

Noch fahrtauglich?

EU will neue Prüfvorschriften

WIESBADEN. Die EU-Kommission strebt im Sinne der Verkehrssicherheit Änderungen an der EU-Führerscheinrichtlinie an. Diese sollen spätestens ab 2030 in allen Mitgliedsstaaten greifen. Senior*innen könnten damit künftig Fahrtauglichkeitsprüfungen drohen. Menschen mit Diabetes dürften dagegen sogar auf Entlastungen im Vergleich zum Status quo hoffen.

„Wie die von der EU-Kommission angedachten Fahrtauglichkeitsprüfungen in Deutschland aussehen werden und welche neuen Pflichten auf Ärztinnen und Ärzte zukommen könnten, ist offen und hängt vom weiteren Gesetzgebungsprozess ab“, sagt Rechtsanwalt Oliver Ebert vom DDG Ausschuss Soziales. Dass Ärzt*innen bei der Bewertung der individuellen Verkehrstauglichkeit der Kommission zufolge



künftig auch Fortschritte bei der medizinischen Behandlung einfließen lassen sollen, könnte Diabetespatient*innen entgegenkommen. Denn technische Unterstützungssysteme und rückkoppelnde Kontrollen via CGM verringern nachweislich die Hypoglykämiegefahr deutlich. Und dass das Lebensalter ein ausreichender Indikator für eine mangelnde Fahreignung sei, lässt sich auch nicht belegen. 4



Fotos: nidwlv/gettyimages, artdesigner88/gettyimages

Hinter den Hybrid-Kulissen

WIESBADEN. Hybride Veranstaltungen vereinen das Beste aus zwei Welten, finden die meisten Teilnehmenden. Was aber bedeutet es z.B. für die DDG, zweigleisig zu planen und zu organisieren? Und wie groß ist der ökologische Fußabdruck? Der Diabetes Kongress 2023 findet im Hybrid-Format statt, wie es weitergeht ist aber noch offen. 14

»DDG Vorschläge sind wichtig«

Landesgesundheitsminister Manfred Lucha zur Krankenhausreform

STUTTGART. Wo endet die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für das Krankenhauswesen und sein Einfluss auf die Planungshoheit der Länder? Obwohl alle Seiten die Notwendigkeit einer umfassenden Reform der Krankenhausvergütung und

der stationären Strukturen betonen, pendeln die politischen Vorschläge und Interpretationen der beteiligten Akteure hin und her. „Es bedarf auch bei weitgehend einheitlichen Bundesvorgaben noch ausreichender Gestaltungsspielräume für die

Länder im Zuge der Krankenhausplanung. Dies ist einer der wesentlichen Knackpunkte der Reform“, erklärt der Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz und baden-württembergische Sozialminister Manfred Lucha (Grüne) im Interview

mit der diabeteszeitung. Die Forderungen der DDG zur Krankenhausreform sind ihm wohl bekannt. Die Vorschläge der Fachgesellschaft für eine bessere Patientenversorgung seien „wichtig und werden in der politischen Diskussion gehört“, sagt er. 3

Amputationen sollten sich nicht lohnen

BERLIN. Rege Diskussionen während der Jahrestagung der AG Diabetischer Fuß, u.a. über fehlende Rehabilitation und die Hilfsmittelversorgung. Im Interview mit AG-Sprecher Dr. Michael Eckhard geht es um Grundsätzliches: die Verbesserung der DFS-Versorgung und die Vergütung. 6-7

MedTriX^{Group}

Endlich die Zeitenwende schaffen

Banting-Medaille für Professor Dr. Matthias Tschöp

MÜNCHEN. In der Adipositas- und auch in der Diabetestherapie eine Zeitenwende schaffen – das scheint möglich durch Medikamente wie Tirzepatid und weitere

aus der Wirkstoffklasse der Darmhormon-Polyagonisten. An deren Entdeckung beteiligt war Prof. Dr. Matthias Tschöp, und auch mit der Entdeckung des Hungerhor-

mons Ghrelin ist sein Name untrennbar verbunden. Für seine wissenschaftliche Leistung erhält er im Juni die Banting-Medaille, die höchste Auszeichnung der ADA. Zu-

vor aber spricht der wissenschaftliche Geschäftsführer von Helmholtz Munich eine der Keynotes während der Eröffnungsveranstaltung des Diabetes Kongresses. 18

Seite 20 Diabetesdiagnosen während der Pandemie

HELSINKI. Kann eine SARS-CoV-2-Infektion Typ-1-Diabetes verursachen? Eine finnische Studie findet dafür keinen Beleg. Mit einem Kommentar von Professor Dr. Andreas Fritsche.

Anmeldung auch vor Ort möglich!



17. – 20. Mai 2023
Informationen zum Diabetes Kongress und zum On-demand-Programm auf Seite 12.
www.diabeteskongress.de

Seite 27 Endlich besser Essen im Krankenhaus

BERLIN. Ein Bündnis von Fachgesellschaften – darunter die DDG – fordert eine Stärkung der Ernährungskompetenz in Kliniken. Umsetzen ließe sich das im Zuge der Klinikreform.

Wie sinnvoll ist die Früherkennung?

BERLIN. Ob für ein Kind ein Risiko besteht, Typ-1-Diabetes zu bekommen, lässt sich durch ein Antikörperscreening feststellen. Ob ein solches Screening sinnvoll ist, ist aber umstritten, auch, ob der Einsatz eines Medikaments gerechtfertigt ist, um die Erkrankung zu verzögern. Ein komplexes Thema, das auch während des Diabetes Kongresses diskutiert wird, und zwar im Symposium „Typ-1-Diabetes-Screening: Chancen, Nutzen, Risiken“ 5

News & Fakten

Krankenhausreform – die Interessen der Länder: Interview mit Manfred Lucha, Vorsitzender der Gesundheitsministerkonferenz; Vorschläge zur Änderung der EU-Führerscheinrichtlinie; Früherkennung bei Kindern; AG Diabetischer Fuß: Interview mit Sprecher Dr. Michael Eckhard und Bericht zur Jahrestagung; Unzufriedenheit mit Apps; Preis für Prof. Dr. Clemens Kamrath; Neues aus der Diabetesforschung 3–10

Kongress aktuell

Diabetes Kongress: Highlight-Symposien; Schilddrüse richtig beurteilen; Klimabilanz der Diabetes-Therapie; Telemedizin; Welche Fehler sind meldepflichtig? DiGA-Werkzeugkasten 12–13, 16–17

Im Blickpunkt

Serie Nachhaltigkeit: Hybrid-Veranstaltungen; Entwicklung der Typ-2-Diabetes-Inzidenz; DZD Diabetes Research School; Gewichtsverlust: ein langer und harter Weg; Stellungnahme zur Ernährungskompetenz in Kliniken; Kliniken des Landkreises Neustadt a.d. Aisch rezertifiziert; ADBW 14, 22–24, 27, 30

Das Interview

Prof. Dr. Matthias Tschöp: „Die Welt wird sich deutlich verändern“ 18

Medizin & Markt

Nachrichten aus der Industrie 25–26

Forum Literatur

Diabetesdiagnosen während der COVID-19-Pandemie (mit Kommentar von Prof. Dr. Andreas Fritsche); Positive Effekte von iscCGM bestätigt; Dreifach-Rezeptoragonist als Hoffnungsträger; Pankreas-Organoid aus Stammzellen 20, 28–29

Kurznachrichten

Neu- oder rezertifizierte Kliniken und Arztpraxen 31

Weiterbildung & Qualifikation

Diabetesberater*in DDG; Diabetesassistent*in DDG; Fit für die Weiterbildung – Vorbereitungsseminar des VDBD; Train-the-Trainer-Seminar: „Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG“; Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG; Diabetespflegefachkraft DDG (Langzeit); Wundassistent*in DDG; 80-Std.-Kurs Klinische Diabetologie, Seminare Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung in der Diabetologie, Fachpsycholog*in DDG 32–33

Job- & Praxenbörse

Stellenangebote, Stellengesuche, Nachfolgesuche 34–35

Buntes 36

»Facetten des Diabetes«

Die **diabeteszeitung** zeigt die ganze Bandbreite der Diabetologie

Liebe Leserinnen und Leser,

die Diabetologie ist ein spannendes Fach und hat viele Facetten. In den zurückliegenden zwei Jahren durfte ich als Präsident der DDG viele dieser Facetten neu entdecken. Die **diabeteszeitung** ist ein Abbild dieser Vielseitigkeit mit ihren Berichten über das Leben von Menschen mit Diabetes und Berichten über die Arbeit in der Diabetologie.

»Die Sicht der Bundesländer auf die Krankenhausreform«

Geht es um die Krankenhausreform, wollen viele mitreden und mitbestimmen – auch die Bundesländer. Manfred Lucha, Gesundheitsminister in Baden-Württemberg und Vorsitzender der Gesundheitsministerkonferenz, macht sich stark für die Interessen der Länder und kommentiert die Forderungen der DDG positiv. Das große Interview mit ihm lesen Sie auf Seite 3.

»Änderung der Führerscheinrichtlinie: Was bedeutet das für Menschen mit Diabetes?«

Bisher sind es nur Vorschläge, die die Europäische Kommission gemacht hat. Aber es lohnt sich, einen Blick darauf zu werfen, denn auch die Prüfung der Fahrtauglichkeit bei Diabetes ist ein Thema. Zu den Plänen geben Dr. Wolfgang Wagener und Oliver Ebert vom Ausschuss Soziales ihre Einschätzung ab, und zwar auf Seite 4.

»Typ-1-Diabetes: Wie sinnvoll ist die Früherkennung bei Kindern?«

Mittlerweile lässt sich bei Kindern ein künftiges Risiko identifizieren, an Typ-1-Diabetes zu erkranken. Zudem ist in den USA ein Medikament auf den Markt gekommen, welches das Auftreten der Erkrankung verzögern kann. Welche Hoffnungen und Optionen damit verbunden sind, welche kritischen Fragen es gibt, lesen Sie auf Seite 5.



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

»Banting-Medaille für Prof. Dr. Matthias Tschöp, mögliche Zeitenwende für Menschen mit Adipositas«

Als Forscher hat er entscheidende Signalwege zwischen Darm und Gehirn entschlüsselt und u.a. das appetitanregende Hormon Ghrelin entdeckt. Für seine Forschungsleistung bekommt der heutige Wissenschaftsmanager Professor Dr. Matthias Tschöp, Mitglied der DDG, mit der Banting-Medaille die höchste Auszeichnung der ADA verliehen. Er spricht über gute Forschung und den Anfang vom Ende der Adipositas im Interview auf Seite 18.

Liebe Leserinnen und Leser,

für mich ist dies das letzte Editorial für die **diabeteszeitung**. Ab Ausgabe 6 wird Herr Professor Dr. Andreas Fritsche übernehmen, mein Nachfolger als Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft. Mir hat es während der letzten beiden Jahre sehr viel Freude gemacht, Sie durch die Ausgaben zu begleiten und Ihnen den einen oder anderen Hinweis zu geben.

Und so wünsche ich Ihnen ein letztes Mal eine spannende Lektüre und freue mich, wenn wir uns beim Kongress in Berlin sehen.

Ganz herzlich Ihr

Prof. Dr. Andreas Neu

Ein Blick zurück, ein Blick nach vorn – Video-Interviews mit Prof. Dr. Andreas Neu und Prof. Dr. Andreas Fritsche, die die dz-Redaktion in Tübingen besucht haben.

www.medical-tribune.de/diabetes-zeitung



diabeteszeitung

© 2023, MedTriX GmbH
Alleiniger Gesellschafter: Süddeutscher Verlag
Hilfig Fachinformationen GmbH, München
Verlag: MedTriX GmbH
Anschrift: Unter den Eichen 5, 65195 Wiesbaden
Telefon: 0611 9746-0, Telefax Redaktion: 0611 9746 480-303
E-Mail: mtd-kontakt@medtrix.group
www.medtrix.group

CEO: Oliver Kramer
Geschäftsführung: Stephan Kröck, Markus Zobel
Gesamtredaktionsleitung Deutschland: Günter Nuber

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

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

Redaktion Medizin: Nicole Finkenauer, Gregor Hess

Redaktion Politik: Michael Reischmann (verantwortlich),
Isabel Aulehla

Weitere Mitarbeitende: Cornelia Kolbeck, Angela Monecke,
Antje Thiel

Corporate Publishing: Lena Feil, Bianca Lorenz

Redaktionsbeirat:

Barbara Bitzer, Kathrin Boehm, Prof. Dr. Andreas Fritsche,
Prof. Dr. Baptist Gallwitz, Dr. Astrid Glaser,
Dr. Matthias Kalthauer, Prof. Dr. Monika Kellerer,
Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland, Prof. Dr. Michael Nauck,
Prof. Dr. Andreas Neu, Prof. Dr. Annette Schürmann,
Prof. Dr. Erhard Siegel, Prof. Dr. Thomas Skurk,
Dr. Tobias Wiesner

Vetretung der angrenzenden Fachgebiete:

Prof. Dr. Matthias Blüher (Adipositas), Prof. Dr. Frank Erbguth
(Neurologie), Prof. Dr. Stephan Herzig (Grundlagenforschung
und Onkologie), Dr. Helmut Kleinwechter (Diabetes und
Schwangerschaft), Prof. Dr. Bernhard Kulzer (Psychologie
[Schulung]), Prof. Dr. Karin Lange (Psychologie
[Fachpsychologie]), Dr. Holger Lawall (Angiologie),
Prof. Dr. Nikolaus Marx (Kardiologie), Prof. Dr. Matthias Nauck
(Labordiagnostik), Prof. Dr. Andreas Neu (Pädiatrie),
Prof. Dr. Jürgen Ordemann (Bariatrische Chirurgie),
Prof. Dr. Klaus Parhofer (Lipidologie),
Prof. Dr. Christoph Wanner (Nephrologie)

Koordination in der DDG Geschäftsstelle: Franziska Fey

Produktionsleitung Deutschland: Ninette Grabinger

Teamleitung Layout: Andrea Schmuck

Layout: Christina Mähler, Beate Scholz, Mira Vetter

Objekt- und Medialeitung: Björn Lindenau

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. 8 vom 1.1.2023

Vertrieb und Abonentenservice:

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

www.blauer-engel.de/uz195

Dieses Druckerzeugnis wurde mit dem
Blauen Engel ausgezeichnet



»Die Vorschläge der DDG sind wichtig und werden gehört«

Minister Manfred Lucha zu Zielen, Forderungen und Knackpunkten der Krankenhausreform

STUTT GART. Dass es einer Reform des DRG-Systems und der Versorgungsstrukturen bedarf, ist unstrittig. Über das „Wie“ gehen die Meinungen der Beteiligten und Betroffenen jedoch auseinander. Bund und Länder arbeiten an Pfeilern eines Gesetzes. Mit dabei: Baden-Württembergs Sozialminister Manfred Lucha (Grüne), der auch Vorsitzender der Gesundheitsministerkonferenz ist. Er macht sich stark für die Interessen der Länder und kommentiert die Forderungen der DDG positiv.

? Herr Minister Lucha, Sie haben in Baden-Württemberg Meetings mit Organisationen des Gesundheitswesens durchgeführt. Welche der Anregungen, die Sie dabei erhalten haben, konnten und können Sie mit nach Berlin nehmen, um diese in die Reformarbeiten einzubringen?

Lucha: Die Pläne des Bundes zur Reform der Krankenhausvergütung werden nicht nur weitreichende Auswirkungen auf die Vergütungssystematik, sondern auch auf die Struktur der Krankenhauslandschaft haben. Für mich stand es deshalb außer Frage, dass wir die von der Reform betroffenen Akteure frühzeitig am Reformprozess beteiligen werden. Das war auch notwendig, um einige Befürchtungen auszuräumen, die an uns herangetragen werden. Zudem benötigen wir die Fachexpertise aus der Praxis als Input, um die Auswirkungen der umfassenden Reformpläne des Bundes im Detail erfassen zu können.

Ich habe in drei Anhörungsterminen die Bedenken, Anregungen und Forderungen von etwa 250 Akteuren aufgenommen. Teilgenommen haben neben medizinischen Fachgesellschaften wie der DDG auch die Krankenhausträger im Land, die Vertreter der Landkreise und kreisfreien Städte, die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen sowie der privaten Krankenversicherung, Ärzte-, Pflege- und Sozialverbände, Rettungsdienste, Selbsthilfeorganisationen und Gewerkschaften. Ein Ergebnis: Von besonderer Bedeutung war den Akteuren die Planungshoheit der Länder sowie die Möglichkeit, von Vorgaben zum Erreichen der Level abzuweichen. Beides konnten wir gegenüber dem Bund einbringen.

? Bei der Krankenhausreform ging es von Anfang an darum, wie viel der Bund einheitlich vorgeben darf und wie weit der Spielraum für die Länder bleibt. Wo spüren Sie die konkreten Knackpunkte?

Lucha: Wir benötigen einheitliche Qualitätsstandards bei der medizinischen Versorgung. Ein operativer Eingriff muss in Schleswig-

INTERVIEW



Manfred Lucha
Minister für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg
Vorsitzender
der Gesundheitsministerkonferenz
Foto: Sozialministerium Baden-Württemberg

Holstein den gleichen personellen und technischen Voraussetzungen unterliegen wie in Baden-Württemberg. Auch erleichtern einheitliche Strukturen es, eine bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten. Andererseits ist für uns klar, dass die Umsetzung der Reform schon aus verfassungsrechtlichen Gründen in der Planungshoheit der Länder verbleiben muss. Es bedarf daher auch bei weitgehend einheitlichen Bundesvorgaben noch ausreichender Gestaltungsspielräume für die Länder im Zuge der Krankenhausplanung. Dies ist einer der wesentlichen Knackpunkte der Reform. Ich gehe aber davon aus, dass uns eine rechtlich saubere Lösung gelingen wird, die eine Planungshoheit der Länder ermöglicht.

? Es gibt bei Klinikträgern und Ärzten die Befürchtung, dass zu viele Krankenhäuser in die Kategorie II fallen und dass sie damit faktisch keine Häuser mit üblicher stationärer Versorgung mehr wären. Das würde vor allem in der Fläche zu Versorgungsengpässen führen. Teilen Sie diese Befürchtung?

Lucha: Nein, diese Befürchtung teile ich nicht. Es ist nicht möglich, die Vorstellungen der Expertenkommission

auf alle Bundesländer gleichermaßen zu übertragen. Insbesondere müssen die historisch gewachsenen Krankenhausstrukturen in den Ländern berücksichtigt werden. Wenn es zu Leveln und Leistungsgruppen kommen sollte, wird der Bund jeweils Ausnahmetatbestände und Öffnungsklauseln für die Länder vorsehen müssen. Dies hat der Bundesgesundheitsminister auch bereits eingeräumt. Zu starre Voraussetzungen für das Erreichen der Level können wir nicht akzeptieren. Nicht jedes Krankenhaus kann und sollte alles vorhalten, um ein bestimmtes Level zu erreichen. Es muss vielmehr die richtige medizinische Versorgung am richtigen Ort angeboten werden und Doppelvorhaltungen sind im Sinne einer Ressourcenschonung zu vermeiden. Grund- und Notfallversorgung müssen selbstverständlich wohnortnah und schnell erreichbar sein. Daher muss für Krankenhäuser auch ein Erreichen von Level II möglich sein, wenn etwa gewisse Fachabteilungen, wie eine Geburtshilfe oder Stroke-Unit, nicht vorgehalten werden. Wir können uns daher auch sehr gut vorstellen, dass bestimmte Mindestvoraussetzungen für Level und Leistungsgruppen durch Kooperationen von Kliniken erfüllt werden.

? Jeder fünfte Krankenhauspatient über 20 Jahre hat Diabetes. Dennoch können z.B. insulinpflichtige Patient*innen nicht sicher sein, dass sie in dem Krankenhaus, in das sie wegen einer anderen Erkrankung oder eines geplanten Eingriffs aufgenommen werden, adäquat betreut werden. Das zeigen Befragungen und Berichte von Betroffenen wie Ärzt*innen. Wie kann Ihrer Ansicht nach eine qualitätsgesicherte und kostendeckende Versorgung am besten sichergestellt werden?

Lucha: Sinnvoll wäre ein einheitliches Eingangsscreening in den

»Screening wäre sinnvoll«

Notaufnahmen und auf Station, um Diabetes Typ 2 zu erkennen. Dessen Einführung muss aber von den zuständigen Gremien auf Bundesebene beschlossen werden.

? Die DDG schlägt verpflichtend Diabetesteams für Krankenhäuser ohne entsprechende Abteilung vor. Öfter ist auch von telemedizinischen Verbänden zwischen Kliniken verschiedener Level zu hören sowie von der Einbindung von niedergelassenen Diabetolog*innen. Wie lässt sich das politisch fördern?

Lucha: Die Vorschläge der DDG sind wichtig und werden in der politischen Diskussion gehört. Die Diabetesexpertinnen und -experten in Baden-Württemberg, die im Fachbeirat Diabetes zusammenarbeiten, haben mir bereits einen Vorschlag gemacht, um die Versorgungssituation an dieser Stelle zu verbessern. Wie in anderen Versorgungsbereichen auch, ist die flächendeckende Umsetzung an allen Krankenhäusern eine Maximalforderung. Was zählt ist, dass alle Patientinnen und Patienten Zugang zu einer bedarfsgerechten und qualitativ guten Versorgung haben. Gerade für Menschen mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes Typ 2 ist eine verstärkte sektorenübergreifende Zusammenarbeit notwendig, die auch präventive Maßnahmen einbezieht.

? Wie weit hoffen Sie während Ihres Vorsitzes in der Gesundheitsministerkonferenz bei der Klinikreform zu kommen? Bedarf es noch eines Vorschaltgesetzes, um klamme Kliniken vor dem Aus zu retten?

Lucha: Der Bund hat uns Länder frühzeitig in den Reformprozess eingebunden und erarbeitet mit uns bis

zum Sommer gemeinsam die Eckpunkte für die Reform im Rahmen von wöchentlich teils mehrfach tagenden Fach-Arbeitsgruppen sowie in regelmäßigen Bund-Länder-Runden auf Amtschef- und Ministerbene. Diese Eckpunkte sollen über den Sommer in einen Gesetzesentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit münden und nach den Ferien soll das offizielle parlamentarische Gesetzgebungsverfahren in Gang gesetzt werden. Der Bund erhofft sich ein Inkrafttreten des Reformgesetzes zum 1. Januar 2024. Das ist sehr ambitioniert und stellt alle Beteiligten vor große Herausforderungen. Wir alle wissen aber, dass es aufgrund der finanziellen Situation der Krankenhäuser schnellstmöglich eine grundlegende Vergütungsreform bedarf, sodass auch wir den straffen Zeitplan nach Möglichkeit einhalten möchten.

? Worauf legen Sie in Baden-Württemberg Wert, um die Versorgung neu zu strukturieren?

Lucha: Klar ist: Wir müssen die Versorgung grundlegend überdenken. Dabei müssen verändernde Bedarfe bedacht werden und Qualitätsgesichtspunkte im Vordergrund stehen. Es ist auf einen ressourcenschonenderen Einsatz von Personal und Material zu achten, aber auch neue Möglichkeiten wie die Telemedizin sind miteinzubeziehen.

Es bedarf dringend Verbesserungen bei der Versorgungsqualität. Wir müssen wegkommen vom reinen Effizienzdenken in Fallzahlen. Die geplante Vorhaltevergütung wäre daher ein richtiger Schritt. Uns ist aber auch klar, dass es insgesamt eine bessere finanzielle Ausstattung der Krankenhäuser braucht. Hier müssen sowohl der Bund, aber auch wir Länder handeln. Ziel ist es, eine qualitativ hochwertige, flächendeckende und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung sicherzustellen – und das mit wirtschaftlich gesunden Krankenhäusern. Daneben sind aus meiner Sicht aber auch sektorenübergreifende Angebote entscheidend, damit eine bedarfsgerechte Versorgung gelingen kann. Immer mehr Behandlungen können ambulant durchgeführt werden. Level II-Krankenhäuser und sogenannte Primärversorgungszentren spielen hier eine wichtige Rolle – und ebenso neue Berufsbilder wie das der Community Health Nurse. Auch hierfür werde ich mich weiterhin einsetzen.

Interview:
Michael Reischmann

»Zu starre Voraussetzungen fürs Erreichen der Level können wir nicht akzeptieren«

Die Forderungen der DDG zur Krankenhausreform:
ddg.info/politik/veroeffentlichungen/gesundheitspolitische-veroeffentlichungen



Alle zehn Jahre zum Fahrtauglichkeitstest?

EU will mit neuen medizinischen Anforderungen die Verkehrssicherheit erhöhen

WIESBADEN. Ein EU-weit gültiger digitaler Führerschein, bessere grenzüberschreitende Durchsetzung der Verkehrsregeln und moderne Prüfverfahren für den Führerschein – mit diesem Paket will die EU-Kommission die Straßen sicherer machen. Änderungen sind auch bei den medizinischen Mindestanforderungen geplant. Für Menschen mit Diabetes könnte es Entlastungen geben.

Anfang März hat die Europäische Kommission in Brüssel einen Vorschlag zur Änderung der EU-Führerscheinrichtlinie vorgelegt. Die neuen Regeln sollen 2025 in Kraft treten und spätestens ab 2030 in allen 27 EU-Ländern greifen.

Eine wichtige Stellschraube, an der die Behörde drehen will, um die Verkehrssicherheit auf Europas Straßen zu erhöhen, sind die Vorschriften zur Überprüfung der medizinischen Fahrtauglichkeit der Autofahrer*innen. So sieht der Vorschlag unter anderem vor, dass alle, die künftig einen Führerschein erwerben oder auch erneuern lassen wollen, nachweisen müssen, dass er oder sie über eine ausreichende physische und psychische Kondition verfügt, um sich hinter das Steuer zu setzen.

Für Führerscheininhaber*innen, die älter als 70 Jahre sind, plant die EU-Kommission hierfür eine Frist von fünf Jahren. Für jüngere Autofahrer*innen soll sich die Frage erst nach 15 Jahren stellen. Denn Führerscheine, die ab dem 19. Januar 2013 ausgestellt wurden, sollen nicht mehr – wie derzeit in Deutschland – unbegrenzt gültig sein, sondern nur noch für jeweils 15 Jahre, danach müssten sie immer wieder erneuert werden.

Spielraum zwischen ärztlichem Check und Selbsteinschätzung

Der Grund: Einer Studie zufolge, die dem Gesetzentwurf zugrunde liegt, sind zwischen 5 und 15 % aller Verkehrsunfälle auf den Gesundheitszustand des Fahrers zurückzuführen. Die EU-Kommission verweist ferner darauf, dass eine Befragung von 22 nationalen Verkehrssicherheitsbehörden ergeben habe, dass 15 die bisherigen Standards für die körperliche und mentale Tauglichkeit für unzureichend halten. Sie hat daher die medizinischen Mindestanforderungen an die Fahrtüchtigkeit erhöht.

Bei der Ausgestaltung der nationalen Vorschriften zur medizinischen Feststellung der Fahrtüchtigkeit sollen



Dr. Wolfgang Wagener

Vorsitzender des Ausschusses Soziales
Foto: zVg

RA Oliver Ebert

Mitglied des Ausschusses Soziales
Foto: zVg

die Mitgliedstaaten einen gewissen Spielraum erhalten. Die Spanne kann von einer reinen Selbsteinschätzung der Autofahrer*innen bis hin zu verpflichtend vorgeschriebenen ärztlichen Checks reichen.

„Wie die von der EU-Kommission angedachten Fahrtauglichkeitsprüfungen in Deutschland aussehen werden und welche neuen Pflichten auf Ärztinnen und Ärzte unter Umständen zukommen könnten, ist somit noch offen und hängt vom weiteren Gesetzgebungsprozess ab“, merkt der Stuttgarter Rechtsanwalt OLIVER EBERT an, der für die DDG die S2e-Leitlinie Diabetes & Straßenverkehr mitkoordiniert hat.

Von verpflichtenden ärztlichen Attesten unter anderem für betagtere Autofahrer*innen hält Ebert indes wenig, da sie die Antragstellenden in einer falschen Sicherheit wiegen könnten. Außerdem gehöre es schon heute zu den Aufklärungspflichten von Ärzt*innen, ihre Patient*innen über mögliche krankheits- oder medikamentenbedingte Leistungsbeeinträchtigungen zu informieren und diese ggf. auf die Notwendigkeit weiterer Untersuchungen hinzuweisen, so der Jurist. Dies gelte nicht nur für ältere Menschen, sondern auch für jüngere, die z.B. an Diabetes mellitus oder Epilepsie litten oder die aufgrund eines ambulanten ärztlichen Eingriffs sediert werden müssten.

Bei Diabetes: Prüfung der Fahrtauglichkeit alle zehn Jahre?

„Bei Erkrankungen, wie dem Diabetes mellitus, könnten die geplanten Änderungen der EU womöglich sogar für Entlastungen sorgen“, meint der Jurist. Denn Ärzt*innen sollen der Kommission zufolge bei der Bewertung der individuellen Verkehrstauglichkeit von Menschen mit Diabetes künftig auch Fortschritte bei der medizinischen Behandlung



Wer ist fahrtauglich? Das könnte bald bei einigen Bevölkerungsgruppen regelmäßig geprüft werden.

Fotos: wegefox.com – stock.adobe.com, Foerschtil – stock.adobe.com

»Technik senkt die Hypo-Gefahr«

teilnehmer über 70 ebenfalls alle fünf Jahre ein ärztliches Attest über ihre Verkehrstauglichkeit. In Portugal bedürfen Pkw-Fahrer bereits ab 50 Jahren alle zehn Jahre eines medizinischen Gesundheitszeugnisses über ihre psychische und mentale Fahreignung. Ab dem 61. Lebensjahr reduziert sich der Zeitraum auf fünf Jahre, ab 70 Jahren sogar auf alle zwei Jahre. Eine Fahrerlaubnis ohne Einschränkungen gilt nur in Frankreich, der Türkei, Schweden, Belgien, Bulgarien, Polen, Österreich und Deutschland.

Psycholog*innen sehen Check der Fahrtauglichkeit kritisch

Aus Sicht von Verkehrspsycholog*innen und -mediziner*innen ist der Nutzen solcher Checks, insbesondere mit Blick auf das Lebensalter, fraglich. Denn internationale Evaluationsstudien belegten, dass das Lebensalter allein kein ausreichender Indikator für eine mangelnde Fahreignung sei. Vielmehr ergäben sich durch altersbezogene Überprüfungen negative Effekte für die Senior*innen. „Sie entwickeln Versagensängste vor der Überprüfung und geben verfrüht ihre Fahrerlaubnis zurück. Dadurch verlieren sie an autonomer Mobilität und damit Lebensqualität und/oder setzen sich den – derzeit – viel größeren Gefährdungen als Fußgänger oder Radfahrer aus“, so die Deutsche Gesellschaft für Verkehrspsychologie (DGVP).

Der Psychologe und Altersforscher Prof. Dr. GEORG RUDINGER von der Gesellschaft für empirische Sozialforschung und Evaluation in Bonn bezeichnet eine Verpflichtung be-

tagterer Führerscheininhaber zu Gesundheitschecks gar als altersdiskriminierend und angesichts der wachsenden individuellen Unterschiede als „übergeneralisierte Ungleichbehandlung“. Er setzt lieber auf das Prinzip Freiwilligkeit bei der Überprüfung der individuellen Fahrtauglichkeit.

„Bewährt haben sich beispielsweise sogenannte qualifizierte Rückmeldefahrten, bei denen Fahrschwächen durch versierte Fahrtrainer ausgelotet und korrigiert werden“, so Prof. Rudinger. Der Trainingseffekt halte in der Regel ein bis zwei Jahre an.

S2e-Leitlinie Diabetes und Straßenverkehr wird aktualisiert

Wie mit Diabetes im Straßenverkehr umgegangen werden soll, dafür gibt es in Deutschland seit 2017 die S2e-Leitlinie Diabetes und Straßenverkehr. Sie wird derzeit vom Ausschuss Soziales der DDG aktualisiert und wohl im Herbst diesen Jahres publiziert.

Dr. Wolfgang Wagener, Vorsitzender des Ausschusses Soziales, weist in diesem Zusammenhang auf die unverzichtbaren Patientenschulungen und die „sich rasant entwickelnden technischen Unterstützungssysteme“ hin, die die Gefahr von Hypoglykämien verringern. „Menschen mit Diabetes sind einen verantwortungsvollen Umgang mit ihrer Erkrankung und damit an gewisse Disziplin gewöhnt. Das Zusammenwirken von Mensch und maschinellem System ermöglicht bei verantwortungsvoller Anwendung, immer weiterer Verbreitung und erkennbaren Innovationsfortschritten immer höhere (Fahr-)Sicherheit.“ Er gibt auch zu bedenken, dass andere Länder es Menschen mit Diabetes bereits ermöglichen, Pilot*in zu werden – „die dritte Dimension von Verkehrstauglichkeit“.

Petra Spielberg

»Sind die geltenden Standards wirklich unzureichend?«

Typ-1-Diabetes: Wie sinnvoll ist die Früherkennung bei Kindern?

Chancen, Risiken und ethische Aspekte in der Diskussion

BERLIN. Mittlerweile lässt sich durch ein Antikörperscreening bei Kindern ein künftiges Erkrankungsrisiko identifizieren. Doch welchen Nutzen hat die Früherkennung? Sind ein Screening auf Typ-1-Diabetes und eine verzögernde Therapie wirklich sinnvoll? Das war ein Thema während der Vorab-Presskonferenz des Diabetes Kongresses. Auch ein Symposium beschäftigt sich mit Chancen, Nutzen und Risiken eines Screenings.

