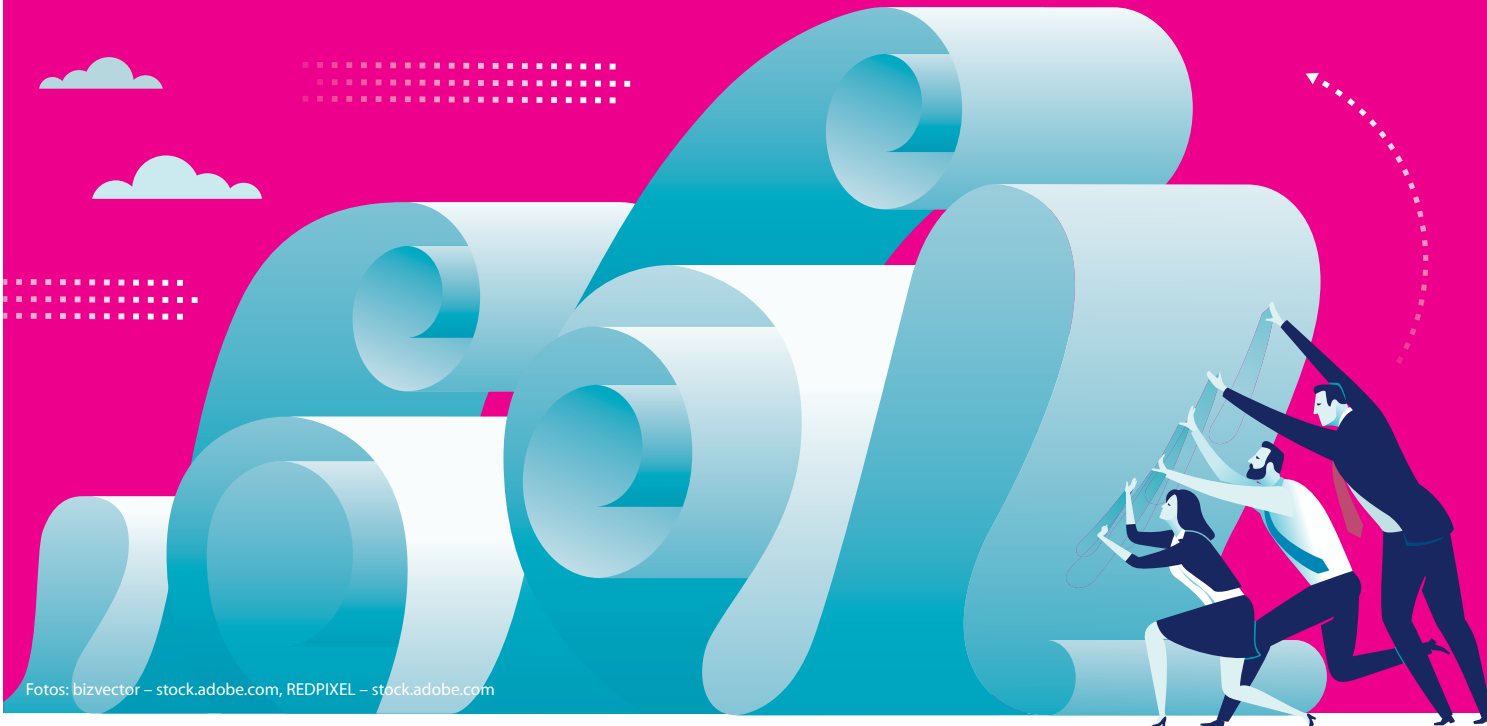


## Neue Welle in Sicht

Auf Kliniken könnte noch mehr Bürokratie zurollen



**BERLIN.** Entbürokratisierung ist ein Ziel der Krankenhausreform und sollte sich eigentlich im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz wiederfinden. Die DDG hat sich auf die Suche gemacht.

