolle mit 1,5-AG Assays nicht empfohlen.

Verschreibungspflichtig.

Stand: 10/2019

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

»Belastung
übersehen oder
unterschätzt«

Im Gedenken an Professor Dr. Friedrich Arnold Gries

1929 – 2019

Rund ein Vierteljahrhundert hat Professor Dr. med. Friedrich Arnold Gries als Forscher und Arzt die Diabetologie sowohl in Deutschland als auch weit über die Grenzen hinaus geprägt. Rückblickend war es sicher eine glückliche Fügung und weise Entscheidung, dass Professor Dr. med. Karl Oberdisse, der Initiator des Diabetes-Forschungsinstituts an der Universität Düsseldorf gerade Arnold Gries, einen der jüngsten aus dem Kreis seiner Oberärzte mit der wissenschaftlichen und klinischen Führung des Instituts betraut hat. Es entstand eine Forschungsstätte von hohem Rang, die unter einem Dach Grundlagenforschung, klinische und epidemiologische Forschung sowie Patientenbehandlung mit Bettenstationen und Ambulanzen vereinte.

Prof. Gries war für seine Aufgaben gut vorbereitet. In seiner Laufbahn finden sich neben einer Ausbildung bei renommierten Lehrstuhlinhabern der Inneren Medizin in Marburg und später in Düsseldorf auch Institutionen für Biochemie und Klinische Chemie in München sowie, für einen späteren Lehrstuhlinhaber zu erwarten, ein

Forschungsaufenthalt am Joslin Research Laboratory der Harvard Medical School in Boston.

1961 zog die Familie Gries nach Düsseldorf. 1967 habilitierte sich Arnold Gries im Fach Innere Medizin an der Universität Düsseldorf, 1973 erhielt er den Ruf als ordentlicher Professor für Innere Medizin (Diabetologie) und wurde zum Leiter der Klinischen Abteilung des Diabetes-Forschungsinstituts an der Universität Düsseldorf ernannt. 1994 erfolgte zusätzlich die Berufung zum Leiter der Endokrinologischen Klinik der Heinrich-Heine-Universität. Bis 1997, über seine Emeritierung 1995 hinaus, hat Prof. Gries beide Kliniken, letztere kommissarisch, geleitet. Diese konnten später an seinen Nachfolger Professor Dr. med. Werner Scherbaum übergeben werden.

Prof. Gries hat sich wissenschaftlich den Ursachen und Folgen der Adipositas sowie der Pathophysiologie des Fettgewebstoffwechsels und der Beziehung zum Typ-2-Diabetes gewidmet. Er war Gründungsmitglied der European und der International Association for the Study of Obesity. Hervorzuheben ist der European NIDDM Consensus, den er zusammen mit Professor George Alberti und weiteren führenden europäischen Diabetologen für die International Diabetes Federation, sozusagen als Vorläufer späterer Leitlinien, erarbeitet und publiziert hat. Zu seinen Themen zählten auch Untersuchungen zur notwendigen Güte der Stoffwechseleinstellung, um Folgeschäden des Diabetes zu



Professor Dr. Friedrich Arnold Gries

Foto: zVg

vermeiden. Prof. Gries war Gründungsmitglied der Diabetes and Nutrition Study Group und der Diabetic Neuropathy Study Group der EASD. Frühzeitig hat Prof. Gries den Nutzen der Blutglukose-Selbstkontrolle erkannt und seinen strukturiert geschulten, mündigen Patienten zukommen lassen, als viele seiner Kollegen noch mit der Anwendung zauderten, in der Annahme, dass dies die Patienten überfordern würde. Prof. Gries war Mitglied der Arzneimittelkommission. Als Kritik an der Therapie mit den Biguaniden aufkam, hat er diese nicht einfach verlassen, sondern sich klar für einen gezielten Einsatz bei geeigneter Indikation eingesetzt.

Bei der Auswahl seiner wissenschaftlichen und ärztlichen Mitarbeiter war Prof. Gries stets darauf bedacht, dass möglichst alle wichtigen Facetten der Diabetologie mit genügender Expertise abgedeckt bzw. erforscht werden konnten. Er selbst war über 15 Jahre Sprecher im Sonderforschungsbereich Diabetesforschung der DFG. Auch die Forschung zur Immunologie des Typ-1-Diabetes wurde in Düsseldorf etabliert. Viele Mitarbeiter sahen es als ein Privileg an,

bei Prof. Gries zu arbeiten. Dabei ermöglichten die internationalen Verbindungen und Freundschaften von Prof. Gries mit renommierten Kollegen im In- und Ausland den notwendigen Gedankenaustausch und die Kooperation mit zahlreichen forschenden Institutionen und Universitäten.

Das Diabetes-Forschungsinstitut in Düsseldorf war unter der wissenschaftlichen und ärztlichen Leitung von Arnold Gries nicht nur Anlaufstelle für Problempatienten und ein von der Deutschen Diabetes Gesellschaft zertifiziertes Klinisches Diabeteszentrum, sondern auch die Adresse für die Ausbildung von Ernährungsfachkräften, Diabetesberaterinnen und Diabetologen DDG.

Es würde den Rahmen sprengen, alle Ämter und Ehrenämter, die Prof. Gries im Laufe seiner aktiven Tätigkeit innehatte, aufzulisten. Erwähnt sei noch, dass er mit der Paul-Langerhans-Medaille der DDG ausgezeichnet wurde, 1977/78 Präsident der DDG und über viele Jahre Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Ernährung war. Zudem hat er sich als

St. Vincent Declaration Liaison für Deutschland verdient gemacht. Er erhielt das Bundes-Verdienstkreuz 1. Klasse.

Die Übernahme seiner vielfältigen und zahlreichen Ämter betrachtete er nie als schmückendes Beiwerk für sein Curriculum, sondern als Verpflichtung, sein Fachwissen, seine Fähigkeit zum kritischen Denken und Hinterfragen und sein abwägendes Verhalten bei Entscheidungen einzubringen.

Prof. Gries war beliebt bei all seinen Mitarbeitern. Es lag sicher zu einem großen Teil daran, dass er die Fähigkeit besaß, unterschiedliche Menschen und Berufsgruppen für die gemeinsamen Ziele zu begeistern und jedem Mitarbeiter Wertschätzung entgegenzubringen. Trotz der über die Jahre ständig wachsenden Mitarbeiterzahl gelang es ihm, den beinahe familiären Charakter seiner Mannschaft zu erhalten. Hierbei hatte auch Frau Gries großen Anteil. Erfolge wurden jährlich bei Ausflügen mit der ganzen Belegschaft gefeiert. Bei solchen Gelegenheiten konnte der sonst sehr bedächtige FA, wie wir ihn unter uns nannten, eine fast jugenhafte Leichtigkeit entfalten. Prof. Gries ist am 13.12.2019, wenige Wochen nach der Vollendung seines 90. Geburtstags, in Düsseldorf verstorben. Für sein beachtliches Lebenswerk gebührt ihm ehrendes und dankbares Gedenken. Als seine Wegbegleiterin über nahezu fünf Dekaden bin ich überzeugt, dass dies in reichem Umfang geschehen wird.

Dr. Monika Toeller-Suchan, Düsseldorf

»Diabetologie in Deutschland und über die Grenzen hinaus geprägt«

»Es gelang ihm, unterschiedliche Menschen für die gemeinsamen Ziele zu begeistern«

diabeteszeitung digital

E-Paper ist im Web verfügbar

BERLIN. Die **diabeteszeitung** macht nicht nur halt in Ihrem Briefkasten. Auch online sind alle Ausgaben als E-Paper jederzeit abrufbar.

Im Sinne eines lebendigen und modernen neuen Mediums fährt die **diabeteszeitung** zweigleisig: als haptische Print-Ausgabe im bewährten Zeitungsformat sowie als digitales E-Paper. Das E-Paper können Sie bequem und einfach im Internet auf www.ddg.info/diabetes-zeitung und

auf epaper.medical-tribune.de einsehen. Über die Suchfunktion lassen sich die einzelnen Ausgaben nach Themen und Stichworten durchsuchen.

Darüber hinaus können Sie die elektronische Ausgabe der **diabeteszeitung** auch als Android-, iOS- oder Microsoft-App auf Ihrem mobilen Endgerät lesen. Die App finden Sie in Ihrem jeweiligen App-Store unter dem Suchbegriff „Medical Tribune für Ärzte“.