Rund 300.000 Menschen mit Typ-1-Diabetes leben in Deutschland. Etwas mehr als 30.000 davon sind Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren. Jährlich erkranken etwa 3.000 junge Menschen neu an Typ-1-Diabetes. „Typ-1-Diabetes ist nicht heilbar, lässt sich aber mit den modernen Methoden der Insulintherapie gut behandeln“, sagt Professor Dr. med. ANDREAS NEU, Präsident der DDG und Kommissarischer Ärztlicher Direktor der Abteilung Neuropädiatrie, Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie an der Kinderklinik Tübingen. „Dennoch bleibt für die Betroffenen die Belastung durch eine chronische Erkrankung. Nicht nur für die Erkrankten selbst, auch für deren Familien verändert sich mit der Diagnose das

Leben oft massiv.“ In den letzten Jahren habe die Diagnostik, aber auch die Therapie des Typ-1-Diabetes bedeutende Fortschritte gemacht, erläutert Prof. Neu. Auch eine Früherkennung ist mittlerweile möglich: „Durch ein in Studien bereits durchgeführtes Antikörperscreening besteht die Möglichkeit, bei Kindern ein künftiges Erkrankungsrisiko zu identifizieren, lange bevor erste Symptome auftreten und die Krankheit ausbricht.“

Es müssen noch viele offene Fragen geklärt werden

Seit Kurzem in den USA zugelassen und in Europa beantragt ist die Gabe des monoklonalen Antikörpers Teplizumap, der in Studien die



Wie treffsicher ist das Screening auf Typ-1-Diabetes?

Manifestation der Erkrankung nicht verhindern, aber um einige Jahre verzögern konnte.“

Doch welchen Nutzen die Früherkennung für die betroffenen Kinder und deren Familien tatsächlich hat und ob ein Screening auf Diabetes Typ 1 wirklich sinnvoll sein könnte, sei derzeit unklar. „Dazu müssen noch viele offene Fragen geklärt werden – sowohl medizinisch als auch ethisch“, betont der Kinderdiabetologe. „So beispielsweise, wie treffsicher das Screening tatsächlich ist und wie mit etwaigen falsch-positiven Befunden von Betroffenen

umgegangen wird, die dann mit der Belastung eines nicht vorhandenen Risikos leben. Zum anderen sollte nicht unterschätzt werden, dass das Wissen um eine künftige Erkrankung schon im Vorfeld ihrer Entstehung eine jahrelange Bürde sein kann. Und ist der Einsatz von Teplizumap zur Krankheitsverzögerung ein Gewinn, wenn wir dafür den Einsatz einer Immunintervention mit möglichen Nebenwirkungen bei einem noch gesunden Kind in Kauf nehmen müssen? Ist eine Intervention gerechtfertigt bei einer heute gut behandelbaren Erkrankung und

modernen Therapie-Optionen, die in vielen Bereichen ein nahezu normales Leben ermöglichen?“ Besonders die ethischen Aspekte müssten intensiv diskutiert werden.

Klar ist, dass Diabetes Typ 1 bei vielen Kindern und Jugendlichen immer noch zu spät erkannt wird – häufig erst mit einer schweren und potenziell tödlichen Stoffwechsellage (diabetische Ketoazidose). „Hier ist unverzichtbar, die Aufklärung von Eltern, aber auch bei Kita- und Schulpersonal zu verbessern, wie wir es mit der Kampagne zur Früherkennung des Typ-1-Diabetes machen“, sagt Prof. Neu. *DDG/dz*

Symposium zum Thema

Das Symposium „Typ-1-Diabetes Screening: Chancen, Nutzen, Risiken“ u.a. mit Prof. Neu und dem Ethiker Giovanni Maio findet am 18. Mai ab 10.30 Uhr in Raum A2 im CityCube Berlin statt, wird live gestreamt und kann im Nachgang noch als On-demand-Angebot abgerufen werden.



Jardiance®
(Empagliflozin)

JARDIANCE® – EINFACH STARK

BEI TYP-2-DIABETES

- SPÜRBAR STARK
 Signifikante Senkung von Gewicht, Blutzucker und Blutdruck^{1,a}
- LANGFRISTIG STARK*
 38 % RRR für kardiovaskuläre Mortalität^{1,2,b}
 35 % RRR für Hospitalisierungen aufgrund von Herzinsuffizienz^{1-3,a}

1

1. zugelassene Therapie mit belegter Wirksamkeit bei symptomatischer, chronischer Herzinsuffizienz unabhängig von der Ejektionsfraktion^{1,4,5,#,c}



RRR=relative Risikoreduktion | * EMPA-REG OUTCOME®-Studienpopulation: erwachsene Patienten mit Typ-2-Diabetes und KHK oder pAVK oder vorangegangenen Myokardinfarkt oder Schlaganfall (Ereignis >2 Monate). | # Erwachsene mit symptomatischer, chronischer Herzinsuffizienz. | a. Im Rahmen der Therapie des Typ-2-Diabetes gemäß Fachinformation. | b. Jardiance® erwies sich gegenüber Placebo bei der Prävention des primären kombinierten Endpunkts aus kardiovaskulärem Tod, nicht-tödlichem Myokardinfarkt oder nicht-tödlichem Schlaganfall überlegen. Die therapeutische Wirkung war vor allem auf eine signifikante Reduktion des kardiovaskulären Todes zurückzuführen, bei nicht signifikanter Veränderung des nicht-tödlichen Myokardinfarkts oder des nicht-tödlichen Schlaganfalls. | c. Über das gesamte LVEF-Spektrum, nicht nur bei HFREF (LVEF ≤40%). | 1. Fachinformation Jardiance® (Empagliflozin), aktueller Stand. | 2. Zinman B et al. N Engl J Med 2015; 373(22): 2117-2128. | 3. Fitchett D et al. Eur Heart J 2016; 37(19): 1526-1534. | 4. Anker SD et al. N Engl J Med 2021; 385(16): 1451-1461. | 5. Packer M et al. N Engl J Med 2020; 383(15): 1413-1424.

Jardiance® 10 mg/25 mg Filmtabletten. Wirkstoff: Empagliflozin. **Zusammensetzung:** Eine Tablette Jardiance® enthält 10 mg bzw. 25 mg Empagliflozin. **Sonstige Bestandteile:** Lactose-Monohydrat, mikrokristalline Cellulose, Hypromellose, Croscarmellose-Natrium, hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat, Hypromellose, Titandioxid (E171), Talkum, Macrogol (400), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172). **Anwendungsgebiete:** Typ-2-Diabetes mellitus: Jardiance wird zur Behandlung von Erwachsenen mit nicht ausreichend behandeltem Typ-2-Diabetes mellitus als Ergänzung zu Diät und Bewegung angewendet; als Monotherapie bei Metformin-unverträglichkeit u. zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Typ-2-Diabetes mellitus. Zu Studienergebnissen im Hinblick auf Kombinationen, die Wirkung auf Blutzuckerkontrolle und kardiovaskuläre Ereignisse sowie die untersuchten Populationen siehe Fachinformation, Abschnitte 4.4, 4.5 und 5.1. **Herzinsuffizienz:** Jardiance wird zur Behandlung von Erwachsenen mit symptomatischer, chronischer Herzinsuffizienz angewendet. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Hypoglykämie (bei Kombination mit Sulfonylharnstoff oder Insulin), Volumenmangel. *Häufig:* vaginale Candidiasis, Vulvovaginitis, Balanitis, andere genitale Infektionen, Harnwegsinfektion (einschließlich Fällen von Pyelonephritis und Urosepsis), Durst, Obstipation, Pruritus (generalisiert), Hautausschlag, verstärkte Harnausscheidung, Serumlipide erhöht. *Gelegentlich:* diabetische Ketoazidose, Urtikaria, Angioödem, Dysurie, Kreatinin im Blut erhöht, glomeruläre Filtrationsrate vermindert, Hämatokrit erhöht. *Selten:* nekrotisierende Faszitis des Perineums (Fournier-Gangrän). *Sehr selten:* tubulointerstitielle Nephritis. **Warnhinweise:** Enthält Lactose. **Jede Tablette** enthält weniger als 1 mmol Natrium (23 mg). Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. **Weitere Hinweise:** Siehe Fachinformation. Verschreibungspflichtig. **Stand:** März 2022

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

© Januar 2023
P-CO-DE-112258




»Die Amputation lohnt sich finanziell oft mehr als der Erhalt eines Fußes!«

Dr. Michael Eckhard von der AG Diabetischer Fuß über falsche Anreize beim DFS

BERLIN. Wie lassen sich Versorgungsstruktur und Vergütung beim Diabetischen Fuß verbessern? Kommt die Komplexpauschale für das DFS? Dies und mehr wurde im März bei der Jahrestagung der AG Diabetischer Fuß in Berlin diskutiert (siehe S. 7). Im Interview legt Dr. Michael Eckhard, Sprecher der Arbeitsgemeinschaft, den Finger in die Wunde.

? Zwei Tage Fokus auf den Diabetischen Fuß. Was war für Sie gesundheitspolitisch relevant?

Dr. Eckhard: Bei der Tagung konnten die anwesenden Expert*innen gleich am ersten Tag von einem gesundheitspolitischen Erfolg berichten, denn in Berlin ist es gelungen, einen Strukturvertrag zu implementieren, der eine Vergütung der DFS-Versorgung vor allem im ambulanten Sektor ermöglicht. Dieser bildet die strukturierte und qualifizierte Vorbeugung und Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms so ab, dass die Behandlung nicht nur der Idealismus einiger weniger Fußbehandler*innen bleibt, sondern eine hohe Behandlungsqualität für die Patient*innen ermöglicht. Wenn wir eine nachhaltige Verbesserung der DFS-Versorgung wollen, muss deren Gegenfinanzierung solide sein. Qualität muss sich langfristig auszahlen. Unsere Jahrestagung machte einmal mehr deutlich, wo noch reichlich Probleme zu lösen und Aufgaben zu bearbeiten sind.

? Und wo sehen Sie aktuell den größten Handlungsbedarf?

Dr. Eckhard: Patient*innen mit akutem (und chronischem) DFS werden immer noch viel zu oft viel zu spät

»Strukturvertrag in Berlin erfreut«

spezialisierten Fußbehandlungseinrichtungen zugewiesen. Es wird leider vielfach geglaubt, das DFS sei nur eine Wunde am Fuß eines Menschen mit Diabetes – dabei werden die komplexen Zusammenhänge der verschiedenen Entitäten in Diagnostik und Therapie verkannt – zum Leidwesen der Betroffenen und der Solidargemeinschaft. Denn dieses Vorgehen kostet noch viel zu oft nicht nur Teile von Füßen oder gar ganze Füße und Beine, sondern uns alle auch sehr viel Geld.

? Was gibt es Neues zur Vergütung des DFS?

Dr. Eckhard: Bisher gibt es bei der Kostenerstattung zur DFS-Behandlung im DRG-System keine Differenzierung nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Stattdessen haben wir es mit Fehlanreizen zu tun: So „lohnt“ es sich für ein Krankenhaus aus finanziellen Gesichtspunkten unter Umständen eher, eine Amputation vorzunehmen, als mehrere Wochen lang Anstrengungen

INTERVIEW



Dr. Michael Eckhard
1. Sprecher der Arbeitsgemeinschaft Diabetischer Fuß
Foto: zVg

zu unternehmen, den Fuß bzw. das Bein zu erhalten, was erhebliche Ressourcen verbraucht, längere Verweildauern benötigt und sich am Ende nicht mehr kostendeckend abbilden lässt. Zudem ist es in der DFS-Behandlung bei der Abrechnung von stationären Leistungen bisher leider völlig egal, ob ein Patient oder eine Patientin in einer spezialisierten, bestenfalls zertifizierten Fußbehandlungseinrichtung behandelt wird oder nicht. Das muss sich ändern. Die DDG hat hierzu kürzlich beim BfArM einen Antrag zur Implementierung einer Komplexpauschale DFS gestellt. Eine solche Komplexpauschale, geknüpft an Mindestanforderungen im Hinblick auf Struktur- und Prozessqualität, wäre ein Instrument, um die Qualität in der Versorgung zu fördern.

? Was konnte die AG Fuß bislang hinsichtlich der Versorgungsgänge beim DFS erreichen?

Dr. Eckhard: Seit nunmehr knapp 20 Jahren zertifiziert die AG Diabetischer Fuß in der DDG ambulante und stationäre Fußbehandlungseinrichtungen und fördert damit eines ihrer wichtigsten satzungsgemäßen Ziele: die DFS-Versorgung in Deutschland (nachhaltig) zu verbessern. So gibt es derzeit rund 300 solcher DDG akkreditierten Fußbehandlungseinrichtungen. Im Kreise der Fachgesellschaften stellen wir sicher in mehrerer Hinsicht eine Besonderheit dar: So sind wir nicht nur interdisziplinär (Diabetolog*innen, Gefäßchirurg*innen, Chirurg*innen, Angiolog*innen, Radiolog*innen etc.), sondern mit Podolog*innen, Orthopädienschuhmacher*innen und -techniker*innen, Wundexpert*innen, Diabetesberatungsberufen und weiteren Fachrichtungen auch klar interprofessionell aufgestellt. Nach nationalen als auch internationalen Studienergebnissen gibt es keinen Zweifel: Der Erfolg einer DFS-Behandlung sowie die Vermeidung von Rezidiven hängt maßgeblich davon ab, ob und wie früh ein Patient oder eine Patientin in ein solches

»DDG Antrag zur Komplexpauschale ist gestellt «

Arbeitsgemeinschaft Diabetischer Fuß

Alle Infos rund um das DFS und die AG der DDG finden Sie unter:

ddg.info/die-ddg/arbeitsgemeinschaften/diabetischer-fuss



strukturiertes und interprofessionell abgestimmtes Behandlungssetting kommt.

Deshalb ist die Forderung der International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF) auch ganz klar: Alle Menschen mit einem (akuten) DFS sollen einer dafür spezialisierten Behandlungseinrichtung zugewiesen werden – und zwar ohne Verzögerung! Dem gilt es, in Aufbau, Ausbau und Nachhaltigkeit spezialisierter Behandlungseinrichtungen in Deutschland Rechnung zu tragen – auch und insbesondere seitens der Gesundheitspolitik. Dafür treten wir, quasi als Anwälte unserer Patient*innen, ein. Dafür leisten wir als AG Fuß seit nunmehr als 30 Jahren strukturgebende und qualifizierte Arbeit – und das ehrenamtlich.

? Bei der Tagung wurde auch ein neues Vorstandsteam gewählt. Was wird der neue Vorstand als Erstes anpacken und worauf liegt der Fokus in den nächsten Jahren?

Dr. Eckhard: Das wird die Aufgabe im Rahmen unseres Vorstandsmeeetings in neuer Zusammensetzung sein: bisherige und neue Aufgaben sichten, sie dann nach Dringlichkeit und Ressourcen zu priorisieren und auch Zuständigkeiten (neu) zu definieren.

Unsere Schwerpunkte orientieren sich dabei an unserem Motto: „DFS – Erforschen – Behandeln – Verhindern“, es geht darum, interdisziplinäre und interprofessionelle Behandlungsstrukturen zu fordern und zu fördern. Dafür braucht es aber dringend nachhaltige, qualitäts-adaptierte (Re-)Finanzierungsmodelle.

Interview: Angela Monecke

AG Diabetischer Fuß der DDG hat neuen Vorstand gewählt: Erster Sprecher bleibt Dr. Michael Eckhard

Von einer „großen Veränderung“ war die Rede bei der Vorstandswahl der AG Diabetischer Fuß, die bei der Mitgliederversammlung im Rahmen der diesjährigen Jahrestagung der AG in Berlin stattgefunden hat. Einige langjährige Wegbegleiter*innen stellten sich nicht mehr zur Wahl; Dr. Michael Eckhard bleibt weiter erster Sprecher der AG (siehe Interview).

Die bisherigen Vorstandsmitglieder Dr. Michael Eckhard (1. Sprecher), Claudia Fischer und Dr. Karl Zink (Stellvertretende Sprecher), Dr. Sibylle Brunk-Loch (Schatzmeisterin) und Jonas Kortemeier (Schriftführer) stellten sich als Gruppe zur Wahl und wurden einstimmig in ihrem Amt bestätigt.

Auf eigenen Wunsch nicht mehr zur Wahl angetreten waren die bisherigen Vorstandsmitglieder Dr. Gerald Engels, Dr. Joachim Kersken, Podologin Elisabeth Dalick und Dr. Sybille Wunderlich. Neu in den Vorstand gewählt wurden der Orthopädienschuhmachermeister Leo Lelgemann, die Podologin Sabine Karl-Greubel sowie Dr. Ulrike Schmitz und Dr. Florian Thienel.



Frisch gewählter Vorstand (v.l.): Dr. Ulrike Schmitz, Jonas Kortemeier, Dr. Karl Zink, Dr. Michael Eckhard, Dr. Sibylle Brunk-Loch, Leo Lelgemann und Claudia Fischer. Nicht im Bild: Sabine Karl-Greubel und Dr. Florian Thienel. Foto: C. Maurer Fachmedien

Amputation
nein danke!

Unter amputation-nein-danke.de informiert die AG Diabetischer Fuß

über die Themen Amputation und Zweitmeinung. Inkl. Experten-Podcasts.



Richtungsweisend: DMP berücksichtigt DFS

Jahrestagung der AG Diabetischer Fuß

BERLIN. Fehlende Rehabilitation beim Diabetischen Fußsyndrom, neue Entwicklungen in der Hilfsmittelversorgung, vernetzte Behandlung von Infektionen beim DFS: Aktuelle medizinische und gesundheitspolitische Themen standen bei der 31. Jahrestagung der AG Diabetischer Fuß 2023 in Berlin im Fokus (siehe auch Seite 6).

stellte den Vertrag zum Disease-Management-Programm (DMP) Diabetes vor, der in der KV-Region

Berlin auch die Behandlung des Diabetischen Fußes berücksichtigt. Für das DMP Diabetes Typ 1 und 2 wurden hierfür zum 1. Januar 2022 neue Leistungen zur Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms aufgenommen. Seither muss für die Abrechnung und Vergütung dieser Leistungen eine Zertifizierung als

»Wir fordern eine Reha beim DFS«

Rund 220 Teilnehmende waren im März in Berlin bei der Tagung vor Ort dabei, rund 100 Personen nahmen online an der Veranstaltung teil – darunter Ärzt*innen, Podolog*innen, Orthopädienschuhmacher*innen und -schuhtechniker*innen sowie Wundexpert*innen. „Die AG Diabetischer Fuß ist sehr multiprofessionell aufgestellt“, so Tagungspräsident Dr. JAN THEIL. „Wir sind spezialisiert, gehen aber auch in den Austausch mit anderen Disziplinen.“ Eines der Tagungshighlights für ihn: die Behandlung von Infektionen beim DFS. Bei dieser Session wurden Infektionsfälle mit einem Kliniker, einem Infektiologen und einem live zugeschalteten Pathologen diskutiert, erklärte er.

Neue Einstufungen bei den Hilfsmittelgruppen

Auch politische Neuerungen standen auf dem Programm. Ein Vertreter des Medizinischen Dienstes, der im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) über die Verordnung von Hilfsmitteln berät, berichtete über die Neustrukturierung der Hilfsmittelgruppen. Die Regelung, ob lediglich Einlagen, Spezialschuhe oder orthopädische Schuhe verordenbar sind, wurde geschärft. Einig waren sich die Teilnehmenden, dass ein kurzer und aussagekräftiger Begleitbogen zum Rezept die Ablehnungsquote durch den Medizinischen Dienst deutlich reduzieren soll. Diesen Bogen will die AG Fuß weiter etablieren. „Es ist wichtig und richtig, dass hier endlich Klarheit besteht“, sagte Dr. Theil. Ein großes Problem sei weiterhin, dass Menschen mit einem Diabetischen Fußsyndrom keine spezialisierten Reha-Maßnahmen erhielten. Dieses Thema müsse neu diskutiert und angesprochen werden, so Dr. Theil. Der Diabetologe Dr. RALF-UWE HÄUSSLER aus Berlin



Etwa 220 Fußexpert*innen nahmen in Berlin teil, knapp 100 weitere online.

Foto: Dr. Michael Eckhard

Ambulantes Fußbehandlungszentrum der DDG vorliegen. „Das ist richtungsweisend“, sagte er, „und eine Wertschätzung unserer Arbeit

in der Diabetologie“, so der Fußexperte. Die Zertifizierungen DDG waren bei der Tagung daher ebenfalls ein Top-Thema. *amo*

Zur Behandlung von Diabetes mellitus bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab 1 Jahr¹

Lyumjev® (Insulin lispro)

Die Weiterentwicklung von Humalog®

Imitiert die physiologische Insulinwirkung noch genauer als Humalog®²

Signifikante Überlegenheit in postprandialer Glukosekontrolle vs. Humalog®¹

Kein AMNOG

Rabattverträge mit allen Krankenkassen

Interesse geweckt?

Erhalten Sie weitere Informationen unter:

www.das-schnellste-lispro.de

1. Fachinformation Lyumjev® 100, aktueller Stand.
2. Heise T et al. Diabetes Obes Metab. 2020; 22:1789–1798.

Bezeichnung der Arzneimittel: Lyumjev® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Lyumjev® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Patrone, Lyumjev® 100 Einheiten/ml KwikPen® Injektionslösung im Fertigpen, Lyumjev® 100 Einheiten/ml Junior KwikPen® Injektionslösung im Fertigpen, Lyumjev® 100 Einheiten/ml Tempo Pen® Injektionslösung im Fertigpen, Lyumjev® 200 Einheiten/ml KwikPen® Injektionslösung im Fertigpen. **Zusammensetzung:** arzneilich wirksamer Bestandteil: Lyumjev® 100 E/ml Injektionslösung: 1 ml enthält 100 Einheiten (äquivalent zu 3,5 mg) Insulin lispro (aus E. coli über rekombinante DNA Technologie hergestellt); Lyumjev® 200 Einheiten/ml Injektionslösung: 1 ml enthält 200 Einheiten (äquivalent zu 6,9 mg) Insulin lispro (aus E. coli über rekombinante DNA Technologie hergestellt); sonstige Bestandteile: Glycerol, Magnesiumchlorid-Hexahydrat, Metacresol (Ph. Eur.), Natriumcitrat, Treprostinil-Natrium, Zinkoxid, Wasser für Injektionszwecke, Salzsäure und Natriumhydroxid (für die pH-Wert-Einstellung). **Anwendungsgebiete:** Lyumjev® 100 E/ml Injektionslösung: Zur Behandlung von Diabetes mellitus bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab 1 Jahr. Lyumjev® 200 E/ml Injektionslösung: Zur Behandlung von Erwachsenen mit Diabetes mellitus. **Gegenanzeigen:** Hypoglykämie, Überempfindlichkeit gegen Insulin lispro od. einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Hypoglykämien, Reaktionen an der Infusionsstelle. *Häufig:* Reaktionen an der Einstichstelle, Allergische Reaktionen. *Gelegentlich:* Lipodystrophie, Hautausschlag, Pruritus, Ödeme. *Häufigkeit nicht bekannt:* Kutane Amyloidose. **Warnhinweise:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. Lyumjev® 100 Einheiten/ml Junior KwikPen Injektionslösung im Fertigpen: Mit dem Pen können 0,5 bis 30 Einheiten in Schritten zu je 0,5 Einheiten abgegeben werden. Lyumjev® 200 Einheiten/ml KwikPen Injektionslösung im Fertigpen: Nur in diesem Pen anwenden, sonst kann schwere Überdosierung auftreten. Weitere Warnhinweise siehe Fachinformation. **Verschreibungspflichtig. Zulassungsinhaber:** Eli Lilly Nederland B.V.; Papendorpseweg 83, 3528 BJ Utrecht, Niederlande; Ansprechpartner in Deutschland: Lilly Deutschland GmbH, Werner-Reimers-Str. 2–4, D-61352 Bad Homburg. **Stand der Information: November 2022.**
* In Kombination mit Tempo Smart Button zur Anwendung ab 18 Jahren bestimmt.

Symposium am 19. Mai beim Diabetes Kongress 2023!

„Das DFU neu denken: DFU nicht nur erfolgreich behandeln, sondern Erst-Ulkus und Rezidive eines aktiven DFS wirksam verhindern“ ist das Thema des Symposiums der AG Diabetischer Fuß, das am 19. Mai von 14.00 bis 15.30 Uhr im Rahmen des Diabetes Kongresses 2023 in Berlin und unter dem Vorsitz von Dr. Michael Eckhard, Gießen, und Claudia Fischer, Köln, stattfindet. Diskutiert werden die frühzeitige Erkennung und Behandlung von DFS und Diabetischem Fußulkus (DFU).

Wunsch nach einer einzigen Diabetes-App

Eine Umfrage zeigt, was Menschen mit Typ-1-Diabetes bei Apps vermissen – und was sie von ihrer Diabetespraxis halten

KÖLN. Eine aktuelle Studie, die auf einer Umfrage unter mehr als 1.000 Menschen mit Typ-1-Diabetes beruht, zeigt deutlich die große Unzufriedenheit mit den aktuell erhältlichen Diabetes-Apps. Weil diese ihre Daten nicht mit anderen Anwendungen teilen, nutzen viele Menschen notgedrungen gleich mehrere verschiedene Apps für diabetesbezogene Daten.

Eine Anfang 2023 erschienene Studie von Professor Dr. MATTHIAS FANK, der an der TU Köln zu strategischem Informationsmanagement forscht und selbst mit Typ-1-Diabetes lebt, gibt Aufschluss über das Informationsverhalten von Menschen mit Typ-1-Diabetes.

Die Quartalsbesuche sind wichtig – soziale Medien auch

Neben den bevorzugten Parametern, die für alltägliche Therapieentscheidungen herangezogen werden (siehe dz 4/2023), hält die Studie auch ein ganze Reihe weiterer wertvoller Erkenntnisse bereit. So gab ein Großteil der Befragten an, sportlich aktiv zu sein – eine Blutzuckersenkung ist hierbei aber nicht ihr vorrangiges Ziel. Dennoch fällt auf, dass Personen, die auch Sport treiben, überwiegend von einer guten Stoffwechsellage berichten. Daneben ergibt sich auch ein Zusammenhang zwischen der Stoffwechsellage und dem Bildungsgrad der Befragten. So beurteilten Menschen mit Typ-1-Diabetes mit einem höheren Bildungsabschluss ihre Stoffwechsellage deutlich positiver als diejenigen mit einem

niedrigeren Bildungsabschluss. Für Diabetolog*innen dürften auch die Ergebnisse zum Stellenwert der Quartalsbesuche in Diabetespraxen interessant sein: Für eine deutliche Mehrheit der Befragten sind diese Termine wichtig und liefern ihnen wichtige Informationen. Die meisten gaben auch an, mit ihren Diabetolog*innen offen über ihre Erkrankung sprechen zu können. Partner*innen und Be-

kannte werden hingegen weniger gern in die Diabetestherapie einbezogen. Neben Menschen aus dem persönlichen Umfeld tauschen sich Menschen mit Diabetes aber auch in den sozialen Medien über ihre Erkrankung aus: Nur 8,6 % lehnten die Nutzung sozialer Medien kategorisch ab, wohingegen 21,7 % voll und ganz damit einverstanden sind, sich via soziale Medien zu informieren und auszutauschen.



„Mehr Systemoffenheit der Hersteller, damit Pumpen und CGM variabel genutzt werden können“

„Eine offiziell zugelassene App mit sämtlichen Funktionen von xdrip“

„Interoperabilität als Zulassungsvoraussetzung für Medizinprodukte!“

„Offene Schnittstelle zu CGM und Pumpe; dass zum Schreiben der Treiber kein Reverse-Engineering notwendig ist“

„Sensorwerte von allen Herstellern nutzbar in anderen, herstellerfremden Apps“

„Einheitliche Ausleseverfahren für den Diabetologen“

»Manche nutzen vier Apps«

Etliche Fragen bezogen sich auch auf die Nutzung von Apps, mit denen diabetesrelevante Daten dokumentiert werden. Demnach nutzen die Teilnehmenden im Zusammenhang mit ihrem Diabetes etliche verschiedene Smartphone-Apps – z.B. eine für das Management ihrer Glukosewerte, eine für das Fitness-Tracking, eine als Kalorien- bzw. Ernährungstagebuch etc. Gut ein Viertel nutzt insgesamt zwei verschiedene Apps, 21,7 % drei und 13,3 % sogar vier verschiedene Apps. Allerdings möchten die meisten möglichst

„Mehr Kompatibilität mit allen Endgeräten“

„Freien Zugang zu den eigenen BZ-Daten aus den CGM-Sensoren über eine API des jeweiligen Herstellers. Dies müsste analog geregelt sein wie z.B. das Recht auf den Zugang zu Bankdaten über Drittanbieter-Apps.“

„Einen Algorithmus, der mehr von mir wissen und mich wirklich ‚kennenlernen‘ möchte.“

wenige Apps nutzen, um nicht noch mehr Zeit mit dem Diabetes verbringen zu müssen. Nur 2,2 % der Befragten gaben an, dass es für sie bereits eine optimale App gibt, mit der sie ihren Diabetes steuern können. Demgegenüber stimmten 12,2 % voll und ganz der Aussage zu, dass es für Menschen mit Diabetes derzeit keine optimale App gibt.

Wunsch nach einer einzigen, herstellerunabhängigen App

Diese Unzufriedenheit liegt in erster Linie an der mangelnden Interoperabilität der vorhandenen Apps. Ein Großteil der Befragten empfindet es als Erleichterung, wenn sie ihre Daten je nach persönlichen Präferenzen in einer einzigen, ggf. sogar herstellerunabhängigen und lokal gehosteten App zusammenführen könnten. Nach ihren Wünschen an künftige Diabetestechnologie gefragt, forderten die Befragten in den Freitextfeldern der Umfrage entsprechend immer wieder einen besseren Informationsaustausch zwischen den einzelnen Apps und auch die uneingeschränkte Hoheit über ihre eigenen Therapiedaten (s. Zitate).

Appell an die Hersteller: nutzerfreundlicher werden

Der Studienautor schließt daraus, dass es mehr Studien braucht, die Einblick in das tägliche Leben von Menschen mit Typ-1-Diabetes geben und diese in den Mittelpunkt der Betrachtung stellen: „Die von den Herstellern bereitgestellten Apps sind weit entfernt von dem, was sich die Betroffenen wünschen. Daher geht der Appell an die Hersteller, nutzerfreundlichere Anwendungen zu entwickeln.“

Antje Thiel

Mit dem QR-Code gelangen Sie zur Langversion der Studie.



Forschungspreis der Heinz Bürger-Büsing-Stiftung vergeben

Professor Clemens Kamrath wird für seine Forschung ausgezeichnet

MAINZ. Für seine Forschungen zu Diabetes bei Kindern während der Coronapandemie ist der Gießener Mediziner Professor Dr. Clemens Kamrath mit dem Forschungspreis 2023 der Heinz Bürger-Büsing-Stiftung zur Erforschung und Behandlung des Diabetes mellitus e.V. ausgezeichnet worden. Der Preis ist mit 8.000 Euro dotiert.

Der Oberarzt am Universitätsklinikum Gießen ist Kinderarzt und Kinderdiabetologe, und er hat

die Auswirkungen der Pandemie auf die Erkrankungshäufigkeit, den Schweregrad und den Verlauf der Diabeteserkrankung bei Kindern und Jugendlichen untersucht. Mit dem Forschungspreis, der zum 28. Mal vergeben wurde, würdigt die Stiftung in jedem Jahr herausragende Arbeiten von Diabetolog*innen, die die Behandlung und so auch die Lebensqualität von Menschen mit Diabetes verbessern wollen. Die Verleihung des Preises mit ei-

ner kurzen Präsentation der Forschungsergebnisse fand anlässlich der Jahrestagung der Arbeitsge-



Prof. Dr. Clemens Kamrath

Foto: Celebi

meinschaft Diabetes und Endokrinologie des Landes Rheinland-Pfalz in Mainz statt. Prof. Dr. Kamrath hatte in Studien festgestellt, dass die Pandemie offenbar dazu beigetragen hat, dass Diabetes bei Kindern häufig zu spät diagnostiziert wurde. Zudem war seinen Untersuchungen zufolge die Zahl der jungen Diabetespatient*innen deutlich angestiegen – hierzu werden weitere Forschungsergebnisse erwartet. Justus-Liebig-Universität, dz

ZUKUNFT DES ESSENS

BERLIN. Was werden wir zukünftig essen? Welche Rolle werden dabei Apps spielen? Antworten versucht das Forschungsprojekt „food4future“ zu finden, inklusive Online-Umfrage.

Freie Universität Berlin

Die Novo Spritze aus dem Jahr 1925 und
der Smartpen NovoPen® 6 aus dem Jahr 2020



1923

Driving change for generations

Ein Jahrhundert wegweisender Innovationen hat ein gesünderes und längeres Leben ermöglicht. Jede neue Behandlung und jedes neue Injektionsgerät hat das Leben vieler Menschen mit schweren chronischen Krankheiten vereinfacht. Gemeinsam mit Patient:innen und im Rahmen unserer Partnerschaften werden wir in der Forschung auch weiter mutige und richtungsweisende Wege für eine verbesserte Gesundheit künftiger Generationen gehen.

Novo Nordisk feiert 2023 sein 100-jähriges Bestehen.
Erfahren Sie mehr unter novonordisk.de

Partizipation wird großgeschrieben

Patient*innen werden in der medizinischen Forschung zu Partner*innen

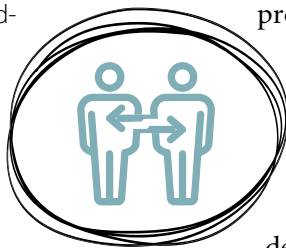
NEUHERBERG. Patient*innen verfügen über eine einzigartige Expertise – und diese wertvolle Ressource soll zukünftig in der Forschung stärker genutzt werden. An der Erklärung des Forums Gesundheitsforschung ist auch das DZD beteiligt. Und sonst? DZD-Forschende haben interessante Forschungsergebnisse zur Wirkung von Süßigkeiten auf das Gehirn und zur Rolle von Fettsäuren bei der Entstehung des Typ-2-Diabetes veröffentlicht.



