



Das eigene Süppchen kochen

BERLIN. In ihren aktualisierten Ernährungsempfehlungen bei Typ-2-Diabetes unterstreicht die DDG individuelle Vorlieben für eine nachhaltige Gewichtsreduktion. Dem federführenden Ausschuss für Ernährung war dabei besonders wichtig, praxisorientierte Fragen zu beantworten, wie Prof. Dr. Diana Rubin im Interview erzählt. 4

Grüner Daumen Diabetes

Recycling – ein großes Thema bei DiaTec 2022 und T1Day

KAARST. Wohin mit dem ganzen Müll? Immer mehr Menschen mit Diabetes fragen sich, wie sie ihre gebrauchten Einwegsulinspens, Nadeln und Applikatoren der Glukosesensoren entsorgen sollen. Dabei wollen die meisten den Pla-

stikmüll nicht einfach nur wegwerfen, sondern korrekt entsorgen, sprich nachhaltig und recyclebar. Auf der diesjährigen DiaTec-Fortbildung stand dieses Thema daher weit oben auf der Agenda. Neben Ideen und rechtlichen Gegebenheiten präsentierten

die Referierenden auch erste Lösungen der Hersteller, die von vorgefüllten CO₂-neutralen Autoinjektoren bis hin zur Rücknahme und Wiederverwertung der Einwegpens reichen. Weil Nachhaltigkeit genauso wie Diabetes niemals schläft, diskutierte

man auch noch am darauffolgenden T1Day über die Eindämmung der Plastikflut. Aber natürlich ging es auch um viele weitere spannende Themen, etwa die neuesten AID-Systeme oder die aktuelle Erstattungspraxis bei den Krankenkassen. 8

Hinfort mit den Urinteststreifen!

WIESBADEN. Albumin im Urin ist das verlässlichste Zeichen einer beginnenden Nephropathie bei Menschen mit Diabetes. Falls Betroffene überhaupt darauf getestet werden, kommt nur selten der Albumin-Kreatinin-Quotient zur Anwendung. Dies sollte sich schnell ändern, erklären Prof. Dr. Christoph Wanner und Dr. Cornelia Woitek. 17

MedTriX^{Group}

Stillstand nach der Diagnose

Pilot*innen mit Typ-1-Diabetes kämpfen um ihre Rückkehr ins Cockpit

WIESBADEN. Julia Kaiser ist 28, als sie sich einen Kindheitstraum erfüllt: die Fluglizenz. Noch bevor sie das Dokument in Händen hält, platzt der Traum. Was sie

zunächst für eine Erkältung hielt, entpuppte sich als Überzuckerung. Diagnose: Typ-1-Diabetes. Sie gilt jetzt als fluguntauglich. Doch ist der pauschale Ausschluss beim

heutigen Stand der Medizin noch haltbar? Nein, sagen Kaiser und ihre Mitstreitenden. Ein von der Europäischen Agentur für Flugsicherheit (EASA) ausgeschriebenes

Forschungsprojekt bietet Anlass zur Hoffnung – und ein Mechanismus im EASA-Regelwerk eine Übergangslösung, von der alle profitieren können. 18

Seite 6 Fragwürdige COVID-19-Studie

BERLIN. Löst eine Infektion mit SARS-CoV-2 Diabetes bei Kindern aus? Laut einer US-Studie stehen die Chancen „gut“. Die DDG hat jedoch einiges an der Arbeit zu kritisieren.

Nur bis 28.2.: Frühbucher-Rabatt!

DIABETES KONGRESS 2022 DDG

25. – 28. Mai 2022 – live vor Ort oder zu Hause verfolgen? Entscheiden Sie selbst! Infos auf den Seiten 14 – 15 und unter www.diabeteskongress.de

Seite 3 Leben retten – schon seit 1922

BERLIN. Auf einer gemeinsamen Pressekongferenz sprachen diabetesDE und DDG über die Anfänge der Insulintherapie, deren Entwicklung und die heutigen Bedürfnisse der Betroffenen.



Entzündliche Wechselwirkung

WIESBADEN. Diabetes wütet auch im Mund. Etwas drastisch formuliert, jedoch tragen Menschen mit Diabetes ein stark erhöhtes Risiko für eine Parodontitis. Doch auch umgekehrt besteht Gefahr, weshalb die DDG die Entzündung jüngst in ihre Praxisempfehlungen aufgenommen hat. Über die negativen Auswirkungen beider Krankheitsbilder sprechen Prof. Dr. Peter Eickholz und Prof. Dr. Erhard Siegel im Consilium Diabetes. 20-21

»Bedürfnissen den notwendigen Raum geben«

Die Essenz einer guten ärztlichen und therapeutischen Begleitung

News & Fakten

DDG und diabetesDE beleuchten gemeinsam 100 Jahre Insulintherapie, Aufruf: Strukturerhebung 2021 des BVND, Neue DDG Ernährungsempfehlung zum Typ-2-Diabetes mit einem Interview mit Prof. Dr. Diana Rubin, DDG kritisiert COVID-19-Studie der US-Gesundheitsbehörde 3-6

Kongress aktuell

Berichte von der DiaTec und dem T1Day 2022, Berichte von der Diabetes Herbsttagung 2021, Berichte vom EASD 2021, Vorankündigung des Diabetes Kongresses 2022, DDG Blog ... 8-16

Im Blickpunkt

UACR-Tests zur Bestimmung der Mikroalbuminurie, Weiterbildungsstipendien der DDG, Pilot*innen mit Typ-1-Diabetes kämpfen um ihre Lizenz, PräVaNet soll Versorgung von Menschen mit Diabetes und KHK verbessern 17-18, 24

Consilium Diabetes

Prof. Dr. Peter Eickolz und Prof. Dr. Erhard Siegel erläutern die unterschätzte Wechselwirkung zwischen Diabetes und Parodontitis 20-21

Medizin & Markt

Berichte aus der Industrie 22

Forum Literatur

DZD-Studie zur Wirkung von Empagliflozin im Hypothalamus, Langzeitrisko von Adipositaspatient*innen für Anämien nach bariatrischer OP 24-25

Nachruf

Nachruf auf Dr. Axel Hirsch, langjähriges Mitglied der DDG und Sprecher der AG Diabetes und Psychologie 25

Kurznachrichten

Neu- oder re-zertifizierte Kliniken und Arztpraxen, Neue Diabetolog*innen DDG 26-27

Weiterbildung & Qualifikation

Diabetesberater*in DDG, Diabetesassistent*in DDG, Fit für die Weiterbildung – Vorbereitungsseminar des VDBD, Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG, Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Klinik), Wundassistent*in DDG, 80-Std.-Kurs Klinische Diabetologie, Seminare Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung in der Diabetologie, Fachpsycholog*in DDG 28-29

Job- & Praxenbörse

Stellenangebote, Stellengesuche, Nachfolge gesucht 30-31

Buntes 32

Liebe Leserinnen und Leser,

schön, dass Sie mit uns gemeinsam in ein neues Jahr starten. In meinem Editorial in der ersten Ausgabe der **diabetes zeitung** möchte ich Ihren Blick auf ein ganz entscheidendes Thema für unser tägliches Handeln lenken: die Bedürfnisse unserer Patient*innen.

Diese standen auch auf der Pressekonferenz der DDG gemeinsam mit diabetesDE anlässlich des 100-jährigen Jubiläums der Insulintherapie im Fokus. In einer repräsentativen Umfrage konnten wir uns ein Bild davon machen, wie Menschen mit Diabetes ihre Therapie bewerten und welche Wünsche sie für die Zukunft haben. Die teilweise überraschenden Ergebnisse lesen Sie auf Seite 3. Dies liefert uns nicht nur wichtige Hinweise für den täglichen Umgang mit den Patient*innen in der Praxis, sondern gibt ebenso Impulse für die Forschungs- und Entwicklungsgebiete.

»Individualität spiegelt sich in der Ernährung wider«

Die neuen Ernährungsempfehlungen der DDG bei Typ-2-Diabetes haben individuelle Vorlieben ebenfalls im Blick. Die Zeiten stringenter und einheitlicher Vorgaben sind vergangen, das sagt auch die Vorsitzende des Ausschusses für Ernährung der DDG. Das Interview mit Prof. Dr. Diana Rubin und die wichtigsten Neuerungen der aktualisierten Praxisempfehlungen finden Sie auf Seite 4.

»Der Entwicklung eines DMP Adipositas kommt eine entscheidende Bedeutung zu«

Ein Umdenken erfordert auch der gesamtgesellschaftliche Blick auf Menschen mit Adipositas. Es ist dringend geboten, diese Erkrankung als eben solche zu erkennen und entsprechend die medizinische Versorgung anzupassen. Der Etablierung eines DMP Adipositas kommt daher eine entscheidende



Prof. Dr. Andreas Neu
Präsident der
Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
Foto: © DDG/Dirk Deckbar

Bedeutung zu. Wir werden diese Entwicklung in den kommenden Ausgaben der **diabetes zeitung** kontinuierlich beleuchten, um diesem wichtigen Thema den notwendigen Raum zu geben. Auf den Seiten 10 und 11 findet sich ein Beitrag über die Stigmatisierung, die Betroffene täglich erleben, ergänzt von einem wertvollen Erfahrungsbericht aus der Praxis, der nachdenklich stimmt.

»Chancen für eine erfolgreiche partizipative Entscheidungsfindung«

Dies alles sind Punkte, die hervorheben, wie essenziell die partizipative Entscheidungsfindung für eine erfolgreiche ärztliche und therapeutische Begleitung ist. Denn selbst

die Non-Adhärenz von Betroffenen – die sicher fast jeden von uns Behandelnden schon zur Verzweiflung gebracht hat – bietet letztendlich einen Zugang zu den Patient*innen. Mehr dazu auf Seite 12.

»Auch sprachlich sensibel sein«

Zu guter Letzt noch ein Punkt in eigener Sache: Wir haben uns als Fachgesellschaft für die Einführung einer diskriminierungs- und geschlechtersensibleren Sprache in unseren Veröffentlichungen entschieden. Am prägnantesten wird dies sicher durch den Einsatz des „Gender-Sternchens“ sichtbar. Aber dies ist nur ein Aspekt, denn dahinter steckt vor allem die Verwendung neutraler Formulierungen. Letztendlich ist auch dies das Resultat eines Dialogs, dem Erkennen von Bedürfnissen und der Umsetzung in unser tägliches Handeln. In diesem Sinne, lassen Sie uns gemeinsam neue Wege gehen.

Ganz herzlich Ihr

Prof. Dr. Andreas Neu

**diabetes
zeitung**

© 2022, MedTriX GmbH
Alleiniger Gesellschafter: Süddeutscher Verlag
Hüthig Fachinformationen GmbH, München
Verlag: MedTriX GmbH
Anschrift: Unter den Eichen 5, 65195 Wiesbaden
Telefon: 0611 9746-0, Telefax Redaktion: 0611 9746 480-303
E-Mail: mtd-kontakt@medtrix.group
www.medtrix.group

CEO: Oliver Kramer
Geschäftsführung: Stephan Kröck, Markus Zobel
Herausgeberschaft:
Deutsche Diabetes Gesellschaft e. V. (DDG),
Albrechtstr. 9, 10117 Berlin;
Präsident: Prof. Dr. Andreas Neu,
Geschäftsführerin: Barbara Bitzer
Gesamtredaktionsleitung Deutschland: Günter Nuber
Redaktionsleitung Wiesbaden: Jochen Schlabing
Chefredaktion: Alisa Ort (V.i.S.d.P.)
Redaktion Medizin: Maria Fett, Dr. Moyo Grebbin
Redaktion Politik: Michael Reischmann (verantwortlich),
Isabel Aulehla
Weitere Mitarbeitende: Cornelia Kolbeck, Antje Thiel
Corporate Publishing: Lena Feil, Bianca Lorenz

Redaktionsbeirat:

Barbara Bitzer, Anne-Katrin Döbler, Prof. Dr. Andreas Fritsche,
Prof. Dr. Baptist Gallwitz, Dr. Astrid Glaser, Prof. Dr. Andreas
Hamann, Prof. Dr. Lutz Heinemann, Manuel Ickrath,
Prof. Dr. Hans-Georg Joost, Dr. Matthias Kalthuener,
Prof. Dr. Monika Kellerer, Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland,
Prof. Dr. Michael Nauck, Prof. Dr. Andreas Neu,
Prof. Dr. Annette Schürmann, Prof. Dr. Erhard Siegel
Vertretung der angrenzenden Fachgebiete:
Prof. Dr. Matthias Blüher (Adipositas), Prof. Dr. Frank Erbguth
(Neurologie), Prof. Dr. Stephan Herzig (Grundlagenforschung
und Onkologie), Dr. Helmut Kleinwechter (Diabetes und
Schwangerschaft), Prof. Dr. Bernhard Kulzer (Psychologie
(Schulung)), Prof. Dr. Karin Lange (Psychologie
(Fachpsychologie)), Dr. Holger Lawall (Angiologie),
Prof. Dr. Nikolaus Marx (Kardiologie), Prof. Dr. Matthias Nauck
(Labordiagnostik), Prof. Dr. Andreas Neu (Pädiatrie),
Prof. Dr. Jürgen Ordemann (Bariatrische Chirurgie),
Prof. Dr. Klaus Parhofer (Lipidologie),
Prof. Dr. Christoph Wanner (Nephrologie)

Koordination in der DDG Geschäftsstelle: Franziska Fey

Layout: Andrea Schmuck

Layout: Christina Mähler, Beate Scholz, Mira Vetter

Objekt- und Medialeitung: Björn Lindenaus

Verkauf: Josef Hakam, Marc Bornschein, Lukas Koch

Anzeigen: Alexandra Ulbrich, Telefon: 0611 9746-121,
Julia Paulus, Telefon: 0611 9746-123

Telefax: 0611 9746 480-112

E-Mail: mtd-anzeigen@medtrix.group

Anzeigen-Preisliste Nr. 7 vom 1.1.2022

Vertrieb und Abonnentenservice:

Cornelia Polivka,
Telefon: 0611 9746-134, Telefax: 0611 9746 480-228
E-Mail: mtd-aboservice@medtrix.group

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: HYVEDE3333
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 MedTriX GmbH, der verbundenen Verlage sowie Dritter veröffentlicht werden kann.

www.blauer-engel.de/uz195

Dieses Druckerzeugnis wurde mit dem
Blauen Engel ausgezeichnet



Ein Jahrhundert Insulin

Wie alles begann und wie Erkrankte ihre Therapie heute bewerten

BERLIN. Am 23. Januar 1922 gelang die weltweit erste Insulinbehandlung eines Menschen mit Diabetes. Anlässlich dieses Jubiläums spannte das Podium der Pressekonferenz von DDG und diabetesDE den Bogen von der Vergangenheit zu den Herausforderungen der Gegenwart und den Wünschen für die Zukunft.

Leonard Thompson war 13 Jahre alt, als er seine erste Insulinbehandlung erhielt, berichtete Prof. Dr. ANDREAS NEU, Präsident der DDG und Kinderdiabetologe am Universitätsklinikum Tübingen. Gut zwei Jahre zuvor war der Junge an Diabetes erkrankt. Im Dezember 1921 wurde er in das Toronto General Hospital eingeliefert. „Sein Zustand wird als sehr schlecht beschrieben: Mit einem Gewicht von 29 kg, abgemagert, kraftlos und dem Tode geweiht“, schilderte Prof. Neu. Nach der Diagnose Diabetes lebten Betroffene zu dieser Zeit noch durchschnittlich neun Monate. Am 23. Januar 1922 wurde Medizingeschichte geschrieben, als Leonard Thompson erstmals zwei Gaben des „neuen Extraktes“ erhielt. „Vorausgegangen waren die Entdeckung und Extraktion des Insulins aus Rinderbauchspeicheldrüsen, einige Tierversuche und eine wenig erfolgreiche allererste Insulingabe am 11. Januar 1922“, so Prof. Neu. Thompson erholte sich schnell. Sein

Blutzucker normalisierte sich, er wurde wieder aktiver und fühlte sich laut eigener Aussage erheblich besser. Noch im Februar behandelte die Ärzteschaft des kanadischen Krankenhauses weitere sechs Diabeteserkrankte mit dem „Extrakt“ – alle mit guten Ergebnissen. Einer breiten medizinischen Öffentlichkeit wurden die Erfolge im Mai auf einem Kongress präsentiert: erstmals unter dem Namen „Insulin“.

Rasche Massenproduktion und Weiterentwicklungen

Fast zeitgleich folgte in den USA und in Europa schnell die industrielle Herstellung. 1924 kam die erste Insulinspritze auf den Markt, 1934 das erste Verzögerungsinsulin. Auf Urin- folgten in den 1960er-Jahren Blutteststreifen. 1983 wurden schließlich tierische durch humane Insuline ersetzt und die erste Insulinpumpe vorgestellt.

Obwohl die heute verfügbare Technik Kindern mit Typ-1-Diabetes und deren Familien den Alltag erheblich erleichtert, bleibe die Krankheit eine Bürde, betonte Prof. Neu, besonders zu Beginn und für die Mütter. Lücken sieht er zudem noch



Fotos: TAllex – stock.adobe.com, iStock/Kubkoo

»Die einfachste Lösung ist oft nicht die beste«

(65,2 %) und die Flexibilität im Alltag (60,4 %). Aufgeschlüsselt nach den Therapieformen wurde deutlich, dass sich die Befragten mit einem AID-System am wohlsten fühlten, obwohl die Therapieform gleichzeitig als am aufwendigsten bewertet wurde. Auch wenn er keine Signifikanz erreichte, ließ sich entlang aller Behandlungsarten ein solcher Trend beobachten: Je aufwendiger die Therapie, umso positiver, flexibler und sicherer wurde sie wahrgenommen. Für die Zukunft wünschten sich die Befragten vor allem, dass Insulin für alle Menschen weltweit verfügbar werden sollte. Erst dahinter folgten:

- die Unterzuckerungsgefahr zu senken
- der Wunsch nach Smart-Insulinen
- schnellere Wirksamkeit

Als weniger wichtig wurden u.a. Langwirksamkeit oder eine Tablettenformulierung eingestuft. Hinsichtlich der Verbesserung von Insulinpens sprachen sich neben therapeutischen Aspekten auch 77 % dafür aus, die Umweltverträglichkeit der Produkte zu steigern. Besonders überrascht habe ihn, dass den Patient*innen eine Tabletten-therapie gar nicht so wichtig war, kommentierte Dr. Kröger. Auch deutete die Umfrage darauf hin, dass die einfachsten Lösungen nicht unbedingt die waren, mit denen sich die Behandelten am wohlsten fühlten. Um solche Aspekte ausreichend zu hinterfragen, müssten der sprechenden Medizin natürlich die nötigen Ressourcen eingeräumt werden.

Dr. Moyo Grebbin

Gemeinsame Pressekonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft und diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe

bit.ly/Umfrage_Insulintherapie

»Tabletten kaum gewünscht«



in der psychosozialen Betreuung, die er für dringend nötig erachtet.

Zufriedenheit heute insgesamt recht hoch – besonders mit AID

Um zu erfahren, wie Menschen gegenwärtig ihre Insulinbehandlung bewerten, befragten diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe und das Forschungsinstitut der Diabetes Akademie Bad Mergentheim (FIDAM) mehr als 1.300 Betroffene. Von den Teilnehmenden waren 76 % Menschen mit Typ-1-Diabetes bzw. deren

Eltern. Die unterschiedlichen Therapieformen seien alle in größerer Zahl vertreten gewesen, erklärte Dr. JENS KRÖGER, Vorstandsvorsitzender von diabetesDE und Diabetologe aus Hamburg. Die Befragten waren im Durchschnitt 48 Jahre alt und hatten seit mehr als 20 Jahren Diabetes. Insgesamt zeigten sich die Menschen mit ihrer Therapie recht zufrieden: Die Gesamtzufriedenheit erreichte einen Wert von 72,5 %. Etwas niedriger lagen die Zahlen für die Vermeidung von Unterzuckerungen

Alter heißt nicht immer Typ 2

Auf Unterschiede zwischen der Insulintherapie bei Typ-1- und Typ-2-Diabetes ging Prof. Dr. ANDREAS FRITSCHKE, Institut für Diabetesforschung und Metabolische Erkrankungen des Helmholtz Zentrums München an der Universität Tübingen und Deutsches Zentrum für Diabetesforschung, ein. Dabei wies er besonders auf einen schweren Fehler hin, der heute in Kliniken vermehrt vorkomme. Zunehmend erreichen Menschen mit Typ-1-Diabetes ein hohes Alter. Kämensie z.B. für Operationen ins Krankenhaus, setzten Ärzte manchmal – wie beim Typ-2-Diabetes oft üblich – vor dem Eingriff das Insulin ab. Mit lebensbedrohlichen Folgen. Der Typ-1-Diabetes bei Älteren und der Unterschied zwischen Insulintherapie und Insulinpflicht müssten deswegen unbedingt mehr Beachtung finden, warnte Prof. Fritsche.

Ihre Mithilfe ist gefragt!

Strukturerhebung 2021 des BVND

HEIDENHEIM AN DER BRENZ.

Der Bundesverband Niedergelassener Diabetologen bittet um Teilnahme an seiner Online-Erhebung zur Struktur Diabetologischer Schwerpunktpraxen.

„Für die berufspolitische Arbeit des BVND ist es zunehmend unabdingbar, über Daten zur tatsäch-

lichen Mitgliederstruktur sowie zur ambulanten diabetologischen Versorgung zu verfügen“, erklärt Geschäftsführer MICHAEL HORST. Um den aktuellen Status quo zu ermitteln, führt der Verband eine erneute Strukturerhebung zur ambulanten (Schwerpunkt-)Versorgung in der Diabetologie als Wie-

derholung seiner Strukturerhebung 2016 durch.

Diese Daten sollen dem BVND für eine langfristige Ausrichtung seiner weiteren berufs- und verbandspolitischen Arbeit dienen. „Die Daten sind die Grundlage für eine notwendige interne Diskussion, die zu einem Konsens über die Ausrichtung

der ambulanten Diabetologie in Deutschland führen soll“, so Horst. Für die Strukturerhebung wird eine DSGVO-konforme, cloudbasierte Plattform verwendet, wie sie für das Erheben und Verwalten von Patienten- und medizinischen Daten eingesetzt wird. Gefragt wird z.B. nach der Organisationsform einer Ein-

richtung, dem Leistungsspektrum oder diagnostischen Angeboten. dz

bvnd.strukturerhebung.med-wiss-gmbh.de



Jetzt teilnehmen!



Schluss mit dem Einheitsbrei

Neue DDG Ernährungsempfehlungen zum Typ-2-Diabetes rücken individuelle Vorlieben in den Fokus

BERLIN. Wer abnehmen möchte oder muss, um zum Beispiel einem Diabetes entgegenzutreten, bekommt meist dieselben starren Vorgaben aufgetischt: Iss dies nicht, tu das nicht, dann geht das Gewicht schon von allein herunter. Aber passen solche „Strategien“ überhaupt zu den Betroffenen? Der Ausschuss Ernährung der DDG hat unter anderem bekannte Ernährungstipps bei Typ-2-Diabetes unter die Lupe genommen und in einem eigenen Kapitel der aktualisierten Praxisempfehlungen zusammengetragen.

Regelmäßig überarbeitet ein Expertengremium der DDG die Praxisempfehlungen für Personen mit Typ-1- bzw. Typ-2-Diabetes. In der aktualisierten Fassung von Oktober 2021 hat der Ausschuss Ernährung der DDG unter anderem gängige Ernährungstipps bei Typ-2-Diabetes unter die Lupe genommen und in einem eigenen Kapitel zusammengetragen. Damit räumt er auch mit so mancher längst überholten Abnehmstrategie auf, die Betroffene von ihren Diabetesteam häufig vorgesetzt bekommen.¹ Statt einheitlichen und allzu strengen Vorgaben für die Mengenaufnahmen von Fetten, Kohlenhydraten und Eiweiß ist es sinnvoller, dass Menschen mit Diabetes ihre Ernährung nach den persönlichen Vorlieben gestalten.

Der Fokus wird dadurch auf die zentrale Aussage der überarbeiteten Praxisempfehlung gelegt: Bei starkem Übergewicht muss das Gewicht runter. Nehmen adipöse Menschen mit Typ-2-Diabetes mindestens 15 kg ab, können sie sogar eine Remission der Stoffwechselerkrankung erreichen, wie Daten der DiRECT-Studie belegen.

Entscheidend ist dabei, dass möglichst früh nach Manifestation des Diabetes begonnen wird. In DiRECT

hatte die maximale Diabetesdauer sechs Jahre betragen.

Mit welcher Strategie man das Gewicht reduziert, ist prinzipiell egal. Ob Low-Carb, Low-Fat, mithilfe einer Formuladiät, intermittierendem Fasten oder durch eine andere kalorienreduzierte Ernährung: Zu den meisten bekannten Methoden gibt es mittlerweile Studien, die das DDG Expertengremium berücksichtigt hat. „Entscheidend ist, dass die Abnehmstrategie zu den

Präferenzen der übergewichtigen Person passt und nachhaltig im Alltag umgesetzt werden kann“, sagt Prof. Dr. DIANA RUBIN vom Vivantes Humboldt-Klinikum Berlin und Vorsitzende des Ausschusses Ernährung der DDG. Und: „Wer unverarbeitete, naturbelassene Lebensmittel zu sich nimmt, liegt richtig.“

Hafer ist ein wahres Superfood unter den Getreiden

Denn es gibt Lebensmittel, die in Sachen Diabetesprävention eindeutig die Nase vorn haben. Hafer zum Beispiel. Er enthält viele gesunde Kohlenhydrate, die günstig auf den Blutzuckerspiegel wirken. Auch zuckerarmes Obst ist besonders im Hinblick auf den Ballaststoffgehalt empfehlenswert, und sogar das

ein oder andere Gläschen Alkohol ist mit einer guten Stoffwechseleinstellung vereinbar. *Maria Fett*

1. Skurk T et al. Diabetol Stoffwechs 2021; 16: 255-289; doi: 10.1055/a-1543-1293

Die gesamte Praxisleitlinie der DDG können Sie unter folgendem Link aufrufen und herunterladen:

bit.ly/ddg_praxisempfehlung_t2d

»Verliert man mindestens 15 kg, ist sogar eine Remission möglich«

Langweiliges Gemüse? Nicht mit den richtigen Gewürzen.

»Uns war wichtig, praxisorientierte Fragen zu beantworten«

Prof. Dr. Diana Rubin vom Ausschuss Ernährung der DDG zu den aktuellen Empfehlungen

INTERVIEW



Prof. Dr. Diana Rubin
Vorsitzende des Ausschusses Ernährung der DDG
Vivantes Humboldt-Klinikum Berlin
Foto: Werner Popp / Vivantes

? Was war Ihnen bei der Aktualisierung der DDG Praxisempfehlung besonders wichtig?

Prof. Dr. Diana Rubin: Wichtig war uns vor allem, dass aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse berücksichtigt werden und dass die daraus resultierenden Empfehlungen im Konsens aller Mitglieder des Ausschusses erstellt werden. Formal liegt damit zwar keine Leitlinie nach den Kriterien der AWMF vor, aber die Praxisempfehlungen wurden analog einer S2k-Leitlinie erstellt, das heißt, wir

hatten einen hohen methodischen Anspruch. Zudem war uns wichtig, dass möglichst praxisorientierte Fragen beantwortet wurden.

? Sie haben alle relevanten Studien zum Thema Ernährung beim Typ-2-Diabetes seit 2004 analysiert. Gibt es eine Abnehmstrategie bzw. ein Ernährungsmuster, das bei Betroffenen besser funktioniert als bei stoffwechselgesunden Personen?

Prof. Rubin: Nein, das Gute ist, dass verschiedene Möglichkeiten bestehen und damit individuell auf Patient*innen eingegangen werden kann und sollte! Low-Carb- und Formuladiäten zeigen kurz- bis mittelfristig die größten Erfolge, müssen aber bei insulinpflichtigen Menschen mit Diabetes in der

Umstellungsphase ärztlich überwacht werden; die traditionell-mediterrane Ernährung mit einem Fokus auf Gemüse und Hülsenfrüchte ist für viele Personen dauerhaft gut umsetzbar.

? Mit welcher Ernährungsweise kommen Menschen mit Diabetes Typ 2 Ihrer Erfahrung nach am einfachsten zurecht?

Prof. Rubin: Das ist individuell sehr verschieden und sollte in der Anamnese aufgrund der Ernährungsgewohnheiten und der Erfahrung mit Ernährungsumstellungen im Vorfeld einer Intervention näher eingegrenzt werden. In der Phase der Gewichtsreduktion schaffen es viele Patient*innen, eine starke Veränderung umzusetzen, es geht aber natürlich auch um den Gewichtserhalt. Die kalori-

enreduzierte Vollwertkost oder traditionell-mediterrane Kost ist dafür gut geeignet. Ich habe aber auch Patient*innen, die dauerhaft mit Intervallfasten zurecht kommen. Jeder muss – begleitet von einer Ernährungsfachkraft – seinen Weg finden. Schließlich kann in der Anfangsphase eines Typ-2-Diabetes eine Gewichtsreduktion von mindestens 15 kg zu einer Diabetesremission führen.

? Haben Sie noch einen Tipp, wie man Patient*innen bei der Umstellung unterstützen und motivieren kann?

Prof. Rubin: Die schönste Motivation ist für viele die Aussicht auf eine Diabetesremission oder ein Leben mit weniger Medikation. Wichtig ist es zu sagen, dass es keine Verbote gibt und dass jede Gewichtsreduktion, auch wenn es nur wenige Kilogramm sind, die Stoffwechseleinstellung und Lebensqualität verbessern. Ganz praktisch unterstützen wir bei der Ernährungsumstellung idealerweise durch regelmäßige Feedbackgespräche mit motivierender Gesprächsführung.

Interview: Maria Fett

»Die schönste Motivation ist für viele die Aussicht auf eine Diabetesremission«

Auf Liprolog 200¹ setzen

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

Start



Liprolog[®] 200

KwikPen



Ihr starker Partner in der Diabetestherapie.
NEU: diabetes.berlin-chemie.de

 **BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

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

Liprolog[®] 100 Einheiten/ml, Injektionslösung in Patrone; -100 Einheiten/ml, Injektionslösung in Durchstechflasche; -100 Einheiten/ml KwikPen, Injektionslösung in einem Fertigpen; -100 Einheiten/ml Junior KwikPen, Injektionslösung 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:* 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[®] 200 E/ml zusätzl.:* Trometamol. **Anwendungsgebiete:** *Liprolog[®] 100 E/ml:* Insulinbedürftiger Diabetes mellitus; auch zur Ersteinstellung. *Liprolog[®] 200 E/ml:* Insulinbedürftiger Diabetes

mellitus bei Erwachsenen; auch zur Ersteinstellung. **Gegenanzeigen:** Hypoglykämie. Überempfindlichkeit gg. den Wirkstoff od. einen der sonst. Bestandteile. **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 und mit nicht bekannter Häufigkeit kutane Amyloidose 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: 09.20)

 **TheraKey[®]**

COVID-19 als Diabetestreiber bei Kindern?

DDG kritisiert methodische Mängel der kontroversen US-Registerstudie

BERLIN. Kinder und Jugendliche tragen nach einer durchstandenen Infektion mit SARS-CoV-2 ein möglicherweise erhöhtes Diabetesrisiko, so die jüngsten Studienergebnisse der US-amerikanischen Gesundheitsbehörde CDC. An den Zahlen gibt es jedoch deutliche Kritik – nicht zuletzt, weil wichtige methodisch Fragen offenbleiben, sagt die DDG.