Kontakt zur Redaktion

E-Mail an 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



Noch kein DDG-Mitglied?

Überzeugen Sie sich von den Vorteilen!

- Sie erhalten stark vergünstigte Eintrittspreise für den Diabetes Kongress und die Herbsttagung
- Sie erhalten 10 x im Jahr kostenlos die diabeteszeitung 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

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

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, Ärztinnen und Ärzte sowie 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



Wie sieht die Diabetologie der Zukunft aus? Diskutieren Sie mit!

Sehr verehrte, liebe Leserinnen und Leser sowie Mitglieder der Deutschen Diabetes Gesellschaft,

auf das Herzlichste darf ich Sie zur 55. Jahrestagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft vom 20. bis 23. Mai 2020 nach Berlin einladen. Wie für viele andere Erkrankungen auch gilt in ganz besonderem Maße für die Diabetologie, dass die Therapie sich in den vergangenen Jahren immer mehr individualisiert hat und dies auch zunehmend tun wird. Im besten Wortsinne ist auch eine personalisierte Medizin eine persönliche Medizin. Wir haben daher den Kongress unter das Motto „Präzisionsmedizin – eine Reise in die Zukunft der Diabetologie“ gestellt.



Passend zu diesem Hauptthema werden die folgenden vier Schwerpunkte in den Vordergrund gestellt und intensiv diskutiert:

- Personalisierung: Genetik, Biomarker, Big Data und Klinik
 - Prävention, Adipositas, Prädiabetes, Diabetes und Komplikationen
 - Patientenorientierte Diabetes-Technologien
 - Innovative Therapiestrategien
- Ich bin überzeugt davon, dass die Jahrestagung mit einer guten Balance aus Fortbildung und neuen wissenschaftlichen Ergebnissen ein – wie immer – spannendes und abwechslungsreiches Programm bieten wird.

Intensiver Austausch und gemeinsame Diskussionen werden den Kongress bereichern und uns gemeinsam zu neuen



Prof. Dr. Dr. h.c. Hendrik Lehnert
Rektor Universität Salzburg
Kongresspräsident
Foto: Thomas Berg, Rechte Universität zu Lübeck

und für Menschen mit Diabetes bedeutsamen Erkenntnissen führen. Zusammen mit dem Vorstand der Deutschen Diabetes Gesellschaft freue ich mich sehr darauf, Sie in Berlin begrüßen zu dürfen.

Mit herzlichen Grüßen
Ihr
Hendrik Lehnert



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

- Steffen Lippert, Mannheim
- Yunona Mosunova, Glinde
- Dr. med. Thea Laurentius, Aachen
- Dr. med. Torsten Schröder, Groß Sarau
- Daniela Augst, Essen
- Dr. med. Jan Thiemeier, Berlin
- Kyung-A Na, Fulda
- Dr. med. Anja Rueck, Westensee
- Dr. med. Sophie Stockinger, Leipzig
- Daniel Weh, München
- Dr. med. Sina Wittmann, Nürtingen
- Dr. med. Bernhard Gehr, Lenggries
- Dr. med. Eva Joana Piazzolo, Friedrichshafen
- Anna Borgardt, Limburg
- Dr. med. Jeanne Marie Irene Ogonna, Ibbenbüren
- Dr. med. Catrin Pffingsten, Meerbusch
- Dr. med. Clio Roussos, Laer
- Dr. med. Melanie Rothe, Straubing
- Dr. med. Frank Hellfritsch, Fürstenwalde
- Corinna Sengenberger, Kitzingen
- Natalia Levina, Wuppertal
- Dr. med. Aracelis Mercedes Mitogo, Osnabrück
- Kristina Lemberg, Heidelberg
- Dr. med. Xiuqing Zhou, Ratingen
- MuDr. Milan Koudelka, Jena

Foto: iStock/Plisman

Neu- oder re-zertifizierte Kliniken und Arztpraxen

(im Zeitraum 26.11.2019 bis 24.01.2020)

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 0		
Diabetologikum Dresden, Dr. med. Andrea Mölle und Dr. med. Matthias Mölle	01219 Dresden	Zert. Diabeteszentrum Diabetologikum DDG
Klinikum Chemnitz gGmbH, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	09116 Chemnitz	Zert. Diabeteszentrum DDG
PLZ 1		
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. Iris Dötsch	10711 Berlin	Zert. Diabeteszentrum Diabetologikum DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. Claudia von Bielinski	13189 Berlin	Zert. Diabeteszentrum Diabetologikum DDG
Krankenhaus Märkisch Oderland GmbH	15344 Strausberg	Nebendiagnose Diabetes
Diabetespraxis Oranienburg	16515 Oranienburg	Zert. Diabeteszentrum Diabetologikum DDG
DRV Berlin-Brandenburg, Rehaklinik Hohenelse, Abteilung Innere Medizin/Diabetologie	16831 Rheinsberg-Mark	Zert. Diabeteszentrum DDG
Ameos Klinikum Anklam	17389 Anklam	Nebendiagnose Diabetes
PLZ 3		
Gemeinschaftspraxis Dres. med. Gunter Mitzloff, Ioannis Karakalpakis	32049 Herford	Fußbehandlung (ambulant)
Diabeteszentrum Minden, Gemeinschaftspraxis Dres. med. Behrens/Volkery/Bramsemann	32427 Minden	Fußbehandlung (ambulant)
Zentrum für Diabetes, Nieren- u. Hochdruckkrankheiten MVZ GmbH, Dr. med. Echterhoff & Kollegen	33602 Bielefeld	Zert. Diabeteszentrum DDG
AGAPLESION Evangelisches Krankenhaus Mittelhessen gGmbH, Innere Medizin/Diabetologie	35398 Gießen	Zert. Diabeteszentrum DDG
Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	37075 Göttingen	Zert. Diabeteszentrum DDG
Diabeteszentrum Bad Lauterberg	37431 Bad Lauterberg	Zert. Diabeteszentrum Diabetologikum DDG
PLZ 4		
Krankenhaus Neuwerk „Maria von den Aposteln“ gGmbH	41066 Mönchengladbach	Nebendiagnose Diabetes
Diabeteszentrum Neuss, Dr. med. Rainer Betzholz/Dr. med. Kirsten Holtappels	41462 Neuss	Zert. Diabeteszentrum Diabetologikum DDG
Praxis am Rathausplatz, Diabetikerzentrum, Diabetologische Schwerpunktpraxis	41844 Wegberg	Fußbehandlung (ambulant)
Praxis an der Kreuzkirche Dr. Iris Mitschka	44623 Herne	Zert. Diabeteszentrum DDG
Elisabeth-Krankenhaus Essen GmbH, Klinik für Diabetologie	45138 Essen	Zert. Diabeteszentrum Diabetologikum DDG
Elisabeth-Krankenhaus Essen GmbH, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	45138 Essen	Zert. Diabeteszentrum Diabetologikum DDG
diabetesPraxis Rathausallee Duisburg, Dr. med. Dorothea Gronwald, Dr. med. Kerstin Wernken	47239 Duisburg	Zert. Diabeteszentrum DDG