DZD
Deutsches Zentrum
für Diabetesforschung

Beteiligung soll zum Standard werden

Im Forum Gesundheitsforschung erarbeiteten 20 Expert*innen zusammen mit Patientenvertreter*innen einen Fahrplan, um patientenorientierte Gesundheitsforschung in Deutschland zu stärken und weiterzuentwickeln. Zu den Ergebnissen des bislang einmaligen Diskurses hat das Forum nun eine Erklärung veröffentlicht, an der auch die Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung (DZG) mitgearbeitet haben.



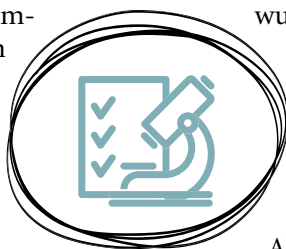
Das Papier erörtert die Ziele der aktiven Patient*innenbeteiligung sowie die Chancen, die sich für die medizinische Forschung daraus ergeben. Darin wird der Fokus auf eine partnerschaftliche Zusammenarbeit der Forschenden mit den Patient*innen gelegt und aufgezeigt, wie diese gestärkt werden kann. Ziel ist

es, die Gesundheitsforschung gemeinsam so zu gestalten, dass sie von den individuellen Erfahrungen der Patient*innen profitiert. Der Austausch mit Patient*innen kann dabei helfen, die Forschung an ihren Bedürfnissen auszurichten. Zudem können Patient*innen mit ihrem persönlichen Erfahrungsschatz den Transfer der Ergebnisse in die Praxis unterstützen sowie die Transparenz und Akzeptanz von Forschung in der Gesellschaft erhöhen. Das Forum Gesundheitsforschung fordert, die Beteiligung von Patient:innen am Forschungsprozess als Standard zu etablieren. In Deutschland ist die Partizipation in einigen Forschungsbereichen bereits gelebte Praxis: Der Bürger*innen- und Patient*innenbeirat des DZD zum Beispiel trifft sich zweimal jährlich. *DZD*

Konzentration von Fettsäuren liefert Hinweise

Die Konzentration bestimmter ungesättigter Fettsäuren steht mit dem Risiko für Typ-2-Diabetes in Verbindung. Das zeigt eine Arbeit des DIfE und des DZD.

Mit pflanzlichen Ölen nehmen Menschen mehrfach ungesättigte Omega-6-Fettsäuren auf. Diese werden zu langkettigen Fettsäuren verarbeitet. Der Stoffwechsel hat also einen großen Einfluss auf den Spiegel zirkulierender Fettsäuren. Schon früher haben Forschende den Spiegel bestimmter Fettsäuren (Linolsäure bzw. Dihomogammalinolensäure) mit einem geringeren bzw. höheren Diabetesrisiko in Verbindung gebracht. Offen blieb, ob bestimmte Lipidklassen im Blutplasma eine Rolle spielen.



Um dies zu klären, haben MARCELA PRADA, FABIAN EICHELMANN, MATTHIAS SCHULZE und weitere Forschende vom DIfE beziehungsweise vom DZD mit der European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition- (EPIC-) Potsdam-Kohorte gearbeitet. Sie umfasst 1.602 Proband*innen, von denen 536 Typ-2-Diabetes hatten. Zu Beginn der Studie machten alle Teilnehmenden Angaben zu Vorerkrankungen, Lebensstil, Körpergröße und Gewicht. Mithilfe modernster Messmethoden charakterisierten

die Wissenschaftler*innen Hunderte von Lipidmolekülen aus den Blutproben und die Aktivität des Enzyms Delta-5-Desaturase. Es spielt eine wichtige Rolle bei der Verarbeitung ungesättigter Fettsäuren. Zu den Ergebnissen: Die Fettsäure Arachidonsäure war in keiner der untersuchten Lipidklassen mit dem Diabetesrisiko assoziiert. Allerdings fanden die Forschenden Hinweise, dass Linolsäure in bestimmten Lipidklassen mit einem geringeren Risiko für Typ-2-Diabetes in Verbindung steht. Im Gegensatz dazu wurde eine höhere Konzentration von Dihomogammalinolensäure mit einem höheren Risiko in Verbindung gebracht. Die Forschenden berichten außerdem, dass Personen mit einer höheren Aktivität der Delta-5-Desaturase in bestimmten Lipidklassen ein geringeres Diabetesrisiko hatten.

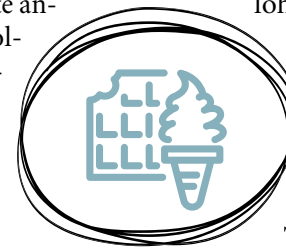
„Unsere Studie bietet neue Einblicke in die Rolle von mehrfach ungesättigten Fettsäuren als Biomarker für Typ-2-Diabetes“, sagt Erstautorin Marcela Prada (DIfE/DZD). „Falls es gelingen sollte, die Konzentration bestimmter Fettsäuren zu modifizieren, wäre das ein neuer, möglicher Ansatz, um zu verhindern, dass Typ-2-Diabetes entsteht.“ *DZD*

Prada M et al. Diabetes Care 2023; 46 (4): 836-844; doi: 10.2337/dc22-1435

Süßigkeiten verändern unser Gehirn

Forschende des Max-Planck-Instituts für Stoffwechselforschung in Köln haben in Zusammenarbeit mit der Yale University nachgewiesen, dass Lebensmittel mit hohem Fett- und Zuckergehalt unser Gehirn verändern. Aber warum mögen wir ungesunde und dickmachende Lebensmittel so sehr? Wie entwickelt sich diese Vorliebe im Gehirn?

Unsere Neigung zu fett- und zuckerreichen Lebensmitteln, der sogenannten westlichen Ernährung, könnte angeboren sein oder sich als Folge von Übergewicht entwickeln. Wir denken aber, dass das Gehirn diese Vorliebe erlernt“, erklärt SHARMILI EDWIN THANARAJAH, Erstautorin der Studie.



Um diese These zu überprüfen, gaben die Forschenden einer Gruppe von Probanden über acht Wochen zusätzlich zu ihrem normalen Ernährungsplan pro Tag einen kleinen Pudding, der viel Fett und Zucker enthielt. Die andere Gruppe erhielt einen Pudding, der zwar die gleiche Kalorienanzahl, aber weniger Fett und Zucker enthielt. Vor und während der acht Wochen wurde die Hirnaktivität der Probanden gemessen.

Die Antwort des Gehirns auf fett- und zuckerreiche Nahrung war in der Gruppe, die den zucker- und fetthaltigen Pudding aß, nach acht Wochen stark erhöht. Dabei wurde besonders das dopaminerge System aktiviert, also die Region im Gehirn, die für Motivation und Belohnung zuständig ist.

„Unsere Messungen der Gehirnaktivitäten haben gezeigt, dass sich das Gehirn durch den Konsum von Pommes und Co. neu verdrahtet. Es lernt unterbewusst, belohnendes Essen zu bevorzugen.“

Durch diese Veränderungen im Gehirn werden wir unbewusst immer die Lebensmittel bevorzugen, die viel Fett und Zucker enthalten“, erklärt Studienleiter MARC TITTEMEYER.

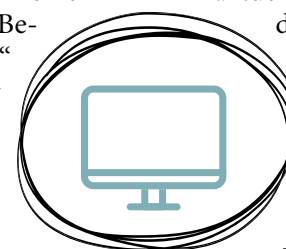
Während des Studienzeitraums nahmen die Probanden nicht mehr an Gewicht zu als die Probanden der Kontrollgruppe und auch ihre Blutwerte, wie Blutzucker oder Cholesterin, veränderten sich nicht. Die Forschenden nehmen aber an, dass die Vorliebe für zuckrige Nahrungsmittel auch nach Ende der Studie andauern wird. *DZD*

Thanarajah SE et al. Cell Metab 2023; 35 (4): 571-584; doi: 10.1016/j.cmet.2023.02.015

diabinfo.de jetzt auch auf Englisch

Das nationale Diabetesinformationsportal diabinfo.de weitet sein Sprachangebot aus und bietet viele seiner Inhalte in den Bereichen „Diabetes vorbeugen“ und „Leben mit Diabetes“ nun auch auf Englisch an.

diabinfo.de bietet in seinem englischsprachigen Teil Hintergrundinformationen zu breit gefächerten Themen rund um Diabetes an. Im Bereich „Preventing Diabetes“ können Interessierte mehr darüber erfahren, was zur Vorbeugung von Diabetes getan werden kann, welche Faktoren das Diabetesrisiko erhöhen und wie man sich für einen ausgewogenen Lebensstil motivieren kann. Auf den Seiten von „Living with Diabetes“ sind Informationen zu den Grundlagen der Erkrankungen, zur Behandlung, zu den Folgeerkrankungen sowie dem Alltag mit Diabetes zu finden. Die englischen Inhalte des nationalen Diabetesinformationsportals eignen sich auch für den ärztlichen Praxisalltag: Entweder



für die direkte Kommunikation mit Menschen mit Diabetes, die Englisch sprechen, oder zum Weiterempfehlen der Seite für Patient*innen. Das englischsprachige Angebot beinhaltet auch einen Downloadbereich mit praktischen Infografiken, Notfalldokumenten und Trainingsplänen. Die Texte sind wissenschaftlich geprüft, aktuell und neutral. Erkenntnisse aus

der Medizin und der Diabetesforschung werden allgemeinverständlich aufbereitet. In der Mediathek erklären Videos kurz und verständlich wichtige Fragen rund um die Erkrankung. Der Bereich „Diabetes A-Z“ bringt komplexe Fachbegriffe auf den Punkt.

Das nationale Diabetesinformationsportal diabinfo.de ist ein gemeinsames Angebot von Helmholtz Munich, des Deutschen Diabetes-Zentrums in Düsseldorf und des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung. Initiiert wurde das Portal von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). *DZD*

Diabetes in Balance halten

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

Insuline aus dem Sanofi-Portfolio



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

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

Suliqua® 100 Einheiten/ml + 33 Mikrogramm/ml Injektionslösung im Fertigpen.
Wirkstoffe: Insulin glargin und Lixisenatid. **Zusammens.:** Insulin glargin 100 E/ml und Lixisenatid 33 µg/ml. Jeder Fertigpen enthält 300 Einheiten Insulin glargin und 100 Mikrogramm Lixisenatid in 3 ml Lösung. **Sonst. Bestandt. m. bekannt. Wirkung:** Metacresol 2,7 mg/ml. **Sonst. Bestandt.:** Glycerol 85 %, Methionin, Metacresol, Zinkchlorid, Salzsäure, Natriumhydroxid, Wasser für Injektionszwecke. **Anw.-geb.:** Verbesserung der Blutzuckerkontrolle als Ergänzung zu Diät u. Bewegung in Kombination mit Metformin + Natrium-Glucose-Cotransporter-2-(SGLT-2)-Inhibitoren bei erw. Pat. mit unzureichend kontrolliertem Diabetes mellitus Typ 2. **Gegenanz.:** Überempfindlichk. gegen die Wirkstoffe/sonstige Bestandt. **Warnhinw. u. Vorsichtsm.:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. Nur klare und farblose Lösung verwenden. Nur in diesem Pen verwenden. **Nebenwirk.:** **Infekt. u. parasitäre Erk.:** Gelegentlich: Nasopharyngitis, Infekt. der oberen Atemwege. **Immunsyst.:** Gelegentlich: Urtikaria. **Stoffwechsel/ Ernährungsstör.:** Sehr häufig: Hypoglykämie. **Nervensyst.:** Häufig: Schwindel. Gelegentlich: Kopfschm. **Gastrointestinaltrakt:** Häufig: Übelkeit, Diarrhö, Erbrechen. Gelegentlich: Dyspepsie, Abdschmerz. **Selten:** Verzögerte Magenentleerung. **Haut/Unterhautzellgew.:** Nicht bekannt: Kutane Amyloidose, Lipodystrophie. **Allg./Verabrort.:** Häufig: Reaktionen a. d. Inj.stelle. Gelegentlich: Ermüdung. **Verschreibungspflichtig. Pharmazeutischer Unternehmer: Sanofi Winthrop Industrie, 82 avenue Raspail, F-94250 Gentilly, Frankreich. Ortlicher Vertreter d. Zulassungsinhabers: Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, D-65926 Frankfurt am Main. Stand:** Dezember 2022

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

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

Insulin lispro Sanofi® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Patrone • Insulin lispro Sanofi® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Durchstechflasche • Insulin lispro Sanofi® 100 Einheiten/ml Injektionslösung im Fertigpen
Wirkstoff: Insulin lispro. **Zusammens.:** 1 ml enthält 100 Einheiten (3,5 mg) Insulin lispro. **Sonst. Bestandt.:** m-Cresol, Glycerol, Dinatriumhydrogenphosphat 7 H₂O, Zinkoxid, Wasser für Injektionszwecke, Salzsäure 36 % und Natriumhydroxid zur Einstellung des pH. **Anw.-geb.:** Zur Behandlung von Erwachsenen und Kindern mit Diabetes mellitus, die Insulin für die Aufrechterhaltung eines normalen Glucosehaushaltes benötigen. Ebenfalls angezeigt bei Ersteinstellung des Diabetes mellitus. **Gegenanz.:** Hypoglykämie, Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen sonstigen Bestandteil. **Warnh. u. Vorsichtsmaßn.:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. **Nebenw.:** **Stoffwechsel/Ernährungsstör.:** Häufigste Nebenwirkung jeder Insulinbehandlung ist Hypoglykämie. Schwere Hypoglykämien können zu Bewusstlosigkeit und im Extremfall zum Tod führen. **Immunsyst.:** Häufig: lokale allerg. Reaktionen. **Selten:** systemische Allergie. **Haut (Unterhautzellgew.):** Gelegentlich: Lipodystrophie; **Nicht bekannt:** kutane Amyloidose. **Allg./Verabrort.:** **Nicht bekannt:** Ödeme. **Verschreibungspflichtig. Pharmazeutischer Unternehmer: Sanofi Winthrop Industrie, 82 avenue Raspail, 94250 Gentilly, Frankreich. Ortlicher Vertreter d. Zulassungsinhabers: Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, D-65926 Frankfurt am Main. Stand:** Dezember 2022

© Sanofi 2023. Alle Rechte vorbehalten.

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



© Foto: Messe Berlin



DIABETES KONGRESS 2023 DDG



International und intensiv

Workshops und international besetzte Symposien sind Highlights des Kongresses

BERLIN. Das Motto des Diabetes Kongresses – „Diabetes neu denken“ – zeigt sich auf vielfältige Weise. In international besetzten Symposien lassen sich sicherlich neue Aspekte altbekannter Themen entdecken. Übrigens: Die meisten Symposien sind noch ein halbes Jahr nach dem Kongress on demand verfügbar.

In den Workshops ist Zeit und Raum für intensive Diskussionen zu speziellen Themen. Da geht es z.B. um Kinder mit Diabetes, die einen Migrationshintergrund haben, oder darum, wie eine DiGA sinnvoll ausgewählt und verschrieben wird. Ein Workshop ist als Fallkonferenz zu herausfordernden Fällen konzipiert.

Workshops während des Diabetes Kongresses

Während des Diabetes Kongresses werden **über 20 Workshops** angeboten; vier davon werden hier näher vorgestellt.

Informationen zu allen Workshops und zur Anmeldung finden Sie unter diabeteskongress.de/programm/#workshops.

Alle Workshops finden ausschließlich in Präsenz statt.

Die Teilnahmegebühr beträgt jeweils 40 Euro.

Workshop

Teilnahme nur vor Ort möglich

„Kind mit Diabetes: Besonderheiten bei Familien mit Migrationshintergrund“

Leitung: Claudia Krüger, Grevelsberg
Freitag, 19. Mai 2023, 14.00–15.30 Uhr

Immer wieder erkranken Kinder und Jugendliche während oder nach der Flucht/Migration an Diabetes. Oder sie verlassen ggf. mit ihren Familien wegen der

Erkrankung das Heimatland, um in Deutschland von einer besseren medizinischen Versorgung zu profitieren. Welche besonderen Schwierigkeiten sind bei der Manifestation/Schulung von Familien und Kindern zu bewältigen? Wie ist die Diabetesschulung trotz der Sprachbarrieren möglich?

Workshop

Teilnahme nur vor Ort möglich

„Interdisziplinäre Kommunikation: Neo-ABC für Nicht-Neonatologen“

Leitung: Dr. Dieter Hüseman, Eberswalde, Professor Dr. Ute Schäfer-Graf, Berlin, und Dr. Jens Stupin, Berlin
Freitag, 19. Mai 2023, 10.30–12.00 Uhr

Dieser Workshop bietet einen kleinen Sprachkurs für ein besseres interdisziplinäres Verständnis: Welche Bedeutung haben die Parameter der Zustandsbeschreibung

eines Neugeborenen für die Prognose dieses Kindes? Was folgt aus APGAR, NA-pH, LGA, SGA, Hypoglykämie, RDS, Myokardhypertrophie, Asphyxie, Kephalthämatom, Claviculafraktur oder Plexusparese für das betroffene Neugeborene und seine Familie? Welche Information wünscht sich die Neonatologie aus der Schwangerenbetreuung, an welchen Informationen aus der Neonatologie sind die Diabetolog*innen interessiert?

Workshop

Teilnahme nur vor Ort möglich

„Bewertung von DiGA“

Leitung: Professor Dr. Peter Schwarz, Dresden
Freitag, 19. Mai 2023, 16.00–17.30 Uhr

Was zeichnet eine DiGA aus? Wie erfolgt das Zulassungsverfahren? Und wie verschreibe ich eine DiGA? Antworten auf diese Fragen werden zu Beginn des Workshops vermittelt. Danach folgt der praktische Teil, in dem ein

Überblick über alle im Diabetessektor zur Verfügung stehenden DiGA mittels Gruppenarbeit gegeben wird. An Fallbeispielen werden Unterschiede und Indikationen der verschiedenen DiGA herausgearbeitet sowie bereits gesammelte Erfahrungen mit DiGA ausgetauscht. Ziel ist es, dass alle Teilnehmenden nach dem Workshop sicher eine DiGA auswählen und verschreiben können.

Workshop

Teilnahme nur vor Ort möglich

„Interdisziplinäre Fallkonferenz zu Patient*innen, die Behandler*innen vor besondere Herausforderungen stellen“

Leitung: Dr. Andrea Benecke, Mainz, Dipl.-Psych. Eva Küstner, Gau-Bischofsheim, Dipl.-Psych. Susanne Baulig, Mainz, und Sonja Rother, Mainz
Freitag, 19. Mai 2023, 14.00–15.30 Uhr

Die ADE (Arbeitsgemeinschaft Diabetologie und Endokrinologie) in Rheinland-Pfalz fördert den Austausch zwischen Diabetolog*innen, Diabetesberater*innen/Diabetesassistent*innen und Psychodiabetolog*innen/Fachpsycholog*innen über Patient*innen, die in der niedergelassenen Praxis oder im Krankenhaus eine Herausforderung für die Behandler*innen darstellen. Eine

etwas andere Initiative zum interdisziplinären Austausch gibt es in Düsseldorf, organisiert von der RIN. In diesem Workshop wird zunächst über die Erfahrungen mit dem Austausch in Rheinland-Pfalz berichtet. Danach bekommen die Teilnehmenden die Gelegenheit, einen Fall zu besprechen, der ihnen ungelöste Fragen, Sorgen und Schwierigkeiten bereitet. Dazu können sich Teilnehmende schon vorab an Frau Küstner wenden (E-Mail: eva-kuestner@web.de). Der Workshop soll dazu ermutigen, auch in anderen Regionalgesellschaften die interdisziplinären Kontakte auszubauen und gemeinsame Fallkonferenzen zu schwierigen Patient*innen zu organisieren.

Typ-1-Diabetes

Teilnahme nur virtuell möglich

„Beta is better“

Vorsitzende: Professor Dr. Barbara Ludwig, Dresden, und Professor Dr. Jochen Seufert, Freiburg i. Br.
Freitag, 19. Mai 2023, 10.30–12.00 Uhr

Den Anfang macht Professor Dr. Eelco de Koning von der Universität Leiden in den Niederlanden. Er spricht über „Future landscape of cell therapy for type 1 diabetes“. Danach wird es um „Bioengineering pancreatic islet“ gehen, bevor sich Celina Uhlemeyer, Düsseldorf, dem Thema „Selective ablation of P53 in pancreatic beta cells fails to ameliorate glucose metabolism in gene-

tic, dietary and pharmacological models of diabetes mellitus“ zuwendet. Angela Pelligrini, Düsseldorf, referiert über „Pancreatic islet protection at the expense of secretory function associates with serine-linked one-carbon metabolism“, Dr. Mohsen Honarpisheh, München, über „Neonatal porcine pseudo-islets display an improvement in vitro function and transplantation outcome“.

Politik und Querschnittsthemen

Teilnahme nur virtuell möglich

„Diabetes mellitus as a complication“

Vorsitzende: Professor Dr. Peter Kempler, Budapest, und Professor Dr. Michael Roden, Düsseldorf
Donnerstag, 18. Mai 2023, 16.00–17.30 Uhr

In diesem international besetzten Symposium geht es um „Diabetes and psychiatric diseases“ (Katarzyna Cyranka, Krakau), „Diabetes and corticosteroid therapy“ (Massimi-

liano Caprio, Rom), „Diabetes and endocrine diseases“ (Dr. Sofiya Gancheva, Düsseldorf) und um „Diabetes and congenital diseases“ (Professor Dr. Thomas Stulnig, Wien).

Symposium verpasst? Kein Problem!



Mit dem Erwerb eines Tagungstickets sind Sie nicht nur berechtigt, vor Ort oder online am wissenschaftlichen Programm des Diabetes Kongresses 2023 der DDG teilzunehmen. Darüber hinaus stehen Ihnen die meisten Symposien nach der Tagung sechs Monate lang on demand zur Verfügung. Sie haben nicht am Kongress teilgenommen? Dann können Sie nach der Veranstaltung über ein günstiges Digitalticket auf alle On-demand-Angebote zugreifen.

Funktion der Schilddrüse richtig beurteilen

Bei welchen Werten sollte eingegriffen werden?

MAINZ. Auch einen Blick über den Tellerrand der Diabetologie gab es beim Diabetes Update 2023: Diabetologe und Endokrinologe Professor Dr. Matthias Weber berichtete Aktuelles zur Schilddrüse.

Die Assoziation zwischen der Stoffwechsellaage der Schilddrüse unter Levothyroxin mit der kardiovaskulären Mortalität wurde in einer retrospektiven US-amerikanischen Kohortenstudie¹ an mehr als 700.000 Personen untersucht. Die Daten wurden zwischen 2004 und 2017 erhoben, dabei betrug das mediane Follow-up vier Jahre, der Frauenanteil 11 % und das mittlere Alter 67 Jahre. Rund 10 % der Proband*innen verstarben an einer kardiovaskulären (KV) Ursache. Der Zusammenhang zwischen medikamentös bedingten Hyper- und Hypothyreosen und erhöhter KV-Mortalität blieb auch nach Adjustierung für bekannte KV-Risikofaktoren und Diabetes mellitus bestehen. Im Rahmen einer Hormonsubstitution sollte daher unbedingt eine euthyreote Stoffwechsellaage erreicht werden, betonte Prof. Dr. MATTHIAS WEBER. Es gelte, sowohl subklinische iatrogene Hyper- als auch persistierende Hypothyreosen durch unzureichende Substitution zu vermeiden.

Subklinische Hypothyreose im höheren Lebensalter

Ein aktuelles Review⁴ ging der Frage nach, welche medizinische Relevanz eine subklinische Hypothyreose im höheren Lebensalter hat. Bei immerhin rund 15 % aller Über-70-Jährigen werden TSH-Werte > 4,5 mU/L gemessen, erklärte Prof. Weber. In Bezug auf die Inzidenz von KV-, muskuloskeletalen oder kognitiven Ereignissen bzw. Einschränkungen konnten keine Unterschiede zwischen Personen mit subklinischer Hypothyreose (TSH 4,5–7,0 mU/L) und gut eingestellten Personen gefunden werden. Zudem habe eine Hormonsubstitution bei euthyreoten Patient*innen keine positiven Effekte hinsichtlich der Hypothyreose-, Knochen- oder kardialen Symptomatik gezeigt. Bei einem TSH-Anstieg zwischen 7–9,9 mU/L fand sich jedoch eine Assoziation mit KV-Mortalität und Apoplex, während bei einem TSH-Wert \geq 10 mU/L ein Zusammenhang mit Herzinsuffizienz, KHK und KV-Mortalität festgestellt wurde. Daraus folgerte Prof. Weber: „Bei älteren Menschen ohne Schilddrüsenanamnese sollte erst ab einem TSH von \geq 7 mU/L eine Schilddrüsenhormonsubstitution erwogen

und eine Überdiagnostik und -therapie vermieden werden.“ Es bleibe abzuwarten, inwieweit zukünftig altersnormierte TSH-Referenzbereiche in der Lage sein werden, die thyreoidale Problematik bei älteren Menschen für behandelnde Ärzt*innen zu vereinfachen. Auf alle Fälle müsse auch bei einer milden subklinischen

Hypothyreose im Alter eine initiale Abklärung mittels Sonografie und Bestimmung der Thyreoperoxidase(TPO)-Autoantikörper sowie eine regelmäßige Überprüfung der thyreoidalen Stoffwechsellaage erfolgen. **KKr**



Therapie ab wann?/Generika-Switch?

In einer Umfrage unter Endokrinolog*innen² gaben 75 % der 163 Befragten an, eine Schilddrüsenhormontherapie auch bei einer euthyreoten Stoffwechsellaage in Betracht zu ziehen.

Verordnung von Generika bzw. Wechsel eines L-Thyroxin-Präparats: Die Auswertung einer retrospektiven Kohortenstudie³ ergab nach einem Generika-Switch keine klinisch relevanten TSH-Spiegel-Veränderungen, so Prof. Dr. Weber.

Diabetes Update 2023

1. Evron JM et al. JAMA Netw Open 2022; 5(5): e2211863; doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.11863

2. Vardarli I et al. Exp Clin Endocrinol Diabetes 2022; 130(9): 577-586; doi: 10.1055/a-1832-0644

3. Brito JP et al. JAMA Intern Med 2022; 182(4): 418-425; doi: 10.1001/jamainternmed.2022.0045

4. Biondi B, Cappola AR. Lancet Diabetes Endocrinol 2022; 10(2): 129-141; doi: 10.1016/S2213-8587(21)00285-0

Foto: Microgen - stock.adobe.com

forxiga (dapagliflozin)
DREI INDIKATIONEN. EINE ANTWORT.



JAHRE
DANKE FÜR IHR VERTRAUEN

» FORXIGA® zeigte erstmalig, dass es die **Prognose** bei T2D-Patient:innen ohne kardiovaskuläres Ereignis deutlich **verbesserte**. Und das war ein **bahnbrechender Erfolg!** «

Dr. Astrid Schmidt-Reinwald, Diabetologin, Trier

Folgen Sie uns!



Forxiga® 5 mg Filmtabletten, Forxiga® 10 mg Filmtabletten.
Wirkstoff: Dapagliflozin. Verschreibungspflichtig. **Zusammensetzung:** 1 Filmtablette Forxiga® 5 mg enthält Dapagliflozin-(2S)-Propan-1,2-diol (1:1) (1 H₂O), entsprechend 5 mg Dapagliflozin. 1 Filmtablette Forxiga® 10 mg enthält Dapagliflozin-(2S)-Propan-1,2-diol (1:1) (1 H₂O), entsprechend 10 mg Dapagliflozin. **Sonstige Bestandteile:** Tablettenkern: Mikrokristalline Cellulose, Lactose, Crospovidon, Siliciumdioxid, Magnesiumstearat. Filmüberzug: Poly(vinylalkohol), Titandioxid, Macrogol 3350, Talkum, Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O. **Anwendungsgebiete:** Indiziert bei Erwachsenen und Kindern im Alter von 10 Jahren und älter zur Behandlung von unzureichend kontrolliertem Typ-2-Diabetes mellitus in Ergänzung zu einer Diät und Bewegung als Monotherapie, wenn Metformin aufgrund einer Unverträglichkeit als ungeeignet erachtet wird; zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung des Typ-2-Diabetes. Zu Studienergebnissen im Hinblick auf Kombinationen von Behandlungen, die Wirkung auf die Blutzuckerkontrolle, kardiovaskuläre und renale Ereignisse sowie die untersuchten Populationen, siehe Abschnitte 4.4, 4.5 und 5.1 der Fachinformation. Patienten mit schwerer Leberfunktionsstörung: Es wird eine Anfangsdosis von 5 mg empfohlen. Wenn diese gut vertragen wird, kann die Dosis auf 10 mg erhöht werden. Herzinsuffizienz: Indiziert bei erwachsenen Patienten zur Behandlung der symptomatischen, chronischen Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion. Chronische Niereninsuffizienz: Indiziert bei erwachsenen Patienten zur Behandlung der chronischen Niereninsuffizienz. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Hypoglykämie (bei Anwendung mit einem Sulfonylharnstoff oder Insulin). Häufig: Vulvovaginitis, Balanitis und verwandte Infektionen des Genitalbereichs, Harnwegsinfektionen, Schwindel, Hautausschlag, Rückenschmerzen, Dysurie, Polyurie, erhöhter Hämatokrit, verminderte renale Kreatinin-Clearance zu Behandlungsbeginn, Dyslipidämie. Gelegentlich: Pilzinfektionen, Volumenmangel, Durst, Verstopfung, Mundtrockenheit, Nykturie, vulvovaginaler Pruritus, Pruritus genitalis, erhöhtes Kreatinin im Blut zu Behandlungsbeginn, erhöhter Harnstoff im Blut, Gewichtsreduktion. Selten: diabetische Ketoazidose (bei Typ-2-Diabetes). Sehr selten: Angioödem, nekrotisierende Faszitis des Perineums (Fournier-Gangrän), tubulointerstitielle Nephritis. **Weitere Hinweise:** siehe Fachinformationen. **Pharmazeutischer Unternehmer:** AstraZeneca GmbH, Friesenweg 26, 22763 Hamburg, E-Mail: azinfo@astrazeneca.com, www.astrazeneca.de, Servicehotline für Produktanfragen: 0800 22 88 660. Stand: Juli 2022.

AstraZeneca

»Inwieweit helfen altersnormierte Grenzbereiche?«

DE-51148/22



Foto: Andrii Moroziuk/Gettyimages

»Das ist, wie zwei Kongresse parallel zu organisieren«

Hinter den Kulissen erfordert ein Hybrid-Event mehr Planung und zusätzliches Personal

WIESBADEN. Seit der Coronapandemie sind Online-Events aus dem Arbeitsalltag vieler Menschen nicht mehr wegzudenken. Nun, da die Kontaktbeschränkungen aufgehoben wurden, möchten viele aber nicht länger auf persönliche Treffen verzichten. Hybrid-Veranstaltungen vereinen „das Beste aus zwei Welten“ und stehen bei Teilnehmenden hoch im Kurs. Doch für die Veranstalter bedeutet das beliebte Format deutlich erhöhten Aufwand bei der Planung und während des Kongresses.

Hybrid-Kongresse können mit einer ganzen Reihe von Vorteilen gegenüber reinen Präsenzveranstaltungen punkten. Sie erreichen zumindest potenziell ein größeres Publikum, weil neben den Teilnehmenden vor Ort auch Menschen online dabei sein können, die aus unterschiedlichsten Gründen nicht anreisen können oder wollen. Internationale Gäste, die sonst nicht dabei gewesen wären, können partiell für einzelne Sitzungen online zugeschaltet werden. Etliche Teilnehmende nutzen die Möglichkeit, zu kombinieren und einen Kongress-Tag live vor Ort, einen anderen zu Hause am Bildschirm zu verfolgen. Parallel stattfindende oder verpasste Sitzungen können später in der Mediathek noch einmal angeschaut werden. Online-Votings oder Umfragen während der Livestreams sind Tools, mit denen sich auch virtuell Teilnehmende aktiv beteiligen können. Und der ökologische Fußabdruck verkleinert sich, wenn nicht alle Teilnehmenden persönlich anreisen – immerhin ist Mobilität der mit Abstand gewichtigste Faktor für die CO₂-Bilanz einer Veranstaltung (siehe dz 4/2023).

Die Popularität des Hybrid-Formats spiegelt sich auch im Ergebnis einer Umfrage unter den Teilnehmenden des DDG Kongresses 2022 (siehe dz 1-2/2023): Nur 20 % können sich für rein virtuelle Kongresse erwärmen, lediglich gut 10 % möchten zu ausschließlichen Präsenzveranstaltungen zurückkehren. Die überwältigende Mehrheit (gut 65 %) wünscht sich auch künftig eine Fortsetzung des hybriden Konzepts. Insbesondere die Chat-Funktion während der live gestreamten Sitzungen sei beim Hybrid-Kongress der DDG 2022 sehr gut angenommen worden, berichtet ANGELIKA STAUDE von der Kongressorganisation m:con, die sämtliche DDG-Tagungen organisiert. Die virtuell Teilnehmenden beteiligten sich rege und zeigten keine Scheu, Fragen zu stellen und

zu diskutieren. „In diesem Ausmaß habe ich das bei anderen Kongressen noch nicht erlebt.“ Das Interesse am Livestream einzelner Sitzungen ist also groß. „Doch er macht die Veranstaltung aufwändiger und damit auch kostenintensiver“, erklärt die Projektleiterin.