In Jahr drei der COVID-19-Pandemie haben Forschende bereits einige Rfaktoren erfasst, die das Risiko für schwere Krankheitsverläufe erhöhen. Adipositas und Diabetes mellitus gehören dazu. Und auch umgekehrt erhärten sich die Beobachtungen, dass SARS-CoV-2 nicht so laut- und spurlos wieder aus dem Körper verschwindet, wie es gekommen ist. Als die US-amerikanische Gesundheitsbehörde CDC (Center for Disease Control and Prevention) kürzlich Zahlen publizierte, wonach Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren nach einer Coronainfektion signifikant häufiger an einem Diabetes erkranken als Gleichaltrige ohne nachgewiesene Infektion, schrillten im öffentlichen Diskurs sowie bei einigen Fachleuten die Alarmglocken.¹ Sätze wie „Löst COVID-19 Diabetes aus?“ fluteten das Internet, zierten Zeitschriftenar-

»Validität der Untersuchung fragwürdig«



Eine Infektion mit SARS-CoV-2 verlangt Kindern physisch wie psychisch einiges ab.

Fotos: iStock/Andrey Sayfutdinov, iStock/Yulia Sutyagina

jedoch unabdingbar sei. „Ohne diese Trennung ist eine Gesamteinschätzung kaum möglich: Wie viele der Kinder entwickeln einen Typ-1-, wie viele einen Typ-2-Diabetes?“ Während es grundsätzlich denkbar sei, dass SARS-CoV-2 einen Diabetes Typ 1 auslösen könnte – wenn auch nicht innerhalb von 30 Tagen, wie die Studie suggeriert, und nur dann, wenn die Betroffenen eine genetische Prädisposition für die Stoffwechselerkrankung besitzen, die durch Viren und Infekte getriggert wird –, müsse man besonders beim Typ-2-Diabetes in den USA genau hinschauen.

Kein Grund, daraus Handlungskonsequenzen abzuleiten

Unter anderem aufgrund anderer Ernährungsgewohnheiten spielt dieser bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren eine wesentlich größere Rolle als in Europa.

Allerdings fehlen Prof. Gallwitz für eine belastbare Aussage weitere Parameter, die in die Analysen hätten einbezogen werden müssen. Zum Beispiel vernachlässigten die Autor*innen ethnische Zugehörigkeit, das Körpergewicht und einen möglicherweise bestehenden Prädiabetes. „Das sind wesentliche Risikofaktoren, die bei einer Erhebung nicht fehlen dürfen“, sagt Prof. Gallwitz. Summa summarum sei diese Datenlage aus Sicht der DDG also kein Grund, Handlungskonsequenzen daraus abzuleiten oder sich über die derzeitige Situation hinaus Sorgen zu machen.

Maria Fett

1. Barrett CE et al. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2022; 71: 59-65; doi: 10.15585/mmwr.mm7102e2

Pressemitteilung der DDG

tikel und selbst Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach ließ sich zu einem Tweet hinreißen, in welchem er auf die US-Studie verwies. Erfahrungsgemäß lohnt jedoch besonders bei laut diskutierten Themen ein Blick in die Details. In so sensiblen wie Diabetes, COVID-19 und Kindergesundheit ist er sogar zwingend notwendig. Entsprechend kritisch schaute sich die DDG die Publikation an und fand einige Ungeheimheiten. DDG Präsident Prof. Dr. ANDREAS NEU, Universitätsklinikum Tübingen, sprach dazu sogar bereits mit dem Spiegel und verwies

auf die teils gravierenden methodischen Mängel. Für die Studie hatte die US-Behörde Daten von mehr als 500.000 versicherten Kindern und Jugendlichen aus zwei unterschiedlichen Gesundheitsdatenbanken herangezogen.

Für belastbare Aussagen fehlen weitere Daten

So kam sie einmal zu dem Ergebnis, dass das Diabetesrisiko bei Erkrankten (aus Datenbank 1) um 166 % erhöht sei und bei Personen aus Datenbank 2 „lediglich“ um 31 %. Diese fast schon absurde Spanne liefert laut Prof. Neu „kein eindeutiges Studienergebnis. Darüber hinaus gibt es weitere methodische Mängel, die die Validität

der Untersuchung infrage stellen.“

Auch wenn eine halbe Million Daten sicher beachtlich sind, seien die absoluten Fallzahlen in der Studie zu gering, um sich ein Gesamtbild der Situation zu machen. „Dass 8 von 10.000 Kindern nach einer SARS-CoV-2-Infektion und 3 von 10.000 Kindern ohne vorherige Infektion einen Diabetes bekommen, ist kein großer Unterschied“, sagt DDG Mediensprecher Prof. Dr. BAPTIST GALLWITZ, Universitätsklinikum Tübingen. Als fahrlässig beurteilt Prof. Neu zudem die fehlende Differenzierung der US-Kolleg*innen zwischen verschiedenen Diabetestypen, was für eine zuverlässige Risikoeinschätzung

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

Endlich wieder KiDS-Kurs: Betreuungsfachkräfte gesucht!

Nachdem der beliebte KiDS-Kurs in den vergangenen Jahren pandemiebedingt nicht stattfinden konnte, ist es 2022 endlich wieder so weit: Vom 16.07.–30.07. können interessierte Ärzt*innen und Diabetesberater*innen sowie Diabetesassistent*innen (auch in Weiterbildung) an dem 14-tägigen Behandlungs- und Schulungskurs teilnehmen und Wertvolles für den Umgang mit diabeteserkrankten Kindern und Jugendlichen im Alter von 6–16 Jahren lernen. Der Kurs wird in Schlaubetal, Bremsdorfer Mühle, stattfinden. Weitere Informationen finden Sie unter bit.ly/KiDS-Kurs-2022 oder direkt von den Veranstaltenden Dr. Karsten Milek (office@doc-milek.com) und Dr. Susanne Milek (susanne.milek@doc-milek.com).

Kinderwerbeverbot: So sollte es geregelt werden

In ihrem Koalitionsvertrag kündigen SPD, Grüne und FDP Einschränkungen an bei der Werbung für Lebensmittel mit hohem Zucker-, Fett- und Salzgehalt, die sich an unter 14-Jährige wendet. Wie könnte das konkret umgesetzt werden? Dazu machen der AOK- und der Verbraucherzentrale Bundesverband sowie das Wissenschaftsbündnis DANK in einem Kurzdossier Vorschläge für die Politik: Werbung für ungesunde Lebensmittel sollte in TV, Streaming und Radio von 6 bis 23 Uhr tabu sein und in sozialen Medien, wo Influencer tätig sind, komplett untersagt werden. Für Plakatwerbung sei eine Bannmeile im Umkreis von 100 Metern um Kitas, Schulen und Spielplätze vorzusehen. Zur Definition (un)gesunder Lebensmittel empfehlen die Organisationen das WHO Europe Nutrient Profile Model.

Ozempic®: NUTZE DAS POTENZIAL

Ozempic®
1x pro Woche

26%

**Risikosenkung
für schwere
kardiovaskuläre
Ereignisse^{1,2,d}**

Ozempic® senkt den HbA_{1c}-Wert und das Gewicht stärker als andere blutzuckersenkende Vergleichspräparate^{a,1} und verringert zudem das Risiko für schwere kardiovaskuläre Ereignisse.^{1,2,d}

Ozempic® ist zugelassen zur Behandlung des unzureichend kontrollierten Diabetes mellitus Typ 2 bei Erwachsenen als Zusatz zu Diät und körperlicher Aktivität, als Monotherapie bei Metformin-Kontraindikation oder -Unverträglichkeit oder zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung des Diabetes mellitus.¹

- a. Die Studien SUSTAIN 1–5 und 7 untersuchten die Wirkung von Ozempic® im direkten Vergleich zu Placebo, Sitagliptin, Depot-Exenatid, Insulin glargin und Dulaglutid (Vergleichspräparate).¹ In SUSTAIN 7 wurden die zum Studienzeitraum zugelassenen Standarddosierungen von Ozempic® (0,5 mg und 1 mg) mit Dulaglutid (0,75 mg und 1,5 mg) Head-to-Head verglichen.
d. In Kombination mit Standardtherapie. Die Standardtherapie beinhaltete orale Antidiabetika, Insulin, Antihypertensiva, Diuretika und Lipidsenker²

1. Fachinformation Ozempic®, aktueller Stand

2. Marso SP et al. N Engl J Med 2016;375:1834–1844

Einzelheiten zur Studie: SUSTAIN 6 war eine 104-wöchige, multizentrische, internationale, doppelblinde, placebo-kontrollierte Studie, die bei 3.297 Menschen mit Typ 2 Diabetes und einem hohen kardiovaskulären Risiko die Auswirkung von Semaglutid im Vergleich zu Placebo, beides als Ergänzung zu einer Standardtherapie (bestehend aus Lebensstiländerung, blutzuckersenkend und kardiovaskulär wirkenden Substanzen), auf den primären kombinierten Endpunkt (erstes Auftreten von kardiovaskulärem Tod, nicht-tödlichem Myokardinfarkt oder Schlaganfall) untersuchte. Im primären kombinierten Endpunkt zeigte sich eine Reduktion um 26%. Die Studie war als Nichtunterlegenheitsstudie, nicht als Überlegenheitsstudie gewertet, somit war die Überlegenheitsprüfung nicht präspezifiziert.

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: Überempfindlichkeit, Änderungen des Geschmacksempfindens, schneller Puls, Reaktionen an der Injektionsstelle (z. B. Ausschlag, Hautreizung). Schwerwiegend: Komplikationen bei diabetischer Retinopathie (häufig), akute Pankreatitis (gelegentlich), anaphylaktische Reaktionen (selten), Angioödem (selten). **Verschreibungspflichtig. Novo Nordisk A/S, Novo Allé, 2880 Bagsværd, Dänemark.**

Stand: März 2021

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

DE21OZM00108



www.ozempic.de

1x pro Woche
OZEMPIC®
Semaglutid Injektion

Wohin mit dem Diabetesmüll?

Aus einzelnen Initiativen muss eine gemeinsame Strategie erwachsen

KAARST. In Krankenhäusern und Arztpraxen türmt sich der Abfall durch Einwegschutzkleidung, auf den Straßen flattern achtlos weggeworfene Gesichtsmasken – die Coronapandemie führt einmal mehr vor Augen, dass Medizin eine Menge Müll produziert. In der Diabetestherapie fallen viele Einwegartikel und Umverpackungen aus Plastik sowie Verbundstoffe und festverbaute Batterien an. Zu viel, finden immer mehr Akteur*innen.

Ob Einweginsulinpen, Pen-nadel, Applikator für den Glukosesensor oder Katheterschlauch für die Insulinpumpe: Bislang verläuft das Produktleben von Hilfsmitteln für die Diabetestherapie in der Regel überwiegend linear. Auf die Materialbeschaffung folgen Produktion, Verpackung, Verteilung und Gebrauch – anschließend landet der benutzte Artikel im Abfall. „Wir müssen zu einem anderen Denken und Verhalten kommen, von der Wegwerf- zur Kreislaufwirtschaft“, erklärte Dr. KATRIN KRAATZ, Chefredakteurin des Diabetes Journals. Gebrauchte Hilfsmittel müssten recycelt werden, damit die Rohstoffe erneut in den Produktionskreislauf gelangen. „Recycling darf nicht mehr teurer sein als Wegwerfen.“

Die aktuelle Medical Device Directive (MDD) der EU macht hierzu bereits klare Vorgaben. So heißt es darin: „Die Produkte werden so design und hergestellt, dass ihre si-

chere Entsorgung und die der damit verbundenen Abfallstoffe durch An-wendende, Patient*innen oder andere Personen, erleichtert wird. Zu diesem Zweck sollen die Hersteller Verfahren und Maßnahmen ermitteln und erproben, mit denen ihre Produkte nach der Verwendung sicher entsorgt werden können. Diese Verfahren sind in der Gebrauchsanweisung zu beschreiben.“

Restmüll, Sammelbox oder in den Gelben Sack?

Doch in und auf Verpackungen von Diabeteshilfsmitteln sucht man derartige Hinweise bislang vergeblich. Es ist für Anwendende nicht ersichtlich, wie die einzelnen Komponenten zu entsorgen sind. Gehört ein gebrauchter Glukosesensor in den Restmüll oder in die Sammelbox für Altbatterien? Darf man benutzte Pen-nadeln in den Gelben Sack werfen oder vielleicht doch nur die Schutzkappen aus Plastik? Und wie wird der Applikator für einen



CGM-Sensor korrekt entsorgt? Auch Rücknahmeprogramme durch die Hersteller sind zurzeit eher die Ausnahme als die Regel. Mittlerweile gibt es in der Diabetes-industrie einzelne Initiativen, um das Müllaufkommen zu reduzieren. Sie reichen von vorgefüllten CO₂-neutralen Autoinjektoren über die Rücknahme und Wiederverwertung von Einweginsulinpens, den Fokus auf kostengünstige Mehrweg- statt Einweginsulinpens bis hin zu kleineren Glukosesensoren, die mit entsprechend weniger Material und Verpackung auskommen. Dazu kommen branchenübergreifend neue Ideen für stabile und wiederverwendbare Transportverpackungen anstelle von Einwegverpackun-

gen aus Kunststoff oder Pappe. Doch diese Einzelaktivitäten reichen nach Einschätzung vieler in der Diabetologie Tätigen noch nicht aus. Im Juli 2021 hat deshalb die Diabetes Technology Society (DTS) den virtuellen „Green Diabetes Summit“ veranstaltet, an dem 23 Vertreter*innen der wichtigsten Interessengruppen aus den USA und Europa teilnahmen. „Dabei entstand eine ‚Green Diabetes Declaration‘, in der die Teilnehmenden ihre Unterstützung für neue Strategien und Praktiken zur Förderung von Nachhaltigkeit und ordnungsgemäßer Abfallentsorgung bekräftigen“, berichtete Dr. Kraatz. Die Erklärung richtet sich an alle, die mit Diabetes-technologie zu tun haben:

- Menschen mit Diabetes
- Gesundheitsberufe
- Hersteller
- Regierungs- und Aufsichtsbehörden

Tatsächlich ist Nachhaltigkeit für immer mehr Erkrankte ein wichtiges Thema, wie die Diskussion im Plenum zeigte. „Natürlich möchte niemand auf Annehm-

»Green Diabetes Declaration«

lichkeiten wie Glukosesensoren verzichten. Doch es tut im Herzen weh, so viel Müll zu produzieren“, berichtete ein Teilnehmer. „Was sich in der Medizin an Abfall ansammelt, wird noch viel zu häufig völlig unkritisch gesehen“, meinte ein anderer Zuhörer. „Die Diabetespraxen sollten hierbei zum Katalysator für Patienten werden – wir sollten ihren Diabetesmüll sammeln und an die jeweiligen Hersteller zurückschicken“, schlug eine weitere Teilnehmerin vor.

Der ehemalige AGDT-Vorsitzende und Mitherausgeber des diatec journals, Prof. Dr. LUTZ HEINEMANN, fand Gefallen an dieser Idee. „Einfach mal den ganzen Müll an die Hersteller zurückzuschicken, könnte tatsächlich etwas bewirken. Wenn Landwirte Übelriechendes vor Ministerien abkippen, bringt das ja auch gelegentlich was.“

Antje Thiel

DiaTec 2022

Green Diabetes: Auftakt für eine neue Serie in der diabetes zeitung

Unser Bericht von der DiaTec 2022 ist der Startschuss für eine Reihe von Beiträgen zur Nachhaltigkeit in der Diabetologie. In den kommenden Ausgaben werden wir das Thema aus verschiedenen Perspektiven beleuchten: Pharma- und Hilfsmittelindustrie, Patient*innen, Diabetespraxen, Behörden und Gesetzgeber sowie Kostenträger.

- ? Welchen Stellenwert haben Nachhaltigkeit, Diabetesmüll und Recycling in Ihrer Praxis?
- ? Haben Sie Ideen, wie sich Diabetestherapie umweltfreundlicher gestalten lässt?
- @ Dann schreiben Sie uns unter diabeteszeitung@medtrix.group



Virtueller Treffpunkt für Menschen mit Typ-1-Diabetes

Community-Gefühle am Bildschirm

KAARST. Der letzte Sonntag im Januar ist für viele Menschen mit Typ-1-Diabetes seit Jahren ein fest eingeplanter Termin. Denn dann findet im Anschluss an die jährliche DiaTec-Fortbildung der T1Day statt.

Es ist ein Tag, an dem sich normalerweise bis zu 500 Personen in den Vortragssälen tummeln und sich über die neuesten Trends in der Diabetestherapie und vor allem der Diabetestechnologie informieren. Träger von Insulinpumpen oder AID-Systemen sind hier keine Exoten, sondern die Norm. Niemand riskiert neugierige oder vorwurfsvolle Blicke, nur weil einmal eine Insulinpumpe piept oder ein CGM-Alarm ertönt. Am Buffet stehen neben den einzelnen Speisen kleine Schilder, auf denen die Kohlenhydratangaben

vermerkt sind – als Hilfestellung für alle, die sich mit dem Schätzen von Kohlenhydrat- oder Broteinheit nicht so leicht tun. Auch die Stimmung ist locker: Alle sind per Du, man kennt sich oder freundet sich neu an. Und so manch einer kann während der Vorträge nur mit Mühe die Augen aufhalten, weil sich am Abend vor dem T1Day die Community trifft und zusammen eine gute Zeit hat.

Viele spannende Vorträge und Themen-Camps

In diesem Jahr fand der T1Day bereits zum zweiten Mal pandemiebedingt virtuell statt. Statt sich persönlich über die neuesten AID-Systeme und Pumpenmodelle oder die aktuelle Erstattungspraxis bei verschiedenen Krankenkassen auszutauschen, ver-

folgten die Teilnehmenden am Bildschirm Vorträge und Themen-Camps. Darin ging es um Fragen wie Zeit im Zielbereich als neuer Parameter in der Diabetestherapie, Neues aus der Welt der AID-Systeme, Interpretation von Glukosekurven, Funktionsweise von Algorithmen, Smart Pens, Diabetestechnologie in der Schwangerschaft, Apps und DiGA, Datenschutz und rechtliche Aspekte, Kohlenhydratschätzung oder barrierefreie Diabetestechnologie. Alles auf fachlich hohem Niveau – immerhin nutzen die Referierenden oft genug dieselben Vortragsfolien wie am Tag zuvor auf der DiaTec-Fortbildung.

„Ich ziehe unheimlich viel Motivation aus der Community“

„Ich hole mir beim T1Day aktuelle Infos und Updates zu Diabetestechnologien. Ich bin gespannt, was sich im letzten Jahr so getan hat“

„Tolle Workshops und ein gelungener Rahmen zum Austausch“



Daher stand auch das Thema „Green Diabetes“ auf der Agenda (s. Beitrag oben), welches ein weiteres Mal auf großes Interesse stieß. „Wir als Patienten sind ja diejenigen, die den Müll letztlich produzieren, deshalb wollen wir auch Impulse zur Verän-

derung liefern“, sagte eine Teilnehmerin. Sie bemängelte z.B., dass die Katheter und Kanülen ihrer Insulinpumpe nur als Set verfügbar sind. „Es bleiben dadurch viele Katheter übrig, weil ich eben nicht konsequent für jede Kanüle einen neuen Katheter verwendende.“

Fazit des virtuellen Plenums: Initiativen wie „Green Diabetes“ sollten sich auch für Patient*innen öffnen, damit alle Beteiligten sie als Plattform für Informationen und Ideen nutzen können.

thie

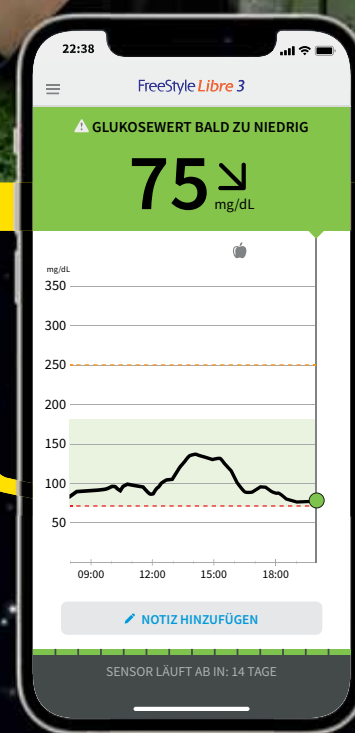
www.t1day.de



FreeStyle Libre 3

**HYPOGLYKÄMIEN VERMEIDEN¹
DURCH GLUKOSEWERTE
JEDE EINZELNE MINUTE IN ECHTZEIT
AUF DEM SMARTPHONE² IHRER PATIENTEN.**

SANDRA STARKE, FUSSBALLNATIONALSPIELERIN MIT
TYP 1 DIABETES, VERTRAUT AUF FREESTYLE LIBRE 3.



NEU

FREESTYLE LIBRE 3

5^x

Bis zu 5-mal schneller
Glukosewerte einsehen als
bei anderen kontinuierlichen
Glukosemesssystemen³.



Ausgezeichnete Mess-
genauigkeit über 14 Tage⁴
entspricht den iCGM-
Kriterien der FDA⁵.



Alles mit dem
derzeit kleinsten
und flachsten⁶
Sensor der Welt.



Mehr erfahren unter
www.FreeStyle.de

Abbott
life. to the fullest.®

Sandra Starke, Typ 1 Diabetes, Fußballspielerin VFL Wolfsburg und deutsche Nationalspielerin.

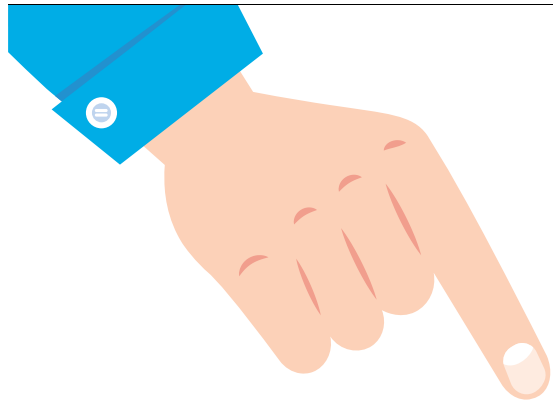
1. Dunn, T., et al. Diabetes Res Clin Pract. 2018; 137: 37-46. 2. Die FreeStyle Libre 3 App ist nur mit bestimmten Mobilgeräten und Betriebssystemen kompatibel. 3. Daten liegen vor. Abbott Diabetes Care. 4. Alva, S., et al. J Diabetes Sci Technol. 2020. doi:10.1177/1932296820958754. 5. Bailey, T., et al. Diabetes Technology Ther. 2021; 23(3): 5-11. doi:10.1089/dia.2021.0236. 6. Im Vergleich mit anderen vom Patienten selbst anzu-
bringenden Sensoren. Daten liegen vor. Abbott Diabetes Care.

Die FreeStyle Libre 3 App kann beim initialen Setup sowohl auf mg/dL als auch mmol/L eingestellt werden. FreeStyle, Libre und damit verbundene Markennamen sind eingetragene Marken von Abbott. Apple, das Apple Logo und iPhone sind Marken von Apple Inc., mit Sitz in den USA und weiteren Ländern.

© 2022 Abbott | ADC-49940 v1.0 | sense & image

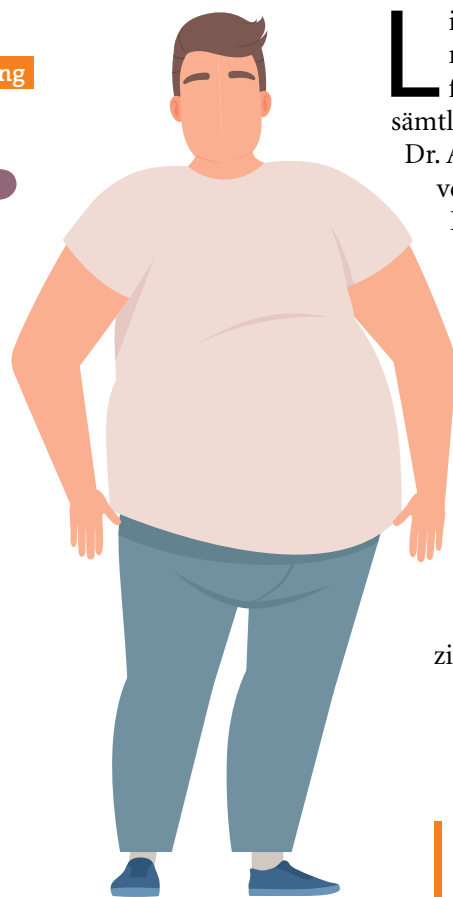
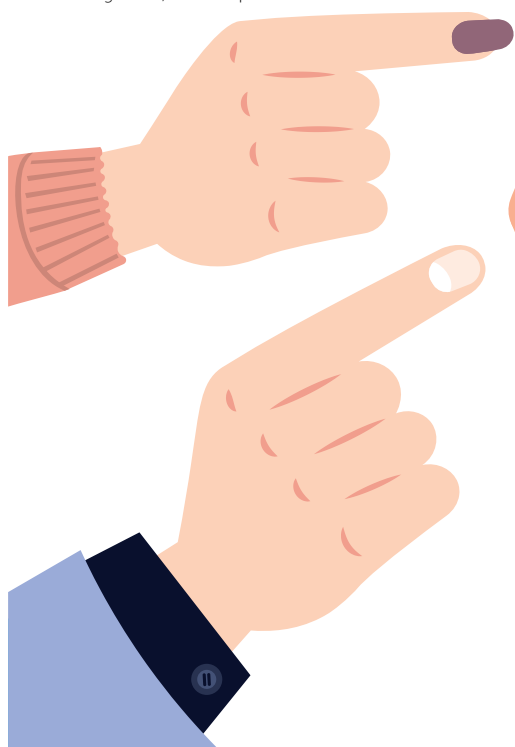
Per Definition eine Krankheit, im Alltag ein Stigma

Adipositas ist in erster Linie behandlungsbedürftig



Nicht nur andere: Oft sehen auch Menschen mit Adipositas die Ursache für ihre Erkrankung ausschließlich bei sich selbst.

Fotos: iStock/gmast3r, iStock/TopVectors



WIESBADEN. Starkes Übergewicht wird von politischer Seite inzwischen zwar als Erkrankung anerkannt. Doch es bleibt viel zu tun, diese Erkenntnis auch im medizinischen Versorgungsalltag umzusetzen.

Lesen Sie man die gängigen Definitionen von „Krankheit“, erfüllt die Adipositas im Grunde sämtliche Kriterien, so Prof. em. Dr. Dr. ARYA M. SHARMA von der University of Alberta, Edmonton. Demnach ist eine Krankheit eine Störung der Lebensvorgänge in Organen oder im gesamten Organismus mit der Folge von subjektiv empfundenen und/oder objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen oder seelischen Veränderungen.¹ Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) wiederum sieht Krankheit im engeren medizinischen Sinn als Behandlungs-

und/oder Pflegebedürftigkeit. Hier wird der Krankheitsbegriff als ein Zustand definiert, der ärztliches Handeln auslöst oder auslösen sollte. Krankheit ist also ein praktisch-normativer Begriff, der soziokulturell bedingt ist und in verschiedenen historischen Phasen unterschiedlich definiert wurde. So sei Krankheit eigentlich weniger eine biomedizinische, sondern vielmehr eine soziopolitische Frage, resümierte Prof. Sharma.

Das „Prävalenz-Argument“ zählt hier nicht

Entscheidend sei somit der Krankheitswert. Die Prävalenz, Ätiologie, Vermeidbarkeit, Behandelbarkeit und die Kosten spielen bei der Definition keine Rolle. Doch genau diese Aspekte bergen bei der Adipositas reichlich Stoff für Diskussionen. „Häufig höre ich Argumente zur hohen Prävalenz: Wenn es jeder Dritte oder Vierte hat, kann es keine Krankheit sein, dann ist es ja gewissermaßen der Normalzustand“,

berichtete der Mediziner. „Das ist völliger Unsinn und hat mit der Definition nichts zu tun.“

Auch kritische Stimmen zur Ätiologie und Vermeidbarkeit seien unüberhörbar. Irrelevante Argumentationen wie „Das tun sich diese Leute ja selbst an, sie bewegen sich nicht und essen zu viel“, „Ihr Übergewicht ist doch selbst verschuldet“ oder „Adipositas ist ein vermeidbarer Zustand, die Menschen werden doch nicht dick geboren“ verdeutlichen laut Prof. Sharma, dass trotz des politischen Durchbruchs, Adipositas als Krankheit anzuerkennen, es noch einer breiten gesundheitlichen Aufklärung bedarf. Das Ziel sei ein gesellschaftlicher Konsens über Adipositas als Erkrankung.

Viele Gemeinsamkeiten, große Unterschiede

Maßgeblich sei der Zustand der Betroffenen, der als behandlungsbedürftig eingestuft wird. Folglich hat Adipositas einerseits viel mit anderen anerkannten „Volkskrankheiten“ wie Hypertonie und Diabetes mellitus gemeinsam:

- eine vielfältige, komplexe und heterogene Ätiologie
- durch Verhaltensmaßnahmen zum Teil vermeidbar oder linderbar

»Ziel ist ein gesellschaftlicher Konsens über Adipositas als Erkrankung«

»In Emanzipation und Selbstfürsorge unterstützen«

Gedanken zur Einführung eines DMP Adipositas von Dr. Anke von Sengbusch, Fachärztin an einer Reha-Klinik

KOMMENTAR



Dr. Anke von Sengbusch
Chefärztin
Gastroenterologie und
Stoffwechselerkrankungen,
MEDIAN Klinik
Bad Gottlieuba
Foto: zVg

„Dass eine wie Sie verstehen kann, wie es uns geht, das hätte ich niemals gedacht“ ist nach wie vor eines der schönsten Komplimente, die mir ein Patient gemacht hat. Ich bin nämlich schlank und die Patient*innen in meiner Adipositasgesprächsgruppe sind definitionsgemäß dick. Und viel zu oft resultiert daraus die Annahme, der oder die andere könne einen ohne entsprechenden Erfahrungshintergrund gar nicht verstehen. Seit vielen Jahren begleite ich im Rahmen der stationären internistischen Rehabilitation Menschen, die ein Thema mit dem Dicksein haben. In einer nicht-educativen Gruppe sitzen wir wöchentlich zusammen und reden. Nicht immer ist es lebendig, manchmal sind die Gruppen zäh und man lamentiert im „früher war alles besser“-Modus über die

vielen Dinge (volle Regale, Lebensmittelindustrie, Werbung, Lieferando), die in unserer Zeit der allseits bekannten pyramidengemäßen Optimalernährung entgegenstehen. Über sich selbst zu sprechen ist immer schwerer. Trotzdem erscheint es mir wichtig, über das Ernährungs- und Bewegungsprogramm der Reha hinaus einen Raum für Reflexion anzubieten, der in den letzten Monaten erfreulich rege genutzt wurde. Was darauf hindeuten könnte, dass dicke Menschen nicht bloß in passiver Erwartung verharren, sondern danach streben, mehr Gehör zu finden, im besten Fall auch vor sich selbst.

„Selbststigmatisierung – das ist es, was meine Patient*innen betreiben“

Auf der Diabetes Herbsttagung 2021 gab es eine Session zum Thema Stigmatisierung – in der es neben der Außensicht auf dicke Menschen auch um deren „Selbststigmatisierung“ ging. Ja, genau das ist es, was meine Patient*innen betreiben. Sie sind bereit, die Dinge, die ihnen im Alltag hundertfach begegnen, in ihren Dialog mit sich selbst zu übernehmen. Arztbesuche, bei denen, egal worum es geht, das Gewicht für ein „Sie wissen ja woran es liegt“ herangezogen wird; die Blicke, die im Supermarkt in ihren Einkaufswagen landen

oder im Fitnessstudio auf ihren Oberschenkeln. Eigentlich dürften sie so wie sie sind sich weder zeigen noch irgendwelche Nahrung zu sich nehmen. Sie denken, dass dieses Selbststigma des Unansehnlichen tatsächlich ein guter Antrieb sei für den dann doch endlich erfolgreichen nächsten Diätversuch. Letzte Woche sagte eine Patientin (62-jährige Psychiatriepflegekraft) mit BMI 41 und terminalem Diätfrust zu mir, ihr verzweifertes Ziel sei nun, das Hungergefühl positiv zu erleben als etwas, womit sie ihrem Körper etwas Gutes tue. Ich musste an die Szene aus dem Film „Vom Winde verweht“ denken, in der Scarlett O'Hara mit folgenden Worten auf dem leeren Acker steht: „Müsste ich auch stehlen, lügen und sogar töten, ich schwöre bei Gott, ich will nie wieder hungern“ – eine nach wie vor eindrucksvolle Demonstration dessen, was Hunger in uns freisetzt. Wohin bringen wir die Patient*innen mit unseren, beschönigend gesagt, gut gemeinten Interventionen? An dieser Stelle muss nicht wiederholt werden, wie gering der langfristige „Erfolg“ von konservativen Diätprogrammen ist, wenn man ihn an der Zahl auf der Waage misst. Und auch die chirurgischen Methoden, die primär so viel erfolgreicher gemessen am

Kriterium der Gewichtsreduktion erscheinen, bewirken an nicht wenigen Patienten (von denen eine relevante Zahl im Rahmen von Erwerbsminderungsrentenverfahren in der Reha landet) Schäden auf verschiedenen Ebenen – Folgeeingriffe, Mangelernährung mit Leistungsminderung, Suchtprobleme.