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 4		
St. Antonius-Hospital Gronau GmbH, Klinik für Innere Medizin I, Kardiologie und Angiologie	48599 Gronau	Zert. Diabeteszentrum DDG
PLZ 5		
St. Antonius Krankenhaus Köln, Medizinische Klinik	50968 Köln	Zert. Diabeteszentrum Diabetologikum DDG
Marien-Hospital Euskirchen, Medizinische Abteilung/Diabetologie	53879 Euskirchen	Zert. Diabeteszentrum DDG
MEDIAN-Reha-Zentrum Bernkastel-Kues, Klinik Moselhöhe, Innere Abteilung/Kardiologie	54470 Bernkastel-Kues	Zert. Diabeteszentrum DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Sigrid Pehlke	55743 Idar-Oberstein	Zert. Diabeteszentrum Diabetologikum DDG
Klinikum Arnsberg Marienhospital, Klinik für Innere Medizin, Diabetologie	59821 Arnsberg	Zert. Diabeteszentrum DDG
PLZ 6		
Gemeinschaftspraxis Dr. C. Sommer/ Dr. A. Milnik, Diabetologische Schwerpunktpraxis	63739 Aschaffenburg	Fußbehandlung (ambulant)
Praxis Dres. Arndt/Langer	64283 Darmstadt	Zert. Diabeteszentrum DDG
Eleonoren-Klinik, Reha-Klinik für Innere Medizin der DRV Hessen, Diabetologie	64678 Lindenfels-Winterkasten	Zert. Diabeteszentrum DDG
St. Vincenz Krankenhaus Limburg, Zentrum für Diabetologie und Ernährungsmedizin	65549 Limburg/Lahn	Zert. Diabeteszentrum DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. Kandels/Rauber/Stein-Hellmann	66606 St. Wendel	Zert. Diabeteszentrum Diabetologikum DDG
PLZ 7		
Diabeteszentrum Neckar-Odenwald, Dr. med. Carsten G. Iannello	74821 Mosbach	Zert. Diabeteszentrum Diabetologikum DDG
Oberberg Fachklinik Rhein-Jura	79713 Bad Säckingen	Nebendiagnose Diabetes
PLZ 8		
Gemeinschaftspraxis Diedorf, Diabetologie	86420 Diedorf	Zert. Diabeteszentrum DDG
PLZ 9		
Klinikum Nürnberg Süd, Medizinische Klinik 4	90471 Nürnberg	Zert. Diabeteszentrum DDG
Krankenhaus Martha-Maria Nürnberg, Medizinische Klinik II	90491 Nürnberg	Zert. Diabeteszentrum DDG
Kommunalunternehmen Kliniken des Landkreises Neustadt a. d. Aisch – Bad Windsheim, Klinik Neustadt an der Aisch	91413 Neustadt a. d. Aisch	Nebendiagnose Diabetes
Kliniken Hochfranken Münchberg und Naila, Innere Medizin	95213 Münchberg	Zert. Diabeteszentrum DDG
Klinikum Coburg, VI. Medizinische Klinik, Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechselerkrankungen	96450 Coburg	Zert. Diabeteszentrum DDG



Fortbildung DDG Digitalisierung und Diabetestechnologie

Auch 2020 will die DDG Sie und Ihr Team unterstützen, die digitale Transformation aktiv zu gestalten. Wir informieren Sie herstellerneutral über die Chancen, aber auch die Risiken von Digitalisierung und Diabetestechnologie mit folgenden Themen:

Wie sieht die digitale Praxis aus? Was muss ich wissen zu Datenschutz und Datensicherheit? Welche Fragen habe ich dazu an den Datenschutzexperten? Pro und Contra Cloud, Vor- und Nachteile der Diabetesmanagement-Software, die elektronische Diabetesakte DDG – eDA, Videosprechstunde, Telemedizin und Gesundheits-Apps, Blick in die Zukunft: Digitale Praxishilfen, Closed Loop, Künstliche Intelligenz

Ein besonderer Fokus liegt auf dem Auslesen diabetologischer Devices und den Möglichkeiten der digitalen Therapiebegleitung.



Termine: kostenfrei

- Sa. 14.03.2020 Frankfurt**
Dorint Main Taunus Zentrum Frankfurt
- Sa. 25.04.2020 Hamburg**
Novotel Hamburg Alster
- Sa. 09.05.2020 Düsseldorf**
Dorint Hotel Düsseldorf Neuss
- Sa. 04.07.2020 Stuttgart**
GENO Haus Stuttgart
- Sa. 14.11.2020 Leipzig**
Victor's Residenz-Hotel Leipzig
- Sa. 28.11.2020 Berlin**
Golden Tulip Berlin – Hotel Hamburg
- Zeit: 8.30 – 16.30 Uhr**

Tagungsprogramm:

Zeit	Vortrag
08:30 – 09:00	Registrierung, Begrüßungsimbiss
09:00 – 09:10	Begrüßung wissenschaftliche Leitung
09:10 – 09:30	Einführung Digitalisierung
09:30 – 09:45	Kaffeepause
09:45 – 11:30	Datenschutz und Datensicherheit ☒ praxisnah und praktikabel
11:30 – 12:30	Die digitale Praxis
12:30 – 13:15	Mittagspause
13:15 – 14:30	Strukturierte Datenanalyse
14:30 – 14:45	Kaffeepause
14:45 – 16:30	Blick in die Zukunft
16:30 – 16:45	Abschluss (Lernerfolgskontrolle, Verabschiedung)

CME-Punkte werden beantragt

Das detaillierte Programm finden Sie online unter: bit.ly/ddg-fortbildungen-2020

Organisation:



Mit freundlicher Unterstützung:



Anmeldung online unter:

bit.ly/ddg-fortbildungen-2020

Oder per Post, per Fax:

+49 611 9746 480-548

Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH
DDG Fortbildung Digitalisierung
Unter den Eichen 5
D-65195 Wiesbaden

DDG 1-2/2020

- Ich melde mich für folgenden Termin an:**
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 14.03.2020 Frankfurt | <input type="checkbox"/> 04.07.2020 Stuttgart |
| <input type="checkbox"/> 25.04.2020 Hamburg | <input type="checkbox"/> 14.11.2020 Leipzig |
| <input type="checkbox"/> 09.05.2020 Düsseldorf | <input type="checkbox"/> 28.11.2020 Berlin |

(bitte ankreuzen)

Name, Vorname E-Mail

Straße/Hausnummer PLZ/Ort

Datum, Unterschrift

Fortbildungsbedingungen Wenn Sie sich für eine kostenlose Fortbildung anmelden, werden Ihre Angaben aus dem Anmeldeformular inklusive der von Ihnen dort angegebenen Kontaktdaten zwecks Bearbeitung der Anmeldung und für den Fall von Anschlussfragen bei uns gespeichert. Nach der Veranstaltung wird Ihre Teilnahme zur Erfassung der Fortbildungspunkte mittels Ihrer EFN über den „Elektronischen Informationsverteiler (EIV)“ an die Bundesärztekammer gemeldet.
Datenschutz Die Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH ist ein Unternehmen der Süddeutscher Verlag Mediengruppe. Die Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH verarbeitet Ihre mit diesem Formular übermittelten personenbezogenen Daten für die Anmeldung zur genannten Fortbildungsveranstaltung, um Sie über das Fortbildungs-Programm zu informieren und Sie per E-Mail, telefonisch oder per Post kontaktieren. Eine Weitergabe Ihrer Daten an Dritte erfolgt lediglich an die vorstehend unter Ziffer 1 genannten Dritten (Bundesärztekammer). Die vorstehende Verarbeitung (Nutzung und Weitergabe) der im Rahmen der Anmeldung eingegebenen Daten erfolgt somit zum Zwecke der Erfüllung des Vertrages über die gebuchte Fortbildung und damit auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO. Ferner werden Ihre personenbezogenen Daten von uns, unseren Dienstleistern sowie unseren Sponsoren und anderen ausgewählten Unternehmen für Marketingzwecke genutzt, um interne Marktforschung zu betreiben und Sie über für Sie relevante Produkte und Dienstleistungen zu informieren. Die Nutzung Ihrer Daten zu Marketingzwecken erfolgt auf der Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO.
Sie können der Datenverarbeitung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dazu reicht eine formlose Mitteilung per E-Mail an datenschutz@medical-tribune.de. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitungsvorgänge bleibt vom Widerruf unberührt.
Zwingende gesetzliche Bestimmungen – insbesondere Aufbewahrungsfristen

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

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
212	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1172 ☎ Fax: 05971 42-1116 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	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital 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	Wannsee-Akademie Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin ☎ Tel.: 030 80686-040 ☎ Fax: 030 80686-404 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	Diabetes-Akademie Südostbayern 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	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital 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. – 20.08.2021
217	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22 ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	1. 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	Diabetes-Akademie Bad Mergentheim e.V. Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim ☎ Tel.: 07931/594 165 ☎ Fax: 07931/77 50 boehm@diabetes-zentrum.de www.diabetes-akademie.de	1. 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	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital 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
	Mutterhaus der Borromäerinnen gGmbH Feldstraße 16, 54290 Trier ☎ Tel.: 0651 947-3160, ☎ Fax: 0651 947-2205 schule@mutterhaus.de www.mutterhaus.de	Kurstermine ab Januar 2021 Vormerkungen sind bereits möglich

ACHTUNG: neue Preise ab 2020

Kosten: Die Kosten für die Weiterbildung betragen 3.400,- € Teilnahmegebühr für den regulären Kurs und 2.850,- € für den verkürzten Kurs, zzgl. 300,- € Anmeldegebühren sowie 200,- € Prüfungsgebühr, ohne Material- und Reisekosten.