Mehraufwand schon in der Vorbereitung

Ein Teil dieses Mehraufwands fällt hinter den Kulissen bei der Vorbereitung des Kongresses an. Er umfasst Fleißarbeiten wie die unterschiedliche Formatierung der Ankündigungstexte, in denen Vortragsthemen und Referent*innen einzelner Sitzungen beschrieben werden – einmal für die reguläre Kongress-Homepage und einmal für die Streaming-Plattform. Aber auch Entscheidungen wie etwa die Beauftragung von Catering-Unternehmen oder die Saalplanung: Wie viele Getränke und Häppchen müssen für die Besucher*innen des Get-Togethers vor Ort geordert werden? Bei welchen Sitzungen ist mit besonders viel Andrang zu rechnen, sodass sie einen größeren Vortragsaal benötigen?

Für die Aufzeichnung aller Vorträge müssen in sämtlichen Vortragsräumen Kameras installiert werden, die von qualifizierten Techniker*innen bedient werden. Die live übertragenen Sitzungen erfordern außerdem einen sogenannten Operator, der die Streaming-Technik samt Qualität der Video- und Tonübertragung überwacht. Und online zugeschaltete Referent*innen benötigen eine kurze technische Einweisung in das System. „Es gibt zwar inzwischen nur noch wenige Leute, die gar nicht mit der Technik zurechtkommen“, meint Staude. Dennoch laufen unmittelbar vor Beginn der Übertragung bei der Kongressorganisation die Telefonleitungen heiß – vor allem, weil einzelne Teilnehmende Schwierigkeiten beim Log-in haben.

Zwar findet sich in der Buchungsbestätigung der Hinweis, man möge bitte im Vorfeld testen, ob der Online-Zugang funktioniert. Doch die Zahl derer, die diesen Rat beherzigen, scheint überschaubar zu sein. „Manchmal liegt es am falschen Browser, wenn jemand sich nicht einloggen kann“, berichtet die Projektleiterin, „oder die Person



Viel Technik fürs Hybrid-Format, wie hier beim Diabetes Kongress 2022.

Foto: DDG/Deckbar

»Welchen Weg wählt die DDG?«

hat schlicht vergessen, ihr Ticket zu bezahlen.“ Häufig verhindert auch eine besonders scharf eingestellte Klinik-Firewall den Zugang zum Online-Kongress. Insgesamt benötigt ihr Unternehmen für einen Hybrid-Kongress etwa 20 % mehr Personal als für einen reinen Präsenzkongress.

Die Kosten steigen – die Einkünfte nicht

Entsprechend steigen auch die Kosten der Veranstaltung – allerdings, ohne dass sich die Einkünfte erhöhen, etwa durch Sponsoring durch die Industrie. Die ausstellenden Firmen seien zwar nicht unzufrieden mit dem Hybrid-Format, weil ein Großteil des Publikums eben doch vor Ort teilnimmt und sie an ihren Ständen in der Industrieausstellung besucht, betont Staude. Doch die virtuellen Industrieausstellungen, bei denen man sich mit einem Avatar von Stand zu Stand klicken kann, kommen weder bei den Unternehmen noch bei den Teilnehmenden sonderlich gut an. Hier lassen sich

Wie grün ist digital? Zur Klimabilanz von Hybrid-Kongressen

Der ökologische Fußabdruck von Online-Events ist kleiner als der von Präsenzveranstaltungen, allein weil die Emissionen von An- und Abreise wegfallen, Messestände nicht aufgebaut, keine Teppiche verlegt und Müllberge entsorgt werden müssen. Doch auch digitale Events gehen mit dem Ausstoß von CO₂ einher: So verbrauchen sie für Programmierung, Videoaufnahmen,

Hybrid-Kongresse: beliebt, aber auch aufwendig

Sehr viele Teilnehmende favorisieren bei Kongressen das Hybrid-Format. Was das für Veranstalter wie die DDG bedeutet, lesen Sie in der dritten und vorerst letzten Folge der Serie zu nachhaltigen Veranstaltungsformaten. Die ersten beiden Folgen sind in den Ausgaben 1-2/2023 (Wünsche der Teilnehmenden) und 4/2023 (Klimabilanz von Präsenzkongressen) erschienen.

nur schwer Mehreinnahmen generieren, die den Mehraufwand kompensieren.

Die DDG überlegt noch, wie es weitergehen soll

Angesichts dieser komplexen Ausgangslage hat sich der DDG Vorstand noch nicht endgültig entschieden, welchen Weg er bei der Organisation von Kongressen einschlagen möchte. Generell hegt man allerdings große Sympathien für das persönliche Zusammentreffen: „Bei einem virtuellen Kongress fehlt ganz einfach der direkte Austausch vor Ort“, berichtet DDG Referentin und Kongressverantwortliche LISA

LELLINGER. Gleichzeitig orientiere man sich auch am Kongressangebot anderer Fachgesellschaften: „Und da geht der Trend eindeutig wieder zurück zu Präsenzveranstaltungen ohne Livestream, aber in Verbindung mit einer On-Demand-Mediathek.“ Doch zumindest in diesem Jahr findet der DDG Kongress noch einmal als Hybrid-Veranstaltung statt: Alle Sitzungen werden vor Ort abgehalten und aufgezeichnet und sind im Nachgang für sechs Monate in der Mediathek abrufbar. Einige Sessions werden live gestreamt. Virtuell Teilnehmende können – wie schon 2022 – per Chat Fragen an das Podium richten. Beide Ticket-Varianten sind zum selben Preis erhältlich. Der einzige Unterschied zum Vorjahr ist, dass Teilnehmende bereits im Vorfeld angeben müssen, ob sie vor Ort oder virtuell teilnehmen werden; ein spontaner Wechsel ist dann nicht mehr möglich – „das ist einfach zu schwer kalkulierbar“, erklärt Staude. So hatte man 2022 beispielsweise beim Get-Together im Rahmen des Kongresses mit deutlich mehr Teilnehmenden vor Ort gerechnet und war dann auf vielen Portionen Essen sitzengeblieben: „Das sind überflüssige Mehrkosten, die wir gern vermeiden würden.“

Antje Thiel

»Nur 20 % wollen rein virtuelle Kongresse«



sparsamen Tablet-PC für die Teilnahme, andere verfolgen den Kongress auf einem Riesenmonitor und mit fettem Soundsystem. Ganz abgesehen davon, dass auch die Produktion der für die Teilnahme genutzten Endgeräte mit Umweltbelastungen einhergeht. Ganz ohne Umweltbelastung geht also auch eine virtuelle Veranstaltung nicht über die Bühne.

WARUM WARTEN. STARTEN. HERSTELLERUNABHÄNGIG, STRUKTURIERT, ZEITGEMÄSS: DATENANALYSE MIT GLOOKO®

Glukose-Messgeräte, Insulinpumpen, Smart Pens, AID-Systeme ... Daten sammeln und für eine optimierte Versorgung von Menschen mit Diabetes nutzbar machen: So geht modernes, digitales Diabetes-Management mit der interoperablen Software-Plattform Glooko.

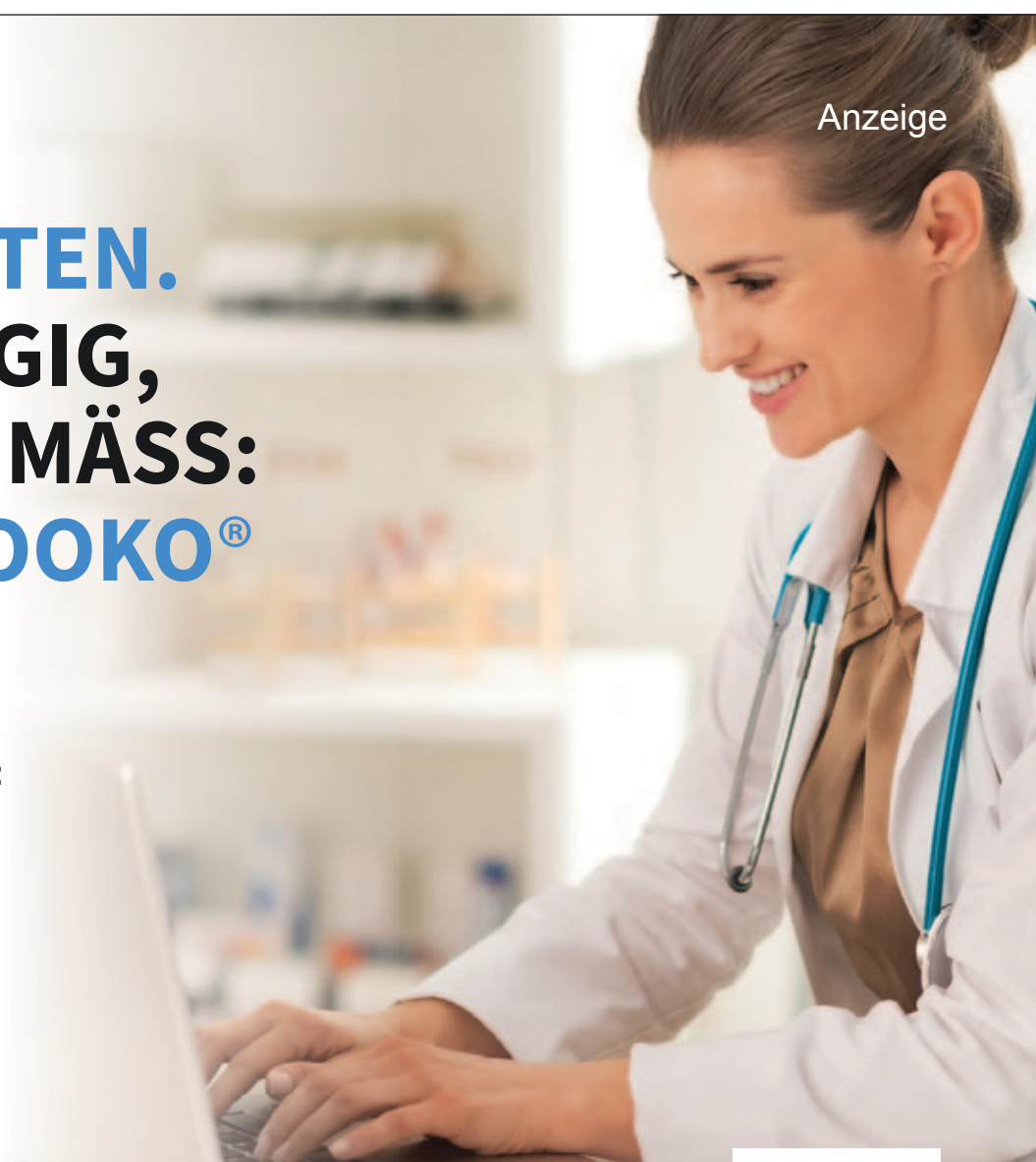
1. DATEN ERFASSEN UND VERWALTEN

Diabetes-Management ist eine tägliche Herausforderung. Auf der Software-Plattform Glooko werden die Daten von marktüblichen Blutzuckermessgeräten, Messsystemen zur kontinuierlichen Glukosemessung (CGMs), Insulinpumpen, Smart Pen, Ernährungs-Apps, Aktivitäts-Trackern usw. zusammengeführt – herstellerunabhängig und -übergreifend! Das gilt auch für bereits auf dem Markt befindliche (und künftige) AID-Systeme. Der Austausch der gesammelten Daten erfolgt via Transmitter und/oder App zwischen Behandlungsteam und Menschen mit Diabetes, sowohl vor Ort als auch aus der Ferne. Die Installation der Software und die Bedienung von Glooko ist einfach und erfolgt intuitiv. Bei Fragen unterstützt das Glooko-Team.

FAKT: AN ÜBER 8.000 KLINISCHEN STANDORTEN IN MEHR ALS 30 LÄNDERN WIRD GLOOKO BEREITS EINGESETZT.

2. THERAPIE GEMEINSAM STEUERN

Die anschauliche Darstellung der Daten gewährt einen schnellen Überblick über den Therapiestatus/die Therapieanpassungen der Menschen mit Diabetes. Such- und Filterfunktionen geben weitere Einblicke. Auf dieser Basis interpretieren medizinisches Personal und Menschen mit Diabetes gemeinsam schwankende Glukosewerte, Insulindaten, Tages- und Nachtprofile, Ernährungs- oder Bewegungsgewohnheiten u.v.m. Es folgt, falls erforderlich, eine Verständigung über Therapieanpassungen.



**SIE WOLLEN NICHT MEHR WARTEN?
JETZT TERMIN VEREINBAREN:
WWW.GLOOKO.COM/WARUMWARTEN**



3. BESSER VERSORGEN, GESÜNDER LEBEN

Glooko ist ein wirksames und effizientes Praxistool. Bei Menschen mit Diabetes sind bereits nach drei Monaten positive Effekte auf den Glukosespiegel messbar, so sinkt etwa der HbA1c in dieser Zeit um 0,8 Prozent*. In Praxis und Klinik ermöglicht das automatische Auslesen, Auswerten und Bereitstellen von Daten strukturiertere Workflows. So gewinnen Ärzt:innen Zeit, die sie für die Behandlung und das Gespräch mit ihren Menschen mit Diabetes nutzen können.

FAKT: MEHR ALS EINE MILLIONEN MENSCHEN HABEN BEREITS VON GLOOKO PROFITIERT.

DATENSCHUTZ – ABER SICHER!

Datenschutz und -sicherheit sind zentraler Bestandteil von Glooko. Der Server in Deutschland unterliegt den hiesigen Datenschutzrichtlinien. Glooko hält die DSGVO ein, hat eine HITRUST CSF- und eine SOC 2 Typ 1-Zertifizierung, erfüllt die Anforderungen des Health Insurance Portability and Accountability Act und nutzt OneTrust, die weltweit führende Datenschutzplattform.

*Tong Sheng, Linda Parks, Sarine Babikian, Vikram Singh, Michael Greenfield, Mark A. Clements Glycemic Improvements Following Mobile-Enabled Remote Patient Monitoring: A Randomized Control Study ADA Scientific Sessions. June 2020. Clements M, Duffee J and McCarther D. Remote patient monitoring for adults with type 2 diabetes. ADCES Research Sessions, August, 2020.

»Müll ist ein Designfehler«

Geht es um die Klimabilanz der Diabetestherapie, stehen alle in der Verantwortung



BERLIN. Dass Umweltfaktoren die Diabetesprävalenz beeinflussen, ist seit Langem bekannt. Noch nicht allzu lange diskutiert man darüber, dass umgekehrt auch die Diabetestherapie zu Umweltproblemen führt. Doch bei Menschen mit Diabetes, medizinischen Fachkräften und in der Industrie wächst das Bewusstsein für das Problem – und die Bereitschaft, etwas zu unternehmen.

Die Sitzung „Diabetestechnologie und Müll“ fand erst kurz vor Kongressende statt, als nicht mehr so viele Kongressbesucher*innen anwesend waren. Doch Dr. DAVID CARR von der Diabetes Technology Society im kalifornischen Santa Barbara zeigte sich überzeugt: „Das Thema wird größer und größer.“ So steige das Risiko, an einem Typ-2-Diabetes zu erkranken, nicht nur aufgrund genetischer und Lebensstilfaktoren, sondern auch infolge von Umwelteinflüssen, z.B. durch Mikroplastik, hormonaktive Substanzen (endocrine disrupting chemicals, EDC) oder per- und polyfluorierte Alkylverbindungen (PFA).

Doch umgekehrt entstehen auch Umweltschäden durch die Therapie eines Diabetes. So gebe es in den Bedienungsanleitungen für Diabetesprodukte

»Das Thema wird größer und größer«



wie Insulinpens oder -ampullen explizite Anweisungen, diese nach Gebrauch nicht dem Recycling zuzuführen, sondern im Hausmüll zu entsorgen, erklärte Dr. Carr mit Blick auf die Situation in den USA. Andere Diabetesutensilien wie Glukosesensoren gehören am Ende ihrer Lebenszeit in den Elektroschrott, Batterien oder Nadeln wiederum in die Gefahrstoffsammlung. Immerhin gebe es schon eine Reihe sinnvoller Initiativen: So hätten z.B. Unternehmen durch kleinere Sensoren und Applikatoren bzw. reduziertes Verpackungsdesign wichtige Schritte

Klimaneutrale Lieferketten wichtiger als Müllvermeidung?

Gesundheitssysteme weltweit sind für 4–5 % der globalen CO₂-Emissionen verantwortlich. „Unsere Industrie trägt mehr zum Treibhauseffekt bei als die Autoindustrie“, mahnte Dr. MATTHIAS SCHWEIZER, der als Manager bei Novo Nordisk die Perspektive der Pharma- und Medizinprodukte-Industrie beleuchtete. Diese Probleme würden von einer wachsenden Zahl von Unternehmen wahrgenommen und angegangen. Er legte allerdings Wert auf die Feststellung, dass es insgesamt um weit mehr geht als um Müllvermeidung und -recycling. Denn ein Großteil der Emissionen entfalle auf Lieferketten (> 50 %) und Gesundheitseinrichtungen (< 35 %). Der Diabetesmüll, der bei den Patient*innen selbst entsteht (< 10 %), falle im Vergleich dazu ebenso wie Forschung und Entwicklung (< 5 %) deutlich weniger ins Gewicht.



te unternommen. Andere Firmen versuchten, sich über CO₂-Kompensation ein grüneres Image zu verschaffen. Um die Herausforderungen gebündelt anzugehen, regte Dr. Kerr die Gründung eines multiprofessionellen Boards an, in dem sich Menschen mit Diabetes, Diabetes-Teams und Industrie gemeinsam engagieren können. Denn: „Wenn es um Diabetes geht, ist Müll ein Designfehler!“

Frankreich: Rückgabe von Medizinabfällen möglich

Professor Dr. LUTZ HEINEMANN vom Institut für Stoffwechselforschung in Neuss berichtete über den europäischen Status Quo in Sachen Diabetesmüll. So gebe die neue Medical Device Regulation (MDR) der Europäischen Union in einer kleinen, etwas versteckten Passage vor,

»Medizinprodukte sollen so designt werden, dass sie sicher entsorgt werden können«

dass Medizinprodukte so designt und produziert werden sollten, dass sie sicher und einfach entsorgt werden können. „Hier sollten wir an die MDCG herantreten und sie um spezifischere Aussagen zum Thema Müll bitten“, riet der Experte für Diabetestechnologie. Die MDCG ist die Medical Device Coordination Group (Koordinierungsgruppe Medizinprodukte).

Wie so etwas konkret aussehen kann, erläuterte Prof. Heinemann am Beispiel von DASTRI, einer staatlich anerkannten und von der Gesundheitsbranche finanzierten französischen Institution, die potenziell infektiöse bzw. verletzungsträchtige Medizinabfälle sammelt, aufbereitet und recycelt. Patient*innen können ihre gefüllten DASTRI-Sammelboxen bei speziellen Sammelstellen abgeben. Einzelne Medizinabfälle, z.B. benutzte schlauchlose Insulinpumpen, werden dann nach genau definierten Vorgaben zerlegt und insbesondere Metalle und Batterien aussortiert.

Ein vergleichbares System sollte nach Auffassung von Prof. Heinemann auch auf europäischer Ebene installiert werden. Aktuell seien Patient*innen die wichtigste treibende Kraft beim Thema Diabetes-

müll. Doch eigentlich müssten sich auch die Fachgesellschaften dieser Aufgabe annehmen. In etlichen europäischen Staaten hätten die nationalen Diabetes-Fachgesellschaften bereits Arbeitsgruppen zum Thema „Green Diabetes“ gegründet.

»Die EASD sollte durchaus eine politische Rolle spielen«

„Die EASD hingegen hat bislang noch keine vergleichbaren Aktivitäten ins Leben gerufen“, mahnte Prof. Heinemann, „dabei sollte sie hier durchaus auch eine politische Rolle spielen.“ Doch auch die Hersteller von Diabetestechnologie sieht er in der Verantwortung. Er kritisierte, dass allzu häufig exakte Angaben zu den verwendeten Kunststoffen fehlen, ohne die ein Recycling nicht möglich ist. Überflüssig findet Prof. Heinemann hingegen die vorgeschriebene Bereitstellung vollständiger Bedienungsanleitungen auf Papierform: „Was würde denn passieren, wenn die Hersteller diese

Vorschrift einfach ignorieren und den Packungen nur noch einen kleinen Zettel mit einem QR-Code beilegen würden, der zur vollständigen Bedienungsanleitung im Netz führt?“

Antje Thiel

ATTD 2023



Mit der Technik steht und fällt der Erfolg

Veraltete IT macht Vorteile der Telemedizin/Videosprechstunde oft zunichte

STOCKHOLM. Bei Videosprechstunden liegen Licht und Schatten recht nah beieinander. Patient*innen wissen die Zeitersparnis und Bequemlichkeit zu schätzen. Doch eine schlechte technische Ausstattung oder mangelnde Computer-Erfahrung führen dazu, dass ein Videotermin oft erst nach Startschwierigkeiten beginnen kann.

Die Vorteile der Telemedizin für Patient*innen liegen auf der Hand: weniger Arbeitsausfall, Zeit- und Geldersparnis, weil die Anfahrt entfällt, bessere Vereinbarkeit mit familiären Verpflichtungen, keine zusätzlichen Ansteckungsrisiken. Für medizinische Einrichtungen verspricht die Telemedizin neben besseren Therapieergebnissen weniger verpasste Termine oder Absagen, ein besseres Follow-up und effizienteres Zeitmanagement. Tatsächlich sind die verbesserten Outcomes wie HbA_{1c}-Reduktion, niedrigere Nüchtern- und postprandiale Glu-

kosewerte, niedrigerer Blutdruck und verbesserte Selbstwirksamkeit im Zusammenhang mit Telemedizin mittlerweile durch eine Metaanalyse von 32 Studien belegt, wie Professor Dr. RICHARD I. G. HOLT vom Fachbereich Human Development and Health von der Universität Southampton erklärte.¹ Während der COVID-19-Pandemie hatte aber nicht nur der Wechsel zu digitalen Terminen Einfluss auf die Diabetesversorgung: „In etwa 60.000 Fällen wurde die Diagnose Typ-



2-Diabetes nicht gestellt, weil die Betroffenen nicht in der Klinik untersucht werden konnten. Es fanden auch weniger Augen- und Fuß-Screenings statt“, so der Experte. Mit Blick auf eine Erhebung in Southampton aus dem Jahr 2021 erklärte er, dass Patient*innen virtuelle Termine – insbesondere wegen des geringeren Ansteckungsrisikos und der Zeitersparnis – praktisch fanden.

Weniger zufrieden waren die befragten Patient*innen damit, dass bei einem virtuellen Termin keine körperliche Untersuchung stattfinden kann. Es fiel ihnen aber auch schwerer, mit dem Behandlungsteam zu kommunizieren – entweder aufgrund persönlicher Präferenzen oder wegen technischer Schwierig-

keiten. Auch für Behandlungsteams sind Probleme mit der Technik traurige Realität: „Die Computer in unserer Klinik etwa stammen aus den 1990er-Jahren und haben nicht einmal eine Webcam“, sagte Prof. Holt

Keine echte Zeitersparnis durch Online-Termine

Seiner persönlichen Erfahrung nach bringen Online-Konsultationen keine echte Zeitersparnis – zumindest nicht auf ärztlicher Seite: „Manchmal erfordern sie sogar mehr Zeit. Man muss mehr vorbereiten, Daten vorbereiten und Aufzeichnungen sichten. Das ist keine vergeudete Zeit, aber eben erforderliche zusätzliche Zeit.“ Wenn er es mit weniger technikaffinen Patient*innen zu tun hat, braucht ein Online-Termin noch einmal mehr Zeit: „Bei uns nehmen technische Fragen eine Menge Zeit in Anspruch, bevor die eigentliche Konsultation starten kann.“ Andere Patient*innen wieder-

nehmen einen Online-Termin eher auf die leichte Schulter, sind dann gerade im Supermarkt oder fahren im Auto durch einen Tunnel. „Sie sind dann weder vorbereitet, noch haben sie eine gute Internetverbindung.“

Der Referent wies darauf hin, dass bei Videokonsultationen die verbale Kommunikation noch wichtiger ist. So sollte man noch mehr als sonst auf verständliche Sprache achten und Patient*innen genug Zeit geben, das Gehörte zu verarbeiten, gleichzeitig aber auch längere Gesprächspausen vermeiden, weil Patient*innen diese auf Internet-Probleme zurückführen könnten. Und: „Sie sollten es ihnen auch mitteilen, wenn Sie z.B. etwas aufschreiben wollen und sich deshalb kurz abwenden“, riet Prof. Holt.

thie

58th EASD Annual Meeting, Stockholm

Zhang et al. Int J Environ Res Public Health; 2022 Mar 31; 19 (7): 4173; doi: 10.3390/ijerph19074173

»Oft nur in der Theorie praktisch«

Meldepflichtiges Vorkommnis, Anwendungsfehler – oder einfach Pech?

Probleme mit Medizinprodukten unbedingt dem BfArM melden

BERLIN. Die unübersichtlichen rechtlichen Rahmenbedingungen machen es Diabetespraxen nicht unbedingt leicht, die zuständige Behörde ordnungsgemäß über kritische Situationen infolge des Einsatzes von Diabetestechnologie zu informieren. Doch als Medizinproduktebetreiber müssen sie ein wachsames Auge auf mögliche Produkt- und Software-Fehler haben.

Blutzuckermessgeräte, Kanülen, Stechhilfen, Insulinpens, Pflaster, Katheter, Reservoirs, Insulinpumpen, CGM-Sensoren, Auslesesoftware und Algorithmen zur automatisierten Insulindosierung (AID) – die Liste der Medizinprodukte, die in der Diabetologie eingesetzt werden, ist lang. Um die Sicherheit von Patient*innen zu gewährleisten, reicht ein CE-Kennzeichen für Medizinprodukte nicht aus: „Der Skandal um PIP-Brustimplantate hat uns gezeigt, dass die erwartete Qualität nicht immer vorhanden ist“, berichtete Dr. GUIDO FRECKMANN vom Institut für Diabetes-Technologie (IfDT) an der Universität Ulm.

Anwendungsfehler sind nicht meldepflichtig – aber ...

Dennoch sind die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Überwachung von Medizinprodukten alles andere als übersichtlich (s. Kasten). Der Umgang mit den diversen Regularien stellt auch Diabetespraxen mitunter vor Herausforderungen. Dabei sind diese als Betreiber meldepflichtig, wenn sie Fehler bemerken oder von Patient*innen darauf hingewiesen werden. Zumal man manchmal gar nicht zweifelsfrei einordnen kann, ob es sich bei einem Vorkommnis wirklich um einen meldepflichtigen Fehler handelt. In der Sitzung diskutierten Dr. Freckmann und Dr. ANDREA TYTKO, in Göttingen niedergelassene Diabetologin, eine Reihe solcher Fälle mit dem Plenum. Wie ist es etwa zu bewerten, wenn

Patient*innen Teststreifen nicht im witterungsgeschützten Döschen, sondern in der Hosentasche lagern oder Insulinvorräte einfrieren und wieder auftauen? Hier waren sich die meisten Anwesenden einig, dass Anwendungsfehler keine meldepflichtigen Ereignisse sind. Dr. Freckmann gab zu bedenken: „Aber sollten die Hersteller nicht wissen, dass ihre Produkte fehlerhaft verwendet werden, damit sie sie ggf. anders designen können?“

Nächster Fall: Einem Patienten wird im Krankenhaus ein Einwegpen mit Basalinsulin mit nur einer einzigen Pennadel ausgehändigt – ohne Erklärung, dass diese Nadel nach jeder Injektion gewechselt werden muss. Irgendwann lässt diese Nadel natürlich kein Insulin mehr durch. „Ist das auch nur ein Anwendungsfehler?“, fragte Dr. Tytko. Bei Insulinpumpen wiederum kommt es gelegentlich zu Verwechslungen bei Kathetern und Schläuchen: „Wenn jemand den t:lock-Anschluss mit dem Luer-Lock vertauscht, ist das dann meldepflichtig?“ Für Dr. Freckmann war klar: „Bei einer solchen Verwechslung könnte es zu potenziell lebensbedrohlichen Gefahren wie einer diabetischen Ketoazidose kommen, also sollte man sie dem BfArM melden.“

Auch die Software kann Probleme bereiten. „Wir haben



Welche Art von Fehler ist es? Das ist oft gar nicht leicht zu entscheiden.

Fotos: fotomek – stock.adobe.com, dimon_ua – stock.adobe.com

Fehler

hierbei das generelle Problem, dass ein zertifiziertes Medizinprodukt auf einem nicht zertifizierten Smartphone oder Rechner läuft“, so Dr. Freckmann. So komme es in der Praxis immer wieder zu Problemen mit der Auslese-Software, fehlerhafter Darstellung oder Lücken bei den Glukosdaten sowie unerklärlichen Fehlermeldungen, berichtete Dr. Tytko.

Lieber einmal mehr melden – daraus können Hersteller lernen

Die Anwender*innen von CGM-Systemen wiederum wüssten häufig nicht, dass sie vor einem Update ihres Smartphone-Betriebssystems zunächst checken sollten, ob ihre jeweilige Diabetes-App bereits auf der neuen Version des Betriebssystems läuft. Man sollte Patient*innen also darüber aufklären und ihnen raten, die automatische Aktualisierung

ihres Smartphones zu deaktivieren, meinte einer der Teilnehmer im Plenum. Eine andere Teilnehmerin forderte: „Wir müssen unsere Patienten auch dazu anhalten, bei jeglichen Vorkommnissen die fehlerhaften Produkte aufzubewahren, damit sie beim Hersteller eingeschickt werden können. Sonst können die Hersteller das ja nicht prüfen.“ Die diskutierten Beispiele zeigten also, dass es in der Praxis nicht immer leicht ist, meldepflichtige Vorkommnisse von Anwendungsfehlern

oder manchmal unvermeidlichen Software-Problemen zu unterscheiden. Dennoch meinte Dr. Tytko: „Lieber einmal mehr melden, dann erfahren die Hersteller wenigstens davon.“ Zur Orientierung empfahl sie außerdem einen Blick auf die Homepage der US-amerikanischen

»Fehler auch beim BfArM melden«

FDA, wo bislang eingegangene Fehlermeldungen zu einzelnen Produkten öffentlich einsehbar dokumentiert sind. „Beim BfArM gibt es auch so eine Seite. Sie ist zwar noch nicht so komfortabel wie bei der FDA, aber so langsam wird es ...“

Ein positives Beispiel: Klebstoffe bei Sensoren wurden geändert

Dr. Freckmann pflichtete ihr bei und erinnerte an die vielen Fälle, in denen es zu Nebenwirkungen wie Hautreaktionen auf Klebstoffe und andere Komponenten von CGM-Sensoren gekommen war. Daraufhin hatten die Hersteller die hochallergenen Materialien durch verträglichere ersetzt, und die Zahl der Hautreaktionen war bald zurückgegangen. „Das ist ein gutes Beispiel dafür, dass Meldungen Erfolg haben, wenn sie nur häufig genug abgegeben werden.“ Die AG Diabetes & Technologie (AGDT) hält auf diabetes-technologie.de ein Formular bereit, mit dem man diese Hautreaktionen leichter beim BfArM melden kann. Antje Thiel

DiaTec 2023

Unübersichtliche Rechtslage durch neue Wort-Ungetüme

Die Umsetzung der neuen, seit Ende Mai 2021 in Kraft getretenen europäischen Medical Device Regulation (MDR) in nationales Recht hat zur Verabschiedung einer ganzen Reihe neuer Gesetze und Verordnungen geführt: das Medizinprodukte-EU-Anpassungsgesetz (MPEUANpG), das Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetz (MPDG) und die Medizinprodukte-EU-Anpassungs-Verordnung (MPEUANpV), die das bisherige Medizinproduktegesetz (MPG) und die Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung (MPSV) ablösen bzw. zu Änderungen an der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) führen. Der Inhalt dieser Wortungetüme macht aus Sicht von Dr. Freckmann vieles unnötig kompliziert: „Allein das neue MPDG hat doppelt so viele Paragraphen wie sein Vorgänger. Das macht die Durchführung von Studien nicht unbedingt leicht.“

Werkzeugkasten für Gesundheitsanwendungen

Das Ziel: schnelle Entwicklung, benutzerfreundliche und interoperable Gestaltung

BERLIN. Das Fraunhofer-Institut für Angewandte Informationstechnik (FIT) hat eine Toolbox zur schnellen Entwicklung von Digitalen Gesundheitsanwendungen vorgestellt.

Die Nachfrage nach digitalen Gesundheitsanwendungen ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Vernetzte Gesundheitsinformationssysteme als „Medical Data Spaces“ können z.B. in klinischen Studien, für Genomdaten, in

der Versorgung und Pflege, bei der Analyse von Patientenrisiken, bei Prognosen und Entscheidungen über die medizinische Versorgung gewinnbringend eingesetzt werden.

Beispiele für die Anwendung der Toolbox gibt es schon

Die Abteilung „Digitale Gesundheit“ des Fraunhofer FIT forscht seit Jahren im Bereich der integrierten Gesundheitsversorgung und hat dafür ein breites Spektrum von Techno-

logien und Methoden entwickelt. Die nun vorgestellte Toolbox integriert diese Anwendungen und ermöglicht eine beschleunigte Umsetzung neuer Dienste, die die unterschiedlichen Anforderungen von Ärzt*innen,

Pflegepersonal, Patient*innen und Angehörigen adressieren können. „Ein wichtiger Aspekt für uns – neben der Benutzerfreundlichkeit – ist die Interoperabilität der entwickelten Dienste. Berücksichtigt werden dabei aktuelle Standards nationaler und EU-weiter Gesundheitsdatenräume, die rechtlichen Rahmenbedingungen für Medizinprodukte und klinische Prüfungen sowie der Datenschutz“, so Prof. Dr. THOMAS BERLAGE, Leiter der Abteilung „Di-

gitale Gesundheit“ des Fraunhofer-Instituts für Angewandte Informationstechnik FIT.