Akzeptanz scheint nach wie vor verpönt zu sein

Hilft die Selbststigmatisierung oder schadet sie? Viele meiner Patient*innen verteidigen sie hartnäckig: „Wenn ich mich so akzeptieren würde, wie ich bin, was wäre dann mit meinem Antrieb abzunehmen?“ Sie haben Angst, dass sie dem inneren Schweinehund (ein unsägliches Wort) nichts mehr entgegenzusetzen hätten. Aber

würde ihnen die von uns allen und von ihnen selbst am meisten gefürchtete Selbstakzeptanz nicht vielmehr helfen, konstruktive Dinge in ihrem Alltag zu tun? Selbstbewusst sich zu bewegen, auch im Schwimmbad oder in der Öffentlichkeit, lustvoll mit Bedacht Essen einzukaufen, anstatt schamhaft den Supermarkt so schnell wie möglich mit dem Altbewährten wieder zu verlassen, Bilder von sich zu genießen, anstatt sie sich zur Abschreckung an die Kühlschranktür zu heften?

Praktisch jede Studie zum Thema Adipositas zielt auf Ähnliches: Womit erreichen die Patient*innen die höchste Gewichtsreduktion: mit Low-Fat oder Low-Carb, neuen Medikamenten, endoskopischen Interventionen oder doch mit dem ewigen Gewinner, der operativen Therapie? Aber was berechtigt uns denn eigentlich, das Ziel der Gewichtsreduktion zum einzigen heiligen Erfolgsindikator zu erklären? Natürlich freuen wir uns über einen solchen Parameter, der der allgegenwärtigen Qualitätsforderung nach Messbarkeit huldigt – und so eine Zahl hat zugegeben etwas erfreulich Griffiges. Aber in Bezug auf andere chronische Erkrankungen (ich leite noch eine zweite Gesprächsgruppe für Patient*innen mit chronisch-

»Was berechtigt uns denn eigentlich, Gewichtsreduktion zum einzigen heiligen Erfolgsindikator zu erklären?«

Dr. Anke von Sengbusch

► Fortsetzung von Seite 10

- Störungen der Lebensvorgänge in Organen oder im gesamten Organismus (bei Adipositas kann im Prinzip jedes Organsystem betroffen sein)
- erhöhte Morbidität und Mortalität
- Notwendigkeit und Nutzen medizinisch-therapeutischer Maßnahmen

Andererseits unterscheidet sich starkes Übergewicht in einigen wesentlichen Aspekten von anderen Krankheiten (s. Kasten).

„An erster Stelle stehen die Stigmatisierung und Verurteilung von Menschen mit Adipositas. Dies gibt es zwar auch bei anderen Erkrankungen, aber nicht in dem Ausmaß wie bei der Adipositas“, sagte der Spezialist.

Meist fehlt ein tiefgehendes Verständnis der Adipositas

Typisch sei zudem eine Vermischung oder Quasi-Vermischung von ästhetischen Aspekten, die subjektiv für Betroffene sehr bedeutungsvoll sein können, und medizinischen Indikationen. „Dies vermischt sich bei Adipositas ganz anders als bei Diabetes, Bluthochdruck oder erhöhten Cholesterinwerten. Denn ein ästhetischer Aspekt kommt bei diesen nicht hinzu“, verdeutlichte Prof. Sharma. „Außerdem haben wir das Problem, dass die meisten von uns kein richtiges, tiefgehendes Verständnis der komplexen Ätiologie, Heterogenität und Chronizität der Adipositas haben. Noch immer ist dieses Krankheitsbild nicht richtig in der akademischen Medizin verankert.“ Es gebe eine mangelnde Vertretung in Forschung und Lehre.

Ob die Adipositas in der Breite als Erkrankung anerkannt wird, hängt somit auch von soziokulturellen und -politischen Aspekten ab. Zu fordern ist laut Prof. Sharma eine Gleichstellung und Gleichbehandlung der Betroffenen in der medizinischen Versorgung. Bei Diabetes, Hypertonie oder Krebs wird in der Regel eine leitliniengerechte Behandlung eingeleitet. „Das ist bei der Adipositas ganz anders. Aber Betroffene sollten zumindest das gleiche Anrecht auf eine Behandlung haben wie Patienten mit anderen Erkrankungen auch“, lautete sein Appell.

Dr. Elisabeth Nolde

1. pschyrembel.de/Krankheit/K0C8J
Diabetes Herbsttagung 2021

Eine Krankheit mit vielen Facetten

Adipositas unterscheidet sich laut Prof. Sharma von anderen sogenannten „Volkskrankheiten“ wie Diabetes mellitus oder Hypertonie u.a. in folgenden Aspekten:

- Stigmatisierung und Verurteilung von Menschen mit Adipositas, ferner Voreingenommenheit
- Vermischung ästhetischer und medizinischer Indikationen
- kein tiefgehendes Verständnis der komplexen Ätiologie, Heterogenität und Chronizität
- unrealistische Erwartung bezüglich des therapeutischen Erfolges von sogenannten Lifestyle-Interventionen
- Diskriminierung durch gesetzliche Bestimmungen (z.B. § 34 SGB V), wonach u.a. Medikamente zur Abmagerung und Appetitzügelung grundsätzlich von der Erstattungsfähigkeit ausgenommen sind
- mangelnde Vertretung in Forschung und Lehre
- unzureichende Lobbyarbeit der Fachgesellschaften, Patientenverbände und der forschenden biomedizinischen Industrie

entzündlichen Darmerkrankungen) sind wir bescheidener in unseren Zielen und sprechen viel mehr über Akzeptanz – ein Wort, das in Bezug auf die Adipositas nach wie vor verpönt zu sein scheint.

Das Leben ist zu kurz, um es in Selbstthass zu verbringen

Ein DMP Adipositas ist eine richtig gute Idee. Wenn es dazu beiträgt, Menschen mit Adipositas nicht allein zu lassen. Wenn es dazu beiträgt, sie in ihrer Emanzipation und durchaus körperbezogenen Selbstfürsorge zu unterstützen. Wenn wir uns vielleicht sogar davon lösen können, dass der einzige Grund, diese Menschen ärztlich und therapeutisch zu begleiten, sei, dass sie an Kilos verlieren – auch wenn das bedeutet, unsere eigene „qualitäts“-gesteuerte Erfolgsgeliebtheit zu dämpfen.

Wir sollten die Selbststigmatisierung der Menschen mit Adipositas nicht weiter befeuern. Das Leben ist zu kurz, um es im Selbstthass oder – wie es eine mehrfach erkrankte Patientin formulierte – im cervanteschen „Kampf gegen Windmühlen“ zu verbringen. Und das gilt einig nicht nur für Dicke. Dr. Anke von Sengbusch

NEU

DER SGLT-2-HEMMER ERTUGLIFLOZIN ALS MONOPRÄPARAT

- effektive HbA_{1c}-Senkung*¹
- Gewichtsreduktion und Blutdrucksenkung**¹
- attraktiver Preis

STEGLATRO® ist nicht zur Reduktion des Körpergewichts und zur Senkung des systolischen Blutdrucks indiziert.²

* Primärer Endpunkt: Veränderung des HbA_{1c} in Woche 26 im Vergleich zu Studienbeginn. Patienten, die mit Metformin (> 1.500 mg/Tag) für mind. 8 Wochen unzureichend eingestellt waren, erreichten mit STEGLATRO® 5 mg eine HbA_{1c} Reduktion von 0,7% (LS-Mittelwertdifferenz) nach 26 Wochen. p < 0,001 vs. Placebo.¹

** Sekundäre Endpunkte: Veränderung des Körpergewichts und Veränderung des systolischen Blutdrucks in Woche 26 im Vergleich zu Studienbeginn.¹

Weitere Informationen zu STEGLATRO® finden Sie hier:
m.msd.de/cZN

MSD

Steglatro® 5 mg Filmtabletten
Steglatro® 15 mg Filmtabletten

Wirkstoff: Ertugliflozin **Zusatzstoffe:** Arzneil. wirts. Bestand.: Jede Tbl. enth. 5 mg bzw. 15 mg Ertugliflozin (als Ertugliflozin-Pidolsäure). **Sonst. Bestand.:** Mikrokrist. Cellulose (E 460), Lactose-Monohydrat, Carboxymethylstärke-Natrium (Typ A), Magnesiumstearat (E 470b), Hypromellose (2910/6) (E 464), Macrogol 3350 (E 1521), Triacetin (E 1518), Titandioxid (E 171), Eisen(III)-oxid (E 172) **Anw.:** Zur Behandl. v. Erw. m. unzureichend kontroll. Typ-2 Diabetes mellitus als Ergänzung zu Diät u. Beweg. als Monother. oder Metformin aufgr. v. Unverträglichk. od. Gegenanz. nicht geeignet ist; zusätzl. zu anderen Arzneim. zur Behandl. von Diabetes. **Gegenanz.:** Überempf.-keit gg. d. Wirkstoff od. e. d. sonst. Bestand. **Vorsicht bei:** Komb. m. Insulin od. Insulin-Sekretagogum; Pat. m. Hypovolämie, Pat. m. eingeschr. Nierenfkt., älteren Pat. (> 65 Jahre); Pat., d. Diuretika einnehmen; Pat. unter Antihypertonika, m. Hypotonie in d. Vorgeschichte; Pat. m. Erkrank., d. zu Flüssigkeitsverlust führen können; Pat. m. erhöhtem Risiko für e. diabet. Ketoazidose; Pat. m. Pilzinfekt. in d. Vorgeschichte; Männern ohne Beschneidung; Pat. m. Herzinsuff. NYHA Klasse IV, **Nicht empf.:** Pat. m. eGFR < 45 ml/min/1,73 m² od. CrCl < 45 ml/min; Pat. m. schwerer Einschr. d. Leberfkt.; Pat., die unter e. SGLT2-Inhib. diabet. Ketoazidose hatten. **Nicht anv.:** Pat. m. Typ-1-Diabetes; Pat. m. schwerer Einschr. d. Nierenfkt.; Pat. m. terminaler Niereninsuffizienz; dialysepflichtigen Pat.; Schwangerschaft; Stillzeit. **Nebew.:** Sehr häufig: Vulvovag. Pilzinfekt. u. and. genit. Pilzinfekt. b. Frauen; Harnwegsinfekt. **Häufig:** Candida-Balanitis u. and. genit. Pilzinfekt. b. Männern. Hypoglykämie. Hypovolämie. Erhöht. Hamdrang. Vulvovaginaler Pruritus. Durst. Serumlipide veränd.; Hämoglobin erhöht; BUN erhöht. **Gelagert.:** Dysurie; Kreatinin im Blut erhöht/glomeruläre Filtrationsrate vermindert. **Selten:** Diabet. Ketoazidose. **Häufigk. nicht bekannt:** Nekrotisierende Faszitis d. Perineums (Fournier-Gangrän). **Hinw.:** Nierenfkt. vor Beginn u. in regelm. Abständen während d. Behandl. überprüfen. Zur Blutzuckerkontrolle keine Urintests auf Glucose verw. Überwachung d. Blutzuckerkontrolle mit 1,5 AG Assays nicht empfohlen. Pat. routinemäßige Fußpflege empfehlen. **Warnhinw.:** Enthält Lactose. **Verschreibungspflichtig. Bitte lesen Sie vor Verordnung von Steglatro® die Fachinformation!** Pharmazeutischer Unternehmer: Merck Sharp & Dohme B.V., Waarderweg 39, 2031 BN Haarlem, Niederlande; Lokaler Ansprechpartner: MSD Sharp & Dohme GmbH, Levelingstr. 4a, 81673 München

MSD Infocenter: Tel. 0800 673 673 673, Fax 0800 673 673 329, E-Mail: infocenter@msd.de

Stand: 10/2021 (RCN: 000018887-DE)

DE-STE-00044

»Jeder hat einen guten Grund für sein Verhalten«

Über den Umgang mit Scheitern

WIESBADEN. Patient*innen verhalten sich oft anders, als es sich das Diabetesteam wünscht. Wenn sogar individuelle Therapieanpassungen, Appelle und Drohungen nichts bringen und die Betroffenen unter der Obhut immer kränker werden, drängen sich schnell Gedanken auf wie: „Bin ich mit meiner Therapie gescheitert?“ Auf diese Frage gibt es meist eine klare Antwort: nein.

Die Zusammenarbeit mit Menschen mit Diabetes könnte so einfach sein, würde alles „nach Skript“ verlaufen – also so, wie es in den Leitlinien steht. An dieser Stelle darf man sich kurz fragen, wie oft man es im Praxisalltag mit Patient*innen zu tun hat, die sich mustergültig an alle Therapieempfehlungen halten. Einem Cochrane-Review zufolge tut das nur jede*r Zweite. Selbst wenn man die Empfehlungen individuell anpasst, werden oft nur Teile davon umgesetzt. Das kann auf Seite der Behandelnden schnell zu Frustration, Selbstvorwürfen und einem Gefühl des Scheiterns führen.

Finger weg vom Lebensstil der Menschen

Solche selbst zugeschriebenen Schuldgefühle bekommt die Hamburger Psychologin SUSAN CLEVER in ihren Seminaren häufig gespiegelt. Diabetesteam machen sich dafür verantwortlich, wenn sich ein Patient anders entscheidet oder in ihrer Betreuung immer kränker wird. Wie

kann man damit umgehen, ohne selbst zu leiden? „Wenn man nicht versucht, den Lebensstil der Menschen anzupacken, wird schon mal alles einfacher“, resümierte der Diabetologe Dr. ALEXANDER RISSE aus Berlin. Deshalb gab es von ihm auch keine Tricks, „um Patienten doch noch rumzubekommen“.

Drohen und Plädieren führt häufig zu Reaktanz

Er sieht es ebenso wenig als Scheitern, wenn sich Behandelte nicht „leitlinienkonform“ verhalten. Sie hätten sogar ein Recht darauf. So interpretiere er das im Grundgesetz Artikel 2 verankerte „Recht auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit“ als ein Recht, sich selbst zu schaden bzw. zu gefährden. Sogar bei lebenswichtigen ärztlichen Maßnahmen garantiere das Grundgesetz ein Recht auf medizinisch unvernünftiges Handeln. „Das muss man den Menschen einfach zugestehen“, so der Diabetologe. „Menschen haben meistens einen guten Grund für ihr Verhalten.“

Etwas falsch mache man jedoch, wenn man das Veränderungs-bewusstsein der Einzelnen missachtet. Die Einsicht, dass Veränderung notwendig ist, könne man nicht erzwingen. Alles, was man mit Mahnen, Drohen und Plädieren erreiche, sei psychologische Reaktanz: Die Patient*innen „mauern“ und „ma-

chen zu“. Dr. Risse plädierte daher für mehr Gelassenheit, die man mit ganz einfachen Mitteln testen könne: „Wenn Sie die Lehne Ihres Stuhls nicht mehr spüren, weil sich Ihr Oberkörper immer mehr zum Patienten neigt, machen Sie was falsch.“ Aber man sollte doch motivieren, oder nicht? Problem hierin sieht Prof. Dr. FRANK PETRAK, Leiter des Zentrums für Psychotherapie Wiesbaden, gewissermaßen zwischen den Zeilen. „Zu etwas motivieren“ impliziere Motivation von außen, also ebenfalls eine Art Drängen. Diabetes als lebenslange Erkrankung bedürfe jedoch intrinsischer Motivation. „Um eine nachhaltige Verhaltensänderung zu bewirken, muss man es von sich aus wollen.“ Als eine Methode für einen partizipativen Umgang mit Patient*innen nannte er das Motivational Interviewing. Einen zweiten Weg stellt die mentale Strategie WOOP dar (s. Kasten), die Hindernisse bei der Zielerreichung explizit einbezieht.

Wenn ..., dann ...

Hinter dem Akronym WOOP stecken die englischen Begriffe **W**ish (Wunsch), **O**utcome (Ergebnis), **O**bstacle (Hindernis) und **P**lan (Plan). Die aus der experimentellen Motivationspsychologie stammende Methode bezeichnet eine mentale Strategie, um kurz- und langfristige Ziele zu erreichen.

Ein Dialog mit Patienten könnte wie folgt aussehen:

- W** Was ist Ihr Wunsch? Dieser sollte Ihnen sehr wichtig, herausfordernd, aber trotzdem realistisch sein.
- O** Was wäre das Schönste an der Erfüllung? Wie würde sich das anfühlen? Bitte möglichst intensiv vorstellen.
- O** Was hindert Sie daran, Ihren Wunsch zu realisieren? Auch das bitte möglichst intensiv vorstellen.
- P** Und nun zum Wenn-Dann-Plan. Was können Sie tun, um ein Hindernis zu überwinden? Wenn X (Hindernis) auftritt, dann werde ich Y (effektive Handlung) tun.

 Ausführliche Infos zu WOOP, Arbeitsmaterialien und eine dazugehörige App können hier heruntergeladen werden: woopmylife.org/de/home

Ein Thema, das gerade bei Nicht-Erreichen vereinbarter Therapieziele immer wieder auftaucht, ist Non-Adhärenz. So halten sich laut verschiedenen Metaanalysen zwei von drei Patient*innen nach einem Jahr nicht mehr an ihre GLP1-RA-Medikation. Über 70 % der Menschen mit Typ-2-Diabetes ändern ihre Basalinsulintherapie eigenständig. Bezüglich der Non-Adhärenz legt Prof. Petrak auf vier Aspekte großen Wert:

- die individuellen Barrieren der Betroffenen zu identifizieren, die sie an ihrer Zielerreichung hindern
- wenn gewünscht: spezifische Hilfe anbieten
- Algorithmen nutzen, um jene Ursachen und Unterstützungsmöglichkeiten systematisch zu erfassen
- die informierte Entscheidung der Patient*innen – auch gegen eine bestimmte Behandlungsempfehlung – zu akzeptieren

Prof. Petrak hält es in seiner Arbeit und im Umgang mit Menschen mit

Riskant? Sicherlich.
Doch jeder hat das Recht
darauf, für sich
selbst zu entscheiden.

»Den Rücken am Stuhl lassen«

Diabetes allgemein für unerlässlich, die persönlichen Entscheidungen zu respektieren. Würden individuelle Therapieziele nicht erreicht, gebe es immer zwei Felder, in denen man nach Gründen und Hindernissen suchen müsse: das Feld der Erkrankten und jenes der Betreuenden.

Nicht-Adhärenz kann verschiedene Gründe haben

So können beispielsweise persönliche Kompetenzen oder Kontextfaktoren den Patienten beeinflussen. Ihm könnten wichtige Informationen fehlen. Oder psychiatrische Komorbiditäten hindern ihn an seiner Zielerreichung. Aber auch eine bewusste Entscheidung dagegen ist möglich.

Auf Seite der Behandelnden zählte Prof. Petrak Kommunikationsgestaltung, Therapieplanung, Praxisorganisation und ggf. nicht leitlinienkonformes Vorgehen als potenzielle Ursachen für Non-Adhärenz. Beide Bereiche müssten bedacht, partizipativ angepasst und die Zielsetzung reevaluiert werden.

Abschließend gab er dem Plenum noch einen Tipp mit auf den Weg: „Patienten kooperieren immer! Sehen Sie Non-Adhärenz nicht als Ablehnung, sondern als Angebot auf. Ihr Patient sagt Ihnen dadurch, dass das vereinbarte Ziel für ihn so nicht tragfähig ist. Das bietet Chancen, eine neue partizipative Entscheidungsfindung nachzuholen, ohne dass Sie ihn kritisieren oder entmündigen.“

Maria Fett

Diabetes Herbsttagung 2021

»Oft gibt man sich selbst die Schuld«

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



Stillen schützt auch den Kopf

Frauen bekommen häufiger Schlaganfälle als Männer. Haben sie jedoch einmal gestillt, senkte dies ihr Risiko laut einer aktuellen Publikation um 12 %. Besonders deutlich war der Effekt, wenn sie mindestens 1 Jahr stillten.

Quelle: Pressemitteilung der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft

Mehr als **100.000**

Menschen starben 2021 in den USA an Diabetes – damit wird diese Marke zum zweiten Mal in Folge überschritten.

Quelle: www.reuters.com

Jetzt bewerben für Preise der AG Diabetes und Niere

Mit dem **Projektpreis** fördert die AG der DDG wissenschaftliche Projekte aus dem Bereich der Versorgung diabetischer Nierenschäden. Der **Posterpreis** würdigt Arbeiten zur Pathophysiologie und Therapie. **Einreichungsfrist: 15. März**
Weitere Infos: bit.ly/Preise_AG-Niere

Niere auf Dauer geschützt

Subgruppenanalyse der DAPA-CKD

DÜSSELDORF. Der SGLT2-Inhibitor Dapagliflozin senkt den Progress und weitere kritische Endpunkte bei Patient*innen mit chronischem Nierenleiden – unabhängig vom Diabetesstatus. Im ersten Jahr nach Vorstellung der primären Ergebnisse der DAPA-CKD-Studie haben sich Forschende in einer Reihe von Subgruppenanalysen damit beschäftigt, welche Menschen mit chronischer Nierenerkrankung (CKD) von Dapagliflozin profitieren.

Effekt unabhängig vom initialen HbA_{1c}

Wie Prof. Dr. DAVID C. WHEELER vom University College in London nun berichtete, habe sich der Effekt des SGLT2-Inhibitors auf den kombinierten primären Endpunkt (50%ige Abnahme der geschätzten glomerulären Filtrationsrate [eGFR], terminale Niereninsuffizienz, renal oder kardiovaskulär bedingter Tod) unabhängig vom initialen HbA_{1c} gezeigt. Auch CKD-Ätiologie und -stadium der Teilnehmenden hätte keinen Einfluss auf die Ergebnisse gehabt.

Gesamtmortalität um ein Drittel geringer

Unter Dapagliflozin lag die Gesamtmortalität 31 % niedriger als im Placeboarm, wobei die häufigsten Todesursachen unabhängig vom Diabetesstatus plötzlicher Herztod und Infektionen waren. Insgesamt basierte die Reduktion laut Prof. Wheeler vor allem auf der niedrigeren Rate nicht-kardiovaskulärer Todesfälle. Gegenüber der Vergleichsgruppe verzeichneten die Forschenden zudem eine geringere Albuminurie, die bei Menschen mit Typ-2-Diabetes signifikant deutlicher ausfiel als bei stoffwechselgesunden Personen.

Wann das Absetzen erwogen werden sollte

Ebenfalls kam es bei Teilnehmenden im Prüfarm bedeutend seltener zu einem akuten Nierenversagen (2,9 % vs. 4,2 %; Hazard Ratio 0,68). Dies sei wichtig, betonte Wheeler. Trotz einer initialen Abnahme der eGFR unter dem SGLT2-Inhibitor werde die Niere auf Dauer geschützt. Nimmt die eGFR in den ersten zwei Wochen allerdings um mindestens 30 % ab, sollte ein Absetzen erwogen werden. *fk*

EASD Annual Meeting 2021

Frakturgefahr liegt im Blut

Wie sich Knochengesundheit und Diabetes beeinflussen

DÜSSELDORF. Neben allgemeinen Faktoren wie vorausgegangene Frakturen oder eine entsprechende Familienanamnese erhöhen bei Menschen mit Diabetes krankheitsspezifische Risikofaktoren die Gefahr von Knochenbrüchen. Vor allem bei einer langen Diabetesdauer, ungünstiger Stoffwechsellage, Insulintherapie oder Diabetesspätchäden ist daher Vorsicht geboten.

Der Hauptgrund, weshalb beispielsweise eine Adipositas das Risiko für Knochenfrakturen steigen lässt, liege in den inflammatorischen Effekten eines starken Übergewichts, erklärte Prof. Dr. NIKOLA NAPOLI von der Washington University School of Medicine, St. Louis. So gehen jene Entzündungsprozesse, die sich negativ auf die kardiovaskuläre Gesundheit auswirken, auch mit einem Ver-

lust der Knochenmasse einher: „Je höher die Zytokinpiegel im Serum, desto schlechter die Knochenqualität“, brachte es der Referent auf den Punkt.

Erhöhte Insulinspiegel bzw. eine Insulinresistenz wirken sich ebenfalls auf die Knochendichte aus. Einen Anhaltspunkt hierfür geben höhere Werte im HOMA-

IR-Index. Allerdings sind nicht nur Menschen mit Typ-2-Diabetes gefährdet, sondern auch bei einem Typ-1-Diabetes ist das Frakturrisiko nicht zu unterschätzen. Im Vergleich zu Stoffwechselgesunden liegen ihre Chancen zum Beispiel für Hüftbrüche fünfmal höher, betonte Prof. Dr. RICHARD EASTELL, University of Sheffield. Mit einem Diabetes Typ 2 sei das Risiko „nur“ um ein Drittel erhöht. Abseits davon vergrößern eine längere Erkrankungsdauer, die glykämische Kontrolle sowie der Gebrauch von Insulin die Frakturwahrscheinlichkeit.

„Die Knochendichte erzählt uns aber nicht die vollständige Geschichte“, so Prof. Eastell weiter. Dass sogar bei gleichen Werten das Frakturrisiko für Menschen mit Diabetes höher liegt, lasse

sich vor allem mit Stürzen infolge schwerer Hypoglykämien erklären, wie sie bei der Therapie mit Insulin oder Sulfonylharnstoffen häufiger auftreten. „Diese Stürze sind für etwa 10 % aller Frakturen bei Menschen mit Diabetes verantwortlich.“ Diabetische Neuropathien oder ein eingeschränktes Sehvermögen, die die Wahrscheinlichkeit für Stürze zusätzlich erhöhen, sollten bei der Einschätzung des Frakturrisikos ebenfalls berücksichtigt werden.

Knochen wirken als endokrines Organ auf den Stoffwechsel

Neben dem Einfluss des Glukosestoffwechsels auf die Knochensubstanz scheint es glukoregulatorische Aktivität im Knochen zu geben, wie Dr. KIM LOH vom St. Vincent's Institute of Medical Research im australischen Melbourne ausführte. „Knochen fungieren als endokrines Organ, das den Glukosestoffwechsel auf verschiedene Arten beeinflusst.“ So wirken die im Knochen gebildeten Hormone Osteocalcin, Lipocalin-2 und Sclerostin auch in Pankreas, Gehirn, Leber, Muskel und weißem Fettgewebe.

Aus Mausmodellen wisse man, dass Osteocalcin die Glukoseaufnahme im Muskel sowie die Betazellfunktion verbessert und die Glukoseausschüttung der Leber hemmt. Einen ähnlichen Effekt hat Lipocalin-2, wohingegen hohe Sclerostinspiegel mit einer verringerten Insulinempfindlichkeit, geringeren Glukoseaufnahme in den Muskeln sowie erhöhter Lipogenese und verschlechterten Betazellfunktion einhergehen. *Antje Thiel*

EASD Annual Meeting 2021



Foto: iStock/SiberianArt

Unter erschwerten Bedingungen

Einfluss kardiovaskulärer Komplikationen auf die Therapie mit SGLT2-Hemmern

DÜSSELDORF. Bei Menschen mit chronischer Nierenerkrankung leidet häufig auch das kardiovaskuläre System. Beeinflussen solche Vorerkrankungen die Wirkung einer Therapie mit Dapagliflozin?

Eine Herzinsuffizienz, periphere Arterienerkrankung (PAD) oder ein Vorhofflimmern – drei schwere kardiovaskuläre Komplikationen, die Menschen mit chronischem Nierenleiden (CKD) häufig treffen können. Deren Einfluss auf die Effekte des SGLT2-Hemmers Dapagliflozin untersuchten Prof. Dr. JOHN McMURRAY von der University of Glasgow und weitere Forschende

anhand der Daten aus der DAPA-CKD-Studie. Als kombinierten primären Endpunkt wählte das Studienteam:

- Abfall der geschätzten glomerulären Filtrationsrate (eGFR) um mindestens 50 %
- terminale Niereninsuffizienz
- renal oder kardiovaskulär bedingter Tod

Wie die Gruppe um Prof. McMurray feststellte, erreichten Patient*innen mit vorbestehender PAD, die dem Placeboarm der Studie zugewiesen worden waren, den Endpunkt häufiger als PAD-Patient*innen unter Dapagliflozin (10,9 vs. 7,7 pro 100 Personenjahre). Dies sei sicherlich durch die kardialen Todesfälle bedingt, die in der Vergleichsbedingung öfter auftraten, meinte der Kardiologe.

In der statistischen Interaktionsanalyse erkannten die Forschenden dann, dass eine PAD den Effekt von

Dapagliflozin nicht veränderte: Teilnehmende profitierten von dem Medikament unabhängig davon, ob sie zu Studieneinschluss bereits an einer Arterienerkrankung gelitten hatten oder nicht (p = 0,69). Für kardiovaskulär Gesunde betrug die Hazard Ratio (HR) für das Erreichen des primären Endpunkts 0,60 (95%-Konfidenzintervall [KI] 0,49–0,72), für Vorbelastete 0,69 (95%-KI 0,41–1,16).

Betroffene ggf. regelmäßig auf Vorhofflimmern screenen

Bei Personen mit PAD kam es in beiden Studienarmen etwa zwei- bis dreimal häufiger zum kardiovaskulären Tod oder einer Hospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz als bei herzgesunden Teilnehmenden. Allerdings profitierten vorbelastete Patient*innen ebenfalls hinsichtlich dieses kardiovaskulären sekundären Endpunkts von dem SGLT2-Hem-

mer, ohne dass es einen Hinweis auf eine Interaktion gab (4,4 vs. 7,6 Ereignisse pro 100 Personenjahre).

In einer weiteren Analyse deckte das Team um Prof. McMurray auf, dass auch Personen mit chronischer Nierenerkrankung und vorbestehendem Vorhofflimmern unter Dapagliflozin seltener den kombinierten Endpunkt erreicht hatten als deren Pendant im Placeboarm (4,9 vs. 9,9 Ereignisse pro 100 Personenjahre; HR 0,49; 95%-KI 0,23–1,03). Hinsichtlich des sekundären Endpunkts schienen Vorhofflimmerpatient*innen noch etwas mehr vom Verum zu profitieren als Betroffene ohne Rhythmusstörung. Unklar bleibe, ob man Menschen mit CKD regelmäßig darauf screenen sollte, da deren Risiko höher liege. In jedem Fall empfahl er für Personen über 60 Jahre ein jährliches EKG. *fk*

EASD Annual Meeting 2021

»Daten aus DAPA-CKD«



DIABETES KONGRESS 2022 DDG



**Frist verlängert:
DDG Reisestipendien**

Reisekostenzuschuss von 400 €, freier Eintritt zum Kongress und ein direkter Draht zur AG Nachwuchs. Jetzt noch **bis 28.02.2022** auf das Reisestipendium zum Diabetes Kongress bewerben! Weitere Infos und Anmeldung unter bit.ly/ddg_reisestipendium

**Jetzt
anmelden!**

www.diabeteskongress.de



Startschuss für den hybriden Kongress

Highlights aus dem Programm im Überblick

BERLIN. Auch im Jahr 2022 hält uns die Coronapandemie weiter im Griff. Weil die Forschung jedoch niemals stillsteht und Menschen mit Diabetes auch unter schwersten Bedingungen die bestmögliche Versorgung verdienen, entwickelt die DDG ihre beiden wichtigsten Kongresse seit 2020 sorgfältig weiter. Nach den durchgehend positiven Erfahrungen von der letztjährigen hybriden Diabetes

Herbsttagung bietet die DDG Interessierten auch 2022 wieder die Möglichkeit, den Diabetes Kongress mit dem Motto „Hand in Hand zum Ziel – einfach. besser.messbar.“ vor Ort im **CityCube Berlin** oder im **Livestream** und **on demand** zu verfolgen. Präsenzbesuchende treffen sich selbstverständlich im Rahmen der aktuell gültigen Hygienevorschriften.