Anmeldeverfahren: Bitte senden Sie die Unterlagen an: Deutsche Diabetes Gesellschaft, Abteilung Weiterbildung, Albrechtstraße 9, 10117 Berlin, Tel.: 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

➔ Fit für die Weiterbildung – Vorbereitungsseminar des VDBD

Weiterbildungsort	Kurstermine	Kosten
Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Rheine Frankenburgstr. 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/421172 ☎ Fax: 05971/421116 v.breulmann@mathias-spital.de www.afg.mathias-stiftung.de/	21.03.2020	VDBD Mitglieder: 55,- € Nicht-Mitglieder: 110,- €
Diabetes-Akademie Bad Mergentheim e.V. Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim ☎ Tel.: 07931/594 165 ☎ Fax: 07931/77 50 boehm@diabetes-zentrum.de www.diabetes-akademie.de	12.09.2020	VDBD Mitglieder: 55,- € Nicht-Mitglieder: 110,- €

Weitere Informationen finden Sie auf

www.vdbd-akademie.de/seminar/details/vorbereitungskurs-fit-fuer-die-weiterbildung-18/



Weitere Informationen und Anmeldung unter:
www.ddg.info/weiterbildung.html



➔ Diabetesassistent/in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine	Kosten
99	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1172 ☎ Fax: 05971 42-1116 v.breulmann@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 14.04. – 25.04.2020 2. Block: 22.06. – 03.07.2020	1.665,- € inkl. Prüfungs- und Zertifikatsgebühr
48	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Regensburg Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22 ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	1. Block: 22.06. – 03.07.2020 2. Block: 16.11. – 27.11.2020	1.655,- € inkl. Prüfungs- und Zertifikatsgebühr
100	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1172 ☎ Fax: 05971 42-1116 v.breulmann@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 21.09. – 02.10.2020 2. Block: 23.11. – 04.12.2020	1.655,- € inkl. Prüfungs- und Zertifikatsgebühr
25	Diabeteszentrum am Elisabeth-Krankenhaus Essen Klara-Kopp-Weg 1, 45138 Essen ☎ Tel.: 0208/30542818 ☎ Tel.: 0202/8974592 a.meier@contilia.de www.contilia.de/karriere/contilia-akademie/aktuelle-lehrgaenge.html	1. Block 21.09. – 02.10.2020 2. Block 25.01. – 06.02.2021	1.470,- € inkl. Prüfungs- und Zertifikatsgebühr
9	Diabetes Zentrum Thüringen e.V. c/o Universitätsklinikum Jena Am Klinikum 1, Gebäude A, 07740 Jena ☎ Tel.: 03641/9324346 ☎ Fax: 03641/9324347 nadine.kuniss@med.uni-jena.de www.diabetes-thueringen.de	1. Block 05.10. – 16.10.2020 2. Block 25.01. – 05.02.2021	1.300,- € inkl. Prüfungs- und Zertifikatsgebühr
11	Medigreif Inselklinik Heringsdorf GmbH - Haus Gothensee Setheweg 11, 17424 Heringsdorf ☎ Tel.: 038378/780-502 ☎ Fax: 038378/780-555 r.schiel@medigreif-inselklinikum.de k.kosch@medigreif-inselklinikum.de www.inselklinik.de	1. Block 09.11. – 20.11.2020 2. Block 22.02. – 06.03.2021	1.515,- € inkl. Prüfungs- und Zertifikatsgebühr

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

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

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
6	Diabetes Kongress 2020 City Cube Berlin	23.05.2020

Weitere Informationen sowie das Anmeldeformular finden Sie auf

www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/weiterbildung/basisqualifikation-diabetes-pflege-ddg.html

➔ Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
BaQ_ BL_02	Diabeteszentrum Bad Lauterberg Kirchberg 21 37431 Bad Lauterberg, Dr. Thomas Werner sekretariat@diabeteszentrum.de	28.02. + 29.02.2020
BaQ_ KO 03	Malteser Krankenhaus St. Hildegardis Bachemer Str. 29-33, 50931 Köln, Elke Breet ☎ Tel.: 0221 40038018 Diabetesberatung.Koeln@malteser.org	03.03. + 04.03.2020
BaQ_ MK_01	DSP Dr. med. Ulrich Kluger, Petra Hornung Marktstr. 43, 67487 Maikammer ☎ Tel.: 06321 5680 praxis@mai-med.de	06.03. + 13.03.2020
BaQ_ BW_01	Asklepios Bildungszentrum Nordhessen Ort: Asklepios Klinikum Schwalmstadt, Diabetes Schulungsraum Franziska Buchwald, Laustraße 37, 34537 Bad Wildungen ☎ Tel.: 05621 795 24 13 fr.buchwald@asklepios.com	18.03. + 20.03.2020
BaQ_ RB_06	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22 ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	30.03. + 31.03.2020

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
BaQ_CO_04	Veranstaltungsort Klinikum Coburg durchführende Einrichtung REGIOMED-Kliniken Coburg Nicole Freund, Gustav-Hirschfeld-Ring 3, 96450 Coburg ☎ Tel.: 0941/569622 nicole.freund@regiomed-kliniken.de	30.03. + 31.03.2020
BaQ_RB_07	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22 ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	16.06.2020
BaQ_CO_05	Veranstaltungsort Klinikum Coburg durchführende Einrichtung REGIOMED-Kliniken Coburg Nicole Freund, Gustav-Hirschfeld-Ring 3, 96450 Coburg ☎ Tel.: 0941/569622 nicole.freund@regiomed-kliniken.de	23.09. + 24.09.2020
BaQ_KO_04	Malteser Krankenhaus St. Hildegardis Elke Breet, Bachemer Str. 29-33, 50931, Köln ☎ Tel.: 0221/40038018 Diabetesberatung.Koeln@malteser.org	28.10. + 29.10.2020
BaQ_BW_02	Asklepios Bildungszentrum Nordhessen Ort: Asklepios Klinikum Schwalmstadt, Diabetes Schulungsraum Franziska Buchwald, Laustraße 37, 34537 Bad Wildungen ☎ Tel.: 05621/795 24 13 fr.buchwald@asklepios.com	04.11. + 06.11.2020

Weitere Informationen finden Sie auf www.ddg.info/weiterbildung/basisqualifikation-diabetes-pflege-ddg.html

➔ Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Klinik)

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine	Kosten
10	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital 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	RED – Institut für medizinische Forschung und Weiterbildung Oldenburg 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

➔ Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Langzeit)

Sofern Sie Interesse an Veranstaltungen haben, setzen Sie sich gerne direkt mit den Veranstaltern in Verbindung. Hier erhalten Sie auch weitere Informationen: 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

➔ Podologe/Podologin DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine	Kosten
7	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital 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. 75,- € 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

➔ Wundassistent/in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
54	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Rheine 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	CID Centrum für integrierte Diabetesversorgung 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
43	Deutsches Institut für Wundheilung , Kursort: Radolfzell, Fritz-Reichle-Ring 2, 78315 Radolfzell ☎ Tel.: 07732/9391525 info@deutsches-wundinstitut.de www.deutsches-wundinstitut.de	20.04. – 24.04.2020

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
22	Diabetes Zentrum Thüringen e.V. (Universitätsklinikum Jena, Klinik für Innere Medizin III, FB Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen) Am Klinikum 1, Gebäude A, 07743 Jena ☎ Tel.: 03641/9324341 ☎ 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	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22 ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	15.06. – 19.06.2020
45	CID Centrum für integrierte Diabetesversorgung Kursort: St. Vinzenz-Hospital, Merheimer Str. 221-223, 50733 Köln ☎ Tel.: 0221/9349461 schulung@cid-direct.de www.cid-direct.de	14.09. – 18.09.2020
23	Diabetes Zentrum Thüringen e.V. (Universitätsklinikum Jena, Klinik für Innere Medizin III, FB Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen) Am Klinikum 1, Gebäude A, 07743 Jena ☎ Tel.: 03641/9324346 ☎ Fax: 03641/9324342 nadine.kuniss@med.uni-jena.de www.diabetes-thueringen.de	1. Block: 07.10. – 09.10.2020 2. Block: 14.10. – 15.10.2020
44	Deutsches Institut für Wundheilung Kursort: Radolfzell Fritz-Reichle-Ring 2, 78315 Radolfzell ☎ Tel.: 07732/9391525 info@deutsches-wundinstitut.de www.deutsches-wundinstitut.de	26.10. – 30.10.2020
55	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Rheine Frankenburgstr. 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/421101 ☎ Fax: 05971/421116 r.ricklin@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	02.11. – 07.11.2020

ACHTUNG: neue Preise ab 2020

Kosten: Die Kosten des Kurses betragen 700,- € inkl. Material und Prüfungsgebühr.