Im Entwurf zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (kurz: KHVVG) spiele die Verbesserung der Patientenversorgung eine zu geringe Rolle, kritisiert die DDG. Außerdem drohe das Nebeneinander von Vorhaltevergütung und Fallpauschalen ein Bürokratiemonster zu werden. Gehofft hatte die DDG auf eine Verschlinkung zeitaufwendiger Prozesse und die Stärkung der Sprechenden Medizin. In der Sprechenden Medizin ist die Diabetologie Vorreiter und Impulsgeber – z.B. durch den Fokus auf die partizipative Entscheidungsfindung in Leitlinien. Die Hoffnung auf mehr Zeit für Menschen mit Diabetes werde aber zumindest derzeit noch enttäuscht. Stattdessen würden weitere Strukturen aufgebaut, die wiederum verwaltet werden müssen. DDG Präsident Professor Dr. Andreas Fritsche hofft deshalb auf grundlegende Änderungen im Verlauf der weiteren Ausarbeitung des Reformgesetzes – und kündigt an, dass die Deutsche Diabetes Gesellschaft sich weiterhin konstruktiv in den Prozess einbringen wird. **4**

### DMP Adipositas: Effektivität fraglich

**BERLIN.** Bei Adipositas gilt es, eine defizitäre Versorgungssituation grundlegend zu verbessern. Der Paradigmenwechsel gleicht allerdings einem Langstreckenlauf. Was die Fachgesellschaften DDG und DAG verlangen und welche Limitationen überwunden werden müssen, damit die Adipositas-Therapie als Regelleistung der GKV gelingt, steht auf Seite **3**

## Neustart für die Prävention?

Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung soll 2025 übernehmen

**BERLIN.** Das Bundesgesundheitsministerium setzt bei nicht übertragbaren Erkrankungen wie Diabetes, Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen verstärkt auf Früherkennung, Aufklärung und Prävention. Diese Aufgaben soll ab 2025 das Bun-

desinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM) übernehmen. In dem neuen Institut soll dann die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aufgehen; zudem soll sich das Robert Koch-Institut künftig ganz auf Infektionskrank-

heiten konzentrieren. Die DDG sieht noch Korrekturbedarf und möchte, dass ein ganzheitlicher Public-Health-Ansatz statt einer ausschließlich medizinisch ausgerichteten Prävention verfolgt wird. Auch die Aufteilung in zwei Institute findet DDG Präsi-

dent Professor Dr. Andreas Fritsche fragwürdig: „Die Erforschung der Wechselwirkungen zwischen übertragbaren und nicht übertragbaren Erkrankungen könnte sogar erschwert werden, wenn wichtige Schnittstellen sowie Synergien verloren gehen.“ **8**

### Modul macht psychologische Expertise sichtbar

**BERLIN.** „Diabetes & Psyche“ ist eines der neuen Zertifizierungsmodule der DDG. Gestärkt werden soll damit die wichtige, aber unterfinanzierte psychologische Therapie von Menschen mit Diabetes. Das Modul kann von ambulanten und stationären Diabeteseinrichtungen erworben werden. **9**

### MedTriX<sup>Group</sup>

## Neue Verbindung geschaffen

Die „Hauptstadtdiabetologinnen“ haben viel vor

**BERLIN.** Mit der Gründung der „Hauptstadtdiabetologinnen“ hat sich für Dr. Iris Dötsch ein langgehegter Wunsch erfüllt, nämlich der nach einem Netzwerk für

Frauen, die in der Diabetologie arbeiten. Dr. Dötsch ist selbst niedergelassene Diabetologin. Bis jetzt gab es erst wenige Treffen des neuen Frauennetzes, aber schon

sind 45 Frauen Mitglied, von der Chefärztin über die niedergelassene Diabetologin bis zur jungen Ärztin in der Ausbildung zur Diabetologin. Im Interview äußert sich die

stellvertretende Vorsitzende des BVND außerdem zu der von ihr angestoßenen Umbenennung des Verbandes und zu den Problemen in der ambulanten Medizin. **14**



### Ungezwungen am Netz werken

**HAMBURG.** 80 junge internationale Forschende kamen zur DZD International Research School im Vorfeld des EASD-Kongresses. Im Austausch mit renommierten Expertinnen und Experten und in ungezwungener Atmosphäre bildeten sie sich weiter – und hatten die Gelegenheit, in Poster-Sessions ihre Forschung vorzustellen. Auch wichtig: das Netzwerk erweitern und sich über Karrierewege in der Wissenschaft informieren. **22**

#### Seite 10 Gewicht runter, Muskeln intakt?

**HAMBURG.** In einer SURPASS-3-Substudie wurde mittels MRT untersucht, wie sich unter Tirzepatid-Therapie die Muskelfettinfiltration und die fettfreie Muskelmasse verändern.