Sonstiges

virtuell und
vor Ort

„Ernährungstherapie – ein Ziel, viele Wege“

Symposium des Ausschusses Ernährung der DDG

Vorsitz: Prof. Dr. Marie-Christine Simon, Universität Bonn,

Dr. Arthur Grünerbel, Diabeteszentrum München Süd

Freitag, 27. Mai 2022, 14:00–15:30 Uhr

Diabetes ist ein heterogenes Krankheitsbild, dem nicht mehr mit einer einheitlichen Ernährungstherapie begegnet werden kann und sollte. Der neuen Einteilung in unterschiedliche Diabetestypen müssen auch die Ernährungsempfehlungen Rechnung tragen. Dazu kommt noch der Wunsch einer zunehmenden Individualisierung in der Lebensmittelauswahl, die durch die große Vielfalt an neuen Therapieoptionen auch zunehmend möglich ist.

Immer stellt sich jedoch die Frage nach Präventionsmöglichkeiten mittels der Auswahl bestimmter Lebensmittelgruppen oder ob

bestimmte Fastenmodelle die Entwicklung eines Diabetes besser verhindern können als andere. Viel diskutiert wird derzeit über die 16/8-Methode, aber auch andere Modelle, die zum Teil „meal skipping“ beinhalten, werden im Rahmen von Studien untersucht.

Das Symposium beschäftigt sich zudem mit dem kontroversen Thema der low-carb, ketogenen Diät bei Typ-1-Diabetes; aufgrund der geringeren Blutzuckerwirksamkeit bei allen Diabetestypen theoretisch hilfreich, aber nicht für jede*n Patient*in geeignet – ein Ziel, viele Wege.

Sonstiges

virtuell und
vor Ort

„Verschiedene Aspekte der Gesundheitsförderung durch Bewegung“

Symposium der AG Diabetes, Sport & Bewegung der DDG

Vorsitz: Dr. Peter Zimmer, Ingolstadt,

Dr. Peter Borchert, Augsburg

Mittwoch, 25. Mai 2022, 14:30–16:00 Uhr

In einem Positionspapier der Österreichischen Diabetes Gesellschaft wird analog zur Ernährungs- eine Bewegungsberatung in Diabetesschwerpunkteinrichtungen gefordert. Neben einer Bewegungsanamnese soll ein Bewegungsassessment die Vereinbarung standardisieren, aber individuellen Zielen folgen. Die Beratenden vermitteln und kommunizieren mit geeigneten regionalen Bewegungsangeboten, überwachen und modifizieren die Bewegungsempfehlungen. Prof. Dr. Othmar Moser berichtet über Erfahrungen aus Österreich.

Das Steigern von Alltagsbewegung und Unterbrechen von Sitzen wird in allen Leitlinien zur Bewegung mittlerweile empfohlen. Dr. Meinolf Behrens gibt in seinem

Vortrag ein Update zu Alltagsbewegung. Eine intrinsische Motivation und Selbstverstärkung für Bewegung ist der wichtigste Grad, damit Empfehlungen nachhaltig umgesetzt werden. Als neues Tool zur Stärkung einer Motivation für Bewegung gilt die Nutzung eines kontinuierlichen Glukosemonitorings (CGM). Prof. Dr. Christian Brinkmann berichtet über den aktuellen Stand der Wissenschaft.

In den nationalen und internationalen Empfehlungen zur körperlichen Bewegung bei Diabetes werden Tai-Chi und Yoga ausdrücklich erwähnt. Dr. Ulricke Becker wird in ihren Vortrag die Begründung für diese Empfehlung sowie die Effekte von Tai-Chi und Yoga referieren.

Gesundheitswandern wird als Primärprävention nach § 20 SGB V anerkannt. Das gesundheitsorientierte Bewegungstraining mit Naturerlebnis und Geselligkeit verbessert Kraft, Koordination, Ausdauer und Beweglichkeit. Prof. Dr. Björn Eichmann berichtet über Erfahrungen und wissenschaftliche Ergebnisse dieser Empfehlung.

Komorbiditäten

virtuell und
vor Ort

„Diabetes und Krebsvorsorge“

Symposium der AG Diabetes & Krebs der DDG

Vorsitz: Prof. Dr. Hans Scherübl, Vivantes Klinikum Am Urban Berlin,

Prof. Dr. Stephan Herzig, Diabetes Center – Helmholtz Zentrum München

Samstag, 28. Mai 2022, 10:45–12:15 Uhr

Es gibt einen direkten Zusammenhang zwischen Diabetes und Krebs. Diabetes erhöht das Risiko für verschiedene Krebserkrankungen. Umgekehrt kann z.B. das Pankreaskarzinom einen Diabetes auslösen. Das Risiko, an der Tumorerkrankung zu sterben, ist bei Patient*innen mit Diabetes signifikant höher als bei Patient*innen ohne Diabetes. Krebs hat sich zur Haupttodesursache von Menschen mit Typ-2-Diabetes (T2D) entwickelt.

Sowohl T2D als auch übermäßiges Körpergewicht (ÜKG) sind deutsche Volkskrankheiten. 80–90 % der Menschen mit T2D weisen ein ÜKG (BMI > 25 kg/m²) auf. Nicht nur T2D, sondern auch ÜKG steigert das Krebsrisiko z.B. des Dickdarms, der Leber, der Bauchspeicheldrüse, der Gebärmutter und der weiblichen Brust auf das 1,2- bis 2,5-Fache. Umgekehrt verringert eine langfristige Gewichtsreduktion das Krebsrisiko, und dies in besonderem Maße, wenn es gelingt, den T2D rückzubilden. Die Glukosekontrolle gilt als ein Schlüsselfaktor eines verringerten Krebsrisikos bei ÜKG. Gründe für das erhöhte

Krebsrisiko sind die dauerhafte Erhöhung des Blutzuckers, Änderungen der Konzentrationen von Fettgewebs- und Sexualhormonen, Entzündungsreaktionen und die Insulinresistenz. Die Insulinresistenz verursacht beim T2D einen Überschuss an Insulin im Körper. Insulin und der insulin-like growth factor 1 (IGF-1) sind Wachstumsfaktoren, die das Zellwachstum fördern können.

Ein gesunder Lebensstil könnte prinzipiell 40–50 % aller Krebserkrankungen verhindern. Zudem ist für T2D-Patient*innen die frühzeitige Teilnahme an der Krebsvorsorge entscheidend. Paradoxe Weise nehmen Menschen mit T2D die Vorsorgeangebote seltener wahr als Stoffwechselgesunde. Die neue AG wirbt für eine größere Akzeptanz. So sollten T2D-Patient*innen bereits im Alter von 45 Jahren schriftlich zur Vorsorgeempfehlung und Frauen mit 45 zur Mammographie eingeladen werden. T2D-Patient*innen, die rauchen, soll eine professionelle Tabakentwöhnung angeboten werden. Die Krebsvorsorge soll im DMP Diabetes gestärkt werden.

Komorbiditäten

Teilnahme nur
vor Ort möglich

„Lipidologie – Neues am Horizont“

DDG Symposium

Vorsitz: Dr. Ulrike Schatz, Universitätsklinikum

Carl Gustav Carus Dresden,

Prof. Dr. Matthias Laudes, Universitätsklinikum

Schleswig-Holstein, Campus Kiel

Donnerstag, 26. Mai 2022, 16:00–17:30 Uhr

Nachdem in den vergangenen Jahren immer niedrigere LDL-Cholesterin-Zielwerte für unsere Diabetespatient*innen empfohlen wurden, haben sich auch im Hinblick auf die Möglichkeiten der therapeutischen Einstellung Neuerungen ergeben. Dies betrifft

zum einen Medikamente, die das LDL-Cholesterin in der Leber auf eine ähnliche Weise senken wie Statine, als auch innovative Omega-3-basierte Pharmaka, die das kardiovaskuläre Risiko über LDL-unabhängige Mechanismen reduzieren. Zudem wird auch mit der baldigen Zulassung eines neuen Therapeutikums zur Lipoprotein-Senkung gerechnet, sodass auch der aktuelle wissenschaftliche Stand zu diesem besonderen Parameter im Rahmen des Symposiums besprochen wird. Den Auftakt wird ein Vortrag zur Umsetzung der aktuellen Leitlinie in der täglichen Praxis machen, insbesondere hierbei wird von einer regen Diskussion ausgegangen.

Sonstiges

virtuell und
vor Ort

„Therapeutic options to reduce CV risk in diabetes – mechanisms and clinical data“

Internationales Symposium

Vorsitz: Prof. Dr. Nikolaus Marx, Uniklinik RWTH Aachen

Donnerstag, 26. Mai 2022, 14:00–15:30 Uhr

Cardiovascular outcome trials with SGLT2-inhibitors and GLP1-receptor-agonists have shown a reduction of cardiovascular events in patients with diabetes.

The current session focusses on the development of SGLT2-inhibitors from glucose-lowering drugs to agents that reduce cardiovascular events not only in patients with diabetes but also in those with heart failure and/

or chronic kidney disease. Moreover, the mechanisms of the benefit of SGLT2-inhibitors in particular in patients with diabetes and CKD will be discussed.

Similarly, the effects of GLP1-receptor-agonists in the heart will be presented with a focus on effects beyond glucose lowering. Finally, anti-inflammatory strategies such as anti-interleukin-1-antibodies as well as agents such as colchicine have shown promising results for the reduction of cardiovascular events. This aspect will be presented from a mechanistic as well as a clinical point of view.

DIABETES KONGRESS 2022

Hand in Hand zum Ziel – einfach.besser.messbar.

25. – 28. Mai 2022, CityCube Berlin, Hybridkongress

Früh-Anmeldung nur noch bis
zum 28.02.2022 möglich!

Alle Vorträge stehen im
Nachgang noch sechs
Monate zur Verfügung

 **DIABETES
KONGRESS**
2022 **DDG**

www.diabeteskongress.de



Bloggen von der Herbsttagung



Ausgewählte Beiträge vom diabetologischen Nachwuchs

BERLIN. Auch in diesem Jahr hat der diabetologische Nachwuchs wieder eifrig von der Diabetes Herbsttagung geschrieben. Einige Beiträge der

Träger*innen des DDG Stipendiums zur Herbsttagung möchten wir Ihnen in der diabeteszeitung präsentieren. Weitere Berichte, auch von vergan-

genen Herbsttagungen und Kongressen, können Sie im DDG Blog nachlesen unter: **blog.ddg.info**

von Irena Drozd

Happy Birthday, Insulin! Rückblick, Überblick und Ausblick über die Insulintherapie in der Kinderheilkunde

Die erste Insulingabe am 11. Januar 1922 war eigentlich kein vollkommener Erfolg – die Ketonwerte blieben gleich und es gab einen sterilen Abszess. Am 25. Februar war es viel besser: Das Insulin war rein genug, um die Glukosewerte bei Leonard Thompson zu senken und die Ketone verschwinden zu lassen. Das Insulin hat viele Gesichter, sagt Professor Thomas Danne in seinem Vortrag zur „Insulintherapie in den letzten 100 Jahren“. Zum einen ist es ein Lebensretter, zum anderen aber ein Ziel des Immunsystems (als Autoantikörper) und somit auch vielleicht eine potenzielle Möglichkeit in der Prävention des Diabetes.

Schon im Jahr 1926 gab es erste Anfänge der Kinderdiabetologie. Bereits da wurde klar, dass sich Kinder mit Diabetes ganz normal entwickeln können, ohne sich von Kindern ohne Diabetes zu unterscheiden. Vor 95 Jahren wurde ebenfalls die Aussage formuliert, dass diejenige Behandlungsart optimal sei, bei der der Blutzucker möglichst normnah ist.

Im Laufe der Zeit wurde das Thema der Folgekomplikationen bei Diabetes beleuchtet, die trotz der Insulintherapie auftreten. Studien haben gezeigt, dass der Zusammenhang zwischen einer suboptimalen Stoffwechseleinstellung und Langzeitprognose schon im Kindes- und Jugendalter beginnt. Die Geschichte der Insulintherapie umfasst mehrere Stichworte: von der ersten therapeutischen Insulingabe, über NPH (Neutrales Protamin Hagedorn) und Lente Insulin, biosynthetisches Humaninsulin der ersten, zweiten und dritten Generation ...

Und wie sieht die Zukunft aus? Orales Insulin, physiologisch verteiltes Insulin, glukosesensitives „Smart Insulin“ – das sind alles Vorstellungen und mögliche Richtungen, in die die Diabetologie gehen könnte. Im Überblick über die Therapie dürfen auch „Hilfsmittel“ nicht vergessen werden, die die Umsetzung der Be-

handlung wesentlich einfacher gemacht haben. Erst waren das die Insulinpens. Und später wurde klar, dass die Insulintherapie mit ICT (intensivierte konventionelle Insulintherapie) auch bei Kindern möglich und durchführbar ist.

Dann kam es zum Paradigmenwechsel: Im Fokus standen Eltern und Familien der Kinder mit Diabetes. Denn: Selbstmanagement im Alltag erschien wichtig und dazu waren Schulungen notwendig. Dank der Arbeit von Professor Karin Lange wurden diese Schulungen eingeführt und an den Entwicklungsstand des Kindes angepasst.

Heute wissen wir, dass – wie der jetzige DDG-Präsident Andreas Neu sagt – „die Diabetologie Teamarbeit ist“. Um die Insulintherapie weiter zu optimieren, sind außerdem Forschung, aber auch Register und Datenbanken von Bedeutung. So war also auch die Entwicklung der dpv-Initiative ein großer Schritt in der (pädiatrischen) Diabetologie.

Später kam die „Onset-Studie“ dazu mit der Erkenntnis, dass eine Pumpentherapie bereits ab Manifestation und im Vorschulkindesalter möglich ist und auch durch die Eltern besser angenommen wird.

Mittlerweile haben wir CGM-Systeme (Continuous Glucose Monitoring), die die Therapie steuern. Und schließlich gibt es jetzt eine automatische Insulindosierung (AID), die unsere Vorstellung bzgl. der Diabetestherapie ändert. So rückt die Trennung von Basal- und Bolusinsulin in den Hintergrund. Stattdessen gibt es nutzerinitiierte Bolusgaben und algorithmusgesteuertes Insulin. Wir müssen also auch umdenken und gemeinsame Therapieprinzipien bei AID-Systemen definieren. Dazu brauchen wir wiederum gute Schulungen und gute Diabetesteams, die sich mit den neuen Technologien auskennen und die Patientinnen und Patienten entsprechend beraten können. Und dies stellt für uns alle ein gemeinsames Ziel dar, welches wir zukünftig erreichen möchten.



von Marie Korell

Große Herausforderung für alle Beteiligten: Gestationsdiabetes bei Frauen mit Migrationshintergrund

Im Rahmen der Diabetes Herbsttagung 2021 durfte ich einen Workshop zum Thema „Diabetes – Schwangerschaft – Migration“ unter der Leitung von Herrn Dr. Stupin aus Berlin, Frau Karapinar aus Osnabrück und Frau Krüger aus Gevelsberg besuchen, in welchem die großen Herausforderungen sowohl für die betroffenen Patientinnen als auch das betreuende medizinische Fachpersonal näher erläutert und mögliche Lösungsansätze diskutiert wurden.

Eine Immigration in ein fremdes Land mit einer fremden Sprache und Kultur – eine riesige Herausforderung, die ich mir kaum zutrauen würde. Wenn in dieser Ausnahmesituation noch eine Schwangerschaft hinzukommt und dann auch noch ein Gestationsdiabetes festgestellt wird, kann man die Überforderung und Unsicherheit der werdenden Mütter gut nachvollziehen. Auch für medizinisches Fachpersonal ist die Betreuung dieser Patientinnen nicht gerade leicht. Dabei sind Sprachbarrieren bei Weitem nicht das einzige Problem. Die Patientinnen sind zum Teil in einer völlig anderen Kultur sozialisiert worden, das Herkunfts- und Sozialisierungsland spielt eine große Rolle. Auch religiöse Unterschiede, Aspekte wie das Gesundheits- und Krankheitsverständnis, genetische Besonderheiten, Lebensformen, die finanzielle Situation, der Bildungsgrad, der Migrationsstatus und eine individuelle Esskultur müssen berücksichtigt werden. Vor allem im Bereich der Diabetologie, wo Lifestyle-Änderungen einen entscheidenden Therapiebaustein darstellen, ist eine kultursensible Herangehensweise mit entsprechend geschultem Personal eine wichtige Voraussetzung für den Therapieerfolg. Bei Frauen mit Migrationshintergrund liegen deutlich häufiger Risikofaktoren für die Entstehung eines Gestationsdiabetes vor als bei deutschen Frauen. Dazu gehören das genetisch bedingte höhere Risiko, im Lauf des Lebens an



Frauen eine 33 % höhere Gestationsdiabetes-Inzidenzrate im Vergleich zu einheimischen Frauen.¹ Frauen aus Osteuropa und Asien hingegen haben ein niedrigeres Risiko für Adipositas, aber dennoch ein höheres Risiko, einen Gestationsdiabetes zu entwickeln, als Schwangere ohne Migrationshintergrund.²

In einigen Kulturen wird die stetige Gewichtszunahme insbesondere in der Schwangerschaft als gesund und als Zeichen für Wohlstand angesehen. Manche Frauen fürchten sich extrem vor einer Therapie mit Insulin und nehmen Kontrolltermine bei diätisch unzureichend eingestelltem Diabetes dann einfach nicht mehr wahr. Eine adäquate Aufklärung über das Krankheitsbild, mögliche Folgen für Mutter und Kind bei ungenügender Blutzucker-Einstellung und die Therapiemöglichkeiten sind essenzielle Voraussetzung für eine gute Compliance der Patientinnen.

Für eine gelungene Ernährungsberatung von Patientinnen mit Migrationshintergrund bedarf es mehr als eine*n Dolmetscher*in, der gängige Schulungen eins zu eins übersetzt. Die Kenntnisse über die individuellen Essgewohnheiten, die Lebensmittelauswahl und die Zubereitungsart sind Voraussetzung für eine sinnvolle Beratung. Die Häufigkeit an warmen Mahlzeiten und der Anteil an Fetten und Kohlenhydraten variiert interkulturell extrem. Außerdem zu bedenken sind religiös bedingte Tabuisierungen von Lebensmitteln oder das Fasten im Ramadan für muslimische Menschen.

Der Anteil an Frauen mit Migrationshintergrund in Deutschland steigt stetig, deren Prävalenz und Inzidenz für Gestationsdiabetes ist hoch. Sowohl im stationären als auch im ambulanten, im gynäkologischen und diabetologischen Sektor müssen wir diese Patientengruppe stärker berücksichtigen und auf ihre individuellen Bedürfnisse besser eingehen, um die Frauen und ihre Kinder bestmöglich zu behandeln und vor Folgeerkrankungen zu schützen.

1. Reeske A et al. Geburtsh Frauenheilk 2012; 72: 305–310. doi:10.1055/s-0031-280428
2. El-Khoury Lesueur F et al. Int J Public Health 2018; 63: 1027–1036. doi:10.1007/s00038-018-1146-y

Link zu den
Blog-Beiträgen:
blog.ddg.info



Wie effektive Prävention durch Bewegung gelingen kann – für alle

Im Ton rheinisch-locker, in der Botschaft ernsthaft und bestimmt: Im Symposium „Diabetes – Adipositas – Migration“ hielt Professor Joisten einen lebhaften Vortrag über die Gesundheitsrelevanz von Bewegung und Sport und über die Besonderheiten, die für Erwachsene und Kinder mit Migrationshintergrund im Alltag bedeutsam sind. Sie benannte die Hürden, die es zu überwinden gilt, damit Sport als Prävention und als Mittel gegen Adipositas gelingen kann.

Zunächst ging Professor Joisten auf den Wert von Sport in Bezug auf Gesundheit ein: „Bewegung ist Medizin“, so der Titel einer Publikation, die dies untermauert und die die Vielzahl der Erkrankungen benannte, bei denen Bewegung heilsam ist. Sie selbst hob jedoch besonders die Bedeutung des Sports

für die soziale Teilhabe und die Integration hervor und schlug damit den Bogen zu ihrem eigenen Forschungsfeld, „Bewegungsförderung bei Kindern und Jugendlichen“. Denn rein zur Gewichtsreduktion sei Sport gar nicht so geeignet, wie man denken würde. Dass er für das Wohlbefinden dennoch von immenser Bedeutung ist, sei eben durch andere Faktoren erklärbar, wie auch durch die hormonelle Aktivität des Organs Muskel.

Im zweiten Block besprach Professor Joisten Daten zum Fitnessstand von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund. Wenn hier Migrations-

gruppen ein geringeres Bewegungsausmaß aufweisen – was bedeutet das und wie gehen wir damit um? Hier wies sie jedoch besonders auf die Feinheiten und Besonderheiten in den Lebensrealitäten der Kinder und Erwachsenen hin. Sprachbarrieren, Schamgefühle, Health Literacy, der Zugang zum organisierten Sport bzw. Vereinssport, seien Aspekte, die es zu bedenken gilt, um entsprechende Daten richtig interpretieren zu können und die richtigen Schlüsse zu ziehen. Die Menschen da abzuholen, wo sie stehen – ein Schwerpunkt ihres Vortrages. Sie schloss damit ab, die Infrastruktur

von verschiedenen Bezirken in Köln zu beleuchten, um die Botschaft ihres Vortrages noch einmal zu verdeutlichen: Es reicht nicht, Erkenntnisse aus Grundlagenwissenschaftlicher Forschung in paternalistische Empfehlungen für mehr Bewegung zu übersetzen.

Professor Joisten bezeichnet ihren Ansatz als „migrationsorientierte Denkweise“, denn nur wenn es gelingt, den Standpunkt der Menschen verstehen zu wollen und in Bezug auf die Bedürfnisse der Zielgruppe eine lernwillige und offene Haltung einzunehmen, kann es gelingen, dass für mehr Bewegung die entsprechenden Infrastrukturen und geeigneten Angebote geschaffen werden. Dann kann effektive Prävention wirklich allen zugutekommen.



von David Grossmann

»UACR-Tests sind die beste Methode«

Urinteststreifen haben bei der Bestimmung der Mikroalbuminurie ausgedient

WIESBADEN. Das verlässlichste Anzeichen für eine beginnende diabetische Nephropathie ist Albumin im Urin. Denn handelt man erst bei einer verschlechterten geschätzten glomerulären Filtrationsrate (eGFR) und entsprechend nachlassenden Nierenfunktion, hat das Organ oft schon irreparablen Schaden genommen.

Fachlich gesehen wäre es schon erfreulich, wenn man in der Hausarzt- oder diabetologischen Fachpraxis mögliche Nierenschäden als Folge eines Diabetes, einer Hypertonie oder kardiovaskulärer Erkrankungen so weit auf dem Radar hätte, dass Risikopatient*innen regelmäßig auf Eiweiß im Urin untersucht würden – ob nun mit einem klassischen Urinteststreifen oder mit einer UACR-Bestimmung im Labor (s. Kasten). Ganz nach dem Motto: „Hauptsache, es wird irgendetwas gemacht!“

Wissenschaftlich gesehen unverzichtbar

Doch mit dieser Haltung wollen sich viele Nephrolog*innen nicht mehr zufriedengeben. Sie plädieren für den UACR-Test zur Diagnostik einer Mikroalbuminurie. So erklärt Prof. Dr. CHRISTOPH WANNER, Leiter der Nephrologie in der Medizinischen Klinik und Poliklinik an der Uniklinik Würzburg: „Mit Albumin und Kreatinin werden zwei normierte Parameter bestimmt und zueinander in Bezug gesetzt. Der UACR-Test ist zurzeit die quantitativ und qualitativ beste Methode. Aus wissenschaftlicher Sicht muss ich darauf bestehen, dass zur Bestimmung einer Albuminurie grundsätzlich ein UACR-Test verwendet wird.“ In internationalen Diabetesstudien werde aus gutem Grund seit vielen Jahren nur

noch das Albumin-zu-Kreatinin-Verhältnis als Parameter für die Albuminurie herangezogen. Allerdings beobachtet Prof. Wanner hierzulande starke „Beharrungskräfte“ zugunsten der Urinstreifen.

So spiegle sich die methodische Überlegenheit des UACR-Tests weder in der Nationalen Versorgungsleitlinie zum Typ-2-Diabetes noch in der entsprechenden Leitlinie der DEGAM wider: „Ich unterstütze diese Leitlinien zwar inhaltlich, doch leider legen sie sich bei der Albuminuriediagnostik nicht auf das Verfahren fest“, bedauert Prof. Wanner. Zwar sei es prinzipiell nicht unmöglich, auch mit gängigen Urinteststreifen eine Mikroalbuminurie

zu erkennen. „Doch in Deutschland werden Teststreifen von 20 verschiedenen Herstellern verwendet, die sich in den Anforderungen an Lagerung und Handling zum Teil stark unterscheiden. Die Anwendung ist das Problem“, betont Prof. Wanner. „Das klappt nur, wenn die Prozesse in der niedergelassenen Praxis klar definiert und erfahrene medizinische Fachangestellte damit betraut sind.“

Bei den Kosten handelt es sich letztlich um Cent-Beträge

Für Dr. CORNELIA WOITEK, die in einer Diabetologischen Schwerpunktpraxis in Würzen arbeitet, gibt es noch einen weiteren Punkt, der für die Nutzung von UACR-Labortests und gegen den Einsatz konventioneller Urinteststreifen spricht: „Es ist für Patientinnen und Patienten ebenso wie für die medizinischen Fachangestellten unangenehm, in der Praxis mit den Urinbechern zu hantieren. Wenn Betroffene ihre Urinröhrchen mit Spontanurin

von zu Hause mitbringen, hat das Praxispersonal damit selbst nichts mehr zu tun. Das ist auch aus hygienischer Sicht ein Vorteil.“ Das Argument, UACR-Tests belasteten unnötig das Laborbudget, mag sie nicht gelten lassen: „Sie sind zwar doppelt so teuer wie Urinstreifentests, doch es handelt sich immer noch um Cent-Beträge. Da sollten und könnten wir uns alle umstellen“, meint Dr. Woitek.

Prof. Wanner und Dr. Woitek plädieren beide dafür, dass Risikobetroffene – also vor allem Menschen mit Diabetes, Hypertonie und kardiovaskulären Erkrankungen – mindestens einmal jährlich per UACR-Test auf Albuminurie untersucht werden. Dr. Woitek, die sich auch im DDG Ausschuss Qualitätssicherung, Schulung und Weiterbildung engagiert, hofft auf die Neuauflage der Qualitätsrichtlinien für diabetologische Praxen. „Wir wollen Hausärzte und Diabetologen dafür sensibilisieren, dass es mit dem UACR-Test eine bessere Methode als Urinteststreifen

»Anwendung ist das Problem«



Prof. Dr. Christoph Wanner
Nephrologie,
Medizinische Klinik
und Poliklinik I,
Universitätsklinikum
Würzburg
Foto: zVg

Dr. Cornelia Woitek
Facharztpraxis Innere
Medizin, Allgemein-
medizin und
Diabetologische
Schwerpunktpraxis
DDG & LÄK, Würzen
Foto: zVg

gibt.“ So soll z.B. in den Hinweisen zum Ausfüllen des Gesundheitspasses Diabetes ab der nächsten Auflage der UACR-Test als empfohlene Methode aufgeführt werden. „Ich sehe – außer der Macht der Gewohnheit – keine Argumente gegen den UACR-Test als Standardmethode“, erklärt Dr. Woitek.

Gefahr von Nierenschäden weiterhin unterschätzt

Unabhängig von der Untersuchungsmethode ist es ihr ein großes Anliegen, dass Personen mit Albuminurie möglichst frühzeitig an nephrologische Praxen überwiesen werden: „Bei einer Nephropathie passiert jahrzehntelang nichts, sie ist eine stille Erkrankung – anders als Herzinfarkt oder Schlaganfall, die mit ihrer Dramatik unmissverständlich Aufmerksamkeit und sofortiges Handeln einfordern“, meint Dr. Woitek.

Auch Prof. Wanner bemängelt, dass die Gefahr von Nierenschäden oft unterschätzt wird. „Ich fürchte, das ist der überholten Trennung in Primär- und Sekundärprävention geschuldet. Sie hat zu einer starken Fokussierung auf Lifestyle-Interventionen zu Beginn der Erkrankung geführt – zulasten weiterer Diagnostik.“
Antje Thiel



„Noch hadern deutsche Leitlinien, sich auf den UACR-Test festzulegen.“



Fotos: Science Photo Library/CC Studio, iStock/gruffi

»Beharrungskräfte auf Urinstreifen«

Weiterbildungsstipendien der DDG: schnell beantragen!

Bewerbungsfrist für Übernahme von Kurskosten läuft noch bis Ende März

BERLIN. Jetzt gilt's: Bis zum 31. März 2022 können sich Interessierte für das diesjährige Stipendienprogramm der DDG bewerben. Die Förderung sieht die Übernahme von Kursgebühren, Reise- und Unterbringungskosten vor.

Die DDG möchte Menschen für die Diabetologie begeistern und sie über Weiterbildungsangebote qualifizieren – mit dem Ziel, eine hohe Qualität der Patientenversor-

gung durch optimal weiter- und fortgebildete Teams sicherzustellen. Dafür lobte die Fachgesellschaft 2021 erstmals Weiterbildungsstipendien aus. Über 100 Anträge wurden gestellt und 90 Stipendien gewährt: 10 für Diabetesassistent*innen, 37 für Diabetesberater*innen und 43 für Diabetolog*innen. Jetzt geht es in die nächste Förderrunde. Bewerbungen bis Ende März sind willkommen. Bei der Unterstützung

werden Personen besonders berücksichtigt, die

- die Weiterbildung als Umschulung oder Aufbauqualifizierung beginnen,
- keine Finanzierung über ihren Arbeitgeber erhalten,
- sich zum/zur Diabetolog*in DDG weiterbilden (Kombi-Stipendium für die Kurse „Klinische Diabetologie DDG“ und „Patientenzentrierte Kommunikation DDG“),

- an zertifizierten Einrichtungen tätig sind oder durch ihre Zertifizierung die Zertifizierung ihrer Einrichtung ermöglichen.

Über die Vergabe entscheidet eine Jury. Sie setzt sich aus Vertreter*innen des DDG Präsidiums und der Ausschüsse „Qualitätssicherung, Schulung und Weiterbildung“ sowie „Diabetologe DDG“ zusammen. Der Sponsor, die Novo Nordisk Pharma GmbH, ist nicht in den Vergabeprozess involviert.

Auf der Webseite der DDG sind das Antragsformular für die Weiterbildungsstipendien abrufbar sowie weitere Informationen. Zur Vervollständigung der Bewerbung gehören ein Lebenslauf und – falls bereits erfolgt – die Anmeldebestätigung der Weiterbildungsstätte; ein Empfehlungsschreiben ist optional. dz

bit.ly/DDG_Weiterbildungsstipendium



Julia Kaiser mit Fluglehrer
Heinz Bernd Knauf auf
dem Flugplatz in Dobenreuth (2015).