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

Hier erhalten Sie auch Auskunft über das Bewerbungsverfahren.

Weitere Termine und Infos finden Sie auf www.ddg.info/weiterbildung/wundassistentin-ddg/kurstermine.html

➔ Seminare Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung in der Diabetologie

Kurs	Termine	Tagungsort	Kosten
Dr. rer. medic. Nicola Haller medipäd Am Bühl 7 1/2, 86199 Augsburg ☎ Tel.: 0175/4004901 dr.nicola.haller@medi-paed.de www.medi-paed.de	13.03. – 16.03.2020 08.05. – 11.05.2020 24.07. – 27.07.2020 25.09. – 28.09.2020 27.11. – 30.11.2020	Augsburg, Tagungszentrum Hotel am alten Park, DIAKO (zentral in Bahnhofsnähe)	699,- € inkl. MwSt. inkl. Seminarunterlagen und Pausengetränke 31 Fortbildungspunkte für 4 Tage
willms.coaching Wilhelm-Busch-Str. 19, 37083 Göttingen ☎ Tel.: 0551/7974741 ☎ Fax: 0551/29213514 office@willmscoaching.de www.willmscoaching.de	22.04. – 25.04.2020 24.09. – 27.09.2020 12.11. – 15.11.2020* *Schwerpunkt Pädiatrie 08.12. – 11.12.2020	Göttingen, Eden Hotel	720,- € inkl. Pausenbewirtung und Mittagessen Frühbucherrabatt bei Zah- lungseingang 60 Tage vor Seminarbeginn Fortbildungspunkte der Ärztelkammer werden erteilt.
Dipl.-Psych. Isabel Laß ☎ Tel.: 06081/576 589 (Praxis-Tel. mit AB) www.familien-team.de	Teil 1: 12.09. – 13.09.2020 Teil 2: 17.10. – 18.10.2020	Bürgerhospital, Diabetes-Zentrum Rhein-Main, Nibelungenallee 37, 60148 Frankfurt	840,- € inkl. MwSt., Seminarunterlagen, Getränke und Snacks Fortbildungspunkte werden beantragt

➔ 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

➔ 80-Std.-Kurs Klinische Diabetologie

Kurs	Termine	Tagungsort
Freiburg 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
Hannover 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
Dresden Kursleitung: Prof. Dr. Peter Schwarz	Teil 1: 31.08. – 04.09.2020 Teil 2: 21.09. – 26.09.2020 (Kurs findet nur statt bei einer Teilnehmerzahl von mind. 75)	Tagungsort für Teil 1 und Teil 2: Universität Dresden Fetscherstr. 74 01307 Dresden

Kosten: 1.250,- € für beide Kursteile. Reise-, Übernachtungs- und Verpflegungskosten sind in der Kursgebühr nicht enthalten und gehen zu Lasten der Teilnehmenden.


Wissen auffrischen und Kontakte knüpfen

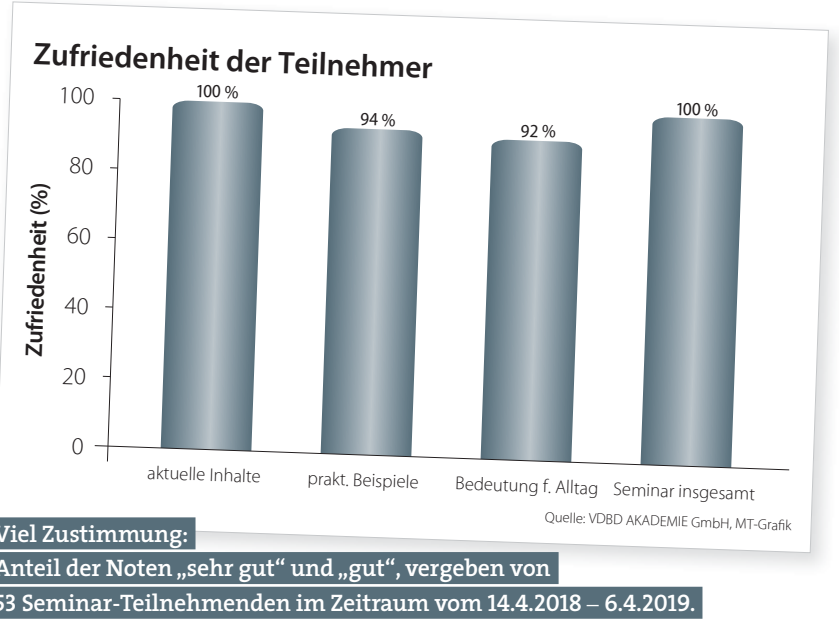
VDBD-Vorbereitungskurs erleichtert Weiterbildungen der DDG

BERLIN. Wer sich noch nicht sicher ist, ob er lieber die Weiterbildung zum/zur Diabetesberater/in DDG oder die zum/zur Diabetesassistentent/in DDG absolvieren sollte, kann einen Vorbereitungskurs der VDBD Akademie besuchen. Dort lernen Interessierte, wie der Berufsalltag der Berufsgruppen aussieht. Außerdem frischen sie ihr diabetologisches Wissen auf.

und Vorkenntnisse im Bereich Diabetes haben, lässt das Seminar sehr kommunikativ und jedes Mal besonders werden. Immer wieder kommt es vor, dass sich Teilnehmende für denselben anschließenden Assistenten- bzw. Beraterkurs anmelden. Somit könnten sie schon vor dem eigentlichen Kursstart Kontakte knüpfen.

Ich freue mich, 2020 weitere werdende Diabetesassistentinnen und Diabetesberaterinnen kennenlernen zu dürfen, sowie auf ein lebendiges und kurzweiliges Seminar. *Juliane Steffan*

Anmeldung unter:
 www.vdbd-akademie.de



Unter dem Motto „Fit für die Weiterbildung“ bietet die Akademie des Verbandes der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland (VDBD Akademie) angehenden Diabetesassistenten bzw. -assistentinnen und Diabetesberatern bzw. -beraterinnen Gelegenheit, sich sowohl über das Berufsbild als auch die Inhalte der Weiterbildung zu informieren. In den letzten bei-



Juliane Steffan
 Diabetesberaterin DDG
 und Referentin des
 Vorbereitungskurses

Foto: Diabetes Zentrum
 Mergentheim

den Jahren haben mehr als 50 werdende Diabetesassistentinnen und -beraterinnen diesen Kurs besucht, mit äußerst positivem Echo. Dabei wurde die Vermittlung von aktuellen Inhalten anhand praktischer Beispiele und deren Relevanz für den Alltag als besonders wertvoll rückgemeldet.

Kurs geht auf den strukturellen Ablauf der Weiterbildungen ein

Ziel des Vorbereitungskurses ist es, den Berufsalltag einer Diabetesberaterin bzw. einer Diabetesassistentin anschaulich zu beschreiben, sowie den strukturellen Ablauf der jeweiligen Weiterbildung darzustellen. Besonders empfohlen wird der Kurs für Berufseinsteiger oder angehende bzw. bereits zertifizierte Diabetesassistentinnen oder -beraterinnen, die nach einiger Zeit einen Wiedereinstieg in die Diabetologie planen. Aber auch, wer diesen Schwerpunkt neu für sich gefunden hat, ist richtig.

Wissen zum Diabetes wird auf den neuesten Stand gebracht

Weiterhin wird grundlegendes Wissen rund um den Diabetes aufgefrischt und vertieft, eine wichtige Basis für beide Weiterbildungen. Es werden neue Trends und Techniken in der Diabetestherapie vorgestellt, aber auch in praktischen Einheiten geübt. So etwa das Einschätzen der Kohlenhydrateinheiten, die Insulinapplikation sowie die Blutzucker-selbstkontrolle. Die Teilnehmenden erhalten Ideen, welche Inhalte bei welchem Diabetestyp vermittelt werden sollen. Hierfür werden die zertifizierten Schulungsprogramme vorgestellt.