Ein Beispiel für eine mit der Toolbox bereits entwickelte Anwendung ist ein ML-Dienst (ML: maschinelles Lernen) für IT-gestützte Pflegeberatungsbesuche. Des Weiteren wird an IT-Plattformen gearbeitet, die die klinische Praxis bei Behandlung und Management von multimorbiden Patienten verbessern. dz/FIT

Digital Medical Expertise & Applications 2023

»EU-Standards berücksichtigt«

»Die Welt wird sich deutlich verändern«

Professor Matthias Tschöp erhält für seine Forschungsleistung die Banting-Medaille

MÜNCHEN. In der Adipositas- und auch in der Diabetestherapie eine Zeitenwende schaffen – das scheint möglich durch Darmhormon-Polyagonisten wie Tirzepatid. An der Entdeckung dieser Wirkstoffklasse beteiligt war Professor Dr. Matthias Tschöp. Für seine Forschungsarbeit erhält er nun die Banting-Medaille. Ein Gespräch über Forschung und Wissenschaftsmanagement.

Die Signalwege zwischen Darm und Gehirn faszinieren Professor Dr. Matthias Tschöp seit 30 Jahren. Mittlerweile ist er als Wissenschaftsmanager tätig.

? Herr Professor Tschöp, was macht ein Wissenschaftsmanager? Und was ist das Ziel Ihrer Arbeit?

Prof. Tschöp: Das hängt auch immer ein bisschen damit zusammen, welche Institution, welches Zentrum, welches Institut, welche Universitätsabteilung man managen soll. Im Prinzip sind aber immer wieder die gleichen Muster wesentlich, denke ich: Es gibt immer Vorgaben. Häufig sind es forschungspolitische Vorgaben. Zum anderen geht es natürlich letzten Endes immer darum, die besten Köpfe für diese Aufgaben zu rekrutieren und dann ein Umfeld zu schaffen, in denen diese Kolleginnen und Kollegen aus der ganzen Welt ihre Arbeit optimal ausführen können und sich gegenseitig inspirieren. Dazu gehört dann auch eine ganze Zahl von Plattformen, von Core Facilities, bestimmte Dinge, die einfach vorhanden sein müssen, um moderne biomedizinische Forschung auf den Weg zu bringen und erfolgreich umsetzen zu können. Und das alles zu bündeln, zu kommunizieren, nach außen zu repräsentieren und sich manchmal auch mit den kleinen oder größeren unvorhergesehenen Herausforderungen des wissenschaftlichen Alltags zu beschäftigen, beschreibt ganz gut die zentralen Aufgaben eines Wissenschaftsmanagers.

? Sie haben als Arzt gearbeitet und sind dann in die Forschung gegangen. War das von Anfang an Ihr Plan?

Prof. Tschöp: Eigentlich war das überhaupt nicht der Plan. Wie so häufig im Leben ergeben sich diese Dinge über die eine oder andere Möglichkeit oder Wendung oder

INTERVIEW



Professor Dr. Matthias Tschöp

Der Arzt und Neuroendokrinologie ist Wissenschaftlicher Geschäftsführer und Sprecher der Geschäftsführung bei Helmholtz Munich, Vizepräsident der Helmholtz-Gemeinschaft für den Forschungsbereich Gesundheit und Alexander-von-Humboldt-Professor an der TU München.

Foto: Matthias Tunger Photodesign

auch Herausforderung. Ursprünglich war der Plan, klinisch tätig zu sein; durchaus waren wechselnde Felder von Interesse. Wenn ich mich zurückerinnere: Damals hier in München an der Universitätsmedizin fand ich die Psychiatrie ungeheuer spannend. Ich bin dann aber umgeschwenkt zur Tropenmedizin und habe einige Zeit in Afrika verbracht.

Letzten Endes kam ich über inspirierende Kollegen und Mentoren zum Studium der Endokrinologie, also der Lehre davon, wie Hormone im Körper die Kommunikation zwischen verschiedenen Organen betreiben. Daran hat mich vor allem fasziniert, wie das Gehirn das alles orchestriert – und das ist am besten zu verstehen über das Gebiet der Neuroendokrinologie. Da bin ich hängen geblieben, eigentlich auch mit der Intention, in der Patientenversorgung zu arbeiten, in der klinischen Medizin zu bleiben. Eines Tages war ich komplett fasziniert von einer wissenschaftlichen Publikation, die einfach so bei uns am Gang lag, und darin ging es um das Hormon Leptin. Das ist jetzt schon bald 30 Jahre her. Diese Entdeckung, dass es da ein neues Hormon gibt, das aus dem Fettgewebe

kommt – von dem man gar nicht wusste, dass es Hormone produziert – und dass dieses Hormon dann auch noch im Gehirn wirkt: Das war ein Anstoß, der mein wissenschaftliches Interesse so geweckt hat, dass es Schritt für Schritt immer mehr in die Wissenschaft ging. Wenn ich jetzt zurückblicke, übe ich seit 25 Jahren keine aktive klinische Tätigkeit mehr aus. Das war nicht der Plan – aber ich habe es auch nicht bereut.

? Was raten Sie jungen Menschen, die in die Forschung gehen möchten?

Prof. Tschöp: Ach, letzten Endes gibt es da, glaube ich, sehr wenig Detailliertes, was man mitgeben kann. Das Wichtigste ist Offenheit und Flexibilität, eine Offenheit und Flexibilität für die Resultate guter Experimente.

Natürlich muss die Qualität stimmen und natürlich lohnt es sich, die neuesten, solide validierten Technologien anzuwenden. Immer wieder braucht es eine Skepsis gegenüber den eigenen Hypothesen, aber auch eine Offenheit gegenüber Resultaten, die gar nicht das zeigen, was man sich gewünscht hat, nicht die Ergebnisse bringen, von denen man geträumt hat und die vielleicht sogar in eine Richtung weisen, die Lehrbuchwissen entgegensteht. Daten eines guten Experiments müssen unser Leitstern sein und nicht vorgefasste Meinungen, Erwartungen von Kollegen, vielleicht auch von Mentoren. Leiten müssen uns gute Daten aus guten Experimenten.

? Bei Ihnen hat das ja dazu geführt, dass Sie beteiligt waren an der Entdeckung der Darmhormon-Polyagonisten. Daraus ist jetzt ein Medikament hervorgegangen: Tirzepatid. Wie wirkt dieses Medikament?

Prof. Tschöp: Die Antwort ist natürlich eine, über die ich zwei Stunden sprechen könnte und eine, die wir auch immer noch beforschen. Zentrale Ansatzpunkte sind die Regulation von Appetit und Hunger. Und es ist, glaube ich, ganz zentral, dass es hier erstmalig gelungen ist, ein starkes Hungergefühl, so ein Heißhungergefühl – Appetit ist ja genetisch sehr unterschiedlich ausgeprägt – abzustellen und gleichzeitig die Kalorienverbrennung anzukurbeln. Auf diese Weise kann in signifikantem Maß überschüssiges Fett abgeschmolzen werden. Dass das wirklich so ist, deutet sich jetzt auch in größeren klinischen Studien und durch erste Zulassungen an. Zudem aber werden positive Effekte erzielt auf den Zuckerstoffwechsel,

der sich auch durch diese Kombinationsmedikamente wie das GIP/GLP im Tirzepatid noch einmal wesentlich besser einstellen lässt als das früher möglich war. Das heißt, man hat einen Effekt auf die Adipositas über Hunger und Kalorienverbrennung. Und dann einen präventiven Effekt dadurch auf Diabetes. Zusätzlich aber auch einen direkten Effekt auf Diabetes. Und das ist nur ein kleiner Teil des Spektrums.

Umso erstaunlicher und umso toller ist es für uns, zu sehen, dass die Wirkung sehr sicher zu sein scheint, mit sehr wenigen Nebenwirkungen, die vielleicht auch nur vorübergehend auftreten und nur bei einem kleinen Teil der Patientinnen und Patienten, bei denen diese Medikamente zur Anwendung kommen.

? Für Ihre Leistungen bekommen Sie nun die Banting-Medaille, die höchste Auszeichnung der ADA. Was bedeutet Ihnen das?

Prof. Tschöp: Das ist natürlich eine tolle Sache. Und als junger Wissenschaftler war ich bei allen Banting Lectures und habe meine Mentoren und Heroes gesehen und gehört und diese Inspiration mitgenommen. Umso wunderbarer ist es, dass ich

»Gute Daten als Leitstern«

das im Juni selber erleben darf. Es ist aber auch etwas, was mich freut für unser Team. Es sind Dutzende von Postdocs, Doktorandinnen und Doktoranden und Kollegen mit auf dieser Reise gewesen, bis zu diesem Punkt, an dem jetzt alles in eine neue Phase der Realität mündet.

? Haben Sie denn als Forscher noch Träume?

Prof. Tschöp: Ja, auf jeden Fall. Das steckt so tief in einem drin, das lässt einen lebenslang nicht los. Jetzt wird es natürlich ein Refinement geben, eine weitere Generation dieser Wirkstoffe. Entscheidend ist aber der Erfolg mit diesem indirekten System, das wir sozusagen Mutter Natur aus der Werkzeugkiste genommen haben und das auf natürlichen Darmhormonen basiert, die im Gehirn wirken.

Die wirken ja dadurch, dass es relativ sicher dazu kommt, dass wir die richtigen Zellen im Gehirn ansteuern. Das hätten wir mit synthetischen Molekülen nie geschafft. Und dieses Prinzip ist etwas, was uns sehr beschäftigt: Lässt es sich auf andere Erkrankungen anwenden? Gibt es ganz ähnliche zelluläre Prozesse, die z.B. bei neurologischen Erkrankungen eine Rolle spielen? Was ist mit Neurodegeneration, Alzheimer etc.? Da gibt es durchaus Parallelen: Was sich im Hypothalamus und im Hirnstamm abspielt bei Diabetes und Adipositas, findet man in anderen Gehirngebieten zum Teil als relevant für diese neurodegenerativen Erkrankungen. Auch in diese Richtung denken wir und sind gespannt, ob es da nicht noch einmal eine New Frontier gibt.

Interview: Nicole Finkenauer

Dieses Interview ist eine gekürzte Version einer Folge des Podcasts O-Ton Diabetologie. Einige Passagen wurden den Erfordernissen der Schriftsprache angepasst.



nachgefragt

»Ursprünglich war der Plan, klinisch tätig zu sein«

DIABETOLOGIE & ERNÄHRUNGSMEDIZIN

APPETIT AUF GESUND- HEIT

DIE ANMELDUNG IST AB
DEM 20. MAI 2023 ERÖFFNET



 **DIABETES
HERBSTTAGUNG
2023 DDG**

in Zusammenarbeit mit



| DIABETES HERBSTTAGUNG | 17.-18. NOVEMBER 2023

| CONGRESS CENTER LEIPZIG



Kann eine Infektion mit SARS-CoV-2 Diabetes Typ 1 auslösen?

Foto: CassianoCorreia – stock.adobe.com

Diabetesdiagnosen während der COVID-19-Pandemie

Mehr Diagnosen von Typ-1-Diabetes bei finnischen Kindern und Jugendlichen: Was ist der Grund?

HELSINKI. Während der ersten eineinhalb Jahre der SARS-CoV-2-Pandemie erkrankten in Finnland signifikant mehr Kinder und Jugendliche an einem Typ-1-Diabetes als in den Jahren vor Pandemiebeginn. Zu diesem Ergebnis kommt eine Forschergruppe nach Auswertung umfangreicher Registerdaten.

Einige epidemiologische Untersuchungen deuten auf eine erhöhte Inzidenz des Typ-1-Diabetes während der Coronapandemie hin, berichtet der Pädiater Professor em. MIKAEL KNIP vom New Children's Hospital und der Universität Helsinki. Die Ursachen hierfür sind allerdings unklar. Insbesondere wird kontrovers diskutiert, ob der Inzidenzanstieg unmittelbar auf die Virusinfektion, z.B. im Sinne einer direkten Schädigung der pankreatischen Betazellen, zurückzuführen ist, oder ob er eher eine Folge von Lockdown und sozialer Isolation ist: Durch die Schließung von Schulen und Kindertagesstätten kamen Kinder deutlich weniger in Kontakt mit viralen und bakteriellen Erregern, was einer Hypothese zufolge das Risiko für immunvermittelte Erkrankungen erhöht. Eine verstärkte

Belastung der Betazellen infolge der verminderten Bewegung steht ebenfalls im Raum.

Inzidenzrate steigt während der Pandemie um 16 Prozent

Welche Rolle SARS-CoV-2 bei der gestiegenen Typ-1-Diabetesinzidenz tatsächlich spielt, untersuchten Prof. Knip und weitere Wissenschaftler anhand von Daten eines finnischen Registers, das seit 2002 alle Typ-1-Diabetesfälle bei Kindern und

»Über den Anstieg wird kontrovers diskutiert«

Jugendlichen erfasst. Dabei berücksichtigten sie ausschließlich Typ-1-Erkrankungen, Patientinnen und Patienten mit monogenem oder Typ-2-Diabetes schlossen sie dagegen von der Analyse aus.

In den ersten 18 Monaten der Pandemie (März 2020–August 2021) war bei 785 Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren ein Typ-1-Diabetes diagnostiziert worden. In drei präpandemischen Vergleichszeiträumen (März 2014–August 2015, März 2016–August 2017 und März 2018–August 2019) verzeichneten die Forschenden insgesamt 2.096 Erstmanifestationen. Sie verglichen die Pandemie- und die präpandemische Kohorte bezüglich der Inzidenzrate, des phänotypischen Erscheinungsbilds bei der Erstmanifestation, des HLA-Genotyps sowie der Konstellation von Inselzell-Autoantikörpern. Bei einem Teil der während der Pandemie diagnostizierten Diabetesfälle waren zudem aus Serumproben Antikörper gegen SARS-CoV-2 bestimmt worden, anhand derer geprüft wurde, wie vielen Diabetesmanifestationen eine Virusinfektion vorausgegangen war.

»Registerdaten als Basis der Studie«

Während der Pandemie betrug die Typ-1-Diabetesinzidenz bei Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren 61,0 pro 100.000 Personenjahre und übertraf damit die Inzidenz in der präpandemischen Periode, die nur 52,3 pro 100.000 Personenjahre betrug, deutlich. Bei den Jungen, nicht jedoch bei den Mädchen, lag die Inzidenzrate während der Pandemie signifikant höher als im Referenzzeitraum. Die bezüglich des Alters und des Geschlechts adjustierte Inzidenz Rate Ratio betrug 1,16 (95%-KI 1,06–1,25). Die höchste absolute Inzidenz Rate Ratio stellten die Forschenden bei den Jungen im Alter unter fünf Jahren fest (1,34; 95%-KI 1,06–1,67). Die während der Pandemie erkrankten Kinder und Jugendlichen fielen signifikant häufiger mit einer Ketoazidose auf, hatten einen signifikant höheren HbA_{1c}-Wert und wiesen signifikant häufiger Glutamat-Decarboxylase-

Antikörper auf. Im Hinblick auf die Verteilung der HLA-Genotypen unterschieden sich die Pandemie- und die Referenzkohorte dagegen nicht. Von 583 während der Pandemie erkrankten Kindern und Jugendlichen lag eine SARS-CoV-2-Serologie vor. Nur in fünf dieser Fälle (0,9 %) ergaben sich hierbei Anhaltspunkte für eine akute Infektion im Vorfeld der Diabetesdiagnose.

Nur selten Virusinfektion im Vorfeld der Diabetesdiagnose

Finnland hat weltweit die höchste Typ-1-Diabetesinzidenz, schließt Prof. Knip. Angesichts der Tatsache, dass während der Pandemie die Inzidenz von Typ-1-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen um 16 % zunahm, aber nur 0,9 % der Betroffenen zuvor Kontakt mit dem Virus gehabt hatten, geht er davon aus, dass die Erkrankung nicht durch die Infektion ausgelöst wurde. Er hält es für wahrscheinlicher, dass indirekte Effekte der Pandemie für den Anstieg ursächlich sind. *Dr. Judith Lorenz*

Knip M et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2023; 11 (4): 251–260; doi: 10.1016/S2213-8587(23)00041-4

Das Coronavirus löst keinen Diabetes mellitus Typ 1 aus

Kommentar von Professor Dr. Andreas Fritsche, Tübingen

KOMMENTAR

Am 18. September 2020 berichtet „ein Arzt über einen verstörenden Fall“ im Magazin „Der Spiegel“. Eine ganz neue Art von Wissenschaftsjournalismus: Der Forscher schildert gleich selbst seine Entdeckung einer Typ-1-Diabetesmanifestation nach einer COVID-19-Infektion.¹ Danach erscheinen Publikationen, dass Betazellen direkt mit SARS-CoV-2 infiziert sind.² Schließlich hat das Center of Disease Control in den USA den COVID-19-Diabetes-Zusammenhang „amtlich“ gemacht.³ Karl Lauterbach hat am 8. Januar 2022 getweetet: „Kinder und Jugendliche haben nach COVID-19-Infektion ein höheres Risiko, Typ-1-Diabetes zu entwickeln“, und auch gleich



Prof Dr. Andreas Fritsche
Lehrstuhl für Ernährungsmedizin und Prävention im Bereich Diabetologie des Universitätsklinikums Tübingen, DZD
Foto: Hannes Schramm, Universitätsklinikum Tübingen

geschlossen, dass die COVID-19-Impfung gegen Typ-1-Diabetes hilft. Die „Hinweise“ auf den Zusammenhang zwischen COVID-19-Infektion und Typ-1-Diabetes waren aber allenfalls hypothesenbildend und wurden hinsichtlich ihrer Methodik und Aussagekraft kritisiert, auch von der DDG. Es gab auch Befunde, die gegen den Zusammenhang zwischen COVID-19 und

Typ-1-Diabetes sprechen, zum Beispiel finden sich nach Coronainfektionen keine zu Typ-1-Diabetes führenden Zeichen der Autoimmunität.⁴ Trotz aller Zweifel – das Narrativ „Corona löst Typ-1-Diabetes aus“ war gesetzt. Die oben vorgestellte Studie aus Finnland von Knip et al. ist nun ein neuerlicher Hinweis, dass dem nicht so ist: Nur 5 von 583 Menschen (0,9 %) mit neu diagnostiziertem Diabetes hatten vor der Manifestation eine COVID-19-Infektion, gemessen durch positive COVID-19-Antikörper. Die Inzidenz von Typ-1-Diabetes bei Kindern ist in Deutschland in den letzten drei Jahren angestiegen.⁵ Es werden viele Hypothesen genannt, nicht zuletzt ein Zusammenhang mit unnötigen Schulschließungen und Lockdownmaßnahmen. Untersuchungen zu den Kausalitäten fehlen.

Ebenfalls NICHT untersucht wurden Typ-1-Inzidenzraten bei Erwachsenen, ebenso ein Zusammenhang mit den mRNA-Impfungen. Die Spike-Protein kodierende mRNA ist in Lipid-Nanopartikeln verpackt, die sich bei Nagern im Pankreas anreichern. Diese Information stammt aus geleakten, Pfizer-internen Dokumenten. Es sollten daher dringend valide Analysen zu mRNA-Impfungen und neu manifestiertem Typ-1-Diabetes erfolgen.

- Hollstein T et al. Nature metabolism 2020; doi: 10.1038/s42255-020-00281-8
- Steenblock C et al. Horm Metab Res 2022; doi: 10.1055/a-1878-9566
- Barrett CE et al. MMWR 2022; doi: 10.15585/mmwr.mm7102e2
- Rewers M et al. JAMA 2022; doi: 10.1001/jama.2022.14092
- Kamrath C et al. Diabetes Care 2022; doi: 10.2337/dc21-0969

MEDICAL REPORT

Digitales Diabetes-Datenmanagement aus einer Hand

Für Healthcare Professionals und Patient*innen, alle Diabetestypen und Therapieformen

System-Abstürze, Verbindungsabbrüche, holprige Updates. Ein reibungsloses Zusammenspiel aller digitalen Tools im Diabetes-Datenmanagement suchte man bislang vergeblich. Ein digitales Diabetes-Datenmanagement-System, das seit Ende letzten Jahres auf dem Markt ist, verfolgt eine Lösung aus einer Hand. In mehreren großen Schwerpunktpraxen wird es bereits erfolversprechend genutzt.

Das Auslesen der Patientendaten dauert FRIEDRICH W. PETRY, Diabetologe aus Wetzlar, oft zu lange. Wie viele seiner Kolleg*innen wünscht er sich mehr Interoperabilität und Interkonnektivität und am besten ein System für alles. „Digitales Diabetes-Datenmanagement sollte leicht funktionieren, wie die Bedienung eines Smartphones“, sagt er.

Ein digitales System, viele Möglichkeiten

Seit Ende 2022 gibt es erstmals eine herstellernerneutrale und interoperable Komplettlösung für das digitale Diabetesmanagement, das einen patientenzentrierten Ansatz verfolgt und für Fachkreise (Vivora

proCare) sowie für Patient*innen aller Therapieformen (Vivora diCare) konzipiert ist. Bei dessen Entwicklung wurde das Unternehmen EvivaMed von einem Advisory-Board aus 14 erfahrenen Diabetolog*innen, Diabetesberater*innen und Diabetesassistent*innen fachmännisch beraten. Der neue Digital-Health-Ansatz unterstützt zum einen Diabetes-Teams durch eine digitale Lösung, die das tägliche Diabetesmanagement gemeinsam mit den Betroffenen erleichtert, zum anderen Hausärzt*innen, die nicht auf die Diabetestherapie spezialisiert sind, aber einen hohen Anteil von Patient*innen mit Typ-2-Diabetes behandeln. „In der Behandlung – vor

Ort oder online – können wir damit die Zeit optimal nutzen“, betont Dr. OLIVER SCHUBERT-OLESEN vom Diabeteszentrum Hamburg City.

Für alle üblichen Geräte plus Videokonferenzen

Alle üblichen, in der Diabetestherapie genutzten Geräte können an die beiden Datenmanagement-Systeme angeschlossen werden, die als Webbrowser- sowie PC-Version und als App verfügbar sind. Sowohl die Version für Fachkreise mit integriertem, KBV-zertifiziertem Videokonferenzsystem als auch die Patientenversion orientieren sich an den Anforderungen des „Code of Conduct Digital Health“ der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und sind für alle Diabetestypen und Therapieformen geeignet. Fachkreise können mit ihrer Version auch ein digitales Diabetes-Coaching durchführen, das mit dem Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland (VDBD) erarbeitet wurde. Bei beiden Versionen lassen sich alle Daten der oralen Diabetes- und/

»Digitales Datenmanagement unterstützt die Patient*innen beim Erreichen ihrer Zielwerte«

Dr. Oliver Schubert-Olesen, Diabeteszentrum Hamburg City

oder der Insulintherapie sowie der CGM- bzw. Blutzuckermessung erfassen und auswerten. Eine kabellose und automatische Übertragung von Gesundheitsparametern durch andere Geräte (Körperwaage, Blutdruckmessgerät, Schrittzähler etc.) ist zudem möglich. „Digitales Diabetesdaten-Management ist immer ein Ansporn für die Diabetestherapie“,

sagt Harry E. Er hat Typ-2-Diabetes und wird bei Vivora diCare besonders durch die farbigen Smiley-Bewertungen (grün: alle Werte im Zielbereich, rot: zu niedrige bzw. zu hohe Werte) des Dashboards in seinem Diabetesmanagement motiviert. Diese optische Darstellung der Werte auf einen Blick schätzen auch viele Ärzt*innen.

Die neue Datenlösung – in zwei Minuten erklärt

Das neue digitale Diabetes-Datenmanagement für Fachkreise und Patient*innen (Vivora proCare und Vivora diCare) wird in einem Kurzvideo auf der Vivora-Website gezeigt.



<https://vivora.health/>



»Auch ältere Menschen mit einer Insulintherapie sollten den Umgang mit digitalem Diabetes-Datenmanagement erlernen. Ihre Diabetestherapie können und sollten sie so optimal selbst steuern« Friedrich W. Petry, Internistische Gemeinschaftspraxis Wetzlar

„Datenmanagement statt Dokumentenverwaltung“

Dr. Tobias Wiesner setzt voll auf digitales Diabetes-Datenmanagement, kennt aber auch die Schwachstellen

Dr. Tobias Wiesner, ärztlicher Leiter des MVZ Stoffwechselmedizin Leipzig erklärt, was ihn an den heutigen Systemen reizt, aber auch stört und wie er sich die digitale Diabetespraxis der Zukunft vorstellt.



Dr. Tobias Wiesner
Diabetologe, Leipzig

Wie erleben Sie die Schwachstellen im Datenmanagement?

Ich bin sehr technikaffin und am meisten stört mich die fehlende Interoperabilität der Systeme in einer Schwerpunktpraxis. Unsere Arbeit könnte deutlich entspannter und vor allem effektiver sein, wenn alles schon in der großen Struktur der Praxismanagement-Systeme integriert wäre. Man muss ständig zusätzliche Anwendungen öffnen. Ich brauche heute mindestens vier Systeme zum Auslesen der A1D, der Sensoren und der Blutzuckermessgeräte. Das kostet häufig viel Zeit. Und wenn ich eine Pumpe über sieben Minuten lang wegen mehrerer Verbindungsabbrüche auslesen muss, bin ich frustriert. Das ist auch ein Entscheidungskriterium dafür, ob ich bestimmte Systeme empfehle oder eben auch nicht.

Systeme müssen im Praxisalltag unkompliziert auslesbar sein, nur so kann ich die Patient*innen vollumfänglich in der Therapie unterstützen.

Welche Ihrer Patient*innen nutzen Datenmanagement-Systeme?

Deutlich über 80 Prozent der Typ-1-Patient*innen nutzen bei uns Pumpen-, A1D- sowie CGM-Systeme. Auch viele Typ-2-Patient*innen unter Insulintherapie haben ein CGM. Es gibt auch viele Ältere unter ICT-Therapie mit einem Sensor, bestimmt die Hälfte meiner Typ-2-Patient*innen. Viele haben auch gelernt, uns die Daten zur Verfügung zu stellen. Das funkti-

oniert gut. Ich habe einen Doppelmonitor, und wir schauen uns die Daten dann gemeinsam auf dem einen Monitor an, besprechen sie und ich kann auf dem anderen im PVS arbeiten.

Was bringt die Digitalisierung aus Sicht des Diabetologen?

Auf den ersten Blick erscheint sie nur zeitaufwändig, komplizierter und teurer. Aber inhaltlich könnte es nicht besser sein. Die Therapiekennnisse sind ja durch das digitale Diabetes-Datenmanagement deutlich multifaktorieller. Neben der Time in Range und dem HbA_{1c} als Surrogatparameter ist vor allem die Lebensqualität wichtig. Oft begleiten wir ja eine Lebensstiländerung. Die Betroffenen wollen wissen: Wie sicher ist meine körperliche Aktivität? Wie kritisch die Pizza? Die Sensoren geben im Alltag Sicherheit, z. B. vor Unterzuckerungen.

Wie diskutieren Sie das Thema „Digitalisierung“ in Ihrem Team?

Ich habe ein tolles, technikaffines Team, das bei der Digitalisierung mitzieht. Viele Ideen zur Vereinfachung

kommen aus meinem Team. Es gibt bei uns z.B. ein Beratungszimmer. Das Team machte mich darauf aufmerksam, dass es immer unter den Tisch kriechen müsse, um die Geräte anzuschließen. Jetzt haben wir einen neuen Schreibtisch mit einer Buchse und 2 USB-Anschlüssen, der Arbeitsplatz ist höhenverstellbar. Man muss die richtigen Voraussetzungen und Anreize schaffen.

Die bei der Honorierung für Datenmanagement aber weiter fehlen...

Das ist richtig. Ich bekomme für Typ-1-Diabetespatient*innen, die ich digital betreue, gleich viel Geld wie für deren „analoge“ Behandlung. Digital arbeitende Ärzt*innen müssen daher mehr Geld für ihre Tätigkeit erhalten. Vor allem die Vergütungsziffern benötigen einer Reflexion, sonst verschlechtert sich irgendwann die Behandlung. Ein aktuelles Thema ist die eklatante Reduzierung der Schulungs- und Betreuungsziffer zum rtCGM ab 1. Juli. Manche Kolleg*innen empfinden die Entwicklung als „Zwangsdigitalisierung“ und reagie-

ren mit Abwehrmechanismen, weil der Mehrwert nicht zu sehen ist. Es geht auch um die Klärung juristischer Fragen: Verstoße ich vielleicht gegen die Datenschutzgrundverordnung? Oft wird noch zu sehr in analogen Strukturen gedacht.

Wie sieht das perfekte digitale Datenmanagement für Sie aus?

Die Systeme, die nebeneinander existieren, müssen zusammengeführt werden. Wir sollten keine Dokumentenverwaltung betreiben, sondern Datenmanagement. Um eine neue Softwarelösung herum muss man Daten einspielen, auswerten, vergleichen und diverse Clouds nutzen können. In einem System für alles sollte das Management für Therapieentscheidungen, das Qualitätsmanagement und die -kontrolle integriert und künftig mit der elektronischen Patientenakte (und der digitalen Diabetesakte) kompatibel sein. Der Digitalisierungsgrad erfordert vielfach Anpassungen und Updates, besonders bei der Interoperabilität. All das muss neu gedacht werden. Interview: Angela Monecke

Typ-2-Diabetes: So entwickelt sich die Inzidenz in Deutschland

Daten von 63 Millionen Versicherten zeigen Trends auf

DÜSSELDORF. Auf Basis der Daten von rund 63 Millionen gesetzlich Versicherten hat das Deutsche Diabetes-Zentrum (DDZ) erstmals Trends zur Inzidenz des Typ-2-Diabetes über einen Zeitraum von sechs Jahren erhoben. Die Entwicklung lässt sich daraus zudem bis auf Kreisebene verfolgen.

Bislang sind Studien, die zeitliche Veränderungen von Inzidenzen von Typ-2-Diabetes (T2D) in Deutschland untersuchen, selten: Sie können entweder nur auf kürzere Zeiträume zurückblicken, oder den zeitlichen Verlauf ausschließlich in vergleichsweise großen Regionen abbilden. „Daher war uns wichtig, einen möglichst langen Zeitraum zu untersuchen, damit verwertbare Trends entstehen und nicht nur eine Momentaufnahme erfolgt“, so Erstautor Dr. THADDÄUS TÖNNIES vom Institut für Biometrie und Epidemiologie am DDZ. Die Wissenschaftler modellierten daher alters- und geschlechtsspezifische sowie regionale Trends der T2D-Inzidenzrate für die Jahre 2014 bis 2019. Dazu stellte das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung anonymisierte Daten aller gesetzlich Versicherten in Deutschland (ca. 85 % der Gesamtbevölkerung; entspricht ca. 63 Millionen Versicherten) zur Verfügung. Die Identifi-

kation einer Typ-2-Diabetes-Neuerkrankung erfolgte auf Grundlage der entsprechenden ICD-10-Codes, wobei für einen inzidenten Fall mindestens zwei Kodierungen in zwei unterschiedlichen Quartalen vorliegen mussten.

Neu an Typ-2-Diabetes: Erkrankte werden immer jünger

Insgesamt wurden jedes Jahr ca. 450.000 Neuerkrankungen erfasst. Gleichzeitig stellte die Arbeitsgruppe fest, dass die Inzidenzrate bei Frau-

en um 2,4 % und bei Männern um 1,7 % jährlich über alle Altersgruppen sank, vor allem in den höheren Altersgruppen. „Erfreulich ist, dass die deutschlandweite Inzidenz offenbar um etwa zwei Prozent pro Jahr sinkt – auch wenn die Zahl der Neuerkrankungen immer noch immens ist“, sagt Tönnies. Was bedenklich stimme, sei der Fakt, dass in der Altersgruppe der 20- bis 39-Jährigen die Neuerkrankungen anstiegen: bei Männern um 2,9 % und bei Frauen um 2,4 % jährlich.

Deswegen erstaunt es auch nicht, dass der Anteil der Betroffenen insgesamt weiter steigt. „Dass die Prävalenz im gleichen Zeitraum steigt, ist nur ein scheinbarer Widerspruch“, so Professor Dr. OLIVER KUSS, Leiter des Instituts für Biometrie und Epidemiologie am DDZ. „Denn

die immer besser werdende medizinische Versorgung von Menschen mit Typ-2-Diabetes führt zu einer höheren Lebenserwartung und damit auch zu einem größeren Anteil erkrankter Personen an der Gesamtbevölkerung.“

Zum Teil große Unterschiede zwischen den Kreisen

Wie die bundesweite Inzidenzrate sinkt auch der SIR auf Kreisebene über den Beobachtungszeitraum. Dabei ist der SIR der Faktor, um den sich die Inzidenzrate eines Kreises von der bundesweiten Inzidenzrate im Jahr 2014 unterscheidet. Weisen Kreise einen SIR < 1, SIR = 1 und SIR > 1 auf, bedeutet dies folglich eine niedrigere, gleiche oder höhere Inzidenzrate im Vergleich zur bundesweiten Inzidenzrate im Jahr 2014. 2019 lagen deutlich mehr Kreise unter der bundesweiten Inzidenzrate

»Tendenz steigt in 14 Kreisen«

des Jahres 2014 als im Jahr 2014. Entsprechend weisen fast alle Kreise einen sinkenden SIR auf, wobei die mittlere Verringerung bei –2,2 % jährlich liegt. Es ist aber auch zu erkennen, dass die Inzidenzrate in den neuen Bundesländern und im Saarland tendenziell über dem Bundesdurchschnitt liegt, im Nordwesten und Süden Deutschlands hingegen unter dem von 2014. In 14 Kreisen ist sogar eine steigende Tendenz zu erkennen: In den Kreisen Main-Kinzig-Kreis, Dessau-Roßlau und Gotha stieg der Faktor um mehr als 1 % pro Jahr. *DDZ/dz*

Tönnies T et al. Dtsch Arztebl Int 2023; 120: 173-179; doi: 10.3238/arztebl.m2022.0405



»Inzidenzraten sinken, Prävalenz steigt an«



Keine Entwarnung – und zwar aus diesen Gründen

„Auch, wenn die vorliegende Arbeit erstmals auf leicht sinkende Neuerkrankungsraten hinweist, muss weiterhin intensiv beobachtet werden, ob sich dieser Trend auch fortsetzt“, fordert Professor Dr. MICHAEL RODEN, Direktor der Klinik für Endokrinologie und Diabetologie am Universitätsklinikum Düsseldorf sowie Direktor des Deutschen Diabetes-Zentrums. Die Dynamik könne sich rasch wieder umkehren, wie Daten aus Dänemark zeigten. Auch eine gewisse Dunkelziffer Nicht-Diagnostizierter sowie Falsch-Kodierungen dürfe man im Sinne der Limitation der Ergebnisse nicht unberücksichtigt lassen. Präventive Maßnahmen, gezielte Bewegungsangebote, gesunde Ernährungsgewohnheiten und die gesundheitliche Aufklärung der Bevölkerung müssen verstärkt gefördert werden, um aus einem ersten Trend eine langfristige Kehrtwende für Deutschland einzuleiten. Auch darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die Erkrankungszahlen bei Typ-1-Diabetes auch in Deutschland steigen und dass immer mehr Menschen erst als Erwachsene die Diagnose Typ-2-Diabetes erhalten (siehe dazu diabeteszeitung 3/2023, S.11).