Fotos: © Andreas Braun, gomixer – stock.adobe.com

Stillstand nach der Diagnose

Pilot*innen mit Typ-1-Diabetes kämpfen um ihre Rückkehr ins Cockpit

WIESBADEN. Die Freiheit über den Wolken ist nur im Schlager grenzenlos, wie Menschen nach der Diagnose eines Typ-1-Diabetes feststellen müssen. Eine Pilotin erzählt.



Julia Kaiser wusste bereits mit sieben Jahren: Sie will hoch hinaus. Zunächst als Hubschrauberpilotin, später, während der Berufsausbildung, entdeckte sie den Segelflug für sich. Vier Jahre lang ließ sie sich im Luftsportverein Lindlar zur Segelfliegerin ausbilden. 2019 bestand sie mit 28 Jahren die Prüfung und qualifizierte sich für die Segelfluglizenz. „Ein unbeschreiblicher Moment“, sagt Kaiser heute. „Mir kamen vor Freude fast die Tränen.“

Doch schon wenige Tage vor der Prüfung fühlte sie sich unwohl: Sehstörungen plagten sie, ständiger Harndrang und Durst. Da ist eine Erkältung im Anzug, dachte sie. Oder eine Grippe. Etwa eine Woche nach ihrer Flugprüfung eskalierten die Beschwerden – Halsschmerzen, Erbrechen, schwere Atemnot – und sie fand sich auf der Intensivstation wieder. Diagnose Typ-1-Diabetes. Sie verbrachte anschließend eine Woche auf der Normalstation. Auf ihrem Nachttisch türmten sich Bücher zum Segelflug. Jede Minute mit ihrem Hobby ist kostbar. Der Schock saß tief, als ihre Fliegerärztin ihr mitteilte, sie dürfe nicht länger fliegen. „Ich wusste zuerst nicht, was ich machen soll“, sagt Kaiser.

Veraltete Regeln führen zu Diskriminierung

Menschen mit Typ-1-Diabetes wird in Deutschland grundsätzlich die Flugtauglichkeit, das sogenannte Medical, aberkannt. Das hat zur Folge, dass die in bestehenden Fluglizenzen verliehenen Rechte nicht mehr ausgeübt werden dürfen. Pilot*innen mit Typ-2-Diabetes können dagegen unter bestimmten Umständen im Besitz des Medicals bleiben. „Wir halten in Deutschland an teils sehr alten Regelungen fest“, sagt Dr. WOLFGANG WAGENER, Vorsitzender des DDG

Ausschusses Soziales. „Diese Regelungen stammen mitunter aus der Zeit vor dem Zweiten Weltkrieg.“

Zwei Entwicklungen stellen diese Praxis infrage, meint Dr. Wagener. Zum einen sind Menschen mit Diabetes heute nicht mehr pauschal auf ständige ärztliche Kontrolle und Intervention angewiesen. Sie sind in der Regel gut geschult und bewältigen das Diabetesmanagement weitestgehend in Eigenregie. Zum anderen sind Behandlung und Diabetestechnologie immens fortgeschritten – CGM-Geräte, Insulinpumpen und Closed-Loop-Systeme ermöglichen ein engmaschiges Monitoring und eine bedarfsgerechte Insulinversorgung, die ihr Übriges tun, das Risiko von Über- oder Unterzuckerung beträchtlich zu senken. Veraltete Regelungen führen zu (beruflichem) Ausschluss und Diskriminierung. Der DDG Ausschuss Soziales erarbeitete und veröffentlichte 2017 eine AWMF-S2e-Leitlinie „Diabetes und Straßenverkehr“, die derzeit aktualisiert wird. Ihre Handlungsempfehlungen und -protokolle bilden eine gute Grundlage, die Fahrten trotz Diabetes sicher zu gestalten und Vertrauen aufzubauen.

Versteckter Mechanismus kann Türen öffnen

Im Bereich der Luftfahrt mangelt es derzeit noch an Forschungsdaten, um die formellen Anforderungen einer Leitlinie zu erfüllen. Dr. Wagener geht jedoch davon aus, dass sichere Flüge unter Einhaltung fundierter Richtlinien auch für Pilot*innen mit Diabetes möglich sind. Beispiele aus Kanada, Israel und den USA stützen seine Annahme – dort werden Lizenzen vergeben, die Compliance hinsichtlich der Protokolle vorausgesetzt. Die Vorgaben der Europäischen Agentur für Flugsicherheit (EASA) sind für die nationalen Luftfahrtbehörden der Mitgliedsstaaten bindend und sie sehen den Ausschluss von Menschen mit insulinpflichtigem Diabetes aus dem Cockpit vor. In den Vorschriften der EASA existiert allerdings auch ein Mechanismus, ARA.MED.330, der es

Forschungsprojekt „Horizont Europa: Flugmedizinische Arbeitsfähigkeit von Piloten und ATCOs“

- Auftraggeber: Europäische Agentur für Flugsicherheit (EASA)
- Bewerbungsfrist: 30.03.2022
- Auftragswert Los-Nr. 3 Diabetes mellitus: 470.000,00 €
- Laufzeit: 36 Monate
- Referenznummer: EASA.2021.HVP.25
- Link zur Ausschreibung: bit.ly/ausschreibung_easa

»Die Regeln sind veraltet«

ermöglicht, die Fluguntauglichkeit von aus medizinischen Gründen ausgeschlossenem Fluggesetzpersonal zu reevaluieren. Neue medizinische Behandlungsmethoden, Technologien und Medikamente bieten Anlass, den Mechanismus zu aktivieren.

2012 erarbeitete die britische Luftfahrtbehörde CAA das für ARA.MED.330 benötigte medizinische Beurteilungsprotokoll, das neben den Handlungsanweisungen an Pilot*innen mit Diabetes auch das geforderte Prozedere von Aufsicht, Dokumentation und Datenerhebung definierte. Die EASA genehmigte die Initiative. Es erfolgte die kontrollierte Ausgabe von Lizenzen. Neben Irland schloss sich 2016 auch Österreich dieser Initiative an. Ein Anschluss des Luftfahrt-Bundesamtes (LBA) an dieses Protokoll könnte dazu beitragen, dringend benötigte Forschungsdaten zu generieren, und böte zugleich Gelegenheit, sich dem Thema in kontrolliertem Rahmen zu nähern, Erfahrungen zu sammeln und Vertrauen aufzubauen. Die bei dieser Initiative erhobenen Daten wurden wissenschaftlich aufgearbeitet. Die 2020 publizierte Studie „An Evaluation of the Safety of Pilots With Insulin-Treated Diabetes in Europe“ kommt zu dem Schluss, dass das in Großbritannien entwickelte Handlungsprotokoll sich als praktikabel und sicher erwies.¹

»Forschung hilft, die Flugtauglichkeit bei Diabetes neu zu bewerten«

Diese Ausschreibung befasst sich mit Forschungsvorschlägen für die Entwicklung neuer Sicherheitsstandards für Fluggesetzpersonal und Fluglots*innen. Die Los-Nr. 3 „Diabetes mellitus“ stellt folgende Fragestellungen ins Zentrum:

- Wie ist das Risiko einer Hypo-/Hyperglykämie von Piloten/ATCOs* während der Ausübung ihrer Aufgaben im Kontext medizinischer Neuerungen zu bewerten?
- Wird die neue Diabetestechnologie (Sensoren, automatisierte Insulinpumpen etc.) durch Kabinenumgebung und -druckänderungen in ihrer Funktion beeinträchtigt?

*Air Traffic Control Officers

Die unter ARA.MED.330 ausgegebenen Lizenzen bieten allerdings keine abschließende Lösung – sie dienen in erster Linie Forschungszwecken. Sie sind zudem limitiert, unterliegen strengen Regelungen und beschränken sich auf das Land, in dem sie beantragt und erteilt wurden. Julia Kaiser ließ sich nicht unterkriegen. Auf ihrem Instagram-Account berichtete sie von ihrer Diagnose und darüber, was sie für ihr Hobby bedeutete. Sie erhielt Nachrichten von anderen Pilot*innen mit Typ 1.

„Horizont Europa“ öffnet neue Perspektiven

Gemeinsam starteten sie eine Petition, rührten die Werbetrommel, vernetzten sich. Ein großer Durchbruch gelang schließlich, als die Gruppe auf ein Dokument stieß, das die EASA, einmal eingereicht, bearbeiten musste. Hierin schilderten sie ihr Anliegen, führten aus, inwiefern es die Behörde betraf, nannten die entsprechenden Richtlinien. Der Antrag wurde mit Erfolg gekrönt: Im Dezember 2021

schrub die EASA ein gefördertes Forschungsprojekt aus (s. Kasten). Bis zum 31. März 2022 nimmt die EASA Bewerbungen entgegen.

Dieses Projekt kann dazu beitragen, die Flugtauglichkeit von Menschen mit Diabetes grundsätzlich neu zu bewerten und sie regelmäßig in die Vergabe von Fluglizenzen einzuwickeln. Doch es weist auch über sich hinaus, denn nicht nur in der Luftfahrt herrschen Begrenzungen – Menschen mit Diabetes sind noch immer aus den meisten sicherheitskritischen Bereichen ausgeschlossen. Kippt ein „Embargo“, ist man auch in anderen Bereichen unter Druck, ihre Eignung neu zu beurteilen. Kaiser jedenfalls ist mit CGM-Gerät und Insulinpumpe gerüstet und bereit für einen Umschwung: „Sobald die Nachricht kommt, kaufe ich mir ein eigenes Segelflugzeug. Damit besuche ich neue Flugplätze und fliege bei Wettbewerben mit.“

Denise Lehmann

¹ Gillian L et al. Diabetes Care 2020; 43: 2923-2929; doi: 10.2337/dc20-0277



Start frei für die DDG Medienpreise 2022

„Inklusion und Teilhabe: Welche Wege bei Menschen mit Diabetes aus der möglichen Isolation führen.“

So lautet das Thema der diesjährigen Ausschreibung der DDG Medienpreise für Journalist*innen aus dem deutschsprachigen Raum. Berücksichtigt werden Veröffentlichungen aus dem Zeitraum 1.8.2021 bis 31.7.2022.

Jeder der drei Preise in den Kategorien Hören, Sehen und Lesen ist mit 2.000 Euro dotiert. Die Entscheidungen fällt eine Jury aus Journalist*innen unter Leitung der DDG. Die Preisvergabe erfolgt auf der Herbsttagung der DDG.

Zur Ausschreibung:
bit.ly/ddg-medienpreise-22

NEU:

Siofor® XR

1x täglich* – 24 h stark

Jetzt auch Metformin in Retardform

NVL Typ-2-Diabetes¹
Metformin ist
First-Line-Therapie



BERLIN-CHEMIE
MENARINI

diabetes.berlin-chemie.de

* Wenn die Blutzuckerkontrolle mit einmal täglich 2.000 mg Siofor XR als maximale Tagesdosis nicht erreicht wird, sollte eine zweimal tägliche Gabe in Betracht gezogen werden.
¹ BÄK, KBV, AWMF: Nationale VersorgungsLeitlinie Typ-2-Diabetes – Teilpublikation der Langfassung, 2. Auflage, Version 1, 2021 [cited: 2021-09-24]. DOI: 10.6101/AZQ/000475. www.leitlinien.de/diabetes

Siofor® XR 500 mg Retardtabletten, Siofor® XR 750 mg Retardtabletten, Siofor® XR 1000 mg Retardtabletten. Wirkstoff: Metforminhydrochlorid. **Zusammensetzung:** 1 Retardtablette enthält Metforminhydrochlorid 500 mg, 750 mg bzw. 1000 mg entspr. Metformin 390 mg, 585 mg bzw. 780 mg. **Sonstige Bestandteile:** Magnesiumstearat (Ph. Eur.) (pflanzlich), hochdisperses Siliciumdioxid, Carboxymethylcellulose-Natrium (Ph. Eur.), Hypromellose. **Anwendungsgebiete:** Therapie d. Diabetes mellitus Typ-2 bei Erwachsenen, insbes. bei Übergewicht, wenn allein durch Diät u. körperl. Betätigung keine ausr. Blutzuckereinstellung erreicht wurde; auch in Kombi. m. anderen oralen Antidiabetika o. Insulin. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit ggü. Metformin o. einem der sonst. Bestandteile; jede Art v. akuter metabol. Azidose (z. B. Laktatazidose, diabet. Ketoazidose), diabet. Präkoma; schw. Niereninsuff. (GFR < 30 ml/min);

akute Zustände, die zu einer Beeinträchtigung der Nierenfkt. führen können (z. B. Dehydratation, schw. Infektionen, Schock); Erkrankungen (bes. akute o. sich verschlechternde chronische E.), die zu einer Gewebshypoxie führen können (wie: dekomp. Herzinsuff., resp. Insuff., frischer Myokardinfarkt, Schock); Leberinsuff., akute Alkoholintox., Alkoholismus. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Durchfall, Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen o. Appetitverlust. *Häufig:* Geschmacksveränderungen. *Sehr selten:* Laktatazidose, revers. abnorm. Leberfunktionstests o. Hepatitis, niedrige Konz. v. Vit. B₁₂ im Blut, Hautausschläge wie Rötung, Juckreiz o. Quaddeln. **Hinweis:** Tablette im Ganzen einnehmen. Nicht zerkauen. **Verschreibungspflichtig.** Weitere Einzelheiten enthalten die Fach- und Gebrauchsinformation, deren aufmerksame Durchsicht empfohlen wird. BERLIN-CHEMIE AG, 12489 Berlin. (Stand 04.21)

Parodontitis auf dem Schirm haben

Wechselwirkungen zwischen Diabetes und Entzündungen des Zahnhalteapparats

WIESBADEN. Zusammenhänge zwischen Diabetes und Parodontitis – die durch bakterielle Zahnbeläge ausgelöste entzündliche Zerstörung des Zahnhalteapparats – sind seit Längerem beschrieben. Bislang finden sie im Versorgungsalltag jedoch nur wenig Beachtung. Mit den 2021 aktualisierten Praxisempfehlungen der Deutschen Diabetes Gesellschaft zum Typ-2-Diabetes soll sich dies ändern.

Zwischen Diabetes und Parodontitis bestehen ungünstige Wechselwirkungen in beide Richtungen. Menschen mit Diabetes haben ein erhöhtes Risiko für Entzündungen des Zahnhalteapparats und leiden vermehrt an schweren Formen der Parodontitis. Neben mikrovaskulären und makrovaskulären Komplikationen gehören auch orale Manifestationen wie die Parodontitis auf die Liste der diabetischen Folgekomplikationen. Umgekehrt verhält es sich nicht anders: Entzündungen des Zahnhalteapparats erhöhen das Diabetesrisiko und haben negative Auswirkungen auf die diabetische Stoffwechsellage. Vor diesem Hintergrund hat die Deutsche Diabetes Gesellschaft die Parodontitis in den 2021 publizierten Praxisempfehlungen erstmals explizit in eine Reihe mit anderen diabetesrelevanten Komorbiditäten gestellt.¹ „Wir empfehlen damit die regelmäßige systematische Erfassung von Zahnbettsschäden“, so Prof. Dr. ERHARD SIEGEL von der DDG.

Kranker Mund, kranker Glukosestoffwechsel

Laut epidemiologischen Studien haben Menschen mit Diabetes ein rund dreifach erhöhtes Risiko, eine Parodontitis zu entwickeln.² „Zwischen der Qualität der Blutzuckerkontrolle und der Schwere der Entzündung besteht eine klare Korrelation. Umgekehrt hat eine Entzündung des Zahnhalteapparats einen negativen Einfluss auf den Glukosestoffwechsel und erschwert die Stoffwechseleinstellung“, erklärt Prof. Siegel. Eine erfolgreiche Parodontitisbehandlung geht mit einer absoluten HbA_{1c}-Senkung um etwa 0,5 % einher.

Ein weiterer interessanter Aspekt: Es gibt Korrelationen zwischen Parodontitis und klassischen Diabeteskomplikationen. Zum Beispiel ist das kardiorenale Mortalitätsrisiko bei Menschen mit Diabetes mellitus und schwerer Parodontitis um den Faktor 3 erhöht.

Das präventive Potenzial, das sich aus diesen Wechselwirkungen ergibt,

wird bislang nicht ausgeschöpft. Der Zahnmediziner Prof. Dr. PETER EICKHOLZ, Universität Frankfurt am Main, sieht viele Patient*innen mit Diabetes und Parodontitis erst in fortgeschrittenen Stadien, in denen der Zahnhalteapparat bereits stark geschädigt und die Behandlung sehr aufwendig ist. Wenn Personen mit Diabetes von der Diagnosestellung an routinemäßig und regelmäßig auf Veränderungen des Zahnhalteapparats hin untersucht würden, so wie es die Praxisempfehlungen vorsehen, wäre viel gewonnen. Das gilt im Übrigen nicht nur für den Typ 2, sondern auch für Typ-1-Diabetes. „Wir sehen bei Menschen mit Diabetes oft besonders schwere Formen der Parodontitis“, so Prof. Eickholz. Die Wundfläche aller Zahnfleischtaschen zusammen könne enorme Ausmaße von bis zu 20 cm² annehmen.

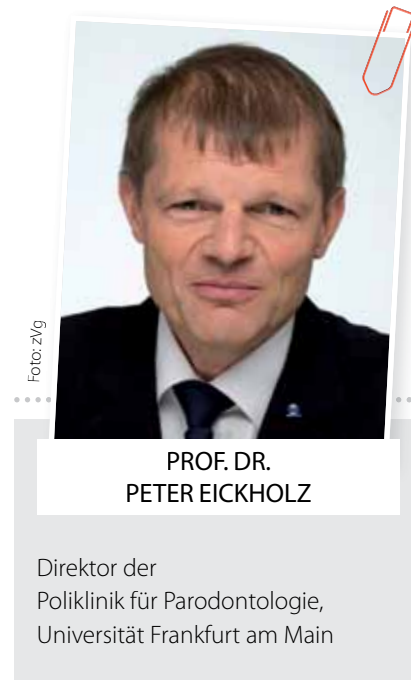


Foto: zlyg
Prof. Dr. PETER EICKHOLZ
Direktor der Poliklinik für Parodontologie, Universität Frankfurt am Main



Foto: Mike Fuchs
Prof. Dr. ERHARD SIEGEL
Ärztlicher Direktor am St. Josefskrankenhaus Heidelberg

Erfahrungen im Versorgungsalltag decken sich mit Ergebnissen klinischer Studien: Die Sondierungstiefe der Zahnfleischtaschen und der Attachmentverlust der Zahnwurzel im Alveolarknochen sind bei Diabetes mellitus deutlich erhöht. Umso wichtiger ist es, die Parodontitis auf dem Schirm zu haben. Denn „durch eine konsequente normnahe Blutzuckereinstellung lässt sich das

Parodontitisrisiko minimieren bzw. das Fortschreiten entzündlicher Veränderungen am Zahnhalteapparat aufhalten“, betont Prof. Siegel.

Pathogenetisch spielen AGE eine wichtige Rolle

„Auch mit Blick auf die diabetische Stoffwechsellage ist es wichtig, die Erkenntnisse stärker in die Versorgung einfließen zu lassen“, erklärt

Hohe Prävalenz

„In industrialisierten Ländern ist mit einer Prävalenz der Parodontitis von mindestens 30 % der Erwachsenen zu rechnen“, erläutert Prof. Siegel. Dabei sind 5–15 % von schweren Formen betroffen. Hierzulande wird ein Drittel der Zahnextraktionen aus parodontalen Gründen vorgenommen. Die Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V)¹ hat darüber hinaus gezeigt, dass es in Deutschland etwa 11 Millionen parodontal schwer erkrankte Menschen mit einem entsprechenden Behandlungsbedarf gibt. „Dies stellt eine ernsthafte Bedrohung, eben nicht nur für die Mund-, sondern auch für die Allgemeingesundheit dar“, warnt Prof. Siegel. **dz**

1. www.bzaek.de/ueber-uns/daten-und-zahlen/deutsche-mundgesundheitsstudie-dms.html

der Diabetologe weiter. Eine erfolgreiche Parodontitisbehandlung führt nachweislich zu einer besseren Blutzuckerkontrolle.

Wie genau Diabetes und Parodontitis pathogenetisch verknüpft sind, ist nicht abschließend geklärt. Nach aktuellem Verständnis spielen die unter hyperglykämischen Bedingungen vermehrt gebildeten „Advanced Glycation Endproducts“ (AGE) eine zentrale Rolle. Im Blut zirkulierende AGE wirken nachweislich entzündungsfördernd. Sie schalten den Organismus und so auch das Zahnbett quasi auf Entzündung. Durch Bindung an den AGE-Rezeptor, der u.a. auf verschiedenen Immunzellen exprimiert wird, stimulieren AGE die Ausschüttung proinflammatorischer Mediatoren und können eine systemische Entzündung provozieren bzw. eine bestehende Entzündung unterhalten.³

Die proinflammatorischen AGE-Effekte verstärken niederschwellige Entzündungsprozesse, die für Adipositas bzw. Typ-2-Diabetes typisch sind, und verschärfen eine



Fotos: Prof. Dr. Peter Eickholz



Ein Beispiel aus der zahnärztlichen Praxis

Männlicher Patient im Alter von 66 Jahren mit Typ-2-Diabetes (HbA_{1c} 7,6 %). Er hat generalisiertes Zahnfleischbluten, vereinzelt Zahnfleischtaschen bis 12 mm (letzter Zahn im Unterkiefer rechts; Zahn 46), die zum Teil eitern. Diagnosen:

- 1) Parodontitis, generalisiert Stadium IV, Grad C,
- 2) periimplantäre Mukositis.

a) Übersichtsröntgenbild (Panoramaschichtaufnahme): generalisierter parodontaler Knochenabbau zum Teil bis über 50 % der Wurzellänge (Zähne 14, 31, 46). Insgesamt fünf Zahnimplantate.

b) Intraorale Ansicht: generalisiert bakterielle Zahnbeläge, an den Unterkieferzähnen Zahnstein. Zum Teil liegen die Zahnhälse bereits frei. Die Gingiva am mittleren Schneidezahn links zeichnet sich hochrot ab (Zahnfleischtasche 12 mm mit Suppuration). Es ist eine systematische Behandlung der Parodontitis geplant.

»Zähne regelmäßig kontrollieren«

► Fortsetzung von Seite 20

bestehende Insulinresistenz. Die (prä-)diabetische Stoffwechsellage verschlechtert sich weiter, was wiederum eine vermehrte Bildung von AGE zur Folge hat. Ein Teufelskreis. Dass die Parodontitis ihrerseits den Diabetes befeuert, liegt daran, dass Bakterien aus den Zahnfleischtaschen in den Blutkreislauf gelangen und im ganzen Körper Entzündungen verursachen bzw. verstärken können. In der Folge verschlechtert sich die Insulinsensitivität weiter. Die Krux ist der schleichend progrediente Verlauf der Parodontitis. Unterbleibt eine Behandlung in frühen Stadien, greift die Entzündung vom Zahnfleisch (Gingivitis) auf die Kieferknochen (Parodontitis) über, und die Zähne verlieren ihren Halt. Zahnfleischbluten lässt keinen Rückschluss auf den Schweregrad der Erkrankung zu.

Es ist leicht festzustellen, ob eine Intervention nötig ist

„Bei Personen mit Diabetes ist vor diesem Hintergrund die regelmäßige Untersuchung des Zahnhalteapparats besonders wichtig, um eine beginnende Parodontitis frühzeitig zu erkennen“, betont Prof. Eickholz. Mit dem „Periodontal Screening Index“ (PSI) kann bei der zahnärztlichen Kontrolle leicht festgestellt werden, ob eine Intervention erforderlich ist. Diese besteht bei einem PSI-Code von 1 bzw. 2 in einer Verbesserung der Mundhygiene bzw. der Entfernung von Zahnstein. Eine professionelle Zahnreinigung ist sinnvoll, ist aber keine Kassenleistung.

Die richtige Mundhygiene will gelernt sein

Bei einem PSI-Code von 3 bzw. 4 muss der Parodontalstatus erhoben werden. Das heißt, die Zahnfleischtaschen an allen Zähnen müssen vermessen und Röntgenbilder angefertigt werden, um den erforderlichen

Behandlungsumfang festzustellen. Die Behandlung ist jetzt umfangreicher: Zahnfleischtaschen und Wurzeloberflächen müssen gereinigt werden, um entzündungsfreie Verhältnisse zu schaffen und die Taschen zur Rückbildung zu bringen. In schweren Fällen – bei etwa 10 % der Betroffenen – braucht es eine zusätzliche chirurgische Inter-

vention. Ein- bis dreimal pro Jahr ist anschließend zum Erhalt der Behandlungsergebnisse eine unterstützende Parodontistherapie (UPT) indiziert, die neuerdings während der ersten 2–2,5 Jahre von der GKV bezahlt wird.

Prof. Eickholz und Prof. Siegel unterstreichen die Bedeutung einer guten Kooperation zwischen diabetologisch tätigen Ärzt*innen und Zahnmediziner*innen mit dem Ziel, die Früherkennung der Parodontitis zu verbessern. Im Rahmen der allgemeinen Diabetesschulung sollten vulnerable Gruppen über die Bedeutung regelmäßiger Untersuchungen des Zahnhalteapparats aufgeklärt werden. Von zahnärztlicher Seite

Was sind AGE?

Risikomoleküle für den Zellalterungsprozess

Als Advanced Glycation Endproducts, kurz AGE, bezeichnet man glykierte Reaktionsprodukte. Eine Glykierung ist die irreversible Reaktion von Proteinen, Lipiden und Nukleinsäuren mit Kohlenhydraten. Enzyme sind nicht daran beteiligt. Bei einem erhöhten Blutzuckerspiegel können sich AGE im Körper anhäufen und die gefäßauskleidenden Endothelzellen schädigen. Damit gelten sie als Auslöser von Mikro- und Makroangiopathien.³ dz

sollten alle Menschen mit Diabetes als Präventivmaßnahme eine Schulung über adäquate Mundhygiene erhalten. Die individuelle Mundhygieneunterweisung (MHU) ist essenzieller Bestandteil jeder Parodontitisbehandlung. Deren Langzeiterfolge, so Prof. Eickholz, hängen wesentlich von der Qualität der in-

dividuellen täglichen Zahnreinigung ab. *Ulrike Viegener*

»Erstmals in den DDG Praxisempfehlungen«



Typ-2-Diabetes

Trulicity® - Einziger GLP-1-RA mit bestätigtem Zusatznutzen (G-BA)^{1,4,5,6,d,e}

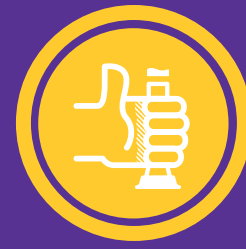
Mit Trulicity®^a können Sie einfach **mehr** erreichen:¹



Starke HbA_{1c}- und Gewichtsreduktion¹ über alle Dosierungen



Kardiovaskuläre Prävention^{1,b,c} mit Trulicity® 1,5 mg



Einfache Anwendung^{2,3}

Rahmenbedingungen für interdisziplinäre Behandlungen verbessern!

Diabetes und Parodontitis gehen als systemische Erkrankungen über sämtliche Organ-, Sektor und Fachgrenzen hinaus. Im Gesundheitswesen sind sie aber vollständig voneinander getrennt, moniert Prof. Siegel. „Dabei müssen die beiden Erkrankungen gemeinsam behandelt werden!“

Im Sinne eines interdisziplinären Behandlungskonzepts sollten folgende Rahmenbedingungen geändert werden:

- bessere Vernetzung bei Aus- und Weiterbildung in Zahnmedizin und Diabetologie bis in die Approbationsordnung
- wechselseitige Überweisungsmöglichkeiten

„Dafür bedarf es auch eines generellen Umdenken in der Zahnärzte- und Ärzteschaft“, führt der Experte weiter aus: Parodontitis muss als Folgeerkrankung einer Diabeteserkrankung wahrgenommen und die Mundgesundheit als wichtiger Aspekt der Diabetesbehandlung etabliert werden. dz

^a Trulicity® (Dulaglutid) ist angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen mit unzureichend kontrolliertem Typ-2-Diabetes unterstützend zu Diät und Bewegung, als Monotherapie, wenn die Einnahme von Metformin wegen Unverträglichkeit oder Kontraindikationen nicht angezeigt ist oder in Kombinationstherapie zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung des Diabetes mellitus.¹
^b MACE-3 (major adverse cardiovascular event): Kardiovaskulärer Tod, nicht-tödlicher Myokardinfarkt, oder nicht-tödlicher Schlaganfall.
^c Belegt durch eine placebokontrollierte, doppelblinde kardiovaskuläre Langzeit-Outcome-Studie REWIND, bei welcher Patienten mit Typ-2-Diabetes und unterschiedlich hohem kardiovaskulären Risiko (Alter ≥ 50 Jahre und klinisch manifeste Gefäßerkrankung; Alter ≥ 55 Jahre und subklinische Gefäßerkrankung; Alter ≥ 60 Jahre und Zutreffen von mind. 2 weiteren Risikofaktoren)¹ Dulaglutid 1,5 mg oder Placebo jeweils in Kombination mit einer Standardtherapie verabreicht wurde.
^d Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen (für die Kombinationstherapie mit Insulin) gegenüber einer zweckmäßigen Vergleichstherapie (Optimierung des Humaninsulinregimes (ggf. + Metformin oder Liraglutid)) bei erwachsenen Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 und moderater oder schwerer Niereninsuffizienz gemäß einer chronischen Nierenerkrankung CKD Stadium 3 und 4, definiert über einen eGFR-Wert < 60 bis ≥ 15 ml/min/1,73 m², bei denen Diät und Bewegung und die Behandlung mit Insulin (mit oder ohne ein anderes blutzuckersenkendes Arzneimittel) den Blutzucker nicht ausreichend kontrollieren.^{1,4,5}
^e Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen (für die Kombinationstherapie mit Insulin) gegenüber einer zweckmäßigen Vergleichstherapie (Optimierung des Humaninsulinregimes (ggf. + Metformin oder Empagliflozin oder Liraglutid)) bei erwachsenen Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 ohne Niereninsuffizienz, bei denen Diät und Bewegung und die Behandlung mit Insulin (mit oder ohne ein anderes blutzuckersenkendes Arzneimittel) den Blutzucker nicht ausreichend kontrollieren.^{1,4,6}

1. Trulicity® Fachinformation, aktueller Stand. 2. Matfin G et al. Journal of Diabetes Science and Technology 2015; 9(5): 1071-79. 3. Trulicity® Pen-Bediungsanleitung, aktueller Stand. 4. Gemeinsamer Bundesausschuss, Arzneimittel-Richtlinie/Anlage XII: Dulaglutid, Beschluss vom: 16. Juli 2020. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4373/2020-07-16_AM-RL-XII_Dulaglutid_D-511.pdf, online abgerufen: 23.03.2021. 5. Tuttle KR et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2018; 6: 605-617. 6. Blonde L et al. Lancet 2015; 385: 2057-2066. 7. Gerstein HC et al. Diabetes Obes. Metab. 2018; 20: 42-49.