Die bunte Mischung der Teilnehmenden, die verschiedenste Grundberufe

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^{1,***}

AUF DIE EINSTELLUNG KOMMT ES AN!

2018 ADA/EASD – CONSENSUS REPORT: ALGORITHMUS FÜR DIE THERAPIE DES TYP-2-DIABETES²

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





Insulin glargin 300 E/ml

JETZT AUCH ERHÄLTICH IM NEUEN TOUJEO® DOUBLESTAR™³

¹ Rosenstock J et al. *Diabetes Care* 2018; 41: 2147–54 (BRIGHT); ² Davies M et al. *Diabetes Care* 2018; 41: 2669-701; ³ Toujeo® Fachinformation, Stand Juni 2019.

Toujeo® 300 Einheiten/ml SoloStar®, Injektionslösung in einem Fertigen - Toujeo® 300 Einheiten/ml DoubleStar™, Injektionslösung in einem Fertigen
Wirkstoff: Insulin glargin. **Zusammens.**: 300 Einheiten Insulin glargin/ml (entsprechend 10,91 mg) SoloStar-Pen: Ein Pen enthält 1,5 ml Injektionslösung, entsprechend 450 Einheiten. DoubleStar-Pen: Ein Pen enthält 3 ml Injektionslösung, entsprechend 900 Einheiten. **Sonst. Bestand.**: Zinkchlorid, Metacresol (Ph.Eur.), Glycerol, Salzsäure, Natriumhydroxid, Wasser für Injektionszwecke. **Anw.-Geb.:** Diabetes mellitus bei Erwachsenen. **Gegenanz.**: Überempfindlichk. gegen d. Wirkstoff/sonstige Bestand. **Warnhinw. u. Vorsichtsm.**: Bei diabet. Ketoazidose Empfeh. von Normalinsulin i. v. Verstärkte Überwach. d. Blutzuckers b. Hypoglykämie b. Risiko kardialer oder zerebraler Komplikationen sowie proliferativer Retinopathie. Stoffwechsellüberwachung b. interkurrenten Erkrank. B. Komb. m. Pioglitazon Anzeich. u. Symptome v. Herzinsuff. u. Ödemen müssen beobachtet werden. Bei Verschlechterung d. kard. Sympt. 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. **Stoffwechsell/Ernährungsstör.**: Sehr häufig Hypoglykämie. **Nervensyst.**: Sehr selten Geschmacksstör. **Augen:** Selten Sehstörungen, Retinopathie. **Haut/Unterhautzellgeweb.**: Häufig Lipohypertrophie, gelegentl. Lipodystrophie. **Steißmusk./Bindegew./Knochen:** Sehr selten Myalgie. **Allg./Verabr. art:** Häufig Reakt. a. d. Einstichstelle. Selten Ödeme. **Verschreibungspflichtig.** Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, D 65926 Frankfurt am Main, Deutschland
 Stand: Juni 2019 (SADE.TJO.19.07.1902).

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

STELLENANGEBOTE

Bad Dürkheim 03.02.2020

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

- Tätigkeit als: Diabetologe/Diabetologin (m/w/d)
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit, Teilzeit
- Stellenbeschreibung: Diabetologe und Facharzt für Allgemeinmedizin, Diabetologe und hausärztlicher Internist. 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, Rheinland-Pfalz
- Ansprechpartner: Frau Dr. med. Ulrike Wetzel
- Telefonnummer: 063222930
- E-Mail: wetzel-beindersheim@t-online.de

Osterode am Harz 02.02.2020

Facharzt Innere Medizin/Diabetologe (m/w/d) in Vollzeit, Teilzeit, ab dem 01.04.2020

- Tätigkeit als: Facharzt Innere Medizin/Diabetologe (m/w/d)
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit, Teilzeit
- Stellenbeschreibung: Für unser Medizinisches Versorgungszentrum mit diabetologischem Schwerpunkt am Standort Osterode und/oder Bad Lauterberg am Harz suchen wir einen Facharzt für Innere Medizin, möglichst mit der Zusatzqualifikation Diabetologie (m/w/d) in Voll-/Teilzeit zum 01.04.2020 (oder später).
- Kontakt: MVZ PRIMEDUS Schwerpunkt Diabetologie GmbH, Abgunst 1 a, 37520 Osterode am Harz
- Ansprechpartner: Dr. med. Jana Henße
- Telefonnummer: 0170/9619566
- E-Mail: hensse@primedus-sd.de
- Webseite: www.primedus-sd.de

Lüdenscheid 29.01.2020

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

- Tätigkeit als: Diabetesberater oder Diätassistent (m/w/d)
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit, Teilzeit
- Stellenbeschreibung: Zu Ihren Aufgaben gehören
 - die selbständige Betreuung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Diabetes mellitus in der Jugendhilfeeinrichtung
 - die sichere Anwendung der gängigen Pumpen- und CGM-Technologien (auch erlernbar)
 - die Vorbereitung, Durchführung und Evaluation von Schulungen der Bewohner und pädagogischen Mitarbeiter der Einrichtung
 - die Ernährungsberatung der Bewohner und Mitarbeiter der Einrichtung
- Wir wünschen uns:
 - eine abgeschlossene Ausbildung zum/zur Diätassistent/in
 - oder eine abgeschlossene Weiterbildung zum/zur Diabetesberater/in DDG
 - soziale Kompetenz, Flexibilität, Überzeugungskraft und Organisationstalent
 - Kooperationsbereitschaft
 - Bereitschaft zur Arbeit mit bei uns in der Jugendhilfeeinrichtung untergebrachten Kindern und Jugendlichen
- Wir bieten Ihnen:
 - einen interessanten Arbeitsplatz mit viel Raum zur individuellen Gestaltung
 - einen sicheren Arbeitsplatz bei einem Arbeitgeber der Kinder-, Jugend- und Behindertenhilfe
 - eine angemessene Vergütung, angelehnt an den TVöD
 - Raum für Ihre persönliche und berufliche Weiterentwicklung
 - ein angenehmes Betriebsklima

Es werden keine Vorerfahrungen in der Kinderdiabetologie vorausgesetzt. Allerdings die Bereitschaft, dies zu erlernen.

- Kontakt: Zentrum für jugendliche Diabetiker, Danziger Weg 1, 58511 Lüdenscheid
- Ansprechpartner: Michael Langhals
- Telefonnummer: 02351 98 91 27
- E-Mail: langhals.michael@jugenddiabetes.de
- Webseite: www.jugenddiabetes.de



Weitere Angebote unter:
www.ddg.info/job-und-praxenboerse.html

80333 München 31.01.2020

Internist/in oder Arzt/in mit Zusatz Diabetologie in Teilzeit, ab dem 01.04.2020

- Tätigkeit als: Internist/in oder Arzt/in mit Zusatz Diabetologie
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Stellenbeschreibung: gesucht für 1-3 halbe Tage/Woche in schöner Diabetes-Schwerpunktpraxis mit freundlichem Team, München Zentrum
- Kontakt: Praxis Dr. Thomas Meryk, 80333 München
- Ansprechpartner: Dr. Thomas Meryk
- E-Mail: info@dr-meryk.de

Idstein 30.01.2020

Arzt/Ärztin (w/m/d) in Vollzeit, Teilzeit, ab sofort

- Tätigkeit als: Arzt/Ärztin (w/m/d)
- Arbeitszeit: Vollzeit, Teilzeit
- Stellenbeschreibung: Verstärkung gesucht!
- Voll-/Teilzeit: Diabetes Schwerpunktpraxis in Idstein sucht Verstärkung. Ich suche ab sofort einen Facharzt (w/m/d) für Allgemeinmedizin/Innere Medizin zur Anstellung in Teil- oder Vollzeit zur Erweiterung einer Diabetes Schwerpunktpraxis und Verstärkung der hausärztlichen Versorgung.

Wir sind ein tolles Team mit viel Spaß an der Arbeit. Ich biete leistungsgerechte Vergütung und die Option zur langfristigen Mitarbeit. 2 Jahre Weiterbildungsermächtigung für Innere Medizin ist vorhanden. Der Antrag für die WB der Diabetologie ist gestellt.