DZD Diabetes Research School: Jetzt bewerben

„Diabetestherapie der Zukunft“ ist einer der Schwerpunkte in Hamburg

HAMBURG. Direkt vor dem EASD-Kongress wird die DZD Diabetes Research School für junge Forschende stattfinden. Eine Bewerbung dafür ist bis zum 20. Juni möglich.

Während der Diabetes Research School treffen sich Nachwuchs-Wissenschaftler*innen aus der ganzen Welt vom 30. September bis 2. Oktober 2023 zum Austausch untereinander und mit hochkarätigen Referent*innen. Hier die wichtigsten Informationen.

■ **Was ist das Ziel der DZD Diabetes Research School?** Ziel ist die Vermittlung von Wissen, außerdem lassen sich Kontakte knüpfen zu renommierten Wissenschaftler*innen und füh-

renden Köpfen in der Diabetologie – und zwar in informeller Atmosphäre und auf Augenhöhe. Außerdem können Teilnehmende leicht ein Netzwerk zu anderen jungen Wissenschaftler*innen aufbauen und vertiefen.

■ **Was erwartet die Teilnehmenden?** Es wird inspirierende Vorträge zu Diabetesforschungsthemen am Puls der Zeit geben. Darüber können die jungen Forscher*innen mit den Vortragenden und den anderen Teilnehmer*innen diskutieren, sie haben aber auch die Möglichkeit, die Postersession als Bühne für die Vorstellung des eigenen Projektes/Forschungsthemas zu nutzen. Der interdisziplinäre Dialog erweitert den

Wann? Wo? Wer?

- **Wann?** 30.09.2023 bis 02.10.2023
- **Wo?** Hamburg
- **Wer?** 80 junge Wissenschaftler*innen aus dem In- und Ausland
- **Kosten?** Es fallen keine Teilnahmegebühren an. Das DZD übernimmt die Kosten für die Teilnahme, das Catering

Horizont, und die Erweiterung des professionellen Netzwerkes in der internationalen Diabetesforschung fällt leicht. Aber auch der Spaß soll während der DZD Diabetes Research School nicht zu kurz kommen: Die Teilnehmenden erwarten tolle Locations mit dem gewissen Etwas.

während der Veranstaltung und die Hotelübernachtung (im Doppelzimmer).

- **Bewerbung?** Weitere Informationen und Bewerbung auf dzd-ev.de/dzd-next/dzd-diabetes-research-school

■ **Gibt es einen thematischen Schwerpunkt?** Es gibt zwei Schwerpunkte: In „Diabetestherapien der Zukunft“ wird diskutiert, inwiefern für den Metabolismus wichtige Organe wie Leber und Gehirn als Zielstrukturen für neue Therapien dienen können und welchen Wandel die neue

Klasse der Multihormone in der Behandlung bringt. Ein weiterer Fokus liegt auf Umweltfaktoren, die den Stoffwechsel beeinflussen: Welchen Einfluss haben Infektionskrankheiten, Lebensstil, aber auch Luftverschmutzung und Klima auf Diabetes und andere Stoffwechselerkrankungen? *DZD/dz*



NEU!
Nur 99 €
 inkl. Versand



Die praktische Kombi für alle Fälle:

Gedruckt und digital Das Gebühren-Handbuch 2023

mit EBM und GOÄ einschl. IGeL und analoger Bewertungen / von Broglie, Schade et al.

Wertvolle juristische Kommentierungen – leserfreundlich aufbereitet

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

Diese Kombination kostet jetzt nur 99 €

Jetzt bestellen!



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

MedTriX GmbH
 Vertriebsabteilung
 Unter den Eichen 5
 D-65195 Wiesbaden

DOG 5/2023

Empfohlen von:



Ja, ich bestelle _____ Ex. Gebühren-Handbuch 2023 / **Gedruckt und digital** zum Preis von nur € 99 inkl. Porto/Verpackung gegen Rechnung, zahlbar nach Erhalt. (ISBN-Nr.: 978-3-938748-22-0). Den Code zur Online-Aktivierung finden Sie in der Print-Ausgabe.

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

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

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

NICHT VERPASSEN!



Foto: Photographee.eu – stock.adobe.com

Gewichtsverlust – ein langer und harter Weg

Diabetolog*innen sollten häufiger individuelle Ernährungsberatung empfehlen

WIESBADEN. Was macht eine gesunde Ernährung aus? Wieso ist die Ernährungsmedizin ein Traumberuf? Welche Rolle spielt sie im allgemeinen Medizinbetrieb? Und was für eine ernährungsmedizinische Begleitung brauchen Menschen, die ihr Gewicht reduzieren möchten? Professor Dr. Diana Rubin war zu Gast im Podcast O-Ton Diabetologie – und erklärte dabei auch, warum DiGA allein die Pfunde nicht purzeln lassen.

Im November 2022 hat der Ausschuss Ernährung der DDG seine Ernährungsempfehlungen für Menschen mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes aktualisiert. An beiden Publikationen war Professor Dr. DIANA RUBIN maßgeblich beteiligt. Die Zusammenhänge zwischen Ernährung und Gesundheit zogen sie bereits während der Schulzeit in ihren Bann: „Am meisten fasziniert mich an der Ernährungsmedizin, dass wir für fast alle Krankheiten etwas tun können, dass dieser Bereich also für alle klinischen Fächer relevant ist.“

Auch Ernährungsmedizin ist schlecht abrechenbar

Leider spielt das Querschnittsfach bis heute keine angemessene Rolle im Medizinbetrieb, „weder in der Diabetologie noch in den anderen klinischen Fächern“, bedauert sie. Insbesondere im Krankenhauswesen habe die Ernährungsmedizin aus ökonomischen Gründen nicht den Stellenwert, der ihr eigentlich gebührt: „Da hat sie etwas gemeinsam mit der Diabetologie, die im Krankenhaus auch schlecht abrechenbar ist und daher leider nur in wenigen Kliniken so angemessen vertreten ist, wie sie sein sollte.“

»Ergänzung eines Blumenstraußes an Therapieoptionen«

Dabei lasse sich durch eine konsequente Ernährungsumstellung bei Menschen mit Typ-2-Diabetes in bis zu 90 % der Fälle eine Remission erzielen, sofern ihr Diabetes noch nicht allzu lange besteht und sie ihr Gewicht um 15 Kilogramm reduzieren, wie Prof. Rubin mit Blick auf die DIRECT-Studie erläuterte: „Das sind schon beeindruckende Zahlen.“ Doch auch bei Menschen mit Typ-1-Diabetes steigt das Durchschnittsgewicht – ebenso wie in der Allgemeinbevölkerung – seit Jahren an. Für sie gelten daher prinzipiell dieselben Ernährungsempfehlungen, insbesondere wenn es um eine Gewichtsreduktion geht. Weil eine Lebensstiländerung ein langer und oft auch beschwerlicher Weg ist, benötigten Patient*innen dabei langfristige Unterstützung. Doch genau diese werde ihnen derzeit kaum angeboten: In den gän-

gigen Diabetesschulungen habe die Ernährung meist „nur einen Randschauplatz“, und die individualisierte Ernährungsberatung im Einzelgespräch werde viel zu selten eingesetzt. „Das liegt sicherlich auch daran, dass die Finanzierung dieser Leistungen nicht geklärt ist. Ernährungsberatung ist keine Kassenleistung“, kritisierte Prof. Dr. Rubin. Patient*innen müssten also einen Antrag bei ihrer Krankenkasse stellen und hoffen, dass die Kosten wenigstens anteilig übernommen werden.

Auch die Niedergelassenen sind in der Verantwortung

Dabei brauchen Patient*innen, die so viel Gewicht verlieren wollen, ihrer Erfahrung nach eine intensive Betreuung – am besten im Rahmen etablierter Gewichtsreduktionsprogramme mit wöchentlichen mehrstündigen Kontakten, die neben Ernährungs- auch Verhaltens- und Bewegungstherapie beinhalten. Weil genau diese intensive Begleitung in der Regel fehlt, gelinge es nur wenigen Menschen, tatsächlich in nennenswertem Umfang abzunehmen – für Prof. Rubin ein Politikum, das dringend geändert werden sollte. Doch die Ernährungsmedizinerin sieht neben den fehlenden Rahmenbedingungen auch die niedergelassenen Ärzt*innen in der Verantwortung: „Ich würde von den Kolleginnen und Kollegen erwarten, dass sie mehr Patientinnen und Patienten eine ambulante Ernährungsberatung empfehlen und sie dorthin weiterleiten“, mahnte sie, zumindest bei denjenigen, die auch die Zuzahlung leisten können. „Aber da es sich hierbei um Beträge von 40 bis 100 Euro für fünf Termine handelt, können das meiner Erfahrung nach die meisten.“

DiGA sind sinnvoll – aber nur eine Ergänzung

Ohne Zuzahlung können hingegen Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) verordnet werden, die seit gut zwei Jahren für Menschen mit Adipositas – unabhängig von ihrem Diabetesstatus – zur Verfügung



Foto: Wantes/Werner Popp

PROF. DR. DIANA RUBIN

Professor Dr. Rubin ist Internistin, Gastroenterologin und Diabetologin. Sie leitet das Zentrum für Ernährungsmedizin am Vivantes Klinikum in Berlin-Spandau, lehrt an der Universität Kiel, engagiert sich in der DGEM und ist die Präsidentin der Diabetes Herbsttagung 2023 im November in Leipzig. Das Motto der Tagung: „Appetit auf Gesundheit“.

stehen. Für die Expertin sind DiGA ein sinnvolles Tool, das bei der Gewichtsreduktion unterstützen kann. Sie betonte aber auch: „DiGA sind aus meiner Sicht nur eine Ergänzung eines Blumenstraußes an Therapieoptionen, die wir anbieten sollten. Aber leider momentan die einzige voll finanzierte Therapie.“ Sie versuche derzeit, ihre entsprechenden Patient*innen zunächst in die Einzelberatung zu vermitteln. Eine solche Maßnahme erstrecke sich allerdings in der Regel nur über

Low Carb eignet sich zur Gewichtsreduktion

In ihren aktuellen Praxisempfehlungen listet die DDG die kohlenhydratreduzierte Ernährung als eine mehrerer gangbarer Möglichkeiten zur Gewichtsreduktion bei Typ-1- und Typ-2-Diabetes auf. Man müsse allerdings auch bei Low Carb die allgemeinen Kriterien für eine gesunde Ernährung berücksichtigen: „Wenn dann nur fettes Fleisch gegessen wird, ergibt die Low-Carb-Ernährung natürlich überhaupt keinen Sinn“, betonte Prof. Rubin. Menschen mit Typ-1-Diabetes könnten sich ebenfalls Low Carb ernähren, müssten dabei aber auf das Auftreten von Ketosen achten.

sechs Monate, „und da haben die meisten ihr Ziel noch nicht erreicht“, erzählte Prof. Rubin. Weil eine weitere Finanzierung der ambulanten Einzelberatung im laufenden Jahr nicht möglich ist und ein Folgeantrag erst im darauffolgenden Jahr gestellt werden kann, verordnet sie im Anschluss an die Einzelberatung eine DiGA. „Auf diese Weise versuche ich, die Patientinnen und Patienten so lange zu begleiten, bis sie ihr Gewichtsziel erreicht haben. Natürlich schaffen das nicht alle – ich will das gar nicht idealisieren. Es gibt auch Therapieabbrecher, denn es ist nun einmal ein langer und harter Weg“, sagte die Ernährungsmedizinerin. Ziel sei immer, dass die Patient*innen ihren Lebensstil wirklich dauerhaft verändern, sodass sie nicht in den berüchtigten „Jojo-Effekt“ hineintrutschen. *Protokoll: Antje Thiel*

Gesunde Ernährung: Diabetolog*innen als Vorbild?

Was das Körpergewicht angeht, sind die meisten Diabetolog*innen eher im normgewichtigen Bereich. So hat es Prof. Dr. Rubin zumindest auf Kongressen und Fortbildungen beobachtet. Auch sonst habe sich das Gesundheitsverhalten in der Ärzteschaft verbessert: „Früher habe ich auf den Veranstaltungen mehr Raucherinnen und Raucher gesehen.“ Allerdings hätten Ärzt*innen im Alltag meist viel zu wenig Zeit. Das führe dazu, dass viele vor dem Computer essen und sich zu wenig Zeit nehmen für die Mahlzeiten, „was ich auch mache und mir unbedingt noch abgewöhnen möchte“, gab die Ernährungsmedizinerin zu. Ebenfalls ganz oben auf ihrer Wunschliste: Es sollten insbesondere auf Diabetes-Kongressen keine Softdrinks mehr verkauft und anstelle ungesunder, fettreicher Snacks lieber Obst und Gemüse angeboten werden.

Neugierig auf die ganze Folge?

Dann hören Sie sich die Folge mit Prof. Dr. Diana Rubin im Gespräch mit Günter Nuber und Jochen Schlabing in voller Länge an. Zugriff auf alle Folgen von O-Ton Diabetologie – der Podcast für Expert*innen, haben Sie auf medical-tribune.de und auf allen gängigen Podcast-Plattformen (Spotify, Apple, RSS, Google).



Der Podcast für Diabetes-Expert*innen

Medizin & Markt



Foto: iStock/AzmanJaka

Glukose kontrollieren, Insulin dosieren und abgeben

AID-System mylife Loop mit dem FreeStyle Libre® 3-Sensor kann das Diabetesmanagement erleichtern – bestätigt ein Diabetologe

Pressemitteilung – Abbott

WIESBADEN. Seit Kurzem ist in Deutschland das AID-System mylife Loop verfügbar, das mit dem FreeStyle Libre® 3-Sensor von Abbott arbeitet. Dieses umfasst außerdem die mylife™ YpsoPump®-Insulinpumpe von Ypsomed und den mylife™ CamAPS® FX-Algorithmus von CamDiab.

Das System bietet Menschen mit Diabetes eine automatisierte Insulindosierung (AID) auf der Basis von Echtzeit-Glukosendaten. Nach Angaben des Unternehmens zeigen wissenschaftliche Untersuchungen, dass sowohl die kontinuierliche Glukosemessung als auch AID zu einem besseren Diabetesmanagement und mehr Lebensqualität beitragen können^{1,2,3} und dass erste klinische Erfahrungen mit der mylife YpsoPump Vorteile für das Diabetesmanagement bestätigen. Dr. STEFAN GÖLZ, niedergelassener Diabetologe mit einer Schwerpunktpraxis in Esslingen, hat die leichte und kompakte Wearable-Lösung bereits in seiner Praxis getestet und erklärt die Funktionsweise: „Der FreeStyle Libre® 3-Sensor sammelt 1.440 Glukosewerte am Tag, also jede Minute einen, und überträgt diese automa-

tisch an die Smartphone-App mylife Cam APS FX. In der App verarbeitet ein Algorithmus die Daten und berechnet die benötigte, mahlzeitenunabhängige Insulindosis. Egal ob ein Mensch mit Diabetes schläft, segelt oder im Büro sitzt – der Algorithmus interessiert sich nur für die gemessenen Glukosewerte und wie viel Insulin die Pumpe dafür abgeben muss. Auf Grundlage der Berechnungen steuert die App dann über die mylife YpsoPump die Insulinantwort.“ Dies allein kann laut dem Diabetologen für einen Menschen, der an einer chronischen Krankheit leidet, die eigentlich eine 24/7-Aufgabe darstellt, eine enorme Entlastung im Alltag bedeuten.

Vorteilhaft findet Dr. Gözl die Lernfähigkeit des Systems: „Der Algorithmus bezieht bei seinen Berechnungen die Glukoseverläufe und die jeweiligen Insulinabgaben der vergangenen Tage mit ein. Somit wird die Insulindosierung immer passgenauer!“ Er bestätigt außerdem: „Systeme zur intelligenten automatisierten Insulindosierung können ein echter Gamechanger für die Diabetestherapie sein, denn sie funktionieren zuverlässig und bieten eine Vielzahl indivi-

dueller Einstellungen.“ Und weiter: „Aus medizinischer Sicht profitieren Patient*innen, die für das Diabetesmanagement die mylife YpsoPump mit dem FreeStyle Libre® 3-Sensor nutzen, von einer 10- bis 15%igen Verbesserung der Zeit im Zielbereich, der Reduktion des HbA_{1c}-Wertes um etwa 0,5 % und dem guten Glukoseverlauf in der Nacht. Die meisten Anwender sind auch begeistert vom einfachen Handling der kompakten Wearable-Lösung.“ Der Diabetologe sieht außerdem Vorteile für den Workflow des medizinischen Personals, weil Anwender*innen des AID-Systems mit dem FreeStyle Libre® 3-Sensor ihre Glukose- und Insulindaten mit der behandelnden Praxis teilen können. „Wir nutzen die anschaulichen Berichte der Auswertungssoftware als Grundlage für Therapiegespräche in der Sprechstunde und bei regelmäßigen Videocalls mit unseren Patienten“, erklärt Dr. Gözl.

1 Leelarathna L et al. N Engl J Med 2022; 387(16): 1477-1487; doi: 10.1056/NEJMoa2205650

2 Laffel L. 58. Ann Meet EASD 2022, Stockholm

3 Im Vergleich mit anderen, vom Patienten selbst anzubringenden Sensoren. Daten liegen vor. Abbott Diabetes Care.



Sensor, Algorithmus und Pumpe arbeiten zusammen.

Foto: Abbott

Lipidmanagement voranbringen

Presseveranstaltung – Sanofi

LDL-Cholesterin ist kausal für die Entstehung einer Atherosklerose und die Dauer der erhöhten Exposition geht einher mit dem Ausmaß der Gefäßschädigung und den daraus resultierenden kardiovaskulären Folgen, betonte Prof. Dr. ULRICH LAUFS, Leiter der Kardiologie an der Universitätsmedizin Leipzig. „Dadurch ergibt sich aber auch umgekehrt die Chance: Je früher wir behandeln, desto mehr können wir verhindern.“ Als besonders potent – insbesondere bei der Hochrisikogruppe der Patient*innen mit akutem Koronarsyndrom – hat sich in Studien dabei die zusätzliche Gabe von PCSK9-Hemmern wie Alirocumab erwiesen. Um das Lipidmanagement weiter voranzubringen und die Wichtigkeit und die Vorteile einer LDL-C-senkenden Therapie zu unterstreichen, hat das Unternehmen Sanofi die Initiative PILES ins Leben gerufen. Diese soll die Aufmerksamkeit für dieses Thema stärken, gezielt Projekte fördern, Ärzt*innen in ihrer täglichen Arbeit unterstützen und damit das Lipidmanagement von Hochrisikopatient:innen erleichtern. Dazu werden u.a. bestehende Netzwerke, Initiativen und Veranstaltungen gefördert sowie Informationsmaterialien, Fortbildungen und Schulungsmodul angeboten. gh

Online-Fachpressekonferenz, Aktuelle Herausforderungen im Lipidmanagement in der Praxis*

Das Ziel: Interoperabilität von Algorithmus und Pen vorantreiben

Diabeloop und Novo Nordisk wollen außerdem die den Nutzen der kombinierten Technologien evaluieren

Pressemitteilung – Diabeloop

GRENOBLE. Die Vereinbarung von Diabeloop und Novo Nordisk umfasst die Integration von DBL-4pen™, dem selbstlernenden Algorithmus von Diabeloop für die MDI-Therapie, mit den vernetzten und wiederverwendbaren Insulinpens von Novo Nordisk, NovoPen® 6 und NovoPen Echo® Plus. Diabeloop plant zudem eine spezielle Studie für Menschen mit Typ-2-Diabetes, um die Wirksamkeit und den klinischen Nutzen der kombinierten Technologien zu evaluieren.

Anlässlich des Jahreskongresses der Société francophone du diabète (SFD), der vom 21. bis 24. März in Montpellier stattgefunden hat, kündigte Diabeloop eine Zusammenarbeit mit Novo

Nordisk an. Als erstes wird sich die Zusammenarbeit auf die Integration der neuen Generation von vernetzten Insulinpens von Novo Nordisk, NovoPen® 6 und NovoPen Echo® Plus, mit DBL-4pen™ konzentrieren, so das Unternehmen Diabeloop in einer Pressemitteilung. DBL-4pen™ ist eine selbstlernende App für Basal- und Bolusempfehlungen und richtet sich an Menschen mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes, die täglich mehrere Insulininjektionen (MDI) benötigen. NovoPen® 6 und NovoPen Echo® Plus sind vernetzte Pens mit einer Dosis-Speicherfunktion, die den Verlauf der letzten 800 Insulininjektionen speichert und auf einem integrierten digitalen Display die Anzahl der bei der letzten Injektion verabreichten

Einheiten sowie die Zeit seit dieser Injektion anzeigt. Die Datenübertragung vom vernetzten Pen zu einem externen Gerät basiert auf Near Field Communication (NFC). „Wir sind stolz darauf, unsere DBL-4pen™-Interoperabilitätsstrategie mit dieser Kollaboration mit Novo Nordisk weiter ausbauen zu können. Unsere Zusammenarbeit zielt darauf ab, Menschen mit Diabetes mehr automatisierte Lösungen zu bieten, um ihre Therapieergebnisse zu optimieren und ihre Lebensqualität zu verbessern. Mit DBL-4pen™ haben wir einen effizienten selbstlernenden Algorithmus für die Empfehlung der Insulindosis entwickelt, ein bedeutender Fortschritt für die MDI-Therapie, und wir freuen uns darauf, dies mit der innovativen Generation der vernetzten NovoPen® 6- und NovoPen Echo® Plus-Insulinpens zu vertiefen“, erklärt CÉCILE FERRACCI, CCO des Unternehmens Diabeloop. Auch der Start eines klinischen Studienprogramms mit Patient*innen mit Typ-2-Diabetes steht bevor. Das Programm beginnt mit einer ersten multizentrischen 14-wöchigen Vorher-

Nachher-Studie, bei der die Wirksamkeit und Sicherheit der mobilen Applikation DBL-4pen™ in Bezug auf die Blutzuckerkontrolle bei Patienten mit Typ-2-Diabetes untersucht werden soll. Sie wird 40 Patient*innen mit Typ-2-Diabetes in vier Krankenhäusern in Frankreich einbeziehen. Prof. PIERRE-YVES BENHAMOU, Chief Medical Officer von Diabeloop, kommentiert: „Mit dieser interventionellen, offenen, einarmigen klinischen Studie, an der Erwachsene mit Typ-2-Diabetes teilnehmen, wollen wir die Wirksamkeit, Sicherheit und auch die Therapietreue untersuchen. Darüber hinaus werden wir die Verbesserung der Lebensqualität und der Zufriedenheit der teilnehmenden Patient*innen messen und außerdem die Wirkung von DBL-4pen™

auf die Entwicklung des HbA_{1c} in der Verlängerungsphase bewerten.“ Diabeloop wird dann eine spezielle klinische Studie initiieren, um die Wirksamkeit und den klinischen Nutzen der kombinierten Lösung, die DBL-4pen™ mit NovoPen® 6 und NovoPen Echo® Plus verbindet, zu bewerten. Die Daten des NovoPen® 6 und des NovoPen Echo® Plus werden an den selbstlernenden Algorithmus DBL-4pen™ übertragen, der anhand von Eingabedaten wie Mahlzeiten und Bewegung die zu injizierende Insulindosis in Echtzeit empfiehlt. Dieses Studienprogramm prägt die zukünftigen Projekte von Diabeloop für die MDI-Therapie. Diabeloop plant, zunächst Menschen mit Typ-2-Diabetes anzusprechen, die eine intensive Insulinbehandlung benötigen, und danach zeitnah auf Menschen mit Typ-1-Diabetes auszuweiten, die keinen Zugang zu einer Insulinpumpe haben oder diese nicht tragen möchten. Thomas Thestrup-Terp, Corporate Vice President Novo Nordisk, befürwortet die Kooperation und die Verbesserungen, die sich daraus ergeben können.

NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

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

»Geplant ist eine Studie mit Typ-2-Diabetiker*innen

Erstes zugelassenes Twinkretin senkt HbA_{1c} und Körpergewicht deutlich

Inkretinbasierte Behandlung mit GLP1 und GIP als neue Therapieoption bei Typ-2-Diabetes

Webkonferenz – Lilly Diabetes

FRANKFURT A.M. Eine neue Wirkstoffklasse zur Behandlung des Typ-2-Diabetes gilt derzeit als vielversprechende Therapieoption: Twinkretine. Diese können möglicherweise die Blutglukose und das Körpergewicht stärker senken als GLP1-Agonisten.

Die leitliniengerechte Diabetestherapie setzt immer an mehreren Stellen an: der Einstellung der Blutglukose, der Senkung des kardioresonalen sowie Hypoglykämie-Risikos und der Gewichtsreduktion. Inkretinbasierte Therapien mit GLP1-Rezeptoragonisten könnten all diese Anforderungen erfüllen, betonte Prof. Dr. Sebastian Meyhöfer, Lübeck. „In der nahen Zukunft kann auch in Deutschland nicht nur der GLP1-Rezeptor, sondern zusätzlich auch der GIP-Rezeptor zur Therapie des Typ-2-Diabetes adressiert werden“, erklärte er.

Er wies damit auf die Entscheidung der EU-Kommission hin, die im September 2022 Tirzepatid (Handelsname: Mounjaro®) von Lilly als ersten GIP/GLP1-Rezeptoragonisten zur Behandlung des Typ-2-Diabetes zugelassen hat.¹ In allen fünf zulassungsrelevanten Studien (SURPASS-Studien) konnten der HbA_{1c}-Wert sowie das Körpergewicht der Patient*innen statistisch signifikant gesenkt werden. Bei der neuen Wirkstoffklasse handelt es sich um ein Molekül, das sowohl am GIP- als auch am GLP1-Rezeptor bindet und so die Wirkung der körpereigenen Darmhormone GIP

und GLP1 kombiniert. Beide werden nach einer Mahlzeit ausgeschüttet und steuern den Inkretin-Effekt, der wesentlich für die postprandiale Blutzuckerregulation zuständig ist. Laut Hersteller kommt die neue Substanz bei der Behandlung von Erwachsenen mit unzureichend eingestelltem Typ-2-Diabetes ergänzend zu Diät und Bewegung zum Einsatz – entweder in Monotherapie, sollte Metformin nicht vertragen werden oder kontraindiziert sein, oder zusätzlich zu anderen Antidiabetika. Der neue GIP/GLP1-Rezeptoragonist wurde allein oder in Kombination mit anderen Antidiabetika wie Metformin, SGLT2-Inhibitoren, Sulfonylharnstoffen oder Insulin glargin getestet, dies sowohl gegen Placebo als auch gegen Semaglutid, Insulin degludec und Insulin glargin. Den Patient*innen wurde das Präparat einmal pro Woche subkutan mit einem Fertipgen und in den Dosierungen 5 mg, 10 mg oder 15 mg appliziert.

Dabei wurde nicht nur eine statistisch signifikante Senkung des HbA_{1c}-Werts erzielt, sondern auch des Körper-

gewichts: 23 bis 69 % der Studienteilnehmenden verloren, je nach Dosierung, innerhalb von 40 Wochen mindestens 10 % an Gewicht. Laut Hersteller ähnelt das Verträglichkeitsprofil der neuen Substanz dem der GLP1-Rezeptoragonisten. Als häufigste Nebenwirkungen zeigten sich gastrointestinale Beschwerden wie Übelkeit, Erbrechen und Durchfall, die meist leicht oder moderat ausgeprägt waren. Sie traten bei Dosissteigerungen häufiger auf und nahmen im Behandlungsverlauf ab. Eine Metaanalyse zur kardiovaskulären Sicherheit, die für die Zulassung in den USA und der EU gefordert wurde, zeigte kein erhöhtes Risiko für die vier schwerwiegenden unerwünschten kardiovaskulären Komplikationen (MACE-4).

Die Daten aus den klinischen Studien seien vielversprechend, so Meyhöfer. Es gebe bereits „sehr gute Hinweise darauf“, dass eine kardioresonale sichere Therapie möglich sei. Mit Spannung würde man nun die Ergebnisse einer großen Endpunktstudie zum kardioresonalen Risiko erwarten. Die Ergebnisse von SURPASS-1, -3 und -4 wurden in The Lancet veröffentlicht, SURPASS-2 im New England Journal of Medicine und SURPASS-5 in JAMA. *amo*

Webkonferenz DIALOG – Von innovativen Molekülen bis hin zur neuesten Technik

1 Europäische Kommission 2022. Verfügbar unter: ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/h1685.htm (Stand: 23.09.2022)

»Ist die Therapie kardioresonal sicher? Dazu läuft eine Studie«

Nasales Glukagon bei schwerer Hypoglykämie gibt Sicherheit

Rechtzeitig an die Nachverordnung von Baqsimi denken

Pressemitteilung – Lilly

BAD HOMBURG. Mit Baqsimi® steht in Deutschland seit drei Jahren Glukagon für den Notfall einer schweren Hypoglykämie bei Menschen mit Diabetes mellitus ab vier Jahren in einer nasalen Applikationsform zur Verfügung.¹ Dank seiner einfachen Anwendung können Hilfeleistende den Wirkstoff leicht und erfolgreich verabreichen.^{1,2} Bei manchen Patient*innen, die ein nasales Glukagon zur Notfallvorsorge erhalten haben, könnte es inzwischen Zeit für eine Nachverordnung sein.

Menschen mit Diabetes, die eine schwere Hypoglykämie erleiden, benötigen zur Behandlung fremde Hilfe.³ Das nasale Glukagon Baqsimi® ermöglicht es auch ungeschulten

Personen, in einer Notfallsituation rasch und wirksam zu helfen, wie eine Simulationsstudie zeigte² und das Unternehmen Lilly in einer Pressemitteilung schreibt. Und weiter: Aufgrund der einfachen Anwendung kann Baqsimi® Betroffenen und ihren potenziellen Helfern die Bewältigung schwerer Hypoglykämien erheblich erleichtern. Entsprechend bevorzugen Menschen mit Diabetes und ihre Angehörigen mehrheitlich die nasale Applikationsform von Glukagon gegenüber injektiblen Präparaten.⁴ Baqsimi® liegt in Einzeldosisbehältnissen vor, die jeweils 3 mg des Wirkstoffs als Pulver enthalten und langfristig bei bis zu 30 °C gelagert werden können.¹ Aber auch bei sehr niedrigen Temperaturen bleiben die Eigenschaften des Medikaments erhalten, wie eine Studie zeigte.⁵ Seine Haltbarkeit beträgt unter diesen Bedingungen laut Fachinformation zwei Jahre.¹ Es lohnt sich daher, jetzt die Haltbarkeit des Präparats bei den Patient*innen zu überprüfen, die bereits vor längerer Zeit eine Verordnung erhalten haben, und im Bedarfsfall eine Nachverordnung auszustellen. Denn ein einfach anzuwendendes Präparat zur Verfügung

zu haben, auf dessen Wirksamkeit im Notfall unbedingt Verlass ist, gibt laut der Pressemitteilung von Lilly nicht nur den Betroffenen, sondern auch ihrem persönlichen Umfeld ein großes Plus an Sicherheit.

1 Fachinformation Baqsimi, aktueller Stand

2 Settles J et al. Endocrine Practice 2020; 26: 407-415

3 Deutsche Diabetes Gesellschaft S3-Leitlinie Therapie des Typ-1-Diabetes, 2. Auflage 2018

4 Umfrage Kirchheim Verlag und Lilly, Mai 2021, Lilly Data on file

5 Pack BW et al. Diabetes 2021; 70 (Supplement 1): 772-P



Bei Baqsimi liegt um
Glukagon in einer Form
vor, die in die Nase
gesprüht wird.

Foto: Lilly

»Die Haltbarkeit des Präparats sollte überprüft werden«

Therapieziele effizient erreichen mit Semaglutid

Medikamentöse Therapie des Typ-2-Diabetes

Presseveranstaltung – Novo Nordisk

WIESBADEN. Im Rahmen des 129. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin lud das Unternehmen Novo Nordisk zum Format „Talk Typ 2“ ein, in dem eine Hausärztin und ein Diabetologe die geeignete Strategie für den Start der medikamentösen Therapie des Typ-2-Diabetes diskutierten.