Trulicity® 0,75 mg Injektionslösung in einem Fertigpen, Trulicity® 1,5 mg Injektionslösung in einem Fertigpen, Trulicity® 3 mg Injektionslösung in einem Fertigpen, Trulicity® 4,5 mg Injektionslösung in einem Fertigpen. Wirkstoff: Dulaglutid **Zusammensetzung:** Jeder Fertigpen enthält 0,75 mg, 1,5 mg, 3 mg bzw. 4,5 mg Dulaglutid in 0,5 ml Lösung. **Sonstige Bestandteile:** Natriumcitrat, Zitronensäure, Mannitol, Polysorbat 80, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Trulicity® ist angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen mit unzureichend kontrolliertem Typ-2-Diabetes mellitus unterstützend zu Diät und Bewegung: – Als Monotherapie, wenn die Einnahme von Metformin wegen Unverträglichkeit oder Kontraindikationen nicht angezeigt ist – Zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung des Diabetes mellitus. Für Studienergebnisse hinsichtlich Kombinationen, Auswirkungen auf die glykämische Kontrolle und kardiovaskuläre Ereignisse, sowie untersuchten Populationen, siehe Fachinformation. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Hypoglykämie (bei Kombination mit Insulin, Glimperid, Metformin oder Metformin plus Glimperid), Übelkeit, Diarrhoe, Erbrechen, Bauchschmerzen. Häufig: Hypoglykämie (bei Monotherapie oder bei Kombination mit Metformin plus Pioglitazon), verminderter Appetit, Dyspepsie, Verstopfung, Blähungen, abdominale Distension, gastroösophageale Reflux-Erkrankung, Aufstoßen, Fatigue, Sinustachykardie, Atrioventrikulärer Block ersten Grads (AVB) Gelegentlich: Überempfindlichkeit, Dehydrierung, Cholelithiasis, Cholezystitis, Reaktionen an der Injektionsstelle. Selten: Anaphylaktische Reaktion, akute Pankreatitis, verzögerte Magenentleerung, Angioödem. Sehr selten: Nicht mechanische intestinale Obstruktion. **Warnhinweise:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. Weitere Warnhinweise siehe Fachinformation. **Zulassungsinhaber:** Eli Lilly Nederland B.V., Papendorpseweg 83, 3528 BJ Utrecht, Niederlande. **Vertrieb in Deutschland:** Lilly Deutschland GmbH, Werner-Reimers-Str. 2-4, D-61352 Bad Homburg. **Verschreibungspflichtig. Stand der Information:** Juni 2021

Leben so normal wie möglich | www.lilly-pharma.de | www.lilly-diabetes.de

trulicity
dulaglutid 1x wöchentlich

PP-DG-DE-1856 Januar 2022

Medizin & Markt

Virtuelle Initiative für mehr Diabetes-Wissen

Livestream-Gespräche erreichten bereits über 70.000 Menschen

➔ Online-Pressesgespräch – Sanofi
FRANKFURT/MAIN. Menschen mit Diabetes müssen für das Management ihrer Erkrankung viel Eigenverantwortung übernehmen. Im Alltag stellen sich dabei immer wieder neue Fragen zu Themen wie Blutzuckermessungen, Umsetzung der Insulintherapie, Ernährung oder Bewegung.

Die von Sanofi initiierte Aufklärungskampagne „Wissen was bei Diabetes zählt: Gesünder unter 7 PLUS“ informiert seit 2005 bundesweit über Diabetes. Ziel ist es, niederschwellig fundiertes Diabeteswissen zu vermitteln. Während vor der Coro-

napandemie Vor-Ort-Aktionen z.B. in Einkaufszentren stattfinden konnten, geht die Kampagne seit letztem Jahr den virtuellen Weg und lädt zu Diabetes-Talks über den Livestream der Blood-Sugar-Lounge ein. Mehr als 70.000 Menschen haben sich bislang in die informative Gesprächsrunde eingeschaltet und die Möglichkeit genutzt, Expert*innen Fragen rund um Typ-1- und Typ-2-Diabetes zu stellen – wie zuletzt Prof. Dr. MATTHIAS BLÜHER vom Universitätsklinikum Leipzig und Dr. TOBIAS WIESNER vom MVZ Stoffwechselmedizin Leipzig. „Wenn wir frühzeitig erkennen, wer ein hohes Diabetesrisiko oder

vielleicht sogar schon einen unerkannten Diabetes in sich trägt, dann können wir viel besser therapieren“, so Prof. Blüher. Daher sei es besonders wichtig, aufzuklären und alle individuellen Fragen zu beantworten, um mehr Klarheit zum Thema Diabetes zu schaffen. Dies zeichne die Aktion „Wissen was bei Diabetes zählt: Gesünder unter 7 PLUS“ aus.

Nicht nur die Diabetes-Aufklärungskampagne, sondern das gesamte Management der Stoffwechselstörung wird immer digitaler. „Ich bin ein großer Verfechter der Digitalisierung im Alltag, etwa wenn es um Entscheidungshilfen in der Diabetestherapie geht. Ich bin mir sicher, dass die Digitalisierung zu einem entspannteren Diabetesmanagement und einer besseren Lebensqualität beitragen wird“, betonte Dr. Wiesner. Auf der Webseite der Initiative finden Interessierte neben grundlegenden Informationen über Diabetes auch einen Serviceteil mit Videos. AW



Pandemie macht erfinderisch: statt vor Ort wird virtuell aufgeklärt.

Foto: iStock/aerogondo

➔ www.gesuender-unter-7.de

Online-Pressesgespräch „Wissen was bei Diabetes zählt: Gesünder unter 7 PLUS“; Veranstalter: Sanofi

SGLT2-Inhibitor + GLP1-Rezeptoragonist = Vorteil für unterschiedliche Organe

Kombination verbessert Schutz für Herz und Niere

➔ Symposium – Boehringer Ingelheim/Lilly
INGELHEIM. Im Unterschied zu allen anderen Antidiabetika ließ sich für GLP1-Rezeptoragonisten (GLP1-RA) und SGLT2-Inhibitoren eine signifikante Reduktion des kardiovaskulären Risikos bei Typ-2-Diabetes eindeutig belegen. Dies legt nun die Frage nahe, ob nicht beide Therapieprinzipien miteinander kombiniert werden können, um den Nutzeffekt noch weiter zu steigern.

Auffällig ist zunächst, so Prof. Dr. STEPHAN JACOB aus Villingen-Schwenningen, dass SGLT2-Hemmer und GLP1-RA Vorteile für das gesamte kardiorespiratorische System bieten. Betrachte man aber alle einzelnen Aspekte der Wirksamkeit isoliert,

so könnten diese für sich alleine den Nutzeffekt für den letztendlich entscheidenden Outcomeparameter der kardiovaskulären Mortalität nicht erklären. Das gelte weder für die glukosesenkende Potenz ohne nennenswertes Hypoglykämie-Risiko noch für die beeindruckende Gewichtsabnahme. Diese kann nämlich in ähnlicher Größenordnung auch mit strenger Lifestyle-Intervention erzielt werden – aber ohne Einfluss auf kardiovaskuläre Ereignisse. Auch die Effekte auf den Blutdruck reichen zur Erklärung nicht aus. Dass in der EMPA-REG-OUTCOME-Studie aber schon nach wenigen Wochen ein Vorteil für Empagliflozin (Jardiance®) gesehen wurde, weist laut Prof. Jacob auf Effekte jenseits der glykämischen Kontrolle

hin. Diese spiegeln sich in positiven Studienergebnissen bei Patient*innen mit Herzinsuffizienz ohne Diabetes mellitus wider, was nun auch zu einer entsprechenden Zulassungserweiterung für diese Patienten geführt hat. Wie Prof. Dr. MATTHIAS BLÜHER, Leipzig, betonte, können sich SGLT2-Inhibitoren und GLP1-RA sehr gut ergänzen, weil sie komplementäre kardio- und renoprotektive Effekte haben. Beide Substanzgruppen konnten in großen Outcomestudien ihre Wirksamkeit hinsichtlich harter Endpunkte (z.B. schwerwiegende kardiovaskuläre Ereignisse, Myokardinfarkt) sowie harte renale Endpunkte (u.a. akutes Nierenversagen, Dialysepflichtigkeit) unter Beweis stellen. Während SGLT2-Hemmer zusätzlich noch die Hospitalisierungsraten aufgrund von Herzinsuffizienz deutlich senken, ist von GLP1-RA eine signifikante Minderung des Schlaganfallrisikos zu erwarten. MAW

Symposium „Entweder... oder...? SGLT2-Inhibitoren oder GLP-1-Rezeptor-Agonisten? – Überlegungen zur modernen Kombinationstherapie bei Typ-2-Diabetes“ im Rahmen der Diabetes Herbsttagung 2021; Veranstalter: Boehringer Ingelheim/Lilly

NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

Die Herausgeberschaft der Zeitung übernimmt keine Verantwortung für den Inhalt dieser Seite.



Foto: iStock/AzmanJaka

Damit die Dosis auch wirklich ankommt

Leichtgängige Insulinpens vereinfachen die Insulinabgabe und verbessern das Outcome

➔ Symposium – Berlin-Chemie
WIESBADEN. Ist der Penkolben wirklich vollständig durchgedrückt? Das ist im Alltag eine wichtige Frage. Denn wenn die Insulinapplikation viel Kraft erfordert, wird oft nicht die gesamte vorgesehene Insulinmenge abgegeben.

Für den Therapieerfolg bei Diabetes ist der realistische Blick auf die Lebensrealität der Patient*innen essenziell. „Blutzucker messen, Pen einstellen, Injektionsstelle wählen, Insulin injizieren. Das klingt für viele jetzt erst einmal völlig banal, aber das ist es nicht immer“, so Dr. RALPH ACHIM BIERWIRTH, Leiter einer Diabetologischen Schwerpunktpraxis in Essen. „Wenn das Insulin nicht richtig injiziert wird, kann der Blutzuckerspiegel nur unzureichend reguliert werden.“ Reicht beispielsweise aufgrund von muskuloskelettalen Einschränkungen die Kraft der Hand nicht aus, um den Penkolben richtig durchzudrücken, wird unter Umständen nicht die vollständige Dosis verabreicht. Welchen Einfluss das Device auf das Behandlungsergebnis haben kann,

verdeutlichte Dr. Bierwirth anhand einer Studie mit 126 Teilnehmenden mit Typ-2-Diabetes und bestehender prandialer oder intensiver Insulintherapie. Im direkten Vergleich berichteten 80 % jener, die mit Liprolog® (Insulin lispro) 200 E/ml im Fertigpen KwikPen® behandelt wurden, dass sie ihre Injektion vollständig durchführen konnten. Unter dem Regime von Insulin lispro 100 E/ml gelang es 21 % regelmäßig, den Penkolben vollständig durchzudrücken. Die randomisierte, offene Vergleichsstudie erfolgte im Cross-over-Design. So fanden sich bei einer Umstellung von Insulin lispro 100 E/ml auf ein bioäquivalentes Insulin lispro 200 E/ml im besonders leichtgängigen KwikPen® positive Veränderungen der Stoffwechsellage mit signifikanter Senkung des HbA_{1c} und der Rate von leichten Unterzuckerungen. Auch der Bedarf an Mahlzeiteninsulin sank signifikant um bis zu 20 %, wie der Referent berichtete. eno

Symposium „Diabetes-Therapie 2022 – der Patient im Fokus“ im Rahmen der Diabetes Herbsttagung 2021; Veranstalter: Berlin-Chemie

AID-Coaching wird erstattet

➔ PM – Gothaer Krankenversicherung
Nach eigenen Angaben als erste private Krankenversicherung (PKV) kooperiert die Gothaer mit dem Unternehmen Diabeloop bei der Versorgung von Menschen mit Typ-1-Diabetes, die ein System zur automatisierten Insulinzufuhr (AID) nutzen möchten. Damit sei man „Vorreiter in der Erstattung von KI-basiertem Coaching“, kommentierte Dr. SYLVIA EICHELBERG, Vorstandsvorsitzende der Gothaer Krankenversicherung, das neue Angebot. Betroffene können in der Anfangszeit der Umstellung auf das Diabeloop-System DBLG1

ein Coaching durch geschulte, am Programm teilnehmende Arztpraxen in Anspruch nehmen. Sie sollen in die Lage versetzt werden, das KI-System zu verstehen und ihm zu vertrauen, um es auf Dauer anzuwenden sowie ggf. notwendige Nachjustierungen selbst vornehmen zu können. Die tarifliche Erstattung des Diabeloop-Ärzte-Coachings ist ausschließlich für vollversicherte Kund*innen gedacht, die für ihr Diabetes-Typ-1-Management bereits mit einem Dexcom G6® Sensor und einer Accu-Chek® Insight-Insulinpumpe von Roche ausgestattet sind.

Metformin nur noch einmal am Tag

➔ Pressemitteilung – Berlin-Chemie
Metformin ist die Therapie der ersten Wahl beim Typ-2-Diabetes, wenn nicht-medikamentöse Behandlungsumstellungen und Sport nicht ausreichen, um den Blutzuckerspiegel in den Griff zu bekommen. Ab sofort steht der Wirkstoff in retardierter Form zur Verfügung. Siofor® XR könne einmal täglich abends gegeben werden. Laut einer Vergleichsstudie wurde die Adhärenz im Vergleich zu schnell

freisetzen Präparaten signifikant verbessert. Die Retardierung beruht auf einer Einbettung von Metformin hydrochlorid in eine Matrix aus pharmazeutischen Hilfsstoffen. Diese bilden im Gastrointestinaltrakt eine Gelschicht, durch die das Biguanid sehr langsam hindurch diffundiert. Bei Standardformulierungen sind bereits nach 30 Minuten 80 % des Wirkstoffs freigesetzt. Im neuen Präparat dauert das mehr als zehn Stunden.

Kardiovaskuläres Risiko mit effektiver LDL-C-Senkung reduzieren

Mit leitliniengerechter Therapieoptimierung könnten 90 % der Patienten die Zielwerte erreichen

„Lassen sich die in den Leitlinien empfohlenen Zielwerte für LDL-Cholesterin (LDL-C) mit einer intensiven Statintherapie (± andere lipidsenkende Therapien) nicht erreichen, können PCSK9-Inhibitoren wie Alirocumab eine Option sein, um das kardiovaskuläre Risiko der Betroffenen zu senken“,¹ erklärte Professor Dr. Andreas Zeiher, Frankfurt.

Die aktuelle Leitlinie zur Behandlung von Dyslipidämien der European Society of Cardiology (ESC) und der European Atherosclerosis Society (EAS) sieht für Menschen mit einem sehr hohen kardiovaskulären Risiko – beispielsweise Menschen mit einer dokumentierten kardiovaskulären Erkrankung – einen LDL-C-Zielwert < 55 mg/dl (< 1,4 mmol/l) vor. Außerdem soll der LDL-C-Ausgangswert um mindestens 50 % gesenkt werden.¹

Zielwerte trotz Hochdosis-Statintherapie meist nicht erreicht

Doch diese Zielwerte werden im Therapiealltag sehr häufig nicht erreicht: Daten des SWEDEHEART-Registers (n = 25.466) zeigten, dass zwar 84 % der Patienten nach einem Myokardinfarkt eine Sekundärprophylaxe mit Hochdosis-Statin erhielten, jedoch

nur 17 % damit in den Zielbereich gelangten.² „Werden die LDL-C-Werte trotz maximal tolerierter Statindosis ± Ezetimib nicht erreicht, empfehlen ESC und EAS den Einsatz eines PCSK9-Inhibitors wie Alirocumab mit einem Empfehlungsgrad IA“, so Zeiher.¹ Einer Simulation zufolge könnten bei einer leitliniengerechten Therapieoptimierung unter einem Hochdosis-Statin + Ezetimib + PCSK9-Inhibitor etwa 90 % der Patienten in den Zielbereich kommen.² Alirocumab hemmt die Bindung von PCSK9 (Proproteinconvertase Subtilisin/Kexin Typ 9) an den LDL-Rezeptor und erhöht damit die Anzahl der LDL-Rezeptoren auf der Leberzelloberfläche. Dadurch wird der LDL-C-Spiegel im Blut gesenkt.

Eine Injektion pro Monat kann Therapie erleichtern

„Ich freue mich über die Wiedereinführung von Alirocumab (Praluent®) im April 2021. Die Verfügbarkeit von mehr als einem PCSK9-Inhibitor zur Senkung erhöhter LDL-C-Werte bereichert das therapeutische Spektrum und gibt uns die Möglichkeit einer individuellen Therapie“, erklärte Zeiher. Seit April 2021 kann außerdem ein neuer 2-ml-Fertigpen die Anwendung des PCSK9-Inhibitors erleichtern: Der

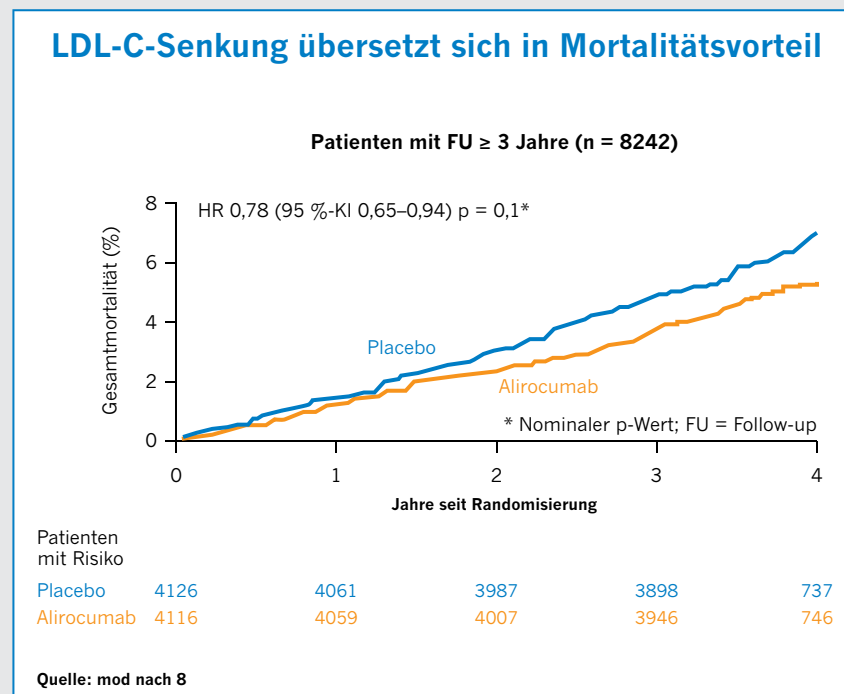


Abb. 1: Unter diesen Kriterien gelten PCSK9-Inhibitoren als wirtschaftlich, verordnungsfähig und erstattungsfähig.

Pen ermöglicht es, die 300-mg-Dosis Alirocumab mit einer Injektion innerhalb von 20 Sekunden zu injizieren, und das nur einmal monatlich.^{3,4} Mit 300 mg Alirocumab alle vier Wochen konnte in der CHOICE-Studie eine signifikante Senkung des LDL-C-Wertes erzielt werden (-65,8 % unter

Alirocumab vs. -0,8 % unter Placebo; p < 0,0001).⁵

Sichere Verordnung von Alirocumab

Die Verordnung von PCSK9-Inhibitoren ist wirtschaftlich, verordnungsfähig und erstattungsfähig, wenn bestimm-

te Kriterien erfüllt sind (Abb. 1). Zudem sind mit den Krankenkassen von ca. 80 % der GKV-Versicherten Rabattverträge für die Verordnung von Alirocumab vereinbart worden. Die Einleitung und Überwachung der Therapie hat durch eine der folgenden Facharztgruppen zu erfolgen: Innere Medizin und Kardiologie, Innere Medizin und Nephrologie, Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, Innere Medizin und Angiologie oder an Ambulanzen für Lipidstoffwechselstörungen tätige Fachärzte. Folgeverordnungen im hausärztlichen Bereich können auch z.B. durch Fachärzte für Allgemeinmedizin erfolgen.⁶

1. Mach F et al. Eur Heart J 2020; 41(1): 111-188
2. Allahyari AA et al. Eur Heart J 2020 Oct 21; 41(40): 3900-3909
3. Frias et al. Clinical Therapeutics 2019; 42(1): 94-107.E5
4. Fachinformation Praluent®; Stand: Dezember 2020
5. Roth EM et al. Atherosclerosis 2016; 254: 254-26
6. G-BA-Beschluss vom 04.08.2016, <https://www.g-ba.de/beschluesse/2676/> (zusammenfassende Dokumentation Seite 32); letzter Zugriff: Januar 2022
7. Schwartz GG et al. N Engl J Med 2018; 379(22): 2097-2107
8. Steg PG et al. Circulation 2019; 140: 103-112
9. Ray KK et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2019; 7: 618-628
10. Goodman SG et al. J Am Coll Cardiol 2019; 74: 1177-1186
11. Jukema JW et al. J Am Coll Cardiol 2019; 74: 1167-1176

Größte CV-Outcome-Studie belegt positive Effekte

Die bisher größte kardiovaskuläre Outcome-Studie – ODYSSEY OUTCOMES – unterstreicht das Potenzial einer konsequenten LDL-C-Senkung mit einem PCSK9-Inhibitor bei kardiovaskulären Hochrisikopatienten.

Die doppelblinde multinationale Studie ODYSSEY OUTCOMES schloss 18.924 Hochrisikopatienten ein. Die Teilnehmer hatten ein bis zwölf Monate vor der Randomisierung zurückliegendes akutes Koronarsyndrom (ACS) erlitten und erreichten trotz einer hoch dosierten bzw. maximal tolerierten Therapie mit Atorvastatin oder Rosuvastatin* (± andere lipidsenkende Therapien) in der Run-in-Phase keine ausreichende Kontrolle ihrer Lipide.** Die Patienten wurden auf Alirocumab alle zwei Wochen oder Placebo randomisiert und im Median über 2,8 Jahre behandelt. Primärer Endpunkt war das Auftreten von kardiovaskulären Ereignissen (4-Punkt-MACE [Major adverse cardiovascular events] bestehend aus KHK-bedingtem Tod oder nicht-tödlichem Myokardinfarkt oder tödlichem bzw. nicht-tödlichem ischämischen Schlaganfall oder instabiler Angina

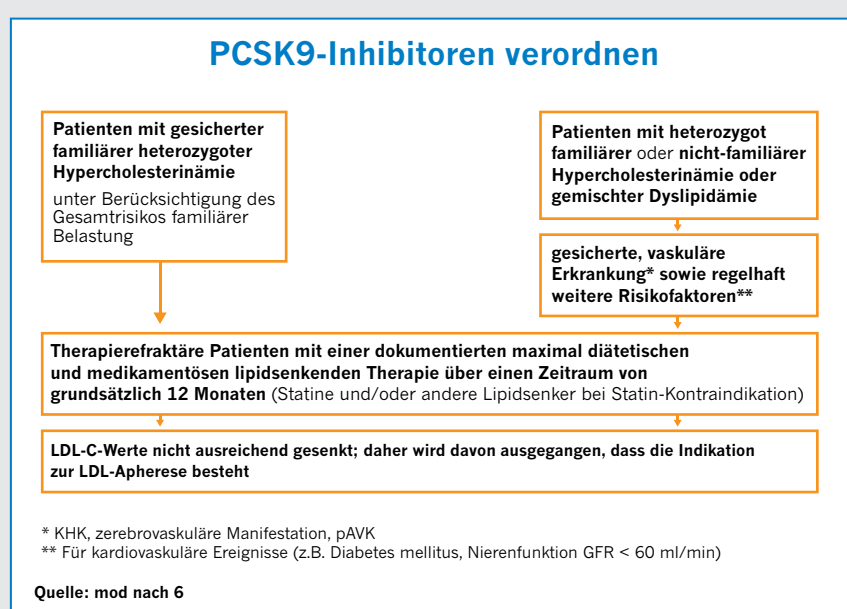


Abb. 2: Mit zunehmender Therapiedauer vergrößerte sich der Abstand zu Placebo.

pectoris, die eine Hospitalisierung erforderte).⁷

Signifikant weniger CV-Ereignisse vs. Placebo

Erreichten die eingeschlossenen Patienten unter Alirocumab einen LDL-C-Zielwertbereich von 25 bis 50 mg/dl (0,6 bis 1,3 mmol/l), sank das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse

(4-Punkt-MACE) signifikant: Relative Risikoreduktion (RRR), Hazard Ratio (HR) 0,85; 95%-Konfidenzintervall (KI) 0,78–0,93; p < 0,001.⁷

Unter der Behandlung mit Alirocumab war im Vergleich zur Placebotherapie außerdem die Gesamtmortalität um 15 % niedriger (RRR; HR 0,85; 95%-KI: 0,73–0,98; nominaler p-Wert = 0,03***).⁸

Zeiher betonte, dass die geringere Mortalität unter einer Therapie mit Alirocumab in ODYSSEY OUTCOMES bei einer Behandlungsdauer von drei und mehr Jahren gezeigt wird: Bei Patienten, die mindestens drei Jahre mit Alirocumab behandelt wurden, lag die Gesamtmortalität um 22 % niedriger (RRR; HR 0,78; 95%-KI: 0,65–0,94; nominaler p-Wert = 0,01; siehe Abb. 2).⁸

„Aus der Studie ODYSSEY OUTCOMES lässt sich außerdem insgesamt folgern: Je höher das individuelle kardiovaskuläre Risiko des Einzelnen ist, desto größer ist der Nutzen einer Therapie mit Alirocumab bei Menschen mit akutem Koronarsyndrom, die unter einer adäquaten Statin-Therapie ihren LDL-Cholesterin-Zielwert nicht erreichen“,⁹⁻¹¹ unterstrich Zeiher.

Erfreuliches Sicherheitsprofil

Erfreulich war auch das Sicherheitsprofil von Alirocumab: Die Häufigkeit unerwünschter Ereignisse und Laboranomalien war, abgesehen von mehr Reaktionen an der Einstichstelle des PCSK9-Hemmers, war in der Alirocumab sowie der Placebogruppe ähnlich.

Fazit für die Praxis

- Die empfohlene Anfangsdosis von Alirocumab beträgt 75 mg alle zwei Wochen (q2w). Ist eine stärkere LDL-C-Senkung nötig, beträgt die Dosierung 150 mg q2w bzw. 300 mg q4w.⁴
- Seit April 2021 steht Alirocumab auch in einem Fertigpen mit 300 mg zur Verfügung. Damit ist nur noch eine subkutane Injektion pro Monat nötig.
- Mit dem neuen 2-ml-Pen kann die 300 mg-Dosis Alirocumab in ≤ 20 Sekunden injiziert werden.
- Folgeverordnungen von Alirocumab können im hausärztlichen Bereich erfolgen.⁶

* Patienten konnten auch mit niedriger Dosierung teilnehmen, wenn Unverträglichkeit nachgewiesen und dokumentiert waren.⁷

** LDL ≥ 70 mg/dl (≥ 1,8 mmol/l) oder non-HDL ≥ 100 mg/dl (≥ 2,6 mmol/l) oder Apolipoprotein B ≥ 80 mg/dl.⁷

*** Es wurde eine nur nominal statistisch signifikante Reduktion der Gesamtmortalität bei hierarchischer Testung beobachtet.

Herz und Zucker im Blick

PräVaNet soll Präventionsstrategie kardiovaskulär Erkrankter mit Diabetes optimieren

BERLIN. PräVaNet ist ein Vertrag zur besonderen Versorgung von Menschen mit Diabetes Typ 2 und kardiovaskulärem Hochrisiko. Sie profitieren von speziellen Leistungen durch haus- und fachärztlich tätige Vertragsärzt*innen.

Ziel des vom Innovationsfonds von 2021 bis 2025 mit 4,5 Mio. Euro geförderten Projekts ist, einer Zustandsverschlechterung kardiovaskulärer Hochrisikopatient*innen mit Diabetes Typ 2 entgegenzuwirken. Betroffene sollen ihre Erkrankung besser verstehen und dadurch für sich selbst gesundheitsfördernd handeln können. Im Erfolgsfall könnten Komplikationen, Folgeerkrankungen und Krankenhauseinweisungen vermieden sowie Arzneimittelkosten, Haus- und Facharztbesuche reduziert werden.

Konsortialpartner im PräVaNet sind neben AOK Nordost und Charité die Deutsche Stiftung für chronisch Kranke, die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, das aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH sowie das Wissenschaftliche Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung GmbH. Kooperationspartner ist der Bundesverband der Niedergelassenen Diabetologen.

»Abstimmung zur Therapie im PräVaNet-Board«

Unterzeichnet hat den Selektivvertrag gem. § 140a SGB V zuletzt auch die KV Brandenburg. Teilnehmen können AOK-versicherte Diabetes-Typ-2-Patient*innen (≥ 18 Jahre) mit medikamentöser Therapie (≥ 1 orales Antidiabetikum oder Insulintherapie seit mindestens 3 Monaten) und Erfüllung mindestens eines dieser Kriterien:

- metabolisches Syndrom (Kriterien: Taillenumfang, Triglyceride, niedriges HDL, Hypertonie)
- makrovaskuläre Manifestation (Bsp. koronare Herzerkrankung, Carotisstenose)

■ mikrovaskuläre Manifestation (z.B. chron. Niereninsuffizienz) „Aktuell haben wir 44 Ärzt*innen in Berlin und Brandenburg und die ersten Patient*innen eingeschlossen – der Start des Patienteneinschlusses war am 25. Januar“, berichtet Prof. Dr. DAVID M. LEISTNER, der zusammen mit Prof. Dr. ULF LANDMESSER, beide Charité – Universitätsmedizin Berlin, das Projekt leitet. „Da wir unser Ziel von 50 Praxen noch nicht erreicht haben, sind wir an teilnehmenden Praxen weiterhin interessiert.“

Einsatz von elektronischer Akte und Patienten-App

PräVaNet-Nurses – in der Regel Medizinische Fachangestellte oder Diabetesberater*innen mit absolviertem PräVaNet-Zusatzkurs – agieren im Projekt als „Kümmerner“,

wie Prof. Leistner erklärt. Sie sind primärer Ansprechpartner der 2.550 potenziell Betroffenen und übernehmen das kontinuierliche Risikofaktoren-Monitoring. Dabei kommen digitalisierte Blutdruck- und Blutzuckermessgeräte sowie EKG-fähige Pulsuhren zum Einsatz. Die Nurses achten u.a. darauf, dass die Messwerte engmaschig übertragen werden. Sie schulen zum Diabetes-Selbstmanagement und korrigieren in Absprache mit dem Arzt oder der Ärztin ggf. nach.

Die digitale Vernetzung der Beteiligten sowie das engmaschige Monitoring der Risikofaktoren werden als wesentlich gesehen, um langfristig Risikoprofil, Lebensqualität und Gesundheit der Erkrankten verbessern zu können. Es gibt zudem eine elektronische Patientenakte und eine App. Die Leistungserbringer kommunizieren über das PräVaNet-Board.

Projektpartner sehen Chancen für die Regelversorgung

Die Teilnahme beginnt für die Patient*innen mit einem persönlichen Erstgespräch mit der PräVaNet-Ärztin bzw. dem -Arzt zu Einwilligungserklärung, der Ermittlung kardiovaskulärer Risikofaktoren und Therapiezielen. Es folgt die interdisziplinäre Abstimmung zu personalisierter vaskulärer Präventionsstrategie im PräVaNet-Board. Danach übernimmt die PräVaNet-Nurse. Teilnehmerechtig seitens der Praxen sind Hausärzt*innen mit der Gebietsbezeichnung Diabetologie sowie Fachärzt*innen mit der Fach-

LOB AUS DER PRAXIS

Berliner Ärztin ist „ganz begeistert“

Dr. IRIS DÖTSCH, Mitinhaberin einer Diabetes-Schwerpunktpraxis in Berlin, hat PräVaNet von Beginn an begleitet, wie auch der Berufsverband der Niedergelassenen Diabetologen. „Ich bin ganz begeistert von dem Projekt“, sagt sie im Gespräch mit der diabeteszeitung. Es sei völlig unproblematisch, Patient*innen zu identifizieren, denn sie würden ja bereits in der Praxis betreut. Die PräVaNet-Nurses – in der Regel Diabetesberater*innen – seien schon von Hause aus bestens qualifiziert. Zur weiteren Qualifikation hätten sie einen 12-Stunden-Kurs zur PräVaNet-Nurse absolviert. Das Projekt biete eine große Chance für Menschen mit Diabetes in ganz Deutschland, so die Ärztin. „Ich denke, dass wir mit PräVaNet zeigen können, dass intersektorale Versorgung und telemedizinische Versorgung mit Nutzung der Geräte und Betreuung durch die PräVaNet-Nurse von großem Nutzen ist, sodass das Ganze in die Regelversorgung übergehen kann.“

richtung Endokrinologie, Diabetologie oder Kardiologie. Vorgesehen ist, dass die Ergebnisse nach drei bis vier Jahren evaluiert werden. Die Projektpartner hoffen, dass nach Projektabschluss und Begutachtung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss die erfolgreichen Ansätze auch in die Regelversorgung übertragen werden. *Cornelia Kolbeck*

bit.ly/praevanet



Foto: Andrey Popov – stock.adobe.com

Auf neuronalen Wegen

Empagliflozin verbessert Insulinsensitivität im Hypothalamus

TÜBINGEN. Eine Insulinresistenz im Gehirn lässt sich offenbar medikamentös behandeln. Eine Phase-2-Studie bei Personen mit Prädiabetes legt nahe, dass dieser Wirkmechanismus zu einigen der bekannten positiven Effekte von Empagliflozin beiträgt.