- Kontakt: Praxis Dr. Jansen, Idstein
- Ansprechpartner: Dr. med. Tsai-Yu Jansen
- E-Mail: Praxis@Diabetologie-Idstein.de

Berlin 28.01.2020

Facharzt Allgemeinmedizin/Innere Medizin (m/w/d) mit Wunsch zur Weiterbildung Diabetologie in Vollzeit, Teilzeit, ab sofort

- Tätigkeit als: Facharzt Allgemeinmedizin/Innere Medizin mit Wunsch zur Weiterbildung Diabetologie
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit, Teilzeit
- Stellenbeschreibung: Wir sind Deutschlands größtes MVZ und suchen aktuell einen geeigneten Kandidaten für die Mitarbeit in unserem allgemeinmedizinisch hausärztlichen/internistischen/diabetologischen Team.
- Was wir als Arbeitgeber vielleicht besser machen als andere: Was wir bieten?
 - work-life-balance mit sehr familienfreundlichen Arbeitszeiten (keine Wochenenden, keine Nachtdienste, keine KV-Dienste)
 - Bei der Sprechstundenverteilung wird Rücksicht auf Ihre Bedürfnisse genommen
 - Bezahlung in Anlehnung an den Tarifvertrag der Helios-Klinikgruppe
 - Interne und externe Fortbildungen
 - Möglichkeit der Weiterbildung zum Diabetologen DDG, ab 2021 auch Weiterbildung nach ÄK Berlin
 - Übernahme von Führungsverantwortung nach entsprechender Einarbeitung im Bereich der ambulanten Medizin
 - großes kollegiales Team mit 12 Ärzten in der Abteilung sowie interdisziplinärer Austausch mit den anderen Fachabteilungen
 - Helios-Plus-Karte für stationäre Aufenthalte
- Was wir uns wünschen?:
 - Abgeschlossene Facharzt Ausbildung für Innere Medizin oder Allgemeinmedizin. Wenn schon ambulante Erfahrungen vorhanden sind, wäre dies ein Pluspunkt. Es erwartet Sie in jedem Fall eine strukturierte Einarbeitung
 - Ärztliche Kollegen mit Teamgeist und Ambitionen, sich in die ambulante Versorgung und Abrechnung einzuarbeiten
- Kontakt: Poliklinik am Helios Klinikum Berlin Buch, Schwanebecker Chaussee 50, 13125 Berlin
- Ansprechpartner: Dr. Michael Fiedler
- E-Mail: michael.fiedler@helios-gesundheit.de

Offenbach-Bieber 28.01.2020

Arzt/Ärztin (m/w/d) in Vollzeit, ab sofort

- Tätigkeit als: Arzt/Ärztin
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Stellenbeschreibung: Internist oder Allgemeinmediziner (w/m/d) mit dem Schwerpunkt Diabetologie (gerne weitere Qualifikationen) zur Anstellung gesucht für eine Hausarztpraxis in einem wohlhabenden Vorort von Offenbach. In der allgemeinmedizinischen Praxis mit internistisch-diabetologischem Schwerpunkt erwartet Sie ein kompetentes Team.

- Kontakt: Praxis, Offenbach-Bieber
- Ansprechpartner: Andrea Ulrich
- Telefonnummer: 0641 - 94 88 64 723
- E-Mail: a.ulrich@iwg.de
- Webseite: www.iwg.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 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

Foto: forcella/Brad Pict

Aschaffenburg 28.01.2020

Ernährungsberaterin/Diabetesassistentin (w/m/d) in Vollzeit, Teilzeit, ab sofort

- Tätigkeit als: Ernährungsberaterin/Diabetesassistentin (w/m/d)
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit, Teilzeit
- Ihre Aufgaben:
 - organisatorische und fachliche Tätigkeiten in einer internistischen-hausärztlichen-diabetologischen Praxis
 - offene wertschätzende Kommunikation im Team
 - Ansprechpartner für Patienten, Angehörige, Zuweiser und Kollegen
 - Ernährungs- und Diabetes-Beratung inklusive Leistungsabrechnung
- Ihr Profil:
 - abgeschlossene Ausbildung mit Berufserfahrung
 - Teamfähigkeit, Eigeninitiative, Belastbarkeit und Organisationsfähigkeit
 - Freude im Umgang mit Patienten
 - Erfahrungen in der Benutzung von Praxisverwaltungssystemen (z.B. Medistar)
- Wir bieten Ihnen:
 - einen attraktiven Arbeitsplatz in einer modern ausgestatteten Praxis
 - eine wertschätzende Bezahlung mit Zusatzleistungen
 - ein vielseitiges und interessantes Aufgabengebiet
 - ein kollegiales und innovatives Team, das offen ist Abläufe zu hinterfragen und zu optimieren
 - sehr gute Erreichbarkeit der Praxis mit öffentlichen Verkehrsmitteln, Parkhäuser in unmittelbarer Nähe
- Kontakt: Praxis Dr. Martin Lange, Frohsinnstrasse 11, 63739 Aschaffenburg
- Ansprechpartner: Dr. Martin Lange
- Telefonnummer: 06021-21105
- E-Mail: info@praxis-lange-ab.de
- Webseite: www.praxis-lange-ab.de

Arnsberg 28.01.2020

Diabetesberaterin (m/w/d) in Teilzeit, ab sofort

- Tätigkeit als: Diabetesberaterin
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Stellenbeschreibung: Gesucht wird eine Diabetesberaterin/ Diabetesassistentin für amb. und stat. Schulungen bzw. Begleitung in der Diabetesambulanz i.B. der Kinderdiabetologie
- Kontakt: MVZ am Klinikum Arnsberg GmbH, Praxis für Kinder- u. Jugendmedizin, Arnsberg
- Ansprechpartner: Dr. Thomas Hofmann
- E-Mail: t.hofmann@klinikum-hochsauerland.de

NACHFOLGE GESUCHT

Schkeuditz 08.01.2020

Nachfolger für Diabetologe/Diabetologin

- Fachrichtung: Diabetologe/Diabetologin
- Beschreibung: Gut laufende Diabeteschwerpunktpraxis in Schkeuditz sucht ab sofort Nachfolger. Veröffentlichung der KVS erfolgt im Januar 2020.
- Kontakt: Dr. Sandra Gerstenberger, Robert-Koch-Str. 32, 04435 Schkeuditz
- Ansprechpartner: Dr. Sandra Gerstenberger
- Telefon: 034204 62095
- E-Mail: sandragerstenberger@gmx.de
- Webseite: praxis-steindorf.de

STELLENGESUCHE

Essen und Umgebung 03.02.2020

Dipl. oec. troph. & Diabetesassistentin in Vollzeit, ab sofort

- Stellengesuch als: Dipl. oec. troph. & Diabetesassistentin
- Möglicher Arbeitsbeginn: ab sofort
- Gewünschte Arbeitszeit: Vollzeit
- Gewünschter Einsatzort: Essen und Umgebung
- Bisherige Tätigkeit(en): Kundenberatung
- Kontakt: Frau Kathrin Heck
- E-Mail: kathrin.heck.78@gmail.com

Stuttgart und Umgebung 28.01.2020

Diabetesassistentin, Wundassistentin in Teilzeit, ab sofort

- Stellengesuch als: Diabetesassistentin, Wundassistentin
- Möglicher Arbeitsbeginn: ab sofort
- Gewünschte Arbeitszeit: Teilzeit
- Gewünschter Einsatzort: Stuttgart und Umgebung
- Kontakt: Frau Marija Biller
- E-Mail: marijabiller@gmx.de

Würzburg und Umgebung 15.01.2020

Diätassistentin zur Weiterbildung als Diabetesberaterin DDG in Vollzeit, Teilzeit, ab sofort

- Stellengesuch als: Diätassistentin zur Weiterbildung als Diabetesberaterin DDG
- Ausbildung: Diätassistentin
- Möglicher Arbeitsbeginn: ab sofort
- Gewünschter Vertrag: unbefristet
- Gewünschte Arbeitszeit: Vollzeit, Teilzeit
- Gewünschter Einsatzort: Würzburg und Umgebung
- Fähigkeiten/Kenntnisse: Zertifizierung DGE, Russisch
- Kontakt: Frau Natalie Keib
- E-Mail: natalie_keib@web.de
- Telefonnummer: 015234264909