#### Seite 18 Projektförderung: bis 30.11. bewerben!

**BERLIN.** Die DDG fördert wissenschaftliche Arbeiten mit hoch dotierten Projektförderungen. Ein Beispiel ist ein Eltern-Fragebogen, der mit 11.000 Euro unterstützt wurde.

#### Seite 28 Grünes Licht für mehr Gemüse

**KOPENHAGEN.** Gibt es wirklich einen Zusammenhang zwischen dem Verzehr von Gemüse und Kartoffeln und der Inzidenz von Typ-2-Diabetes? Klarheit bringt eine dänische Studie.

# »Neue Netzwerke, neue Module neue Reformpläne, neues Institut«

Vieles, was die Diabetologie betrifft, ist neu –  
nicht alles ist unbedingt gut

## News & Fakten

DMP Adipositas: Bedenken von DDG und DAG; Mehr Bürokratie durch die Krankenhausreform; Internationaler Konsensbericht Präzisionsmedizin; Diabetes-Gala 2023; Neues Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM); Professor Dr. Diethelm Tschöp im Ruhestand; DDG Zertifizierungsmodul „Diabetes & Psyche“ ..... 3–9

## Kongress aktuell

DDG Herbsttagung von A bis Z; EASD: Tirzepatid und Muskelzusammensetzung; ESC: Leitlinien kardiovaskuläre Erkrankungen bei Typ-2-Diabetes, Teil 2; EASD: Preise für DZD-Forschende; Fettleber/Typ-2-Diabetes, DZD Diabetes Research School; Diabetes Kongress: DFS-Prävention ..... 10–13, 21–23

## Im Blickpunkt

Prof. Dr. Dieter Palitzsch (Ausschuss QSW) in Ruhestand; Projektförderungen der DDG am Beispiel des P-PAID-T-Fragebogens; Serie Weiterbildung, Teil 3: Aktuelle Situation; Serie KI in der Diabetologie, Teil 2: Interview mit KI-Experte Professor Dr. Martin Hirsch; DGD Krankenhaus Sachsenhausen zertifiziert; DDG AG Diabetes & Migration. . 15, 18–20, 30

## Das Interview

Dr. Iris Dötsch („Hauptstadtdiabetologinnen“); „Beim Netzwerken haben wir Frauen viel Nachholbedarf“ .. 14

## Medizin & Markt

Nachrichten aus der Industrie 25–26

## Consilium Diabetes

Eine Fettleber birgt Risiken: Wie kann gegengesteuert und z.B. Leberzellkrebs verhindert werden? ..... 17

## Forum Literatur

Risiko für Typ-2-Diabetes durch Gemüseverzehr senken; „Das große Haferkorn-Kochbuch“ ..... 28

## Kurznachrichten

Neu- oder rezertifizierte Kliniken und Praxen; Neue Diabetologinnen und Diabetologen ..... 31

## Weiterbildung & Qualifikation

Diabetesberater\*in DDG; Diabetesassistent\*in DDG; Train-the-Trainer-Seminar: „Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG“; Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG; Diabetespflegefachkraft DDG (Langzeit und Klinik); Wundassistent\*in DDG; Seminare Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung; Fachpsycholog\*in DDG ... 32–33, 35

## Job- & Praxenbörse

Stellenangebote, Stellengesuche, Nachfolgegesuche ..... 34–35

## Buntes

..... 36

Liebe Leserinnen und Leser,

sicherlich haben einige von Ihnen im Oktober die Gelegenheit genutzt, den EASD-Kongress in Hamburg zu besuchen. In dieser Ausgabe ist die Tagung sehr präsent – mit Berichten von Symposien, aber auch mit einem Artikel zur International Diabetes Research School des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung. 80 internationale junge Forschende hatten dort Gelegenheit zum wissenschaftlichen Austausch und Netzwerken. Erfreulich ist zudem, dass drei EASD-Preise nach Deutschland gingen: Professor Dr. Stephan Herzig bekam den Camillo-Golgi-Preis und PD Dr. Timo Müller den Minkowski-Preis; Dr. Theresia Sarabhai wurde mit dem Rising-Star-Award ausgezeichnet. Die Artikel zum EASD finden Sie auf den Seiten 10, 13, 21 und 22.