Übergewicht und Typ-2-Diabetes sind häufig mit einer Insulinresistenz im Gehirn assoziiert, die wiederum die Regulation des peripheren Metabolismus beeinträchtigt. Bisher gibt es dafür keine pharmakologische Behandlung. Könnte Empagliflozin ein geeigneter Kandidat sein? Diese Frage untersuchte ein Team um Prof. Dr. MARTIN HENI und PD Dr. STEPHANIE KULLMANN vom Institut für Diabetesforschung und metabolische Erkrankungen des Helmholtz Zentrums München an der Universität Tübingen, einem Partner des DZD. An der randomisierten, doppelblinden, placebokontrollierten Phase-

2-Studie nahmen 40 Personen mit Prädiabetes teil. Voraussetzung waren eine gestörte Glukosetoleranz bzw. ein gestörter Nüchternblutzucker sowie Übergewicht (durchschnittlicher BMI: $31,5 \pm 3,8$ kg/m²). Von den Teilnehmenden erhielten 21 Placebo und 19 Empagliflozin (25 mg/d). Das Durchschnittsalter lag bei 60 ± 9 Jahren. Die Insulinsensitivität im Gehirn bestimmten die Forschenden durch funktionelle MRT-Bildgebung in Kombination mit intranasal verabreichtem Insulin. Das Insulin-Nasenspray ermöglicht eine selektive Stimulation der Hirnaktivität, wobei nur marginale Mengen des Hormons ins Blut gelangen.

Hirnsensitivität für Insulin vermittelt wohl Leberfettentkennung

Zu Studienbeginn war – wie erwartet – kein Insulineffekt auf den Hypothalamus messbar. Diese Resistenz sank in der Prüfgruppe: Nach acht

Wochen unter Empagliflozin registrierten die Wissenschaftler*innen eine Zeit-/Behandlungs-Interaktion im Hypothalamus. Diese war auch nach Adjustierung für BMI allein bzw. für BMI, Geschlecht und Alter signifikant. Eine Post-hoc-Analyse belegte die Steigerung der Insulinsensitivität ausschließlich für die Testpersonen, die Verumgaben erhalten hatten. Auch sank das per Fragebogen ermittelte Hungergefühl im nüchternen Zustand unter dem SGLT2-Hemmer. Auf die periphere Insulinsensitivität nahm das Medikament keinen Einfluss, auch nicht auf das Körpergewicht. Mittels Mediationsanalysen (siehe Kasten) untersuchten Prof. Heni und sein Team, ob die hypothalamische Insulinsensitivität als Vermittler zwischen Empagliflozin und mehreren abhängigen Variablen fungiert. Es ergab sich ein signifikanter, negativer, indirekter Effekt durch die Behandlung: Bei unveränderter

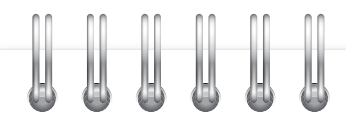


DZD
Deutsches Zentrum
für Diabetesforschung

Kalorienzufuhr waren sowohl der Leberfettanteil als auch der Nüchternblutzucker geringer als zu Studienbeginn.

„Zumindest ein Teil der positiven Effekte von SGLT2-Inhibitoren scheint auf einem intakten Cross-Talk zwischen dem Gehirn und den peripheren Geweben über das parasymphatische Nervensystem zu erfolgen“, schlussfolgerte das Studienteam. Somit könnte eine Behandlung mit Empagliflozin bereits im prädiabetischen Stadium dabei helfen, wesentliche Risikofaktoren für Diabetes und kardiovaskuläre Komplikationen zu verringern. *KKr*

Kullmann S et al. Diabetes Care 2021; doi: 10.2337/dc21-1136



Mediationsanalyse

Der Begriff bezeichnet ein statistisches Verfahren, mit dem versucht wird, eine Kausalität und eine zeitliche Abfolge zwischen zwei Variablen zu erklären. Dabei wird der kausale Zusammenhang zwischen einem Prädiktor (z.B. einer Therapie) und einer Outcome-Variablen (z.B. Leberfettanteil) sowie ihr Verhältnis zu einer dritten Mediator-Variablen (z.B. Insulinreaktion des Hypothalamus) analysiert.

Verglichen werden dabei der direkte Einfluss des Prädiktors auf die Outcome-Variablen – ohne Beteiligung des Mediators – mit dem indirekten Effekt, vermittelt über den Mediator. Eine der Voraussetzungen für die Anwendung dieser Methode ist die Linearität des Zusammenhangs.

Nachruf auf Dr. Axel Hirsch

Im Alter von 79 Jahren ist Dr. phil. Axel Hirsch (13.11.1942–21.11.2021), ein Pionier moderner Therapie- und Schulungskonzepte und Fürsprecher für die Rechte von Menschen mit Diabetes gestorben. Während seiner Zeit als Assistent am psychologischen Lehrstuhl in Hamburg ist Axel Hirsch an Typ-1-Diabetes erkrankt. Dies weckte in ihm die Neugier, mehr über psychologische Konzepte des Diabetes zu erfahren und auf diesem Gebiet zu forschen. Auf seine Initiative ist maßgeblich zurückzuführen, dass sich 1985 erstmals eine klei-

ne Gruppe von Psychologen traf, um sich über psychologische Konzepte des Diabetes auszutauschen, woraus 1986 der „Arbeitskreis Diabetes und Psychologie“ entstand. 1990 wurde dieser dann in den gemeinnützigen Verein „Diabetes und Psychologie e.V.“ umgewandelt, seit 1992 auch als offizielle Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG). Axel Hirsch war die treibende Kraft hinter dieser Initiative und bis 1998 erster Vorsitzender.

Auch auf europäischer Ebene suchte er den Austausch mit Kollegen und war ebenfalls 1998 Gründungs- und Vorstandsmitglied der Studiengruppe PSAD – (Psychosocial Aspects of Diabetes Study Group) der europäischen Diabetes-Gesellschaft (EASD). Als klinischer Psychologe am Krankenhaus Bethanien (Hamburg) war Axel Hirsch einer der ersten Psychologen, der kontinuierlich im Diabetesteam arbeitete.



Dr. phil.
Axel Hirsch

Foto: zVg

Mit Axel Hirsch ist vor allem der Begriff „Empowerment“ verbunden – dem Anliegen, dass Menschen mit Diabetes ihr Leben und auch ihre Diabetestherapie selbstständig nach eigenen Zielen, Werten und Überzeugungen gestalten. Gemeint ist damit, dass nicht Ärzte oder andere Experten über die Therapie entscheiden, sondern Menschen mit Diabetes diese selbst für sich bestimmen. Was mittlerweile Standard und auch in den aktuellen Leitlinien, dem Patientenrechtegesetz so zu finden ist, war zu der damaligen Zeit keine Selbstverständlichkeit.

Um Patienten zu stärken, schrieb er eines der ersten Patientenbücher zum Typ-1-Diabetes, welches auch heute noch als Neuauflage verfügbar ist, sein Buch mit dem programmatischen Titel „Diabetes ist meine Sache“ ist ebenfalls noch beim Kirchheim-Verlag erhältlich. Als Autor schrieb er regelmäßig über psychologische Themen des Diabetes, veröffentlichte zahlreiche Publikationen und war ein gefragter Redner auf Kongressen und in der Fort- und Weiterbildung.

Nach seiner Pensionierung zog er mit seiner Frau nach Spanien, von

wo er aus viele Reisen machte und sich leidenschaftlich der Botanik widmete.

Ohne Zweifel kann Axel Hirsch als ein Visionär bezeichnet werden, der mit seiner fortschrittlichen und kritischen Denkweise viele Impulse in der Diabetologie gesetzt hat, die noch heute spür- und greifbar sind. Um seine Arbeit zu würdigen, wird am **Freitag, dem 27.05.2022 von 16:00–17:30 Uhr auf dem DDG Kongress ein „Axel Hirsch Gedächtnis Symposium“** (Susan Clever, Bernd Kulzer) stattfinden, das sich mit der Entwicklung des Empowerments von den ersten Ideen bis hin zur Integration in moderne Diabetesleitlinien beschäftigt. Danke, Axel, was du für Menschen mit Diabetes und unseren Verein „Diabetes und Psychologie“ geleistet hast, danke für viele prägende Erlebnisse mit dir.

Prof. Dr. Bernhard Kulzer
Sprecher AG Diabetes und
Psychologie, DDG

»Gedächtnissymposium am 27.05.2022 auf dem DDG Kongress«

»Axel Hirsch ist vor allem mit dem Begriff Empowerment verbunden«

Hämoglobin im freien Fall

Langzeitdaten offenbaren relevante Nährstoffdefizite nach Adipositaschirurgie

STOCKHOLM. Menschen mit Adipositas haben nach einem bariatrischen Eingriff im Vergleich zu konservativ behandelten Patient*innen ein hohes Langzeitrisiko für eine Anämie. Dies geht aus einer prospektiven schwedischen Studie hervor, in der mehr als 5.300 Betroffene über 20 Jahre hinweg wiederholt untersucht wurden.

Die Adipositaschirurgie ist bislang die einzige Methode, die dauerhaft zu einer starken Gewichtsreduktion führt, Morbidität und vorzeitige Mortalität der Betroffenen senkt und eine diabetische Stoffwechsellage normalisiert bzw. einem Diabetes vorbeugt, schreibt ein Autorenteam um Prof. Dr. KARI JOHANSSON vom Karolinska-Institut in Stockholm. Diese positiven Effekte haben allerdings ihren Preis: Nach einem bariatrischen Eingriff droht unter anderem ein Mangel an Mi-

kronährstoffen wie Eisen, Vitamin B₁₂, Folsäure und Vitamin D. Ursachen hierfür sind die anatomischen Veränderungen des Gastrointestinaltrakts, die reduzierte Aufnahme von Nahrung und damit auch Mikronährstoffen. Mit weiteren Forschenden untersuchte Prof. Johansson im Rahmen der Swedish-Obese-Subjects-Studie, wie häufig operierte Personen in den folgenden 20 Jahren eine Anämie entwickeln.

Jeweils mehr als 2.000 Personen mit und ohne OP im Vergleich

An der prospektiven Untersuchung beteiligten sich zwischen 1987 und 2001 insgesamt 480 Primärversorger und 25 chirurgische Kliniken in Schweden. Das Studienkollektiv umfasste 5.335 Personen im Alter zwischen 37 und 60 Jahren und einem BMI von mindestens 34 kg/m² (Männer) bzw. 38 kg/m² (Frauen).

Insgesamt 2.007 Menschen entschieden sich für einen bariatrischen Eingriff: In 266 Fällen erfolgte die Anlage eines Magenbypasses, bei 1.365 Personen einer vertikalen bandverstärkten Gastroplastik und 376 erhielten ein Magenband.

Das Kontrollkollektiv bildeten 2.040 bezüglich 18 verschiedener Variablen gematchte Personen, die eine konservative Adipositasbehandlung durchlaufen hatten. Das Spektrum der Maßnahmen reichte bei ihnen beispielsweise von Beratungen zur Lebensstiländerung bis hin zum Verzicht auf jegliche Therapie. Vorangegangene bariatrische Eingriffe, Zwölffingerdarm- oder Magengeschwüre, kürzlicher Myokardinfarkt, Bulimie, Alkohol- oder Drogenabusus sowie psychiatrische Erkrankungen galten als Ausschlusskriterien.

Innerhalb der folgenden 20 Jahre stellten sich die Teilnehmenden re-

gelmäßig zu Kontrolluntersuchen vor, in deren Rahmen unter anderem ihr Hämoglobinwert bestimmt wurde. Eine Anämie definierte das Forschungsteam dabei als Abfall der Hämoglobinkonzentration unter 12 g/dl (Frauen) bzw. 13 g/dl (Männer).

Knapp 600 Anämien versus etwa 260 in der Kontrollgruppe

Während der medianen bzw. maximalen Nachbeobachtungszeit von 10 Jahren bzw. 20 Jahren verzeichneten die Wissenschaftler in der Gruppe der operierten Patient*innen insgesamt 593 Anämieereignisse – 133 nach Magenbypassanlage, 359 nach vertikaler bandverstärkter Gastroplastik und 101 nach Gastric Banding. In der Kontrollgruppe traten dagegen nur 261 Ereignisse auf. Bei Berücksichtigung verschiedener potenzieller Störvariablen (Alter, Geschlecht, BMI, Menopau-

Kumulative Anämieinzidenz nach 20 Jahren

- nach Magenbypassanlage: 69 %
- nach vertikaler bandverstärkter Gastroplastik: 37 %
- nach Gastric Banding: 36 %
- ohne operative Therapie: 24 %

senstatus, Schulbildung, Diabetes, Hypertonie) errechnete sich im Vergleich zum konservativen Management für den Magenbypass ein um den Faktor 5,1, für die vertikale bandverstärkte Gastroplastik ein um den Faktor 2,7 und für das Gastric Banding ein um den Faktor 2,8 erhöhtes Anämierisiko. Die mittels Magenbypass behandelten Patient*innen nahmen am häufigsten Nahrungssupplemente ein.

Personen mit Adipositas, die sich für einen bariatrischen Eingriff entscheiden, müssen lebenslang konsequent Vitamine und Spurenelemente einnehmen und regelmäßig auf Nährstoffdefizite überwacht werden, so das Fazit der Forschenden. Dies gelte insbesondere für Frauen im gebärfähigen Alter, da bei einem Nährstoffmangel ein ungünstiger Schwangerschaftsverlauf (z.B. Frühgeburt, intrauterine Wachstumsretardierung) droht.

JL

Aktuelle Leitlinien zur Adipositaschirurgie

In den vergangenen Jahren hat sich die bariatrische Chirurgie erheblich weiterentwickelt. Zwei der in der beschriebenen Studie verwendeten OP-Verfahren werden heute gar nicht mehr oder nur noch in Ausnahmefällen eingesetzt. Insbesondere die vertikale bandverstärkte Gastroplastik, die in dem schwedischen Kollektiv im Langzeitverlauf relativ häufig mit Anämien einherging, wird seit Mitte der 1990er-Jahre aufgrund von Komplikationen wie Klammernahtruptur oder Stenosenbildung praktisch nicht mehr durchgeführt. Auch ein Magenband, das in dem von Prof. Johansson und Team untersuchten Kollektiv in 376 Fällen eingesetzt wurde, sollte der aktuellen S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“ zufolge nur nach besonderer Abwägung und auf besonderen Wunsch von Patienten mit BMI < 50 verwendet werden.

Derzeit empfehlen die einschlägigen Fachgesellschaften als effektive Operationsverfahren zur Therapie der Adipositas die Schlauch-

magenbildung, den proximalen Roux-en-Y-Magenbypass, den Omega-Loop-Magenbypass und die Billiopankreatische Diversion mit/ohne Duodenal Switch (BPD-DS).

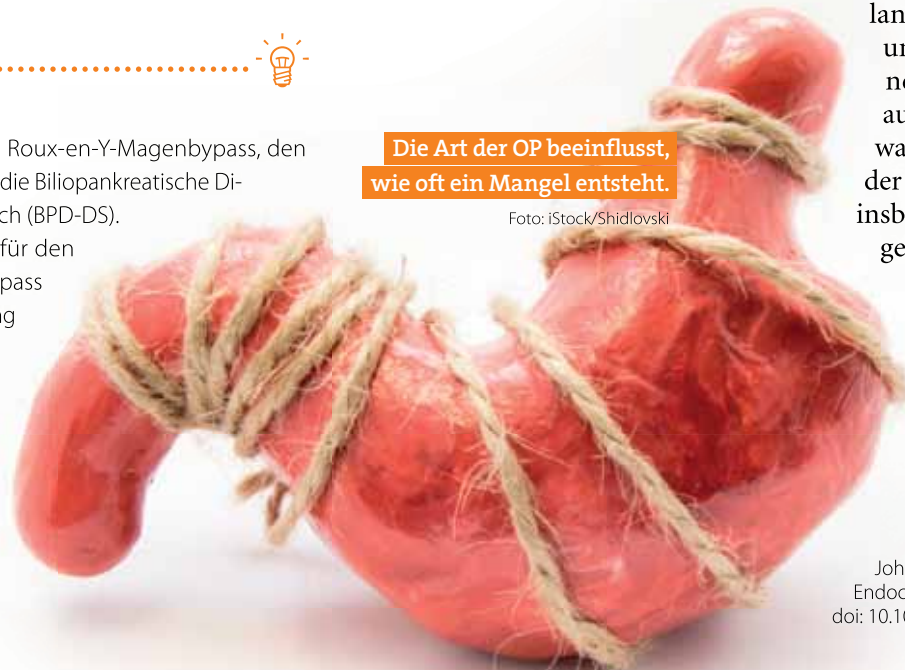
Die meiste Evidenz liegt dabei für den proximalen Roux-en-Y-Magenbypass und für die Schlauchmagenbildung vor.

Nach dem Eingriff sind regelmäßige Kontrollen erforderlich, ob die Operierten Supplemente einnehmen. Dies dient der Prophylaxe. Bei nachgewiesenem Nährstoffmangel oder Symptomen muss die Dosis angepasst werden.

thie

Die Art der OP beeinflusst, wie oft ein Mangel entsteht.

Foto: iStock/Shidlovski



Neu- oder re-zertifizierte Kliniken und Arztpraxen

(im Zeitraum 24.11.2021 bis 31.01.2022)

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 0		
Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara, Medizinische Klinik II	06110 Halle (Saale)	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Thüringen-Kliniken „Georgius Agricola“ GmbH, Klinik für Innere Medizin am Standort Rudolstadt	07407 Rudolstadt	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
PLZ 2		
Endokrinologikum Hamburg	22767 Hamburg	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
PLZ 3		
DIAKOVERE Krankenhaus gGmbH Friederikenstift, Zentrum Innere Medizin	30169 Hannover	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
St. Bernward Krankenhaus, Klinik für Kinderheilkunde und Jugendmedizin	31134 Hildesheim	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
St. Johannisstift Ev. Krankenhaus Paderborn GmbH, Klinik für Gefäßmedizin und Diabetologie	33102 Paderborn	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
UKGM Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Med. Klinik und Poliklinik III	35392 Gießen	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
PLZ 4		
Krankenhaus Neuwerk „Maria von den Aposteln“	41066 Mönchengladbach	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Städtische Kliniken Mönchengladbach Elisabeth-Krankenhaus Rheydt, Klinik für Kinder und Jugendliche	41239 Mönchengladbach	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Johanna-Etienne-Krankenhaus gGmbH	41462 Neuss	Klinik für Diabetespatienten geeignet DDG
Rheinland Klinikum Neuss GmbH - Lukaskrankenhaus, Kinderklinik	41464 Neuss	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 4		
Praxis Dr. Iris Donati-Hirsch	44137 Dortmund	Zertifiziertes Diabetologikum DDG
Katholisches Krankenhaus Dortmund-West	44379 Dortmund	Klinik für Diabetespatienten geeignet DDG
St. Rochus-Hospital	44575 Castrop-Rauxel	Klinik für Diabetespatienten geeignet DDG
MVZ Contilia GmbH, Praxis für Diabetologie	45138 Essen	Zertifiziertes Diabetologikum DDG
Marienhospital Gelsenkirchen GmbH, Klinik für Innere Medizin / Gastroenterologie	45886 Gelsenkirchen	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Christophorus-Kliniken GmbH, Standort Dülmen	48249 Dülmen	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Jakobi-Krankenhaus Rheine, Diabetologie/Endokrinologie	48431 Rheine	Zertifiziertes Diabetologikum DDG
Krankenhaus Maria-Hilf Stadtlohn, Klinik für Diabetologie	48703 Stadtlohn	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Niels-Stensen-Kliniken, Franziskus-Hospital Harderberg	49124 Georgsmarienhütte	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
PLZ 5		
St. Hildegardis Krankenhaus	50931 Köln	Klinik für Diabetespatienten geeignet DDG
St. Marien-Hospital Düren, Pädiatrie	52353 Düren	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Praxis Dr. Massoudy-Touiserkan	53179 Bonn	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG

Service der DDG

Unsere Empfehlung



Wichtige Termine auf einen Blick

Seminar
Diabetes Update 2022
11.03.–12.03.2022 – Mainz

Kongress
59. Wissenschaftlicher Kongress der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) e.V.
16.03.–18.03.2022 – online

Kongress
65. Deutscher Kongress für Endokrinologie
17.03.–19.03.2022 – Baden-Baden

Wander-Seminar
Menschen mit Typ-2-Diabetes auf dem Jakobsweg in Spanien
29.04.–07.05.2022

Kongress
LINC - The Leipzig Interventional Course
06.06.–09.06.2022 – Leipzig

Tagung
105. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Pathologie e.V.
09.06.–11.06.2022 – Münster

Kongress
Ernährung 2022
23.06.–25.06.2022 – Bremen

Kongress
Kongress für Kinder- und Jugendmedizin 2022
07.09.–10.09.2022 – Düsseldorf

Kongress
Viszeralmedizin 2022
12.09.–17.09.2022 – Hamburg



Weitere Informationen und Termine unter:

www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/veranstaltungen/veranstaltungskalender



Wir gratulieren den neuen Diabetolog*innen DDG und wünschen ihnen viel Erfolg!

Zayed Naji Mohammed Ali, Gießen
Dr. med. Daniela Sudau, Schönebeck (Elbe)
Dr. med. Elisa Mola-Schenzle, Murnau – Athanasios Chatzifetkos, Willich
Nina Hefendehl, Wasserburg – Haytham Almahallawi, Bielefeld
Lyudmyla Borchert, Güglingen – Claudia Jünemann, Kappeln
Dr. med. Ulrike Duvigneau, Hamburg – Sandra Waeger, Gießen
Dr. med. Kristin Heinzow, Trier – Prof. Dr. med. Bruno Neu, Landshut
Dr. med. David Hössinger, Weilheim – Dr. med. Jens Stupin, Berlin
Dr. med. Judith Wibawa, Berlin – Dr. med. Björn Ertl, Holzkirchen
Dr. med. Jan Stielow, Villingen-Schwenningen
Mahmoud AlShdifat, Dortmund
Dr. med. Sebastian Schwerbrock, Münster
PD Dr. med. Johannes W. Dietrich, Hattingen
Dr. med. Moritz Roth, Mainz
PD Dr. med. Matthias Johannes Bahr, Lübeck
Dr. med. Gabriele Schott, Tönisvorst – Hannes Eberle, Neuhausen
Dr. med. Simon Strobel, Mainz

DDG – SOCIAL MEDIA

Vernetzen Sie sich auf Facebook, Twitter, YouTube, Xing und LinkedIn.



Fotos: fotomowa - stock.adobe.com

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 5		
Praxis Dr. Martina Lange	53359 Rheinbach	Zertifiziertes Diabetologikum DDG
Marienhaus Klinikum Mainz	55131 Mainz	Klinik für Diabetespatienten geeignet DDG
Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein, Klinik für Kinder und Jugendmedizin	56073 Koblenz	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Praxis Koblenzer Strasse, Diabetologische Schwerpunktpraxis	57482 Wenden	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Evangelisches Krankenhaus Hamm, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	59063 Hamm	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Gemeinschaftspraxis Dres. Scheeren/Schmitt/ Appelhoff/Schmidt	59909 Bestwig	Zertifiziertes Diabetologikum DDG
PLZ 6		
Sana Klinikum Offenbach, Medizinische Klinik II / Station 250	63069 Offenbach	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Main-Kinzig-Kliniken, Klinik für Kinderheilkunde und Jugendmedizin	63571 Gelnhausen	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dres. Plattner/Vogel/Die	63939 Wörth a. Main	Zertifiziertes Diabetologikum DDG
Gemeinschaftspraxis Dr. Dagmar-Andrea Betzler & Dr. Norbert Kissel	69488 Birkenau	Zertifiziertes Diabetologikum DDG
PLZ 7		
Klinikum Stuttgart Olgahospital, Klinik für Kinderheilkunde und Jugendmedizin	70174 Stuttgart	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
medius Klinik Nürtingen, Innere Medizin mit Schwerpunkt Diabetologie	72622 Nürtingen	Zertifiziertes Diabetologikum DDG
ViDia Christliche Kliniken Karlsruhe, Klinik für Allgemeine Innere Medizin, Diabetologie, Endokrinologie	76137 Karlsruhe	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Klinikum Mittelbaden Rastatt-Forbach	76437 Rastatt	Klinik für Diabetespatienten geeignet DDG

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 7		
Klinikum Landau – Südliche Weinstraße GmbH, Diabetologie	76829 Landau	Zertifiziertes Diabetologikum DDG
Hegau-Bodensee-Klinikum Radolfzell, Klinik für Innere Medizin, 4. Medizinische Klinik/ Diabeteszentrum	78315 Radolfzell	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Kliniken des Landkreises Lörrach GmbH, Kreiskrankenhaus Schopfheim, Innere Medizin	79650 Schopfheim	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
PLZ 8		
München Klinik Schwabing, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	80804 München	Zertifiziertes Diabetologikum DDG
München Klinik Schwabing, Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Angiologie	80804 München	Zertifiziertes Diabetologikum DDG
Klinik Dr. Robert Schindlbeck	82211 Herrsching	Klinik für Diabetespatienten geeignet DDG
Deutsches Zentrum Kinder- und Jugendrheumatologie	82467 Garmisch-Partenkirchen	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Diabetes-Zentrum-Chiemgau	83093 Bad Endorf	Zertifiziertes Diabetologikum DDG
Ambulantes Diabeteszentrum Dr. Annemarie Voll / Arianne Belleville	83278 Traunstein	Zertifiziertes Diabetologikum DDG
LAKUMED Kliniken, Medizinische Klinik II	84036 Landshut	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Praxis Gabriela Buchholz	87534 Oberstaufen	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Praxis Dr. Frank Pagnia	87700 Memmingen	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
PLZ 9		
Gemeinschaftspraxis Dres. Böhmer/Kirpal/Carl	90480 Nürnberg	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. Annette Engelhardt	99610 Sömmerda	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG

MEDICAL TRIBUNE

MedTriX Group

Jetzt kostenlos abonnieren
medical-tribune.de/diabetesletter



DiabetesLetter für Fachärzte

Medical Tribune hält Sie auf dem Laufenden!

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

Wohin bewegt sich die Diabetologie? Der DiabetesLetter für Haus- und Fachärzte informiert Sie über:

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

Diesen Newsletter auf medical-tribune.de/diabetesletter jetzt kostenlos abonnieren.

Versand zweiwöchentlich

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.

Sie möchten Diabetolog*in, Diabetesassistent*in oder Diabetesberater*in werden?

Dann bewerben Sie sich jetzt um das

WEITERBILDUNGSSTIPENDIUM DER DDG!

Bewerbungsschluss: 31.03.2022

www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung/weiterbildungsstipendien



Bitte beachten Sie auf unserer Webseite die Angaben zu ggf. notwendigen kurzfristigen Änderungen aufgrund der Coronapandemie – Corona-Update

www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/behandlung/corona-update

Diabetesberater*in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
235	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108, ☎ Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 25.04. – 06.05.2022 2. Block: 01.08. – 12.08.2022 3. Block: 17.10. – 28.10.2022 4. Block: 02.01. – 13.01.2023 5. Block: 06.03. – 17.03.2023 6. Block: 02.05. – 12.05.2023
236	Diabetes-Akademie Südostbayern Bürgerwaldstr. 1, 83278 Traunstein ☎ Tel.: 0861 20401041, ☎ Fax: 0861 909807 68 info@diabetesakademie.net www.diabetesakademie.net	1. Block 21.07. – 06.08.2022 2. Block 03.10. – 15.10.2022 3. Block 05.12. – 17.12.2022 4. Block 13.03. – 25.03.2023 5. Block 03.07. – 14.07.2023
237	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	1. Block: 10.10. – 21.10.2022 2. Block: 16.01. – 27.01.2023 3. Block: 20.03. – 31.03.2023 4. Block: 02.05. – 12.05.2023 5. Block: 03.07. – 14.07.2023 6. Block: 11.09. – 22.09.2023
238	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108, ☎ Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	<i>Aufbauqualifikation für Diabetesassistent*innen</i> 1. Block: 24.10. – 04.11.2022 2. Block: 21.02. – 04.03.2023 3. Block: 12.06. – 23.06.2023 4. Block: 25.09. – 06.10.2023
239	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108, ☎ Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 21.11. – 02.12.2022 1. Block: 16.01. – 27.01.2023 1. Block: 11.04. – 22.04.2023 1. Block: 26.06. – 07.07.2023 1. Block: 21.08. – 01.09.2023 1. Block: 06.11. – 17.11.2023
240	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	1. Präsenzwoche: 12.09. – 16.9.2022 (Regensburg) 2. Onlinewoche: 04.10. – 08.10.2022 (Bad Mergentheim) 3. Präsenzwoche: 07.11. – 11.11.2022 (Regensburg) 4. Onlinewoche: 14.11. – 19.11.2022 (Rheine) 5. Präsenzwoche: 09.01. – 13.1.2023 (Regensburg) 6. Onlinewoche wird bekannt gegeben Trier 7. Präsenzwoche: 27.02. – 03.03.2023 (Regensburg) 8. Onlinewoche: 27.03. – 31.03.2023 (Jena) 9. Präsenzwoche: 15.05. – 19.05.2023 (Regensburg) 10. Onlinewoche: 22.05. – 27.05.2023 (Rheine) 11. Onlinewoche: 31.07. – 04.08.2023 (Traunstein) 12. Präsenzwoche: 25.09. – 29.09.2023 (Regensburg)

Zusatzangebot 2022: Diabetesberater*in DDG ab 12.09.2022 50 % Onlineunterricht

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
NN Berlin	Wannsee-Akademie Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin ☎ Tel.: 030 80686-040, ☎ Fax: 030 80686-404 akademie@wannseeschule.de www.wannseeakademie.de	nächster Kurstermin Frühjahr 2023
NN Trier	Mutterhaus der Borromäerinnen e.V. OA Feldstraße 16, 54290 Trier ☎ Tel.: 0651 947-3160, ☎ Fax: 0651 947-2205 schule@mutterhaus.de www.mutterhaus.de	voraussichtlicher Start 2023
NN Bad MGH	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	voraussichtlicher Start Frühjahr 2023

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.: 030/3 11 69 37-18 oder an weiterbildung@ddg.info

Weitere Informationen finden Sie auf

www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung-diabetesberaterin-diabetesberater

Fit für die Weiterbildung – Vorbereitungsseminar des VDBD

Weiterbildungsort	Kurstermine	Kosten
VDBD AKADEMIE Habersaathstr. 31, 10115 Berlin ☎ Tel.: 030 847122-492 fortbildung@vdbd-akademie.de, www.vdbd-akademie.de	11.06.2022 03.09.2022 05.11.2022	VDBD-Mitglieder: 85,- € Nicht-Mitglieder: 170,- €

ACHTUNG Online-Angebot

Weitere Informationen finden Sie auf

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

Diabetesassistent*in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine	Kosten
51	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 941 5696-22, ☎ Fax: 0941 5696-38 info@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	1. Block: 07.03. – 19.03.2022 2. Block: 26.09. – 07.10.2022	1.655,- €*
52	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 941 5696-22, ☎ Fax: 0941 5696-38 info@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	1. Block: 21.03. – 02.04.2022 2. Block: 14.11. – 25.11.2022	1.655,- €*
103	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108, ☎ Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 04.04. – 14.04.2022 2. Block: 18.07. – 29.07.2022	1.665,- €*
31	Diabeteszentrum Leipzig e.V. Westbad Marktstr. 2-6, 04177 Leipzig ☎ Tel.: 0162/2182893, ☎ Fax: 0341 442 48 52 diabeteszentrum.leipzig@web.de	1. Block: 02.05. – 13.05.2022 2. Block: 07.11. – 18.11.2022	1.475,- €*
11	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: 13.06. – 24.06.2022 2. Block: 28.11. – 09.12.2022	1.300,- €*
104	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108, ☎ Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 05.09. – 16.09.2022 2. Block: 28.11. – 09.12.2022	1.665,- €*
27	Diabeteszentrum am Elisabeth-Krankenhaus Klara-Kopp-Weg 1, 45138 Essen ☎ Tel.: 0208/30542818, ☎ Tel.: 0202/897 4592 a.meier@contilia.de www.contilia.de/karriere/contilia-akademie/aktuelle-lehrgaenge.html	1. Block: 19.09. – 30.09.2022 2. Block: 09.01. – 21.01.2023	1.550,- €*

Zusatzangebot 2022: Diabetesassistent*in DDG ab 21.03.2022

* 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.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung/fuer-medizinisches-assistenzpersonal/diabetesassistentin-ddg/-diabetesassistent-ddg

➔ Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
BaQ_BW_05	Asklepios Bildungszentrum Nordhessen Ort: Asklepios Klinikum Schwalmstadt, Diabetes Schulungsraum Julia Steklow, Laustraße 37, 34537 Bad Wildungen ☎ Tel.: 05621 795 24 13 j.steklow@asklepios.com	09.03. + 10.03.2022
BaQ_MK_02	DSP Dr. Ulrich Kluger Ort: Kloster Neustadt/Weinstraße Marktstr. 43, 67487 Maikammer ☎ Tel.: 06321 5680 p.hornung@mai-med.de	20.05. + 03.06.2022
BaQ_RB_09	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ort: Ostengasse 27, 93047 Regensburg Frau A. Deml ☎ Tel.: 0941 569622, ☎ Fax: 0941 569638 info@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	20.06. + 21.06.2022
BaQ_BW_06	Asklepios Bildungszentrum Nordhessen Ort: Asklepios Klinikum Schwalmstadt, Diabetes Schulungsraum Julia Steklow, Laustraße 37, 34537 Bad Wildungen ☎ Tel.: 05621 795 24 13 j.steklow@asklepios.com	16.11. + 17.11.2022

Seminare zur „Basisqualifikation DDG“ sind im Rahmen der Zertifizierung „Klinik für Diabetespatienten geeignet“ für die Schulung der Pflegekräfte anerkannt!