Berlin 13.01.2020

Diabetesberaterin DDG in Vollzeit, Teilzeit, ab sofort

- Stellengesuch als: Diabetesberaterin DDG
- Ausbildung: MFA, Diabetesberaterin DDG
- Möglicher Arbeitsbeginn: ab sofort
- Gewünschter Vertrag: unbefristet
- Gewünschte Arbeitszeit: Vollzeit, Teilzeit
- Gewünschter Einsatzort: Berlin
- Berufserfahrung in Jahren: 4 Jahre
- Bisherige Tätigkeit(en): Leitende MFA
- Diabetesberaterin DDG
- Administrative Aufgaben (DMP, Gutachten)
- Fähigkeiten/Kenntnisse: Gruppenschulungen, Insulineinstellungen, Insulinpumpen-Beantragung und -Einstellung, Betreuung von Schwangeren Typ-1-Diabetikerinnen und Patientinnen mit GDM
- Kontakt: sapa29@web.de

München, Landsberg, Kaufbeuren, Kempten 17.01.2020

MFA/Diabetesassistentin in Teilzeit ab 01.04.2020

- Stellengesuch als: MFA/Diabetesassistentin
- Möglicher Arbeitsbeginn: 01.04.2020
- Gewünschter Vertrag: unbefristet
- Gewünschte Arbeitszeit: Teilzeit
- Gewünschter Einsatzort: München, Landsberg, Kaufbeuren, Kempten
- Berufserfahrung in Jahren: 25
- Bisherige Tätigkeit(en): MTA Labor im Klinikum (1980-1985) Medizinische Fachangestellte/Arzthelferin seit 1995 bis heute, davon 4 Jahre in der Dialyse, 4 Jahre in der Diabetologie.
- Fähigkeiten/Kenntnisse: Ausbildung zur Diabetesassistentin DDG 2003 ... jährliche Fortbildungen. Stelle mit Option zur Weiterbildung Diabetesberaterin bevorzugt.
- Kontakt: brigittiebene@yahoo.de
- Telefonnummer: 08341-67415

FAMULATUR, PJ, HOSPITATION

St. Vincenz Krankenhaus Diabetologie Auf dem Schafsberg 65549 Limburg

- Ansprechpartner: Carsten Spies
- Telefonnummer: 06431/2927325
- E-Mail-Adresse: c.spies@st-vincenz.de
- Merkmale: Diabeteszentrum (DDG Zertifikat) Fußbehandlung (DDG Zertifikat)
- Wir bieten an: Hospitation Für unsere Re-Zertifizierung des Diabeteszentrums suchen wir einen Hospitanten (m/w/d) aus dem ärztlichen Bereich. Wir würden uns über einen Besuch und kollegialen Austausch freuen.

Diabetes Zentrum Dr. Tews Dr. Dietrich Tews Herzbachweg 14 E 63571 Gelnhausen

- Ansprechpartner: Dr. D. Tews
- Telefonnummer: 06051/914860
- E-Mail-Adresse: info@tews-diabetes.de
- Merkmale: Diabeteszentrum (DDG Zertifikat) Fußbehandlung (DDG Zertifikat) Pädiatrie
- Wir bieten an: Hospitation, Famulatur und PJ Wir sind eine Praxis mit ausschließlich Diabetespatienten. Wir setzen alle Diabetes Therapien und verfügbare technische Hilfsmittel (Pumpen, rtCGMS) im Alltag um. Modernste Medikamente laufen über unser Studienzentrum.

Weitere Famulatur-, PJ-, und Hospitationsplätze jetzt online finden:

www.ddg.info/famulatur-pj-und-hospitationsboerse.html

Therapie des Typ-2-Diabetes:

JARDIANCE - EINFACH STARK

SPÜRBAR STARK
Signifikante Senkung von Gewicht, Blutzucker und Blutdruck ^{1,a}

LANGFRISTIG STARK
38 % RRR für kardiovaskuläre Mortalität ^{1,2,* ,a}
35 % RRR für Hospitalisierungen aufgrund von Herzinsuffizienz ^{1,2,* ,a}

Jardiance®
(Empagliflozin)

RRR = Relative Risikoreduktion | * EMPA-REG OUTCOME®-Studienpopulation: erwachsene Patienten mit Typ-2-Diabetes und KHK oder pAVK oder vorangegangenen Myokardinfarkt oder Schlaganfall (Ereignis > 2 Monate). | a. Im Rahmen der Therapie des Typ-2-Diabetes. | 1. Fachinformation JARDIANCE® (Empagliflozin), Stand: Oktober 2019. | 2. Zinman B et al. N Engl J Med 2015; 373(22): 2117-28.

Jardiance® 10 mg/25 mg Filmtabletten. Wirkstoff: Empagliflozin. **Zusammensetzung:** Eine Tablette Jardiance® enthält 10 mg bzw. 25 mg Empagliflozin. **Sonstige Bestandteile:** Lactose-Monohydrat, mikrokristalline Cellulose, Hypromellose, Croscarmellose-Natrium, hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat, Hypromellose, Titandioxid (E171), Talkum, Macrogol (400), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172). Jede Tablette enthält weniger als 1 mmol Natrium (23 mg). **Anwendungsgebiete:** Jardiance wird zur Behandlung von Erwachsenen mit nicht ausreichend behandeltem Typ-2-Diabetes mellitus als Ergänzung zu Diät und Bewegung angewendet; als Monotherapie bei Metforminunverträglichkeit u. zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Diabetes. Zu Studienergebnissen im Hinblick auf Kombinationen, die Wirkung auf Blutzuckerkontrolle und kardiovaskuläre Ereignisse sowie die untersuchten Populationen siehe Fachinformation, Abschnitte 4.4, 4.5 und 5.1. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Hypoglykämie (bei Kombination mit Sulfonylharnstoff oder Insulin). Häufig: vaginale Moniliasis, Vulvovaginitis, Balanitis, andere genitale Infektion, Harnwegsinfektion (einschließlich Pyelonephritis und Urosepsis), Pruritus (generalisiert), Hautausschlag, verstärkte Harnausscheidung, Durst, Serumlipide erhöht. Gelegentlich: Urtikaria, Volumenmangel, Dysurie, Kreatinin im Blut erhöht / glomeruläre Filtrationsrate vermindert, Hämatokrit erhöht. **Selten:** diabetische Ketoazidose. **Häufigkeit nicht bekannt:** Angioödem, nekrotisierende Faszitis des Perineums (Fournier's Gangrän). **Warnhinweise:** Enthält Lactose. Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. **Weitere Hinweise:** Siehe Fachinformation. Verschreibungspflichtig. Stand: Jan. 2019

Pharmazeutischer Unternehmer: Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG, Binger Str. 173, 55216 Ingelheim am Rhein, Tel.: 0800/7790900, Fax: 06132/729999, E-Mail: info@boehringer-ingelheim.com

03/20

Boehringer Ingelheim

Boehringer Ingelheim

Lilly

BUNTES



Kleine Galerie

Olga Welter freute sich sehr über die Möglichkeit, ihre Bilder auf der Diabetes Herbsttagung in Leipzig ausstellen zu können.

Vielseitig

Diabetologin zeigte ihre Kunstwerke auf der Herbsttagung

Auf der Diabetes Herbsttagung in Leipzig im vergangenen November gab es ein Novum der besonderen Art: Die Kongressagentur hatte eine kleine Kunstausstellung ins Leben gerufen. Eine der Künstlerinnen ist die Internistin und Diabetologin DDG OLGA WELTER. Bereits in ihrer Kindheit und Jugend malte sie viel und besuchte zudem eine Kunstschule. Im Jahr 2018 hat sie die

Malerei für sich neu entdeckt und beschäftigt sich seitdem in ihrer Freizeit mit dem Medium Pastell. „Sowohl in der Medizin als auch in der Kunst versuche ich, ‚mitten im Leben‘ zu bleiben und meinen Patienten eine positive Einstellung zu vermitteln. Viele meiner Motive stammen aus der Umgebung“, so die Künstlerin über ihre persönliche Motivation. dz



+++ Die nächste Ausgabe der diabeteszeitung erscheint am 18. März +++