### »Neues Netzwerk: die Hauptstadtdiabetologinnen«

Auch andernorts bilden sich Netzwerke: In Berlin hat Dr. Iris Dötsch die „Hauptstadtdiabetologinnen“ gegründet. Was plant das neue Netz, was wurde bereits angestoßen? Dr. Dötsch ist zudem im BVND aktiv, und auch um ihr berufspolitisches Engagement geht es im Interview auf Seite 14.

### »Neues Präventionsinstitut, neue Gesetze«

Immer wieder geht es in der **diabetes zeitung** um die Krankenhausreform. Die Hoffnungen der DDG auf weniger Bürokratie und mehr Zeit für die Sprechende Medizin haben sich bis jetzt nicht erfüllt. Neben dieser Reform gibt es noch weitere Lauterbach'sche Initiativen: Krankenhaustransparenzgesetz, Gesundheitskioske, Cannabislegalisierung, Check-up in Apotheken – gleichzeitig müssen aber Ärzteverbände mit



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

der Kampagne „Praxis in Not“ Alarm schlagen. Jetzt auch noch das Präventionsinstitut BIPAM als Bundesoberbehörde: Müssen wir ein „Besserwisserinstitut“ fürchten, vor dem manche Gesundheitspolitiker schon warnen? Mehr dazu auf den Seiten 4 und 8.

### »Verbesserung in der Versorgung durch Zertifikate der DDG«

Derweil versucht die DDG aus eigener Kraft, die Versorgung von Menschen mit Diabetes zu verbessern – zum Beispiel durch die neuen Zertifizierungsmodule, aber auch durch die Zertifizierung von Kliniken und Praxen. Mehr über das Modul „Diabetes & Psyche“ und über das DGD Krankenhaus Sachsenhausen als „Diabetes Exzellenzzentrum DDG“ lesen Sie auf den Seiten 9 und 30.

### »Was kann KI? Und was nicht?«

Haben Sie schon einmal ChatGPT ausprobiert, das derzeit wohl bekannteste Beispiel für Künstliche Intelligenz? Professor Dr. Martin Hirsch, Leiter des Instituts für Künstliche Intelligenz in der Medizin an der Philipps-Universität Marburg, hält ChatGPT für unethisch. KI-Anwendungen in der Medizin steht er zum Teil weniger kritisch gegenüber. Welche Modelle in der Medizin schon angewandt werden und was es vielleicht bald geben wird, erklärt Prof. Hirsch auf Seite 20.

Ganz herzlich Ihr

Prof. Dr. Andreas Fritsche

## diabetes zeitung

© 2023, MedTriX GmbH  
Alleiniger Gesellschafter: Süddeutscher Verlag  
Hühlig Fachinformationen GmbH, München

Verlag: MedTriX GmbH

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

**CEO:** Oliver Kramer

**Geschäftsführung:** Stephan Kröck, Markus Zobel

**Gesamtreaktionsleitung Deutschland:** Günter Nuber

**Herausgeberschaft:**  
Deutsche Diabetes Gesellschaft e. V. (DDG),  
Albrechtstr. 9, 10117 Berlin;  
Präsident: Prof. Dr. Andreas 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, Katja Popp

### Redaktionsbeirat:

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

### 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, Lukas Koch, Christiane Schlenger

### Anzeigen:

Alexandra Ulbrich, Telefon: 0611 9746-121,  
Julia Paulus, Telefon: 0611 9746-123  
Telefax: 0611 9746 480-112  
E-Mail: mtd-anzeigen@medtrix.group  
Anzeigen-Preisliste Nr. 8 vom 1.1.2023

### Vertrieb und Abonnentenservice:

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

Erfüllungsort und Gerichtsstand ist Wiesbaden

**Registergericht:** Amtsgericht Wiesbaden  
HRB 12 808, UST-IdNr.: DE 206 862 684



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

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

**Hinweise zum Urheberrecht:** Die Nutzung unserer Inhalte (Texte, Fotos, Grafiken etc.), insbesondere die Vervielfältigung, Verbreitung oder öffentliche Zugänglichmachung, ist grundsätzlich nur mit vorheriger schriftlicher Zustimmung erlaubt, sofern sich aus dem UrH nichts anderes ergibt. Des Weiteren behält sich die MedTriX GmbH eine Nutzung ihrer Inhalte für kommerzielles Text- und Data Mining (TDM) im Sinne von § 44b UrHg ausdrücklich vor.