Dr. PETRA SANDOW, Allgemeinmedizinerin aus Berlin, hob hervor, wie wichtig es ist, Patient*innen mit Typ-2-Diabetes nach der Diagnose bezüglich gesunder Ernährung und moderater Bewegung zu beraten. Die Menschen davon zu überzeugen, einen gesünderen Lebenswandel anzunehmen, könne mitunter aber auch herausfordernd sein und verlange nach Fingerspitzengefühl. Denn bereits bei der Erwähnung von „Sport“ schalten viele ab. Der Vorschlag, zunächst regelmäßig eine viertel oder halbe Stunde spazieren zu gehen, sei hierbei zielführender. Dem pflichtete Dr. MARCEL KAISER, hausärztlicher Internist und Diabetologe, bei: „Lebensstil-Probleme anzugehen, ist kolossal schwierig. Der Mensch neigt dazu, bestimmte Verhaltensweisen immer wieder zu kopieren. Im Alter erst recht.“ Daher sei es sehr wichtig, in den Schulungen nachdrücklich auf die Bedeutung eines gesunden Lebensstils hinzuweisen.

Bei vielen Patienten reichen diese Maßnahmen jedoch häufig bereits zum Therapiestart nicht aus. Nach welchen Kriterien sollte dann die Auswahl einer medikamentösen Behandlung erfolgen? „Wir starten ja im Regelfall bei vielen schon oral mit Metformin plus einer Substanz, die nicht nur das HbA_{1c} adressiert, sondern auch kardiovaskulären und/oder renalen Schutz bietet“, erklärte Sandow. Hierbei sei es wichtig herauszufinden, wo der individuelle Bedarf liegt: Gibt es Probleme mit der Niere, liegen Herzinsuffizienz oder Atherosklerose vor? Je nachdem, worauf der Hauptfokus liege, entscheide man sich für den zweiten Partner. Gerade für übergewichtige Patienten mit Herz- und Nierenproblemen haben sich dabei lang wirksame GLP1-Rezeptoragonisten als geeignete Substanzklasse erwiesen. Denn sie sorgen nicht nur für eine signifikante Senkung von HbA_{1c} und Gewicht, sie tragen darüber hinaus auch effektiv zum kardioresonalen Organschutz bei, wie die Daten der kardiovaskulären Endpunktstudie SUSTAIN 6 belegen. Dr. Petra Sandow fasste zusammen: „GLP1-RA wie Semaglutid können effektiv dazu beitragen Therapieziele zu erreichen, die von den Patient*innen gesehen und gespürt werden können, wie bspw. eine Gewichtsreduktion. Dies kann Betroffene motivieren und somit die Therapieadhärenz erhöhen. Zusätzlich haben wir Therapieergebnisse wie die kardiovaskuläre Risikoreduktion, die man zwar nicht direkt sehen kann, die aber ebenso wichtig sind. Auch hier kann Semaglutid effektiv unterstützen.“ *gn/gb*

„Talk Typ 2 – Diabetestherapie in der hausärztlichen Praxis“ im Rahmen des 129. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) 2023

Verhaltensmodifikation durch Visualisierung

Expert*innen empfehlen CGM immer stärker auch bei Typ-2-Diabetes, ob mit oder ohne Insulin

Symposium Dexcom

BERLIN. CGM-Systeme gelten inzwischen als „Standard of Care“ bei Menschen mit Typ-1-Diabetes und immer mehr auch von Menschen mit Typ-2-Diabetes.

Sowohl EASD als auch ADA empfehlen mittlerweile den Einsatz von CGM-Systemen auch für Menschen mit Typ-2-Diabetes. Dr. GRAZIA ALEPPO, Chicago, präsentierte Daten zum Einsatz von rtCGM zu Therapiebeginn und untersuchte, wie sich ein erleichterter Zugang für Menschen mit Typ-2-Diabetes und weniger intensiver Insulinbehandlung auf die Nutzung von rtCGM in der klinischen Praxis auswirkt. Aktuelle Real-World-Daten zeigen hier, dass die Verwendung eines CGMS, z.B. des Dexcom 6, sowohl TiR als auch HbA_{1c}-Wert signifikant verbessern konnte. Dr. THOMAS GRACE, Ohio, riet zur frühen Nutzung von CGM-Systemen möglichst schon vor dem Start einer medikamentösen Diabetesbehandlung; CGMS sollten als First-Line-Therapie eingesetzt werden. Dass ein intermittierender rtCGM-Einsatz auch bei nicht mit Insulin behandelten Menschen mit Typ-2-Diabetes sinnvoll sein kann, empfiehlt eine Gruppe aus 15 Technologie- und Diabetesexpert*innen in einem aktuellen Positionspapier für Deutschland. Verwiesen wird z.B. auf die aktuellen Leitlinien der Amerikanischen Gesellschaft für klinische Endokrinologie. *amo*

Symposium „Dexcom CGM: Transforming the Course of Care for Type 2 Diabetes“, ATTD 2023

NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

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

Endlich besser essen im Krankenhaus

Breites Bündnis fordert Stärkung der Ernährungskompetenz

BERLIN. „Modern und bedarfsgerecht“ soll die Krankenhausversorgung der Zukunft sein – so das Credo der Regierungskommission, die derzeit Vorschläge für eine Umstrukturierung des Klinikwesens erarbeitet. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, muss dringend die Ernährungskompetenz an den Kliniken gestärkt werden. Dies fordert ein breites Bündnis aus 24 medizinischen Fachgesellschaften, zu dem auch die DDG gehört.

In einer Stellungnahme, die unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM) erarbeitet wurde, wendet sich das Bündnis mit konkreten Vorschlägen zur Verbesserung der Ernährungsversorgung in deutschen Krankenhäusern an das Bundesministerium für Gesundheit. Denn noch immer ist es in Deutschland keine Selbstverständlichkeit, dass sich die ernährungsmedizinische Versorgung kranker Menschen tatsächlich an ihrem Ernährungszustand und am individuellen Nährstoffbedarf orientiert.

Welche gravierenden gesundheitlichen Folgen ein schlechter Ernährungszustand haben kann, wurde lange Zeit unterschätzt. „Heute weiß man, dass bei mangelernährten Patientinnen und Patienten der Krankheitsverlauf negativ beeinflusst und Heilungsprozesse verzögert werden. Die Prognose der Betroffenen verschlechtert sich, die Komplikationsrate und sogar das Sterberisiko steigen, ebenso die Behandlungsdauer und -kosten“, so Professor Dr. med. MATTHIAS PIRLICH, Präsident der DGEM.

Ernährungsscreening schon seit Jahren gefordert

Ein Ernährungsscreening fordert die DGEM bereits seit Jahren. „Im Rahmen der Reform sollte es nun als Mindeststrukturvoraussetzung

festgeschrieben werden“, sagt Pirllich. Diese Forderung beziehe sich auf die Krankenhäuser aller drei Versorgungsstufen (Levels). Ebenso fordert das Positionspapier ein Ernährungsassessment bei festgestelltem Mangelernährungsrisiko, die Erstellung individueller Therapiepläne sowie einer evidenzbasierten Ernährungstherapie. Kliniken

der Versorgungsstufen II und III sollten zudem dazu verpflichtet werden, interprofessionelle Ernährungsteams unter fachärztlicher Leitung einzurichten, heißt es in der Stellungnahme weiter. Diese Präventions- und Therapiekonzepte müssten adäquat im DRG-System abgebildet und vergütet werden.

DGEM/dz



DDG Deutsche Diabetes Gesellschaft

Fortbildung Digitalisierung

Neue Webinare. Neue Punkte. Neues Format.

Hybrid: Die zertifizierten Fortbildungen als Webinar und in Präsenz

Interaktiv: Alle Webinare im direkten Dialog mit den Referent:innen

Modular: 8 Themen-Schwerpunkte in 4 möglichen Kombinationen

Mehrfache Teilnahme, mehrfache Punktechance!

CME Punkte beantragt

Erstes Webinar
am 31.05.2023 ab 15:30 Uhr

Module

- Modul 1** Digitale Praxis 2023
- Modul 4** Vorteile des Diabetes-Datenmanagements
- Modul 6** Datenschutz und Datensicherheit in der Praxis
- Modul 7** Digitales Diabetes-Coaching – eine neue Chance für die Beratungsberufe

Weitere Module:

- Modul 2:** Digitale Praxistools – wie setze ich sie in der Praxis ein?
- Modul 3:** AID, Übersicht und Vorstellung eines Systems
- Modul 5:** Digitale Sprechstunde – was ist neu und wie ist die Rechtslage?
- Modul 8:** Digitalisierung in der Kinderdiabetologie
- Modul 9:** Der digitale Patient

Weitere Webinare

- 14.06.2023 Modul 2, 3, 5 & 8
- 25.10.2023 Modul 1, 3 & 9
- 22.11.2023 Modul 4, 5, 6 & 7

Präsenz-Fortbildung

- 14.10.2023 Berlin, 08:30 – 16:30 Uhr

Unsere Expert:innen



Claudia Sahn, Diabetesberaterin (DDG), Diabeteszentrum Ammersee Herrsching



Dr. jur. Thorsten Thaysen, Rechtsanwalt München



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



Friedhelm Petry, Facharzt für Innere Medizin, Diabetologe DDG, Internistische Gemeinschaftspraxis, Wetzlar



Hier mehr erfahren und online anmelden:
medical-tribune.de/ddg-fortbildung-webinar

Organisation:

MedTriX Group

Mit freundlicher Unterstützung:

DEXCOM

omnipod
leichter leben™

eviVamed
DEDICATED TO SELF CARE

Abbott

Bündnis der Fachgesellschaften

Neben der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin haben u.a. auch folgende Fachgesellschaften die Stellungnahme unterschrieben:

- Deutsche Diabetes Gesellschaft
- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin
- Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie
- Deutsche Gesellschaft für Geriatrie
- Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten
- Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
- Deutsche Krebsgesellschaft
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
- Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung
- Deutsche Gesellschaft für Nephrologie
- Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft
- Deutsche Gesellschaft für Angiologie – Gesellschaft für Gefäßmedizin

Positive Effekte von iscCGM bestätigt

HbA_{1c}-Senkung und deutlich mehr Zeit im Zielbereich

MANCHESTER. Menschen mit Typ-1-Diabetes und instabiler Stoffwechsellage profitieren im Hinblick auf die Glukosekontrolle sowie das Hypo- und Hyperglykämierisiko von einem kontinuierlichen Glukosemonitoring (CGM) mit intermittierenden Messungen (isc).

Wie gut bei Patientinnen und Patienten mit einem Typ-1-Diabetes die Stoffwechseleinstellung gelingt, hängt im Wesentlichen davon ab, wie häufig die Betroffenen ihren kapillären Blutzucker testen und entsprechende Anpassungen der Insulindosis vornehmen, sagt Dr. LALANTHA LEELARATHNA vom Diabetes, Endocrinology and Metabolism Centre des Manchester University NHS Foundation Trust. Da viele Menschen mit Diabetes die Messungen mittels Teststreifen allerdings nicht mit der nötigen Konsequenz vornehmen, überschreitet ihr glykosyliertes Hämoglobin häufig den Zielbereich. Moderne Glukosemesssysteme ersetzen zunehmend die Teststreifen-Methode: Auf der Haut angebrachte Sensoren erlauben das kontinuierliche Monitoring



Beim iscCGM werden die Werte mit einem Lesegerät oder dem Smartphone ausgelesen.

Foto: Eik Scott/gettyimages

»Hochrisikopersonen waren ausgeschlossen«

der Blutzuckerwerte – entweder in Form intermittierender Scans oder in Echtzeit. Welche Vor- und Nachteile ein solches System für Menschen mit schlecht eingestelltem Typ-1-Diabetes hat, prüfte Dr. Leelarathna gemeinsam mit weiteren Forschenden im Rahmen der multizentrischen FLASH-UK-Studie.

An der Untersuchung nahmen 156 Frauen und Männer im Alter von durchschnittlich 44 Jahren teil, die im Schnitt seit 21 Jahren an einem Typ-1-Diabetes litten und einen HbA_{1c}-Wert zwischen 7,5 und 11,0 % aufwiesen. Gemäß Randomisierung versorgten die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler die Hälfte der Studienteilnehmenden mit einem Glukosesensor am Oberarm, der intermittierend mithilfe eines speziellen Lesegeräts und/oder einer Smartphone-Applikation ausgelesen wurde. Bei jedem Scanvorgang werden sowohl der aktuelle Glukosewert als auch der Verlauf der Messergebnisse angezeigt, erläutern die Forschenden. Optional kann zudem eine Alarmfunktion des Sensors bei

hohen und niedrigen Blutzuckerkonzentrationen genutzt werden.

Niedrigeres HbA_{1c} und Werte länger im Zielbereich

Die 78 Personen der Kontrollgruppe setzten ihr gewohntes Blutzuckermonitoring unverändert fort. Als primären Studienendpunkt definierten die Forschenden die Veränderung des HbA_{1c}-Werts nach 24 Wochen. Daneben wurden auch Sensordaten wie Zeit im Zielbereich (TiR), Zeit unter- bzw. oberhalb des Zielbereichs (TbR bzw. TaR), mittlerer Glukosewert und Glukosevariabilität ausgewertet. Auch Patientenzufriedenheit und Sicherheit des iscCGM-Systems flossen in die Auswertung ein.

Nach 24 Wochen hatte in der Interventionsgruppe der HbA_{1c}-Wert von durchschnittlich 8,7 ± 0,9 % auf 7,9 ± 0,8 %, in der Kontrollgruppe dagegen von 8,5 ± 0,8 % auf nur 8,3 ± 0,9 % abgenommen (p < 0,001). Der Glukosesensor erhöhte zudem die Chance auf ein Absenken des HbA_{1c}-Werts ≤ 7,5 % um den Faktor 2,5. Die Blutzuckermesswerte der Patient*innen der Interventionsgruppe lagen im Vergleich zu den Messwerten der Kontrollen pro

Anwendung bei Hochrisikopersonen?

Abschließend unterstreichen die Forschenden um Dr. Lalantha Leelarathna: Ob sich die Vorteile des kontinuierlichen Glukosemonitorings auch auf Menschen mit Typ-1-Diabetes mit fehlender Hypoglykämiewahrnehmung und/oder rezidivierenden schweren Hypoglykämien übertragen lassen, ist unklar, da diese Hochrisikopersonen von der Studienteilnahme ausgeschlossen wurden.

Tag 130 Minuten länger im Zielbereich (70 bis 180 mg/dl), 43 Minuten kürzer im Hypoglykämiefenster (< 70 mg/dl) und 86 Minuten kürzer im Hyperglykämiefenster (> 180 mg/dl). Sie zeigten sich mit der Studienintervention zudem deutlich zufriedener als die Kontrollen: Das Monitoringsystem war einfach anzuwenden und funktionierte fehlerfrei. Je zwei Personen der Kontrollgruppe erlitten eine schwere Hypoglykämie bzw. eine nicht stationär behandelungsbedürftige Ketose und eine Person der Interventionsgruppe entwickelte eine diabetische Ketoazidose. Nebenwirkungen in Zusammenhang mit dem Hautsensor traten nur selten auf. Dr. Judith Lorenz

Leelarathna L et al. N Engl J Med 2022; 387(16): 1477-1487; doi: 10.1056/NEJMoa2205650

MEDICAL REPORT

„Jeder Insulin-Anwender müsste ein Glukagonpräparat zur Verfügung haben“

Experteninterview zu schweren Hypoglykämien

Schwere Hypoglykämien können unerwartet auftreten, selbst wenn alle Empfehlungen zur Umsetzung der Insulin-Therapie beachtet wurden. Bei Menschen mit Diabetes und ihren Angehörigen sorgt dies nicht selten für Ängste. Eine gute Vorbereitung auf den möglichen Notfall ist für die Betroffenen daher von essenzieller Bedeutung. Dabei haben Glukagon-Präparate, die auch von medizinischen Laien verabreicht werden können, einen hohen Stellenwert. Seit der Einführung von Glukagon zur nasalen Anwendung ist die Bewältigung schwerer Unterzuckerungen für Helfende einfacher geworden. Der Diabetologe Dr. med. Christoph Axmann, Liebenburg, und die Psychologin Susann Clever, Hamburg, erläutern im Gespräch, für wen die Verordnung sinnvoll ist und wie sich die Verfügbarkeit eines einfach zu handhabenden Notfallpräparats auf die emotionale Befindlichkeit von Patient:innen und ihrer Angehörigen auswirken kann.

Warum gelingt es trotz aller Fortschritte im Bereich Diabetes noch immer nicht, schwere Hypoglykämien zu vermeiden?



Dr. med. Christoph Axmann
Diabetologe, Liebenburg
Foto: Privat

Dr. Axmann: Das hat unterschiedliche Gründe. In manchen Fällen erkennen Betroffene die Signale einer entstehenden Hypoglykämie nicht. Manchmal möchten Menschen auch eine begonnene Tätigkeit noch zu Ende bringen und steuern nicht rechtzeitig gegen. Im Alter gibt es das Problem, dass die adrenerge Gegenregulation mit Signalen wie Unruhe, Zittern usw. schwächer ausgeprägt ist. Gleichzeitig steigt die neuroglykopenische Schwelle, ab der eine Glukose-Mangelsituation im Gehirn herrscht, sodass dem alten Menschen oftmals nur wenig Zeit bleibt, eine schwere Hypoglykämie abzuwenden.



Susann Clever
Psychologin, Hamburg
Foto: Privat

Welche Patient:innen sollten mit einem Glukagon-Notfallpräparat versorgt werden?

Dr. Axmann: Vor allem Menschen mit Typ-1-Diabetes. Aber auch Menschen mit Typ-2-Diabetes, die Insulin spritzen, haben das Potenzial, in eine schwere Hypoglykämie zu geraten. Hinzu kommen Patient:innen, die wir in unserer Klinik im Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen als Typ-3-Diabetiker betreuen, bei denen die Bauchspeicheldrüse alkoholtoxisch chronisch entzündet ist. Bei diesen Patient:innen ist die Glukagonproduktion nicht mehr vorhanden. Auch sie dürfen wir nicht vergessen, mit einem Glukagon-Notfallpräparat zu versorgen.

Susan Clever: Eigentlich müsste jeder, der Insulin anwendet, diese Notfallversorgung zur Verfügung haben. Es ist beruhigend für Betroffene und ihre Angehörigen, dass es etwas gibt, das es ermöglicht, mit einer als bedrohlich empfundenen Situation umzugehen. Wichtig ist, dass sie wissen, wie Notfallpräparate angewendet werden und ihre potenziellen Helfer entsprechend instruieren.

Mit Baqsimi® gibt es Glukagon inzwischen auch zur nasalen Applikation. Sehen Sie hier Vorteile gegenüber injektiblen Formulierungen?

Dr. Axmann: Die nasale Applikation ist ausgesprochen hilfreich, denn es ist keine Injektion nötig. Wenn für die Notfallversorgung bei einer schweren Hypoglykämie anstatt einer Notfallspritze ein Präparat zur nasalen Anwendung eingesetzt werden kann, dann erleichtert das sowohl für Betroffene als auch für Angehörige den Alltag. Außerdem besteht dann auch keine Gefahr mehr, dass die Glukagonspritze mit einer Insulinspritze verwechselt wird.

Susan Clever: Das, was Angehörige bzw. Helfende bei einer schweren Hypoglykämie tun, muss in einer sehr

hektischen Situation funktionieren. Ein Nasenspray hat jeder schon mal benutzt. Das wird als wenig bedrohlich und einfach empfunden. Eine Spritze wird dagegen als etwas sehr Medizinisches betrachtet und Helfende haben Zweifel, ob sie sie richtig anwenden können. Deshalb glaube ich, je einfacher und je vertrauter die Handhabung der Notfall-Behandlung ist, desto besser ist es.

Wie können potenzielle Helfer motiviert werden, in einer Notfallsituation aktiv zu werden?

Susan Clever: Der Betroffene kann mit ihnen besprechen, was er sich im Falle eines Notfalls an Hilfe wünscht. Dieser könnte den Kolleg*innen die Symptome schildern und bitten, dass sie dann Kohlenhydrate geben oder im Falle einer schweren Hypoglykämie Glukagon verabreichen. Auch sollten sie offen gefragt werden, ob das für sie in Ordnung ist und ob sie noch Rückfragen haben. Im Büro kann man in einer bestimmten Schublade den Saft und das Glukagon-Notfallmedikament bereitlegen. Die Helfenden hätten dann kein Problem mehr, tätig zu werden, da sie wissen, was sie tun müssen.

Multitalent senkt Glukosewerte und Gewicht

Dreifach-Rezeptoragonist als neuer Hoffnungsträger bei Typ-2-Diabetes

INDIANAPOLIS. Außer der Optimierung des Blutzuckerspiegels ist die Gewichtsreduktion ein wesentliches Ziel bei der Therapie des Typ-2-Diabetes. Das Peptid LY3437943 kann vermutlich beides: Es verbessert die glykämische Kontrolle und erleichtert übergewichtigen oder adipösen Menschen das Abnehmen. Nun wurde der neuartige Wirkstoff erfolgreich in einer Phase-Ib-Studie getestet.

LY3437943 wirkt an drei verschiedenen Rezeptoren als Agonist, erläutern Dr. SHWETA URVA und Dr. TAMER COSKUN von Eli Lilly and Company in Indianapolis, und zwar an den Rezeptoren für Glukagon, GIP (glukoseabhängiges insulinotropes Peptid) und GLP1 (Glucagon-like Peptide-1). Der Entwicklung von LY3437943 liegt die Hoffnung zugrunde, auf diese Weise die positiven metabolischen Effekte von Glukagon und der beiden Inkretinhormone GIP und GLP1 in einem einzigen Wirkstoff vereinen zu können (siehe Kasten).

Phase-Ib-Studie an vier US-amerikanischen Zentren

Nach vielversprechenden präklinischen Tests prüften Dr. Urva und weitere Forschende zwischen Dezember 2019 und Dezember 2020 die Sicherheit, die Pharmakokinetik sowie die Pharmakodynamik von LY3437943 im Rahmen einer an vier US-Zentren durch-

geführten Phase-Ib-Studie. Bei den Teilnehmenden handelte es sich um 72 Erwachsene im Alter zwischen 20 und 70 Jahren, die seit mindestens drei Monaten mit einem Typ-2-Diabetes lebten, einen HbA_{1c}-Wert zwischen 7,0 und 10,5 % und – bei stabilem Körpergewicht – einen Body-Mass-Index zwischen 23 und 50 kg/m² aufwiesen. Gemäß Randomisierung erhielten 15 Personen über einen Zeitraum von zwölf Wochen einmal pro Woche eine subkutane Placeboinjektion, fünf Personen erhielten den

GLP1-Rezeptoragonist Dulaglutid, je neun Personen erhielten 0,5 bzw. 1,5 mg LY3437943 und 11 Personen erhielten 3 mg LY3437943. Zusätzlich sah das Studiendesign zwei Behandlungsgruppen mit schrittweiser Eskalation der LY3437943-Dosis vor (3/6 mg, n = 11 bzw. 3/6/9/12 mg, n = 12).

Nur leichte oder mäßige gastrointestinale Störungen

Insgesamt 29 Personen schieden vorzeitig aus der Studie aus – Grund hierfür waren mehrheitlich medizinische Entscheidungen in Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie, berichten die Forschenden. Therapieassoziierte Nebenwirkungen (TEAE, treatment-emergent adverse events) entwickelten 63 % der mit LY3437943, 60 % der mit Dulaglutid sowie 54 % der mit Placebo behandelten Personen. Am häufigsten handelte es sich dabei um transiente gastrointestinale Störungen leichter oder mäßiger Ausprägung. Die

»Wöchentliche Applikation«

pharmakokinetischen Parameter wiesen eine Dosisproportionalität auf. Die gewonnenen Daten zur Halbwertszeit des Wirkstoffs – diese beträgt etwa sechs Tage – sprechen nach Einschätzung der Forschenden für eine wöchentliche Applikation. Nach der zwölfwöchigen Behandlungsphase stellten sie in den LY3437943-Gruppen im Vergleich zu Placebo eine signifikante Verbesserung der glykämischen Kontrolle (Blutzuckerkonzentration, HbA_{1c}-Wert) fest. Weiterhin hatten die mit dem Dreifach-Rezeptoragonist behandelten Personen erheblich stärker an Gewicht abgenommen als die

als auch im Hinblick auf die Gewichtsreduktion die deutlichsten Effekte.

Vielversprechende Ergebnisse in Phase-II-Studien untermauern

LY3437943 wird bei einmal wöchentlicher Gabe gut vertragen, verbessert die Blutzuckerkontrolle und reduziert das Körpergewicht stärker als alle bislang zur Adipositas-therapie zugelassenen Pharmaka, schließen die Forschenden. Angesichts dieser vielversprechenden Ergebnisse prüfen sie den Dreifach-Rezeptoragonist nun im Rahmen

zweier Phase-II-Studien an Menschen mit einem Typ-2-Diabetes bzw. einer Adipositas. Diese sollen zudem klären, ob auch Personen mit einer nicht-alkoholischen Fettlebererkrankung oder Steatohepatitis von LY3437943 profitieren.

Dr. Judith Lorenz

Urva S et al. Lancet 2022; 400 (10366): 1869-1881; doi: 10.1016/S0140-6736(22)02033-5

Dreifache Wirkung mit nur einem Präparat.

Foto: ojogabonitoo/gettyimages

Kontrollen. Höhere Wirkstoffdosen erzielten dabei sowohl im Hinblick auf die Blutzuckerkontrolle

LY3437943: „Drei in eins“

Glukagon reduziert unter anderem den Appetit und die gastrointestinale Motilität, fördert den Energieverbrauch und steigert die hepatische Fettsäureoxidation und Lipolyse. GIP steigert die postprandiale Insulinsekretion und erleichtert die Lipidclearance. GLP1-Rezeptoragonisten wirken ebenfalls appetitzügelnd, verzögern die Magenentleerung, steigern die postprandiale Insulinsekretion. Sie verbessern bei Personen mit einem Typ-2-Diabetes darüber hinaus die Blutzuckerkontrolle und reduzieren das Körpergewicht. Diese positiven metabolischen Effekte sollen im Wirkstoff LY3437943 vereint werden.

»GIP und GLP1 in einem Wirkstoff vereinen«

Pankreas-Organoiden aus Stammzellen gewonnen

Hoffnung auf neue Erkenntnisse für die Diabetes- und Krebsforschung

ULM. Einem Team am Institut für Molekulare Onkologie und Stammzellbiologie des Universitätsklinikums Ulm ist es gelungen, künstliche Organe der drei relevanten Zelltypen der Bauchspeicheldrüse zu züchten. Derartige Mini-Organe sollen die biologische Funktion der natürlichen Organe nachbilden und stehen bereits für Leber, Niere, Gehirn und Darm zur Verfügung.

Zum einen wurden im Ulmer Labor die endokrinen Zellen vermehrt, die im Pankreas für die Produktion und Ausschüttung von Insulin und Glukagon verantwortlich sind. Weiterhin konnten sie die gleichen Pankreas-Vorläuferzellen

auch zu Zellen mit exokriner Funktion ausdifferenzieren – hier insbesondere die azinären Zellen, die im Pankreas die Produktion und Sekretion von Verdauungssäften steuern. „Bisher gab es keinerlei verlässliche Methoden, um überhaupt Azinuszellen ‚herzustellen‘, geschweige denn diese simultan aus den gleichen Vorläuferzellen hervorzubringen wie die beiden anderen Zelltypen“, betonte Studienleiter Professor Dr. ALEXANDER KLEGER. Damit wurde erstmals die Modellierung der Embryonalentwicklung des Pankreas in einem In-vitro-System erreicht. Hierfür entwickelten die Forschenden ein Modell, das für die Dia-

betes- und die Krebsforschung neue grundlegende Erkenntnisse liefern könnte. „Durch gezieltes An- und Abschalten von Signalwegen, die für die Pankreasentwicklung eine Rolle spielen, können wir schrittweise die Stadien der Embryonalentwicklung in der Zellkultur nachahmen, um so die jeweiligen Zellarten der Bauchspeicheldrüse zu züchten“, erklärte Erstautorin SARAH MERZ.

»Alle drei Zelllinien des Pankreas«

Für die Generierung der verschiedenen Pankreaszelltypen wurden aus humanen pluripotenten Stammzellen Pankreas-Vorläuferzellen gewonnen, die eine hohe Expression des Markers Glykoprotein 2 (GP2) aufweisen. Durch die spezifische GP2-Anreicherung können die Vorläuferzellen sich gleichzeitig in drei verschiedene Zelllinien der Bauchspeicheldrüse entwickeln: in endokrine, duktale und azinäre Zellen. „Mit diesem Modell, das alle drei Zelllinien des Pankreas umfasst, können die Auswirkungen von Mutationen zelltypspezifisch untersucht werden“, betonte Prof. Dr. Kleger. Dies bringe große Vorteile für die

Forschung zu Pankreastumoren, die zu 98 % den exokrinen Teil des Organs betreffen. Daher sei es umso wichtiger, in der Forschung auf Modellorganoiden zurückgreifen zu können, die auch exokrine Zellen umfassen. Beim duktalem Adenokarzinom etwa, das wegen seiner hohen Mortalitätsrate gefürchtet ist, sei insbesondere das Drüsengewebe betroffen. Das humane Organmodell könnte künftig möglicherweise auch dazu beitragen, die Zahl der Tierversuche in der Diabetes- und Pankreasforschung weiter zu reduzieren.

Universität Ulm/dz

Merz S et al. Theranostics 2023; 13 (6); doi: 10.7150/thno.78323 95



Gut geschultes Personal, mehr Sicherheit für Patient*innen

Kliniken des Landkreises Neustadt an der Aisch haben Rezertifizierung „Klinik für Diabetespatienten geeignet DDG“ erhalten

NEUSTADT AN DER AISCH. Die Freude über den erneuten Erfolg im Diabetesbereich ist in allen drei Häusern groß: Die Kliniken des Landkreises Neustadt an der Aisch haben vor Kurzem die Rezertifizierung „Klinik für Diabetespatienten geeignet DDG“ erhalten. Was macht dieses Zertifikat so interessant?

Wird ein Patient mit Diabetes in einer der drei Kliniken der Kreisstadt stationär aufgenommen, ist er von Anfang an bestens versorgt – ob mit Haupt- oder Nebendiagnose Diabetes mellitus. In der Medizinischen Klinik 3, unter der Leitung von Chefarzt Dr. BERNHARD FISCHER, ist neben der Gastroenterologie und der Schlaganfallbehandlung auch die Diabetologie angesiedelt. Dort arbeitet die diabetologisch versierte Gastroenterologin DANIELA WICH, die das Projekt „Rezertifizierung DDG“ von Anfang an begleitet hat. „Für unsere Kliniken ist es wichtig, beim Diabetes immer auf dem neuesten Stand zu sein und unsere Standards zu überprüfen und zu aktualisieren. Durch unser geschultes Personal haben wir auch mehr Si-

»Auch verstärkte Zusammenarbeit mit der Küche«

cherheit für unsere Patient*innen“, sagt die Oberärztin. „Für mich persönlich ist die Weiterbildung im Diabetesbereich eine Bereicherung unseres Repertoires.“ Ohne ein engagiertes Diabetesteam und ein gutes Projektmanagement ließen sich die hohen Ansprüche einer Zertifizierung oder Rezertifizierung aber nicht bewältigen, betont die Ärztin. Viel Zeit dafür müsse man schon investieren. Das Team um Dr. Fischer habe sich aber von



Mehr Freude am Beruf durch besseres Diabeteswissen: das Diabetesteam der Diabetologie der Medizinischen Klinik 3 der Kliniken Bad Neustadt a. d. Aisch (kliniken-nea.de) mit ihrem Zertifikat. Fotos: Kliniken des Landkreises Neustadt Aisch, Happy_Art – stock.adobe.com

Anfang an für die Idee der Rezertifizierung ausgesprochen und das Projekt engagiert unterstützt.

Weiterbildungen müssen gut organisiert sein

Als besonders anspruchsvoll erlebte sie etwa die Organisation der Weiterbildungen, denn es müsse immer „genug Personal“ verfügbar sein, was häufig nicht einfach gewesen sei, weiß sie. Doch das Interesse daran, sich fort- und weiterzubilden, sei in der Klinik immer groß und auch während der Coronapandemie nicht abgerissen. Dass sich Teamarbeit

beim Diabetes auszahlt, zeige sich auch an einem „gewaltigen Anstieg an Erstdiagnosen“ in den Kliniken. Das Diabetesteam arbeite eng mit dem Labor zusammen, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und so die Patient*innen „noch viel besser“ herausfiltern zu können.

Entlassmanagement mit Blick auf den Diabetes

Bei der Entlassung würde für die hausärztlichen Kolleg*innen zudem ein diabetologisches Konzil geschrieben. Das sei aufwändig, aber wichtig, so Wich. Und zu

Patient*innen mit Fußproblemen würden Podolog*innen direkt auf Station kommen. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit sei besonders mit der Küche verstärkt worden, erklärt sie.

An der Klinik gibt es z.B. bei der Ernährung spezielle Thementage. Die Idee dazu entstand bei einer Fortbildung während des Diabetes Kongresses. Gemeinsame Kongressbesuche hält sie für sehr wichtig. „Im Mai werden wir beim Diabetes Kongress zu viert vor Ort sein“, freut sich die Ärztin.

Angela Monecke

STECKBRIEF

- **Ort:** Neustadt an der Aisch
- **Patientenzahl im Jahr/davon Menschen mit Diabetes:** Knapp 11.000 stationäre Fälle, circa 1.900 Diabetespatient*innen
- **Anzahl der Mitarbeitenden im Diabetesteam:** 4 diabetologisch versierte Ärztinnen, 2 Diabetesassistent*innen sowie pro Belegstation 2 Vollkräfte an diabetologisch versiertem Diabetespersonal
- **Ansiedlung der Diabetologie im Haus:** Klinik für Innere Medizin 3

Arbeitsgemeinschaft Diabetologie Baden-Württemberg

Regionalgesellschaft der Deutschen Diabetes Gesellschaft

Die Arbeitsgemeinschaft Diabetologie Baden-Württemberg (ADBW) ist mit über 500 Mitgliedern die mitgliederstärkste diabetologische Regionalgesellschaft in Deutschland.