Trainer Teams bieten in gemeinsamer Absprache gerne diese Qualifikation im digitalen oder präsenten Inhouse-Format an! Wir informieren Sie gerne!

 weiterbildung@ddg.info

Weitere Informationen finden Sie auf

www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung-basisqualifikation-diabetes-pflege

➔ Diabetes-Pflegfachkraft DDG (Klinik)

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine	Kosten
12	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Rheine Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108, ☎ Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de, www.afg-rheine.de	1. Block 14.03. – 18.03.2022 2. Block 16.05. – 20.05.2022	990,- € zzgl. Gebühren für Anmeldung, Prüfung, Material 260,- €
9	RED Institut für medizinische Forschung und Fortbildung GmbH Markt 15, 23758 Oldenburg in Holstein ☎ Tel.: 04361 50630 130, ☎ Fax: 04361 50630 460 hecht@red-institut.de, www.red-institut.de	1. Block 20.06. – 24.06.2022 2. Block 26.09. – 30.09.2022	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.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung/fuer-medizinisches-assistenzpersonal/diabetes-pflegfachkraft-ddg-klinik

➔ Wundassistent*in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
60	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Rheine Frankenburgstr. 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/421101, ☎ Fax: 05971/421116 n.kammertoens@mathias-spital.de, www.afg-rheine.de	21.03. – 26.03.2022
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: 11.05. – 13.05.2022 2. Block: 18.05. – 20.05.2022
50	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	16.05. – 20.05.2022
16	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	30.05. – 03.06.2022
51	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	26.09. – 30.09.2022
24	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	12.10. – 14.10.2022
61	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Rheine Frankenburgstr. 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/421101, ☎ Fax: 05971/421116 www.afg-rheine.de	24.10. – 29.10.2022

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
19	Karl Borromäus Schule am Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen Feldstraße 16, 54290 Trier ☎ Tel.: 0651 947-0, ☎ Fax: 0651 947-2205 schule@mutterhaus.de, www.mutterhaus.de	07.11. – 11.11.2022
9	Diabetes-Akademie Bad Mergentheim Theodor-Klotzbücher-Str. 12, 97980 Bad Mergentheim ☎ Tel.: 07931/8015, ☎ Fax: 07931/7750 diabetes.akademie@diabetes-zentrum.de, www.diabetes-akademie.de	21.11. – 25.11.2022

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.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung-wundassistentin/-wundassistent

➔ Seminare Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung in der Diabetologie

Kurs	Termine	Tagungsort	Kosten
Dipl.-Psych. Heinrich Vogel Praxis für Psychotherapie Olvenstedter Straße 10, 39108 Magdeburg ☎ Tel.: 0176 40 03 19 11 info@heinrich@vogel.eu	1. Teil: 12.03. – 13.03.2022 2. Teil: 09.04. – 10.04.2022	Magdeburg Praxis für Psychotherapie	600,- € inkl. Pausenbewirtung (gemeinsames Mittagessen kann organisiert werden) Fortbildungspunkte werden beantragt
Dipl. Psych. Susan Clever Psychodiabetologie Fachpsychologin (DDG) Med. Psych. Consultancy Palmaille 35, 22767 Hamburg ☎ Tel.: 01709/ 226067 Info und Anmeldung per E-Mail: susan9woods@aol.com	1. Teil: 19.03. – 20.03.2022 2. Teil: 02.04. – 03.04.2022	Diabetespraxis Blankenese Blankeneser Bahnhofstraße 23 22587 Hamburg	750,- € (plus MwSt)
Dr. rer. medic. Nicola Haller medipäd Am Bühl 7 1/2, 6199 Augsburg ☎ Tel.: 0175 4004901 dr.nicola.haller@medi-paed.de www.medi-paed.de	22.04. – 25.04.2022 15.07. – 18.07.2022 23.09. – 26.09.2022 25.11. – 28.11.2022	online Tagungsräume im Hotel am alten Park Augsburg	ab 2021: 710,- € 31 Fortbildungspunkte Kursunterlagen und Tagungsgetränke im Preis enthalten CME-Punkte > 30, je nach Ärztammer
willms.coaching Wilhelm-Busch-Str. 19, 37083 Göttingen ☎ Tel.: 0551 7974741 ☎ Fax: 0551 29213514 office@willmscoaching.de www.willmscoaching.de	Online-Termine: 29.04. – 30.04. und 13.05. – 14.05.2022 29.06. – 02.07.2022 13.10. – 14.10. und 27.10. – 28.10.2022 Präsenzkurs (Göttingen): 07.12. – 10.12.2022	Göttingen, Eden Hotel Schwerpunkt Pädiatrie	720,- € inkl. Pausenbewirtung und Mittagessen Fortbildungspunkte der Ärztammer werden erteilt
Akademie Luftiku(r)s e.V. Iburger Str. 187, 49082 Osnabrück ☎ Tel.: 0174 619 3869 akademieluftikurs@gmail.com www.akademie-luftikurs.de	29.11. – 02.12.2022	Bischöfliches Priesterseminar Große Domsfreiheit 5, 49074 Osnabrück	600,- € Bei Anmeldung ab 4 Wochen vor dem Termin 30,- € zusätzlich. Verpflegung und Übernachtung sind nicht im Preis enthalten.

➔ Fachpsycholog*in 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
Dresden Prof. Dr. Peter Schwarz	Teil 1: 21.03. – 25.03.2022 Teil 2: 04.04. – 08.04.2022	online

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



Weitere Informationen und Anmeldung unter:
www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung



NEU! Für Smartphone und Tablet

Die DDG App

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

Foto: blankstock - stockadobe.com

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 <https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung/jobborse>

STELLENANGEBOTE

Hamburg, 06.02.2022

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

- Tätigkeit als: Diabetesberater*in/Diabetesassistent*in m/w/d
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Praxis für Diabetologie und Endokrinologie
- Adresse: Max-Brauer-Allee 52, Hamburg
- Ansprechpartner/in: Dr. Matthias Epe, 040 8700017-11, bewerbung@praxis-epe.de
- Webseite: <https://www.praxis-epe.de>
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet:
 - Diabeteschwerpunktpraxis in zentraler Lage am Bahnhof Hamburg-Altona
 - Diabetesberater*in / Diabetesassistent*in für alle Therapie- und Schulungsformen
 - eigenständiges und zugleich teamorientiertes, partnerschaftliches Arbeiten
 - abwechslungsreicher Arbeitsbereich in familiärer Atmosphäre
 - keine Bereitschafts- oder Wochenenddienste

Hannover, 05.02.2022

Diabetolog*in (m/w/d)

- Tätigkeit als: Diabetologe
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: DZHS
- Adresse: Hangstr. 9, Hannover
- Ansprechpartner/in: Dr. med. Mehregan Araschmid, 05114340909, dr.araschmid@dzhs.de
- Webseite: <https://dzhs.de>
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Teamorientiertes Arbeiten in kleinem Team mit bisher 2 Diabetologen, 2 Diabetesberaterinnen, 1 Diabetesassistentin/Ökotrophologin Flexible familienfreundliche Arbeitszeiten und Praxisabläufe.

Stuttgart, 04.02.2022

Assistenzarzt*in/Facharzt*in – mögliche WB in Innere Medizin – Endokrinologie – Diabetologie (m/w/d)

- Tätigkeit als: Assistenzarzt/Facharzt – mögliche WB in Innere Medizin – Endokrinologie – Diabetologie (m/w/d)
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: befristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Geriatrie - Klinikum Stuttgart
- Adresse: Prießnitzweg 24, Stuttgart
- Ansprechpartner/in: Prof. Dr. med. Ralf Lobmann, 0711 278 22601, M3-kbc@klinikum-stuttgart.de
- Webseite: <https://www.klinikum-stuttgart.de/karriere/stellen-suchen/aktuelle-stellenangebote/stellenangebot/assistenzarzt-assistenzaerztin-m-w-d-zur-weiterbildung-innere-medicin-oder-facharzt-facharztin-m-w-d-fuer-die-weiterbildung-in-diabetologie-oder-geriatrie>
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Das Klinikum Stuttgart ist mit seinen zwei Standorten „Standort Mitte“ (Katharinenhospital und Olghospital) und „Krankenhaus Bad Cannstatt“ ein Krankenhaus der Maximalversorgung und akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Tübingen mit rund 2.200 Betten sowie 50 Kliniken und Instituten. Über 7.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter versorgen auf den Stationen, in Operationssälen und Funktionsbereichen die Patienten oder sind in Verwaltung und Technik für den reibungslosen Klinikbetrieb verantwortlich.
- Ihre Aufgaben: Betreuung stationärer Patienten Teilnahme am Dienstsystem Strukturierte Weiterbildung Wir erwarten: Abgeschlossenes Medizinstudium mit Approbation. Sie sind empathisch im Umgang mit Patienten Sie sind engagiert, belastbar, flexibel und zeigen Teamgeist
- Sie haben Interesse an: internistischen Krankheitsbildern, Diabetologie und Geriatrie
- Wir bieten: Eine Weiterbildung in den Fachdisziplinen der Klinik (Innere Medizin, Diabetologie, Endokrinologie, Geriatrie). Es besteht die Möglichkeit einer wissenschaftlichen Arbeit und ggf. dem Erwerb der Promotion. Vergütung nach dem TV-Ärzte/VKA Die Medizinische Klinik III wird von einem dynamischen und aktiven Team mit großem Zusammenhalt geprägt. Eine arbeitgeberfinanzierte betriebliche Altersvorsorge. Zusätzliche finanzielle Leistungen, z.B. Zuschuss zum Nahverkehrsticket des VVS etc. Weitere zusätzliche Leistungen wie: Betriebliches Gesundheitsmanagement, Sportangebote, gutes und preiswertes Essen im Betriebsrestaurant. Ein sicherer Arbeitsplatz. Schwerbehinderte werden bei entsprechender Eignung mit Vorrang berücksichtigt.
- Interessiert? Bewerbungen richten Sie bitte bevorzugt an unser Online-Bewerberportal oder unter Angabe der Kennzahl 1-22-014 bis 18.02.2022 an das Klinikum Stuttgart Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Geriatrie Herrn Ärztlichen Direktor Prof. Dr. Lobmann, Postfach 10 26 44 70022 Stuttgart

Stuttgart, 02.02.2022

Diätassistent*in mit Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Tätigkeit als: Diätassistent*in mit Diabetesberater*in DDG (m/w/d)
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: befristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Klinikum Stuttgart - Ernährungsteam
- Adresse: Kriegsbergstr 60, Stuttgart
- Ansprechpartner/in: Dr. Beate Schlegel, 0711 278 35128, b.schlegel@klinikum-stuttgart.de
- Webseite: <https://www.klinikum-stuttgart.de/leistungsspektrum/ernaehrungsteam>
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet:
 - ambulante und stationäre, individuelle Ernährungsberatung und Diabetestherapie
 - Schwerpunkt der Tätigkeit ist der Diabetes-Konsildienst im Katharinenhospital
 - Ernährungsberatung und -therapie in der Onkologie, Nephrologie, Kardiologie, Adipositas und bariatrische Chirurgie, ggf. künstliche Ernährung und weiteren Bereichen

Berlin, 01.02.2022

Diabetolog*in (m/w/d)

- Tätigkeit als: Diabetologin / Diabetologe (m/w/d)
- Arbeitsbeginn: 01.02.2022
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Hausarztpraxis Britzer Damm
- Adresse: Britzer Damm 63, Berlin
- Ansprechpartner/in: Webhofer Tim, hausarztpraxis-britzer-damm@mailbox.org
- Webseite: <https://hausarztpraxis-britzer-damm.de/>
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Wir suchen Sie zur Verstärkung unseres Teams in einer internistischen Hausarztpraxis mit Diabeteschwerpunkt. Wir diagnostizieren und behandeln Menschen mit allen Diabetesformen inklusive Gestationsdiabetes. Insulinpumpentherapie und kontinuierliche Glukosemessung kommen bei uns regelhaft zu Einsatz. Als zertifizierte Fußambulanz liegt uns die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms am Herzen. Wir fördern Ihre fachliche Weiterentwicklung und unterstützen Sie bei Fortbildungen. Aktive Mitgestaltung in einem jungen Team mit flachen Hierarchien ist absolut erwünscht. Die Stelle ist unbefristet. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung unter Angabe Ihres bevorzugten Eintrittstermins unter: hausarztpraxis-britzer-damm@mailbox.org

STELLENGESUCHE

Heiligenhafen, 28.01.2022

Hospitation als Diabetesberaterin

- Tätigkeit als: Hospitation als Diabetesberaterin
- Arbeitsbeginn: 06.03.2022
- Berufsgruppe: exa. Altenpflegerin
- Einsatzort: Lübeck
- Kontakt: Madlin Döring, madlinlemke@yahoo.de

Hattingen, 19.01.2022

Begleitendes Praktikum in der Weiterbildung

- Tätigkeit als: Begleitendes Praktikum in der Weiterbildung
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Berufsgruppe: Diabetesberaterin
- Einsatzort: Hattingen und Umgebung
- Kontakt: Martina Fröhlich, 01734351564, martinafroehlich1974@gmail.com
- Bisherige Tätigkeit(en): Gesundheits- und Krankenpflegerin
- Bemerkungen (Fähigkeiten/Kenntnisse): Ich habe ein Stipendium mit Beginn zum 21.02.22 in Rheine erworben und suche dringend ein begleitendes Praktikum.

24.01.2022

Diabetologin sucht Oberarztposition oder Praxispartnerschaft

- Tätigkeit als: Diabetologin sucht Oberarztposition oder Praxispartnerschaft
- Arbeitsbeginn: 01.04.2022
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Ausbildung: Fachärztin für Innere Medizin, Diabetologin DDG und AK
- Berufsgruppe: Ärzte/ Diabetologen
- Einsatzort: Bonn, Rhein-Sieg-Kreis, Köln, Rhein-Erft-Kreis, Kreis Neuwied, Kreis Ahrweiler
- Kontakt: Diab2022@web.de
- Bisherige Tätigkeit(en): weitreichende Erfahrung in der ambulanten und stationären internistischen und diabetologischen Patientenversorgung sowie Forschungstätigkeit

Lemberg, 12.01.2022

FA für Innere Medizin sucht Weiterbildungsstelle zur Diabetologie

- Tätigkeit als: FA für Innere Medizin sucht Weiterbildungsstelle zur Diabetologie
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Einsatzort: Saarland, Südwestpfalz
- Kontakt: wbdm0202@gmail.com
- Bemerkungen (Fähigkeiten/Kenntnisse): Junger Internist mit umfassenden klinischen Erfahrungen sucht Weiterbildungsstelle im ambulanten Bereich mit ggf. späterer Kooperation.

NACHFOLGE GESUCHT

Berlin, 15.01.2022

Diabetologie

- Fachrichtung: Diabetologie
- Praxisbezeichnung: Diabetologische Schwerpunktpraxis
- Adresse: Alt-Moabit 101b, 10559 Berlin
- Ansprechpartner/in: Dr. med. Sabine Beutner, 01716008950, sabine.beutner@gmail.com
- Webseite: <https://www.diabetes-moabit.com>
- Beschreibung: Diabetologische Schwerpunktpraxis in reizvoller Lage nahe des Berliner Regierungsviertels mit zwei Arztsitzen sucht Nachfolger/ Nachfolgerin für einen der Sitze. Bitte melden Sie sich bei Interesse unter sabine.beutner@gmail.com

Schweinfurt, 09.01.2022

Allgemeinmedizin /DiabetesSchwerpunktpraxis Bayern/ Diabeteszentrum DDG

- Fachrichtung: Allgemeinmedizin/Diabetes Schwerpunktpraxis Bayern/Diabeteszentrum DDG
- Praxisbezeichnung: Diabeteszentrum Schweinfurt
- Adresse: Robert-Koch-Str. 5, 97422 Schweinfurt
- Ansprechpartner/in: Claudia Opitz, 09721-944746, claudia.opitz@diabeteszentrum-schweinfurt.de
- Webseite: <https://www.diabeteszentrum-schweinfurt.de>
- Beschreibung: Ich führe eine seit 22 Jahren bestehende Diabeteschwerpunktpraxis in Schweinfurt. Die Praxis befindet sich zusammen mit einem Dialysezentrum des KfH in einem Gebäude und ist barrierefrei. Das Gebäude ist eingebettet zwischen dem Leopoldina KH Schweinfurt und dem ambulanten Gesundheitspark. Als Diabeteszentrum DDG betreuen wir alle Formen des Diabetes und angegliederte Krankheitsbilder der Endokrinologie. Alle Kooperationspartner sind existent. Ich würde die Praxis gerne mit einem Nachfolger/in gemeinsam in einer Übergangsphase abgeben. Alle weiteren Informationen sind gerne zu erfragen.

Daaden, 05.01.2022

Innere Medizin/Allgemeinmedizin/Diabetologie

- Fachrichtung: Innere Medizin/Allgemeinmedizin/Diabetologie
- Praxisbezeichnung: Diabetologische Gemeinschaftspraxis Daaden
- Adresse: Betzdorfer Str. 59, 57567 Daaden
- Ansprechpartner/in: Dr. med. Ralph Mathias Hadem, 0170-8312903, 02743-2007, drmathiashadem@gmx.de
- Webseite: <https://www.dspp-daaden.de>
- Beschreibung: Hausärztlich-internistische Gemeinschaftspraxis sucht Nachfolger/in für Seniorpartner. Alle Kooperationen möglich, auch AIW/AIW (WB-Ermächtigung 36 Monate Allgemeinmedizin, 18 Monate Diabetologie). Praxisprofil: Sono, Echo, Ergo, Lufu, LZE. DSP mit 4 Diabetesberaterinnen.

Schifferstadt, 04.01.2022

Allgemeinmediziner/hausärztlicher Internist (m/w/d)

- Fachrichtung: Allgemeinmediziner/hausärztlicher Internist (m/w/d)
- Praxisbezeichnung: Praxis Dr. med. Martin Quintus und Dr. med. Christian Rolf
- Adresse: Rehbachstrasse 23, 67105 Schifferstadt
- Ansprechpartner/in: Dr. med. Rolf Christian, 06235-98484, team@diabetes-schifferstadt.de
- Webseite: <https://www.diabetes-schifferstadt.de>
- Beschreibung: Nachfolger*in gesucht für unsere diabetologische Schwerpunktpraxis (Gemeinschaftspraxis Drs. Quintus/Rolf) in Schifferstadt (Nachfolge Dr. med. Martin Quintus, Allgemeinmed.). Wir sind DQM/QEP-zertifiziert (Diabetologikum DDG).



Weitere Angebote unter:

<https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung/jobborse>



Weitere Nachfolgesuche jetzt online finden:
www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung/jobborse/nachfolger

STELLENANGEBOTE

Kerpen, 01.02.2022

Diabetolog*in im Jobsharing (m/w/d)

- Tätigkeit als: Diabetolog*in im Jobsharing (m/w/d)
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Diabetespraxis im Erft Karree
- Adresse: Am Falder, 36, Kerpen
- Ansprechpartner/in: Dr. med. Philipp Thoma, 016095492713, philipp.thoma@gmail.com
- Webseite: <https://www.diabetespraxis.info>
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Ich suche für unsere Schwerpunktpraxis eine diabetologische Kollegin / einen Kollegen mit Interesse an einem Jobsharing auf Angestelltenbasis. Ein Pensum von 30–60 % wäre möglich, je nach gegenseitigen Vorstellungen. Eine spätere Partnerschaft möchte ich nicht anbieten, es bliebe bei einer Beschäftigung in Anstellung. Ich benötige Hilfe bei der Bewältigung der großen Patientenzahlen.
- Zu unserer Praxis: Wir sind eine diabetologische Schwerpunktpraxis in Kerpen bei Köln. Die Praxis ist auch von Köln aus innerhalb von 25–30 min mit dem Auto gegen den Strom der Berufspendler bequem zu erreichen. Wir arbeiten mit einem sehr netten Team in einer frisch eingerichteten, modernen und sehr großzügigen Praxis. Die Praxis ist sehr gut etabliert in der Region und der Kreis unserer Zuweiser wird stetig größer, weshalb wir noch gerne einen Arzt / eine Ärztin mit dabei hätten. Bewerber müssen die Qualifikation als Diabetolog*in KV oder DDG aufweisen. Weitere Details klären wir dann im persönlichen Gespräch. Unsere Praxis finden Sie im Netz unter www.diabetespraxis.info.

Worms, 30.01.2022

Diabetesberater*in (m/w/d)

- Tätigkeit als: Diabetesberater*in (m/w/d)
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetesschwerpunktpraxis
- Adresse: Hammanstr. 2, Worms
- Ansprechpartner/in: Dr. med. Gregor Hess, 01716412882, dres@hess-worms.de
- Webseite: <https://www.hess-worms.de>
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: DSPP Dres. Hess in Worms www.hess-worms.de Typ1 (einschl. Pumpensysteme), Typ2, Typ3, MODY, Gestationsdiabetes, WinDiab-Praxis, Diabetes Fussambulanz; Akademische Lehrpraxis der Uni Heidelberg-Mannheim und auch der Uni Mainz

Bottrop, 31.01.2022

Diabetesassistent*in DDG (m/w/d)

- Tätigkeit als: Diabetesassistent*in DDG (m/w/d)
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: DIADOCTO Diabetes Schwerpunktpraxis
- Adresse: Hochstrasse 48, Bottrop
- Ansprechpartner/in: Acevit, 02041-26782, personal@diadocto.de
- Webseite: <https://www.diadocto.de>
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Für unseren Standort Bottrop suchen wir eine engagierte DDG-zertifizierte Diabetesassistentin (m/w/d) Vollzeit/Teilzeit, MFA Ausbildung wäre wünschenswert, aber nicht zwingend notwendig. Wir sind eine Diabetologische Schwerpunktpraxis und decken das gesamte Spektrum der Diabetologie (Typ 1, Typ 2, GDM) ab. Es erwartet Sie ein attraktiver Arbeitsplatz in einer sehr modern ausgestatteten Praxis. Wir bieten Ihnen leistungsgerechte Bezahlung: keine Bereitschaftsdienste, Wochenendarbeiten, Überstunden. Sie kennen sich mit den gängigen Schulungen aus, haben Erfahrung mit Pumpentherapie – CGm – FGM-Systemen, eigenständiges, strukturiertes Arbeiten ist für Sie selbstverständlich, dann bewerben Sie sich. Bitte senden Sie Ihre vollständigen Unterlagen wie tabl. Lebenslauf m. Foto, Anschreiben, Gehaltsvorstellung und ab wann Sie anfangen können an folgende E-Mail: personal@diadocto.de. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung.

Leverkusen, 25.01.2022

Diabetolog*in oder FA/FÄ Innere Medizin/Allgemeinmedizin zur Weiterbildung (m/w/d)

- Tätigkeit als: Diabetolog*in oder FA/FÄ Innere Medizin/Allgemeinmedizin zur Weiterbildung (m/w/d)
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetes-Zentrum Leverkusen
- Adresse: Kalkstraße 117, Leverkusen
- Ansprechpartner/in: Carolin Lawrenz, bewerbung.diablev@posteo.de
- Webseite: <https://www.diabetes-leverkusen.de>
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Das Diabetes-Zentrum Leverkusen sucht eine/n Diabetologen/in oder FA/FÄ Innere Medizin/Allgemeinmedizin zur Weiterbildung Diabetologie (24 Monate DDG, 12 Monate LÄK). Infos unter: www.diabetes-leverkusen.de. Ihre Bewerbung bitte an: bewerbung.diablev@posteo.de. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!

Bad Mergentheim, 28.01.2022

Arzt in Weiterbildung (m/w/d)

- Tätigkeit als: Arzt in Weiterbildung (m/w/d)
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetes-Klinik Bad Mergentheim
- Adresse: Theodor-Klotzbücher-Str. 12, Bad Mergentheim
- Ansprechpartner/in: Prof. Dr. med. Thomas Haak, 07931-594-101, haak@diabetes-zentrum.de
- Webseite: <https://www.diabetes-klinik-mergentheim.de/>
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Arzt (m/w/d) im Fachbereich Digitalisierung mit der Option zur Anstellung als Oberarzt

Wenn Sie eine Stellenausschreibung veröffentlichen möchten, einen Nachfolger oder Mieter für Ihre Praxisräume suchen oder ein Stellengesuch aufgeben möchten, füllen Sie bitte auf <https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung/jobborse> unter der jeweiligen Kategorie das Formular aus.

Ihre Ansprechpartnerin in der DDG Geschäftsstelle ist:

Franziska Fey
Tel.: 030 / 311 69 37 24
Fax: 030 / 311 69 37 20
E-Mail: fey@ddg.info

Foto: Brad Pict – stock.adobe.com

ECHT* WAHRGENOMMEN

Nachweislich weniger Hypoglykämien¹



-72%



-56%

* DEXCOM G6 – DIE KONTINUIERLICHE GEWEBEGLUKOSEMESSUNG IN ECHTZEIT (rtCGM)
OHNE SCANNEN. OHNE STECHEN.²

dexcom.de

MEDIZINISCHER KONTAKT: +49 6131 4909065
DEXCOM DEUTSCHLAND GMBH | HAIFA-ALLEE 2 | 55128 MAINZ

DEXCOM G6

- HOHE MESSGENAUIGKEIT ÜBER ALLE GLUKOSEBEREICHE²
- INDIVIDUELLE WARNUNGEN, PRÄDIKTIVE HYPO³-VORWARNUNG (ULS), HYPO³-SICHERHEITSLARM
- AUTOMATISCHE GLUKOSEWERTE UND WARNUNGEN KONTINUIERLICH MIT BIS ZU 5 FOLLOWERN TEILEN⁴



**INTEROPERABEL:
ERSTES SYSTEM, DAS DIE
FDA-ANFORDERUNGEN
ALS ICGM ERFÜLLT⁵**

Smartphone/Smartwatch nicht im Lieferumfang enthalten | ¹ Wenn die Warnungen zu den Gewebeglukosewerten und die Messwerte auf dem G6-System nicht den Symptomen oder Erwartungen entsprechen, sollte der Patient ein Blutzuckermessgerät verwenden, um Behandlungsentscheidungen zu seinem Diabetes zu treffen. | ² Heinemann et al. Lancet. 2018; 391(10128):1367–1377. (rtCGM ggü. SMBG, Ergebnisse ggü. Baseline, p < 0,0001) | ³ Shah et al. Diabetes Technol Ther. 2018;20(6):428–433 | ⁴ Hypo = Hypoglykämie | ⁵ Zur Übertragung von Daten ist eine Internetverbindung erforderlich. Zum Folgen ist die Verwendung der Follow App erforderlich. Follower sollten die Messwerte der Dexcom G6 App oder des Empfängers vor dem Treffen von Behandlungsentscheidungen immer bestätigen. Liste kompatibler Geräte unter: www.dexcom.com/compatibility | ⁵ Food and Drug Administration (FDA) www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-authorizes-first-fully-interoperable-continuous-glucose-monitoring-system-streamlines-review | Dexcom, Dexcom G6, Dexcom Follow, Dexcom Share sowie Dexcom CLARITY sind eingetragene Marken von Dexcom, Inc. in den USA und können in anderen Ländern eingetragen sein. © 2021 Dexcom, Inc. Alle Rechte vorbehalten. | www.dexcom.com | +1.858.200.0200 | Dexcom, Inc. 6340 Sequence Drive San Diego, CA 92121 USA | MDSS GmbH, Schiffgraben 41, 30175 Hannover, Germany

L.B.U.0191Rev003

BUNTES

Einladendes Idyll

Und plötzlich steht der Patient im Wohnzimmer

PARIS. Ein Pariser Pärchen staunte nicht schlecht, als sie dem gehetzten Großstadtleben entflohen und ein Landhäuschen in der französischen Idylle kauften. Darin befand sich bis kurz vor dem Einzug des Paares eine Arztpraxis – deren Wechsel aber nicht alle mitbekommen hatten.

Es gibt Ärzt*innen, die sprichwörtlich alles für ihre Patient*innen tun. In sehr dringenden Fällen würden sie ihnen sicher nicht einmal den Besuch im eigenen Hause verwehren. Etwas völlig anderes ist es natürlich, wenn Fremde ungebeten plötzlich in den eigenen vier Wänden stehen – und man zudem gar keine Praxis betreibt. Aber genau solche Szenen spielten sich in Frankreich ab, als ein Paar aus Paris das Landhaus und damit die (vorherige) Praxis eines Arztes kaufte.

Zwar hatte dieser seinen Patient*innen über den Umzug Bescheid gegeben und alle Schilder sorgfältig vom Grundstück entfernt. Diese Information hat die Weiten des Internets jedoch nie erreicht. Entsprechend klingelten immer 'mal wieder Behandlungswillige und wollten einen Termin in dem ehemaligen Ärztehaus wahrnehmen. Der große Parkplatz vor dem Anwesen tat sicher sein Übriges dazu.

Die meisten „Verirrten“ sahen ihr Versehen schnell ein, sagt das Paar der lokalen Tageszeitung „Le Journal du Jura“, und entschuldigten sich umgehend. Eine kuriose Szene gab es dann aber doch: Ein Mann betrat kurzerhand das Haus und setzte sich ins Wohnzimmer der beiden – in der Annahme, es handele sich um das Wartezimmer. Mit so viel Besuch hatte das Pärchen in ihrer neuen Idylle sicher nicht gerechnet. Und damit dies in Zukunft nicht mehr passiert, stehen nun große Schilder auf dem Grundstück mit der Aufschrift: Hier gibt es keine Ärzte mehr. *mf*

Etwas zu viel
Besuch
für die neuen
Eigentümer.



+++ Die nächste Ausgabe der diabeteszeitung erscheint am 23. März +++