**Beilagen:** diabetesDE

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

Dieses Druckerzeugnis wurde mit dem  
Blauen Engel ausgezeichnet



# Paradigmenwechsel mit Langstrecke

## Wie gelingt die Adipositas-Therapie als Regelleistung?

**BERLIN.** Keine andere chronische Erkrankung, die so weit verbreitet ist, ist dermaßen unterversorgt wie Adipositas, beklagen die Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) und die DDG. Die Hoffnung, dass sich das mit einem neuen DMP ändern wird, ist groß. Doch es gibt auch noch viele Bedenken.

Nach Redaktionsschluss dieser Ausgabe der diabeteszeitung, aber noch vor ihrem Erscheinen, wurde der G-BA-Beschluss zum DMP Adipositas erwartet. Wobei bis Mitte Oktober unklar war, ob überhaupt „Menschen mit Adipositas“ – hierzulande ca. 16 Millionen – Zugang zum neuen Programm erhalten oder zunächst nur Menschen teilnehmen dürfen, bei denen zusätzlich Begleit- oder Folgeerkrankungen vorliegen. DDG und DAG befürchteten: Wenn Betroffene bereits Folgeschäden vorweisen müssen, um am DMP teilnehmen zu dürfen, wird die zentrale Zielsetzung, Folgeschäden zu vermeiden, unmöglich. Außerdem ist zu beachten: Auch nach Inkrafttreten eines solchen Be-

schlusses dauert es mindestens ein Jahr, bis auf regionaler Ebene DMP-Verträge zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen(-verbänden) geschlossen worden sind, die eine Umsetzung in den Praxen ermöglichen.

### Defizitäre Versorgungslage grundlegend verbessern

Beispiel DMP Osteoporose: Das gibt es nur in Schleswig-Holstein, seit Oktober 2023 können Patient\*innen darin betreut werden. Der G-BA hatte seinen DMP-Beschluss im Januar 2020 veröffentlicht.

„Es bleibt zu hoffen, dass das DMP Adipositas nicht dasselbe Schicksal ereilt“, notieren Prof. Dr. Jens Aberle, Prof. Dr. Matthias Blüher und Oliver Huizinga für die DDG und die DAG in einem Beitrag im „Deutschen Gesundheitsbericht Diabetes 2024“. Sie unterstreichen: Die Einführung eines DMP Adipositas „stellt zweifelsohne einen Paradigmenwechsel dar“, denn das ist der Einstieg in die Regelver-



### Übergewicht und Adipositas

In Deutschland sind laut DAG 67 % der Männer und 53 % der Frauen übergewichtig (BMI  $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ ). Ein Viertel der Erwachsenen ist stark übergewichtig (BMI  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ ). Übergewicht und Adipositas sind laut WHO die Ursachen für 13 % der Todesfälle in Europa und die wichtigsten Ursachen für durch Krankheit eingeschränkte Lebensjahre. Dabei ist die Adipositas-Epidemie durch geeignete Gegenmaßnahmen umkehrbar, so die Weltgesundheitsorganisation.

werden. Eine Versorgung, die zwar Patientenschulungen und DiGA beinhalten könne, aber keine multiprofessionelle, leitliniengerechte Therapie abbilde, sei nur ein „DMP light“.

Das DMP Adipositas sollte für den Gesetzgeber und den G-BA Anlass sein, den Zugang zu evidenzbasierten Behandlungsmethoden der Adipositas grundlegend neu zu regeln und das DMP im nächsten Schritt zu erweitern bzw. zu überarbeiten, meinen die DDG- und DAG-Experten. Die Fachgesellschaften werden sich daher „weiterhin gemeinsam dafür starkmachen, perspektivisch eine leitliniengerechte Versorgung der Menschen mit Adipositas in Deutschland zu etablieren“. REI

»Limitationen überwinden«

sorgung. Erstmals könnten einige Versicherte prinzipiell Anspruch auf ein niedrighschwelliges Behandlungsangebot in Form von Patientenschulungen erhalten. Mit dem gesetzlichen Auftrag für das DMP habe der Bundestag 2021 den Weg geebnet, die defizitäre Versorgungslage grundlegend zu verbessern.