Welche Ziele und Aufgaben hat die Arbeitsgemeinschaft Diabetologie Baden-Württemberg?

- Einführung bzw. Förderung von diabetesgerechten Behandlungs- und Versorgungsstrukturen
- Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit
- Verwirklichung moderner Qualitätsstandards

Welche aktuellen Projekte verfolgt die ADBW?

- Hecker-Symposium
- Weltdiabetestag
- Diabetes in Gambia
- Eine wichtige Aufgabe sieht die ADBW darin, „über den Fachbeirat Diabetes der Landesregierung die stationäre Diabetologie im Rahmen der anstehenden Veränderungen in der Krankenhauslandschaft sicherzustellen“, so der Vorsitzende Prof. Dr. RALF LOBMANN. „Im Kontext von zunehmenden Schließungen von diabetologischen Fachabteilungen (da im aktuellen

DRG-System ökonomisch nicht „attraktiv“ genug) hat dies für die Versorgungssicherheit einer Volkskrankheit sowie für die Aus- und Weiterbildung auch für die zukünftige ambulante Versorgung herausragende Bedeutung“, so der ADBW-Vorsitzende.

Richtet die ADBW 2023 eigene Veranstaltungen aus?

- Jahreskongress in Freiburg am 14./15. Juli
- Weltdiabetestag (zentrale Veranstaltung mit Diabetiker Baden-Württemberg)

REGIONALGESELLSCHAFTEN IM FOKUS

SERIE

- **Gründungsdatum:** 6. November 1996
- **Anzahl der Mitglieder:** 511
- **Vorsitzender:** Professor Dr. Ralf Lobmann
- **Kontakt:** info@adbw.de, Tel.: 0157/52 14 39 84

»Die ADBW sieht sich als regionale Ansprechpartnerin bei allen Fragen zum Themengebiet Diabetes für Politik, Betroffene, Kostenträger sowie alle Kolleginnen und Kollegen der verschiedenen in der Betreuung von Menschen mit Diabetes beteiligten Professionen.«

Prof. Dr. Ralf Lobmann, Stuttgart



Prof. Dr. Ralf Lobmann

AG Diabetologie Baden-Württemberg
adbw.de



Neu- oder rezertifizierte Kliniken und Arztpraxen

(im Zeitraum 15.03. bis 17.04.2023)

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 0		
MEDIAN Kinderklinik „Am Nicolausholz“ Bad Kösen	06628 Bad Kösen	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Erzgebirgsklinikum gGmbH	09456 Annaberg- Buchholz	Klinik für Diabetespatienten geeignet DDG
PLZ 1		
Diabetespraxis Prenzlauer Berg	10409 Berlin	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Praxis Dr. Fahimi	10961 Berlin	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
DRK Kliniken Berlin Mitte, Klinik für Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetologie & Angiologie	13359 Berlin	Fußbehandlungseinrichtung DDG
PLZ 2		
Zentrum für Diabetologie Bergedorf	21029 Hamburg	Zertifiziertes Diabetologikum DDG
Asklepios Klinik Altona	22763 Hamburg	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Ubbo-Emmius-Klinik Aurich, Kinderklinik	26603 Aurich	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Bundeswehrkrankenhaus Westerstede, Klinik 1 – Innere Medizin	26655 Westerstede	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
PLZ 3		
Asklepios-Gesundheitszentrum Schwalmstadt, Medizinische Klinik	34613 Schwalmstadt	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 4		
St. Josef-Hospital, Medizinische Klinik I, Diabetesambulanz	44791 Bochum	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diabetes Zentrum Eleonorastraße Dr. med. Helga Zeller/Jochen Schumacher	45136 Essen	Fußbehandlungseinrichtung DDG
MVZ Diabetologie, Diabetologische Schwer- punktpraxis Dr. Bierwirth/Dr. A.-K. Trocha	45138 Essen	Fußbehandlungseinrichtung DDG
PLZ 5		
Krankenhaus Porz am Rhein, Innere Medizin/ Endokrinologie und Diabetologie	51149 Köln	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Euskirchen, Gemeinschaftspraxis Ania Alexandra Roth & Dr. Petra Fe	53879 Euskirchen	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich, Innere 3 B	54470 Bernkastel- Kues	Fußbehandlungseinrichtung DDG
PLZ 7		
Schwerpunktpraxis Diabetologie und Kardiologie Dres. Schimpf	78467 Konstanz	Fußbehandlungseinrichtung DDG
PLZ 9		
Universitätsklinikum Erlangen, Kinder- und Jugendklinik	91054 Erlangen	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Krankenhaus Barmherzige Brüder, Allgemeine Innere Medizin und Geriatrie	93049 Regensburg	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Klinikum Fichtelgebirge ö.R., Medizinische Klinik	95615 Marktredwitz	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG

Service der DDG Unsere Empfehlung



Wichtige Termine auf einen Blick

Symposium
**DZD-Symposium bei der 66. Jahrestagung der
Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie**
07.06.2023 – Baden-Baden

Symposium mit Workshop
**9. Interdisziplinäres Symposium der
AG Diabetes, Sport & Bewegung**
24.06.2023 – Hamburg

Ärztliche Weiterbildung
**Kommunikation und patientenzentrierte
Gesprächsführung in der Diabetologie**
06. – 09.07.2023 – Göttingen

Seminar
27. Arzt-Patienten-Seminar
31.08. – 03.09.2023 – Saulgrub

Fortbildung
**19. Nationales Treffen Netzwerke Diabetischer
Fuß**
01. – 02.09.2023 – Essen

Fortbildung
Online-Schulung für DiSKo
13.09.2023 – Potsdam

Seminar
Diabetes- und Sport-Wochenende
15. – 17.09.2023 – Hennef

Kongress
DGA-Kongress
21. – 23.09.2023 – Leipzig

Konferenz
Helmholtz Diabetes Conference
27. – 28.09.2023 – München

Kongress
EASD-Jahrestagung
02. – 06.10.2023 – Hamburg

Fortbildung
9. D-Day „Diabetes unterm Dom“
07.10.2023 – Wetzlar



Weitere Informationen und Termine unter:
www.ddg.info/veranstaltungen/veranstaltungskalender



Fotos: Comauthor – stock.adobe.com, iStock/Sirnamwong

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 am Live-Voting während des Kongresses teilnehmen.

Foto: blankstock – stock.adobe.com

Noch kein DDG-Mitglied?

Überzeugen Sie sich von den Vorteilen!

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

Ihr Ansprechpartner in der Geschäftsstelle ist:
Torben Henke
Tel.: 030/3 11 69 37 15
E-Mail: henke@ddg.info

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

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



Angebote zur DDG Weiterbildung

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

➔ Diabetesberater*in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
248	Diabetes-Akademie Südostbayern Bürgerwaldstr. 1, 83278 Traunstein ☎ Tel.: 0861/20401041 ☎ Fax: 0861/909807 68 info@diabetesakademie.net www.diabetesakademie.net	1. Block: 05.06. – 17.06.2023 2. Block: 04.09. – 16.09.2023 3. Block: 20.11. – 02.12.2023 4. Block: 26.02. – 02.03.2024 5. Block: 08.04. – 20.04.2024 6. Block: 03.06. – 07.06.2024
249	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: 16.10. – 27.10.2023 2. Block: 15.01. – 26.01.2024 3. Block: 11.03. – 22.03.2024 (1 Woche digital) 4. Block: 06.05. – 17.05.2024 (2 Wochen digital) 5. Block: 08.07. – 19.07.2024 (1 Woche digital) 6. Block: 09.09. – 20.09.2024 (mündliche Prüfung: 19.09.2024)
250	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: 23.10. – 03.11.2023 2. Block: 05.02. – 16.02.2024 3. Block: 03.06. – 14.06.2024 4. Block: 30.09. – 11.10.2024
251	Mutterhaus der Borromäerinnen e.V. OA Feldstraße 16, 54290 Trier ☎ Tel.: 0651/947-3160 ☎ Fax: 0651/947-2205 schule@mutterhaus.de www.mutterhaus.de	1. Block: 06.11. – 18.11.2023 2. Block: 15.01. – 27.01.2024 3. Block: 15.04. – 27.04.2024 4. Block: 01.07. – 13.07.2024 5. Block: 16.09. – 28.09.2024 6. Block: 09.12. – 21.12.2024
252	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: 20.11. – 01.12.2023 2. Block: 04.03. – 15.03.2024 3. Block: 21.05. – 01.06.2024 4. Block: 01.07. – 12.07.2024 5. Block: 26.08. – 06.09.2024 6. Block: 04.11. – 15.11.2024

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.: 030/311 69 37-18 oder an weiterbildung@ddg.info

Weitere Informationen finden Sie auf www.ddg.info/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	Online-Angebot 02.09.2023	VDBD-Mitglieder: 85,- € Nicht-Mitglieder: 170,- €

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
12	Diabetes Zentrum Thüringen e.V. c/o Universitätsklinikum Jena Am Klinikum 1, Gebäude A, 07740 Jena ☎ Tel.: 03641/9324346 ☎ Fax: 03641/9324347 nadine.kuniss@med.uni-jena.de www.diabetes-thueringen.de	1. Block: 05.06. – 16.06.2023 2. Block: 27.11. – 08.12.2023	1.300,- €*
54	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: 10.07. – 22.07.2023 2. Block: 02.10. – 13.10.2023	1.655,- €*
106	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: 28.08. – 08.09.2023 2. Block: 27.11. – 08.12.2023	1.655,- €*
28	Diabeteszentrum am Elisabeth-Krankenhaus Essen Klara-Kopp-Weg 1, 45138 Essen ☎ Tel.: 0208/30542818 ☎ Tel.: 0202/897 4592 a.meier@contilia.de https://www.contilia.de/karriere/contilia-akademie/aktuelle-lehrgaenge.html	1. Block: 18.09. – 29.09.2023 2. Block: 08.01. – 20.01.2024	1.550,- €*

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine	Kosten
28	Diabeteszentrum Sinsheim Hauptstraße 71, 74889 Sinsheim ☎ Tel.: 07261/92440 ☎ Fax: 07261/8668 g.buchholz@daikeler.de www.daikeler.de	1. Block: 16.10. – 21.10.2023 (online) 2. Block: 27.11. – 01.12.2023 3. Block: 16.01. – 20.01.2024 4. Block: 04.03. – 08.03.2024 mit Prüfung am 08.03.2024	1.450,- €* zzgl. MwSt.

* inkl. Prüfungs- und Zertifikatsgebühr

Anmeldung: Die Bewerbungsunterlagen sind an die jeweilige Weiterbildungsstätte zu senden. Hier erhalten Sie auch Auskunft über das Bewerbungsverfahren.

Weitere Informationen finden Sie auf www.ddg.info/qualifizierung-diabetesassistentin-ddg/-diabetesassistent

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

Bilden Sie in Ihrer Heimatregion ein Team aus, um im eigenen Haus sowie in den benachbarten Einrichtungen die Pflegenden mit Basiskenntnissen zum Diabetes zu schulen. Seminare zur Basisqualifikation DDG sind im Rahmen der Zertifizierung „Klinik für Diabetespatienten geeignet“ für die Schulung der Pflegekräfte anerkannt! Melden Sie Ihr Team jetzt an! Verbessern Sie die Versorgung von Menschen mit Diabetes in Ihrer Heimatregion!

Wir informieren Sie gerne – E-Mail: weiterbildung@ddg.info

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
8	CityCube Berlin Anmeldung über: Deutsche Diabetes Gesellschaft Albrechtstr. 9, 10117 Berlin ☎ Tel.: 030/311 69 37 18 weiterbildung@ddg.info	20.05.2023 auf dem Diabetes Kongress 2023

Wieder in Präsenz!

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

➔ Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
BaQ_MOE_06	Akademie Krankenhaus Bethanien Moers Bethanienstraße 21, 47441 Moers ☎ Tel.: 02841/2000 (Ansprechpartner: Dr. med. Dietrich Rackwitz) rackwitz@bethanienmoers.de	30.08./06.09.2023
BaQ_KOE_06	St. Hildegardis Krankenhaus Köln Lindenthal, Dr. Peter Loeff Bachemer Straße 29-33, 50931 Köln ☎ Tel.: 0221/40038280 (Ansprechpartnerin: Elke Breet) diabetesberatung.koeln@malteser.org	05./06.09.2023
BaQ_TUE_02	Medizinische Klinik Tübingen Ort: Medizinische Klinik Tübingen Otfried-Müller-Str. 10, 72076 Tübingen Marjo.Graf@med.uni-tuebingen.de	20./21.09.2023
BaQ_BW_08	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	01./02.11.2023

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

Seminare zur Basisqualifikation DDG sind im Rahmen der Zertifizierung „Klinik für Diabetespatient*innen geeignet“ für die Schulung der Pflegekräfte anerkannt. Trainerteams bieten in gemeinsamer Absprache gerne diese Qualifikation im digitalen oder präsenten Format an!
Wir informieren Sie gerne! E-Mail: weiterbildung@ddg.info

➔ Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Langzeit)

Sie brauchen kompetentes, diabetologisch geschultes Pflegepersonal, das diabetologische Pflegerisiken in der Langzeitpflege erkennt und die Pflegeplanung gezielt am besonderen Bedarf der Menschen mit Diabetes ausrichtet? Sie möchten Liegezeiten verkürzen und Komplikationen vermeiden? Dann melden Sie Ihre Pflegekraft jetzt zur Weiterbildung zur Diabetes-Pflegefachkraft DDG an!

Wir informieren Sie gerne – E-Mail: weiterbildung@ddg.info

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine	Kosten
1	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	Kurstage: 19.06.2023 Präsenz 21.06.2023 Präsenz 24.08.2023 online 25.08.2023 online 12.10.2023 online 13.10.2023 online 25.10.2023 Präsenz 27.10.2023 Präsenz	1.270,- € inkl. Lehrgangsgebühr (1.000,- €) und Material- und Prüfungsgebühr (270,- €)

Letzte Gelegenheit in 2023!

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-pflegefachkraft-ddg-fuer-die-langzeitpflege

Letzte freie Plätze! Jetzt noch anmelden!

100. Kurs

Klinische Diabetologie

Der Kurs Klinische Diabetologie ist verpflichtender Bestandteil der Weiterbildung zur/zum Diabetolog*in DDG und kann zur komprimierten Prüfungsvorbereitung genutzt werden. Der nunmehr 100. Kurs Klinische Diabetologie findet unter der Leitung von Professor Dr. Erhard Siegel als Online-Kurs statt (Block 1: 22.05.2023 – 26.05.2023; Block 2: 26.06.2023 – 30.06.2023).

Weitere Informationen unter Tel.: 030/31 16937-23, E-Mail: kurs_diabetologie@ddg.info; Anmeldung unter www.ddg.info/veranstaltungen/veranstaltungskalender, dort unter Ärztliche Weiterbildungen

Anmeldung auch noch kurzfristig möglich!

Wundassistent*in DDG

sind wichtige Player in der Versorgung des Diabetischen Fußsyndroms. Die Weiterbildung der DDG fokussiert auf chronische Wunden und führt zu vertieftem Wissen in Bezug auf Behandlung und Wundversorgung. Die Qualifikation ist anerkannt im Rahmen der Zertifizierung zum Diabeteszentrum und zur zertifizierten Fußbehandlungseinrichtung DDG.

Bilden Sie Ihr Assistenzpersonal weiter! Unterstützen sie die Initiativen zur Versorgung des Diabetischen Fußes!
Weitere Informationen unter: www.ddg.info/qualifizierung

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
53	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	22.05. – 26.05.2023
17	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	12.06. – 16.06.2023
20	Karl Borromäus Schule am Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen Feldstraße 16, 54290 Trier ☎ Tel.: 0651/947-0 ☎ Fax: 0651/947-2205 schule@mutterhaus.de www.mutterhaus.de	26.06. – 30.06.2023
46	Deutsches Institut für Wundheilung Fritz-Reichle-Ring 2 (RIZ), 78315 Radolfzell Anmeldung: ☎ Tel.: 07732/9391525 info@deutsches-wundinstitut.de	17.07. – 21.07.2023
25	Diabetes Zentrum Thüringen e.V. (Universitätsklinikum Jena, Klinik für Innere Medizin III, FB Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen) Am Klinikum 1, Gebäude A, 07743 Jena ☎ Tel.: 03641/9324346 ☎ Fax: 03641/9324342 nadine.kuniss@med.uni-jena.de www.diabetes-thueringen.de	1. Block: 06.09. – 08.09.2023 2. Block: 13.09. – 15.09.2023
54	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	25.09. – 29.09.2023
61	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	23.10. – 28.10.2023
47	Deutsches Institut für Wundheilung Fritz-Reichle-Ring 2 (RIZ), 78315 Radolfzell Anmeldung: ☎ Tel.: 07732/9391525 info@deutsches-wundinstitut.de	13.11. – 17.11.2023

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

Anmeldung: Die Bewerbungsunterlagen sind an die jeweilige Weiterbildungsstätte zu senden. Hier erhalten Sie auch Auskunft über das Bewerbungsverfahren.

Weitere Termine und Infos finden Sie auf www.ddg.info/qualifizierung/fuer-gesundheitsfachkraefte/wundassistentin-ddg

STIPENDIENPROGRAMM 2023

Wer sich weiterbilden möchte, kann sich um ein Weiterbildungsstipendium der DDG bewerben. Bewerbungsfrist für das Stipendienprogramm 2023 ist der 1. Juni 2023.

Seminare Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung in der Diabetologie

Kurs	Termine	Tagungsort	Kosten
Dr. rer. medic. Nicola Haller medipäd Am Bühl 7 1/2, 86199 Augsburg ☎ Tel.: 0175/4004901 dr.nicola.haller@medi-paed.de www.medi-paed.de	14.04. – 17.04.2023 23.06. – 26.06.2023 15.09. – 18.09.2023 24.11. – 27.11.2023	Tagungsräume im Hotel am alten Park Augsburg	720,- € inkl. Kursunterlagen
Dipl. Psych. Susan Clever Psychol. Psychotherapeutin/Psychodiabetologie Fachpsychologien (DDG) Med. Psych. Consultancy Palmaille 35, 22767 Hamburg Info und Anmeldung per Mail: ☎ Tel.: 01709/226067 susan9woods@aol.com www.diabetespraxisblankenese.de	Termine direkt anfragen!	Diabetespraxis Blankenese Blankeneser Bahnhofstraße 23, 22587 Hamburg	750,- € inkl. MwSt.
willms.coaching Wilhelm-Busch-Str. 19, 37083 Göttingen ☎ Tel.: 0551/7974741 ☎ Fax: 0551/29213514 office@willmscoaching.de www.willmscoaching.de	Online-Termine: 27.04. – 28.04. und 11.05. – 12.05.2023 12.10. – 13.10. und 26.10. – 27.10.2023 Präsenzkurse im Hotel Eden, Göttingen: 06.07. – 09.07.2023 06.12. – 09.12.2023		720,- € Fortbildungspunkte der Ärztekammer werden erteilt
Akademie Luftiku(r)s e.V. Iburger Str. 187, 49082 Osnabrück ☎ Tel.: 0174/619 3869 akademieluftikurs@gmail.com www.akademie-luftikurs.de	Termine direkt anfragen!	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.

Fortbildungspunkte werden in der Regel von der Ärztekammer erteilt.

Fachpsycholog*in DDG

Aktuelle Termine, Online-Anmeldung und weitere Informationen zu der Weiterbildung zum Fachpsychologen bzw. zur Fachpsychologin finden Sie direkt auf der Website www.diabetes-psychologie.de



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



Kartensuche

Famulatur- und PJ-Börse

BERLIN. Sie sind auf der Suche nach einem Famulatur- oder PJ-Platz? Viele DDG zertifizierte Einrichtungen bieten die Möglichkeit, Sie bei Ihrer Aus- und Weiterbildung zu unterstützen. Über den Filter „Ergebnisse verfeinern“ finden Sie den für Sie passenden Platz.



Weitere Informationen finden Sie unter: www.ddg.info/qualifizierung/famulatur-und-pj-boerse



Die DDG Job- und Praxenbörse

Mehr Informationen zu jeder Anzeige und die aktuellsten Stellenangebote und -gesuche finden Sie auf der DDG Website. Scannen Sie dazu einfach den QR-Code.



Sie möchten selbst eine Anzeige in der diabetes zeitung schalten? Kein Problem! Das können Sie ganz einfach online auf www.ddg.info/jobboerse. Für DDG Mitglieder ist dieser Service kostenlos.

Ihre Ansprechpartnerin in der DDG Geschäftsstelle ist:
Daniela Wilberg
E-Mail: service@ddg.info

STELLENANGEBOTE

ÄRZT*INNEN

Würzburg, 06.04.2023

Diabetolog*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.07.2023
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: MVZ DiaMedicum Würzburg GmbH
- Adresse: Eichendorffstraße 12d, 97072 Würzburg
- Ansprechpartner: Dr. Dominik Bergis, 0931/6666280, bergis@diamedicum.de
- Website: wuerzburg.diamedicum.de

Bad Mergentheim, 04.04.2023

Ärzt*in (m/w/d) in Weiterbildung

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: befristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetes-Klinik Bad Mergentheim
- Adresse: Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim
- Ansprechpartner: Prof. Dr. med. Thomas Haak, 07931/594101, haak@diabetes-zentrum.de
- Website: www.diabetes-klinik-mergentheim.de

Hann. Münden, 02.04.2023

Ärzt*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.06.2023
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetologie Hann. Münden
- Adresse: Vogelsang 105, 34346 Hann. Münden
- Ansprechpartner: Dr. med. Martin Hirschler, 0160/94840101, dochirschler@icloud.com
- Website: www.diabetologie-hann-muenden.de

Kempten, 31.03.2023

Fachärzt*in für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin (m/w/d), Zusatzbezeichnung Diabetologie oder alternativ diabetologische Weiterbildung

- Arbeitsbeginn: 01.06.2023
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Zentrum für Innere Medizin und Dialyse
- Adresse: Robert-Weixler-Straße 9, 87439 Kempten
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Friedlinde Ernst, 0831/523500 oder 0831/5235010, f.ernst@zimd-allgaeu.de
- Website: www.zimd-allgaeu.de

Oberhausen, 20.03.2023

Ärzt*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetes-Zentrum Ruhr
- Adresse: Flockenfeld 86, 46049 Oberhausen
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Ariane Montröbert, 0170/4169488, arimontro@hotmail.com
- Website: www.diabetes-zentrum.ruhr



Mehr Jobs, mehr Auswahl, mehr berufliche Perspektiven

Wir haben die Job- und Praxenbörse für Sie serviceorientiert umgestaltet. Aktuelle Stellenangebote, Stellen- oder Nachfolgesuche finden Sie jetzt übersichtlich und nach Berufsgruppen gegliedert auf zwei Seiten.

Sie möchten mehr zu den einzelnen Ausschreibungen erfahren? Einfach QR-Code scannen und direkten Zugang zur Jobbörse auf der DDG Webseite erhalten.

Auch ohne Smartphone haben Sie über die DDG Webseite immer Zugriff auf unsere Angebote.

GESUNDHEITSFACHKRÄFTE

Bad Segeberg, 11.04.2023

Wundtherapeut*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: befristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Praxis am Landratspark - Partnerschaftsges. Dr. Benthin, Hr. Schmalbrock, Fr. Mainski, Dr. Schwabe
- Adresse: Am Landratspark 4, 23795 Bad Segeberg
- Ansprechpartnerin: Carola Spiering, 04551/9015022, praxis@pal-se.de
- Website: www.pal-se.de/

Hamburg, 11.04.2023

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

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Hausarzt- und Diabetes-Zentrum HH-Sued
- Adresse: Neugrabener Bahnhofstraße 33, 21149 Hamburg
- Ansprechpartnerin: Christine Dudzus, diabetes@praxiszentrum-hh-sued.de
- Website: www.praxiszentrum-hh-sued.de

Flensburg, 10.04.2023

Diabetesassistentin oder Diabetesberaterin (m/w/d) in Teil- oder Vollzeit

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabeteszentrum Flensburg
- Adresse: Waldstraße 13-15, 24939 Flensburg
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Karin Lammerskitten, 0461/1683100, info@diabetes-flensburg.de
- Website: www.diabetes-zentrum.com

Magdeburg, 08.04.2023

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

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabeteszentrum Magdeburg-Haldensleben
- Adresse: Lübecker Straße 105, 39124 Magdeburg
- Ansprechpartnerin: Antje Weichard, 0391/25199642, weichard@diab-z.de
- Website: www.diab-z.de

Köln, 07.04.2023

MFA (w/m/d)

- Arbeitsbeginn: 01.05.2023
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: DSP Dr. Judith Nagel
- Adresse: Böckingstraße 54, 51063 Köln
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Judith Nagel, 0221/639090, info@drjudithnagel-diabetologie.de
- Website: www.drjudithnagel-diabetologie.de

Essen, 06.04.2023

Diabetesberater*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Elisabeth-Krankenhaus Essen
- Adresse: Klara-Kopp-Weg 1, 45138 Essen
- Ansprechpartner: Dr. med. Torben Christian Winking, 0201/8973615, t.winking@contilia.de
- Website: www.contilia.de/einrichtungen/elisabeth-krankenhaus-essen.html

Nürnberg, 03.04.2023

Diabetesberater*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.05.2023
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis für Diabetologie am Klinikum Nürnberg
- Adresse: Penzstraße 10, 90419 Nürnberg
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Hannah Attinger, 0911/3957593, praxis-fuer-diabetologie@t-online.de
- Website: diabetologie-gehenbeck.de

Traunstein, 02.04.2023

FA/FÄ für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin mit diabetologischem Schwerpunkt oder FA/FÄ für Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Ambulantes Diabeteszentrum Traunstein
- Adresse: Wasserburger Straße 2, 83278 Traunstein
- Ansprechpartnerin: Arianne Belleville, 0861/166195-0, a.belleville@diabetes-traunstein.de
- Website: www.diabetes-traunstein.de

Bremen, 31.03.2023

Diabetesberater*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Endokrinologie Bremen
- Adresse: Gerold-Janssen-Straße 2a, 28359 Bremen
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Tina Gebauer, 0421/6969300, bewerbung@endokrinologie-bremen.de
- Website: www.endokrinologie-bremen.de

Berlin 27.03.2023

Diabetesberater*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.05.2023
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetologie Britzer Damm
- Adresse: Britzer Damm 63, 12347 Berlin
- Ansprechpartner: Tim Webhofer, hausarztpraxis-britzer-damm@mailbox.org
- Website: hausarztpraxis-britzer-damm.de

Direkt zu allen Stellenangeboten



STELLENANGEBOTE

Hamburg, 27.03.2023

Study Nurse/ Diabetesberater*in/ Diätassistent*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Diabetes Zentrum Wilhelmsburg
- Adresse: Krieterstraße 30, 21109 Hamburg
- Ansprechpartner: Peter Witzel, 040/31182884, info@diabetes-zentrum-wilhelmsburg.de
- Website: www.diabetes-zentrum-wilhelmsburg.de

Senden, 21.03.2023

Diabetesberater*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: DSP Senden
- Adresse: Grete-Schött-Ring 7, 48308 Senden
- Ansprechpartnerin: Silke Fröhlich, 02597/9399044, zucker-froehlich@t-online.de
- Website: zucker-froehlich.de

Augsburg, 21.03.2023

Diabetesberater*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.09.2023
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Diabetespraxis Augsburg
- Adresse: Maximilianstraße 19, 86150 Augsburg
- Ansprechpartner: Prof. Dr. med. Johannes Jacobi, info@diabetespraxis-augsburg.de
- Website: www.diabetespraxis-augsburg.de



DDG Social Media

Verpassen Sie keine News und wichtige Informationen aus dem breiten Spektrum der Diabetologie. Vernetzen Sie sich auf unseren Kanälen Twitter, Facebook, YouTube, Xing und LinkedIn und erhalten Sie aus erster Hand wichtige News, Spannendes aus der Wissenschaft und Veranstaltungstipps.

Fotos: blankstock – stock.adobe.com, fotomowo – stock.adobe.com



E-Paper ist im Web verfügbar

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

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

Über die Suchfunktion lassen sich die einzelnen Ausgaben nach Themen und Stichworten durchsuchen.

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



Kontakt zur Redaktion

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

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

NACHFOLGE- GESUCHE

Straubing, 03.03.2023

Facharzt*in für Allgemeinmedi- zin/Hausärztliche*r Internist*in/ Diabetolog*in (m/w/d)

- Praxisbezeichnung: Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft
- Adresse: Ludwigplatz 23, 94315 Straubing
- Ansprechpartner: Dr. med. Karsten Knöbel, 09421/187750, info@ihr-aerzteteam.de
- Website: www.ihr-aerzteteam.de/
- Ab wann: Juli oder Oktober 2023

Direkt zu allen
Nachfolgegesuchen



STELLEN- GESUCHE

Hilden, 01.03.2023

Diabetesberater*in DDG

- Tätigkeit als: Diabetesberaterin DDG
- Arbeitsbeginn: 02.07.2023
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Ausbildung: Ex. Krankenschwester, Diabetesberaterin DDG
- Berufsgruppe: Diabetesberaterin
- Einsatzort: Niedersachsen, Kreis Aurich/Norden
- Kontakt: iris-fiedler@web.de

Direkt zu allen
Stellengesuchen



Smartes Diabetesmanagement,
das Verständnis schafft
und Zeit spart.
Das neue Dexcom G7.

klu

G7

Dexcom G7

- ✓ Weniger als 30 Minuten Sensor-Aufwärmphase¹
- ✓ Einfach und motivierend: Darstellung der Zeit im Zielbereich² in leicht verständlicher Ampel-Farbkodierung
- ✓ Optionaler Empfänger, parallele Nutzung mehrerer Anzeigegeräte³



www.dexcom.com/fachpersonal

Das Dexcom G7 ist in einer mmol/L- und mg/dL-Ausführung verfügbar. | 1 Garg SK, et al. Accuracy and Safety of Dexcom G7 Continuous Glucose Monitoring in Adults with Diabetes. Diabetes Technol Ther. 2022;24(6):373-380. | 2 Zeit im Zielbereich = Time in Range (TIR) | 3 Kompatible Geräte sind separat erhältlich. Eine Liste kompatibler Geräte finden Sie unter www.dexcom.com/compatibility. | Dexcom, Dexcom Clarity, Dexcom Follow, Dexcom One, Dexcom Share, Share sind eingetragene Marken von Dexcom, Inc. in den USA und sind möglicherweise in anderen Ländern eingetragen. © 2023 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 LBL-1001414 Rev001 / 04. 2023

BUNTES

ChatGPT: Bitte nicht blind vertrauen!

Mehr als die Hälfte der Nutzer*innen entdecken Fehler in den Antworten des Bots

DUISBURG/ESSEN. Der auf künstlicher Intelligenz (KI) basierende Chatbot von OpenAI kann menschenähnliche Gespräche führen und auf Anfragen in Form von Textantworten reagieren. Seine Fähigkeit, Texte zu verfassen, birgt das Potenzial, auch das Gesundheitswesen grundlegend zu verändern. Inzwischen haben viele Menschen erste Erfahrungen mit ChatGPT gesammelt. Sie sind überwiegend zufrieden mit den Antworten des Chatbots – übernehmen diese aber aus gutem Grund nicht ungeprüft.

Noch spielen Chatbots im Gesundheitswesen keine nennenswerte Rolle. Doch prinzipiell eröffnen sich auch hier zahllose neue Möglichkeiten – etwa in den Bereichen Fernüberwachung und Telemedizin, klinische Entscheidungsunterstützung, elektronische Patientenakte, Echtzeit-Übersetzung sowie der Vorbereitung klinischer Studien.

Wie die breite Bevölkerung mit KI-Anwendungen umgeht, zeigt eine Kurzstudie von Professor Dr. TOBIAS KOLLMANN vom Lehrstuhl für Digital Business und Digital Entrepreneurship an der Universität Duisburg-Essen zusammen mit dem Marktforschungsunternehmen Civey. Hierfür wurden über 5.000 Bundesbürger*innen sowie rund 1.500 Nutzer*innen von ChatGPT befragt. Dabei zeigte sich einerseits, dass insgesamt nur 23 % der Erwachsenen der Option, mit KI-Anwendungen zu kommunizieren, grundsätzlich positiv gegenüberstehen (41 % negativ, 35 %

unentschieden). Andererseits nehmen die 17 % der Bundesbürger*innen, die tatsächlich schon einmal ChatGPT genutzt haben, das Tool durchaus intensiver in Anspruch. Die Frequenz variierte von täglich (5 %) über wöchentlich (23 %) bis monatlich (21 %) und seltener (43 %).

Drei Viertel der Nutzer*innen überprüften die Antworten der KI

Dabei bewerteten 44 % der Nutzer*innen die Qualität der Antworten mit gut oder sogar sehr gut, nur 11 % fanden sie eher schlecht bzw. sehr schlecht. „Die Qualität der Antworten hat jedoch noch nichts mit der Richtigkeit der Inhalte zu tun“, betont Prof. Kollmann. Tatsächlich haben vier von zehn Befragten (41 %) Bedenken, ob die Inhalte der qualitativ gut formulierten Antworten auch tatsächlich richtig sind. Entsprechend überprüfen rund drei Viertel

ChatGPT hilft gern – aber nicht immer zuverlässig.

(73 %) der Nutzer*innen die Antworten der KI. Und das offenbar zu Recht, wie Prof. Kollmann feststellt: „Deutlich über die Hälfte der Befragten (59 %) hat schon einmal Fehler in den Antworten von ChatGPT gefunden, sodass von einer automatischen Übernahme der Inhalte und Aussagen dringend abgeraten werden muss.“ Er rät daher dazu, es bei KI wie mit Menschen zu halten: „Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser!“

Antje Thiel

Die Ergebnisse der Studie können Sie sich über den QR-Code anschauen.



+++ Die nächste Ausgabe der diabeteszeitung erscheint am 28. Juni +++