Die drei Autoren betonen aber auch: Die Effektivität eines DMP hängt

erheblich von den Therapieoptionen ab und damit von rechtlichen Rahmenbedingungen sowie vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Erst wenn die leistungsrechtlichen Limitationen überwunden seien, könne eine leitliniengerechte, evidenzbasierte und bedarfsorientierte Versorgung für Menschen mit Adipositas im Rahmen eines DMP sichergestellt

**Effizienz und Wirtschaftlichkeit.**  
Das neue **Dexcom G7.**

erstattungsfähig

## Dexcom G7

Einfache Verordnung, die sich lohnt:

- ✓ Verträge mit gesetzlichen Krankenkassen<sup>1</sup>
- ✓ Zeitersparnis: Dexcom übernimmt auf Wunsch die Produkteinweisung
- ✓ Mit Dexcom rtCGM-Systemen<sup>2</sup> kann die Stoffwechseleinstellung nachweislich verbessert werden<sup>3,4,5</sup>

[www.dexcom.com/fachpersonal](http://www.dexcom.com/fachpersonal)

Das Dexcom G7 ist in einer mmol/L- und mg/dL-Ausführung verfügbar. | 1 Einen Überblick über Gesetzliche Krankenkassen (GKV), die Dexcom rtCGM-Systeme erstatten, finden Sie hier: <https://de.provider.dexcom.com/erstattungsfahigkeit>. | 2 Kompatible Geräte sind separat erhältlich. Eine Liste kompatibler Geräte finden Sie unter [www.dexcom.com/compatibility](http://www.dexcom.com/compatibility). | 3 Diese Ergebnisse wurden mit einer früheren Generation von Dexcom rtCGM-Systemen erzielt. Für das Dexcom G7 sind durch die gleiche oder bessere Performance, Produkteigenschaften und Anwendbarkeit ähnliche Ergebnisse zu erwarten. Siehe dazu Benutzerhandbuch Dexcom G6/Dexcom G7; Welsh JB, et al. J Diabetes Sci Technol. 2022;19322968221099879. | 4 Soupal J, et al. Glycemic Outcomes in Adults With T1D Are Impacted More by Continuous Glucose Monitoring Than by Insulin Delivery Method: 3 Years of Follow-Up From the COMISAIR Study. Diabetes Care. 2020;43:37-43. | 5 Martens T, et al. Effect of continuous glucose monitoring on glycemic control in patients with type 2 diabetes treated with basal insulin: A randomized clinical trial. JAMA. 2021;325(22): 2262-2272. | 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](http://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-1001412 Rev001 / 02.2023

**Dexcom Deutschland GmbH | Haifa-Allee 2 | 55128 Mainz | Medizinischer Kontakt: +49 6131 4909065**

# Weniger Bürokratie, mehr Sprechende Medizin: Fehlanzeige

Pläne, wie die Krankenhausreform ausgestaltet werden soll, enttäuschen die Hoffnungen der DDG

**BERLIN.** Daseinsfürsorge, Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität sowie Entbürokratisierung – das sind die erklärten Ziele der Krankenhausreform. Finden sich diese Ziele und Vorschläge und auch, wie sie erreicht werden können, im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wieder? Und welche Rolle spielt darin die Sprechende Medizin?

Mit der in der vergangenen Woche bekannt gewordenen Arbeitsfassung zum „Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz“ (KHVVG) liegen nun erstmals seit dem Eckpunktepapier von Bund und Ländern nähere Anhaltspunkte vor, wie die Reform ausgestaltet werden soll. In dem Entwurf spielt die konkrete Verbesserung der Patientenversorgung eine zu geringe Rolle, kritisiert die DDG. Außerdem drohe das Nebeneinander von Vorhaltevergütung und Fallpauschalen ein Bürokratiemonster für Kliniken zu werden. Die DDG bekräftigt deshalb ihre Forderung an die Gesundheitsminister von Bund und Ländern, das Patientenwohl und die Patientensicherheit in den Mittelpunkt der Reform zu stellen und die Perspektive der Fachgesellschaften stärker zu berücksichtigen.

## Zentrale Versprechen werden nicht eingelöst

Mehr Zeit für die Patient\*innen auf der einen und weniger Bürokratie und ökonomischer Druck auf der anderen Seite: Dies sind zwei der zentralen Versprechen der Krankenhausreform, an der die Regierungskommission sowie die Gesundheitsminister\*innen von Bund und Ländern nun seit mehreren Monaten arbeiten. Seit Oktober kursiert der Text der ersten Arbeitsfassung des BMG, der die Vorhaben in groben Zügen schildert. Dieser Text enthält allerdings noch zahlreiche Leerstellen. „Dieser Entwurf enttäuscht nach dem ersten Lesen meine Hoffnung, dass die Krankenhausreform die Sprechende

»Patientenwohl und -sicherheit sollten ganz vorne stehen«



Medizin stärken und eine an den Patientenbedürfnissen orientierte Versorgung etablieren wird“, sagt DDG Präsident Professor Dr. ANDREAS FRITSCHKE aus Tübingen. Damit Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte dem Patienten mehr Zeit widmen können, seien einschneidende Maßnahmen zur Entbürokratisierung notwendig, so der DDG Präsident. Dieses Thema kommt seiner Meinung nach in der aktuellen Arbeitsfassung des Gesetzes zur Krankenhausreform deutlich zu kurz. Maßnahmen, die zeitaufwendige Prozesse etwa im Bereich der Dokumentation oder der Abrechnung verschlanken, fehlen bislang gänzlich. „Im Gegenteil: Die an sich zu begrüßende Einführung der an Leistungsgruppen gebundenen Vorhaltevergütung als zentrale Finanzierungssäule macht das System sogar noch komplexer“, so Fritsche.

## Entbürokratisierung: Maßnahmen fehlen völlig

Denn die Vergütung nach Diagnosebezogenen Fallgruppen (Diagnosis Related Group oder auch DRG) sollte zwar an Bedeutung verlieren, wird de facto aber beibehalten. „Die neu geschaffenen Pauschalen für die Vorhaltung der Leistungsgruppe Diabetologie/Endokrinologie wird über DRG definiert werden. Das DRG-System wird damit nur in ein größeres Leistungsgruppenbudget gepresst und deswegen drohen trotz oder mit dem neuen System erhebliche Mehraufwände in der Verwaltung – genau das Gegenteil, was die Reform verspricht!“, kritisiert

## Sprechende Medizin: Diabetologie und DDG als Vorreiter und Impulsgeber

In der Behandlung von Menschen mit Diabetes, die ihren Alltag mit der chronischen Erkrankung weitgehend alleine bewältigen, sind Gespräche besonders wichtig. Wie wichtig die DDG die Sprechende Medizin nimmt, zeigt sich an vielen Stellen – hier vier Beispiele:

- Der Kurs Kommunikation DDG („Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung in der Diabetologie“) ist obligatorisch für angehende Diabetolog\*innen. Ziel der vier-tägigen Fortbildung ist es, die individuell optimierte ärztliche Gesprächsführung zu erlernen. Der Kurs knüpft an die theoretischen Grundlagen an, die im Kurs Klinische Diabetologie zum Selbstmanagement, zur Diabeteschulung und zu psychischen Störungen bei Diabetes vermittelt werden.
- Die partizipative Entscheidungsfindung spielt in der Diabetologie eine immer größere Rolle, so auch in der im September veröffentlichten aktualisierten Leitlinie Therapie des Typ-1-Diabetes. Die Einbeziehung von Menschen mit Typ-1-Diabetes in die Diagnostik und Therapie ihrer Erkrankung nimmt darin breiten Raum ein und wird in einem eigenen Kapitel („Partizipative Entscheidungsfindung“) ausführlich dargestellt. Dort heißt es unter der Überschrift „Sprache ist wichtig“, dass die Kommunikation zwischen Menschen mit Diabetes und den Mitgliedern des Behandlungsteams als Herzstück

»Die vorgesehene Vorhaltevergütung macht das System noch komplexer«

der Tübinger Diabetologe. Zu bedenken ist dabei auch: Eine Analyse des Verbands der Privaten Krankenversicherung (PKV) zeigte, dass sich mit jeder Komplexitätssteigerung auch das Missbrauchspotenzial und damit der notwendige Kontrollaufwand erhöht. „Auch diese zusätzlichen Strukturen können sich die Kliniken bei weiterhin gedeckelten Budgets weder personell noch finanziell leisten“, so Fritsche. „Insgesamt entsteht der

Eindruck, dass bei dieser Reform nicht die Verbesserung der Patientenversorgung im Vordergrund steht, sondern nur wieder eine neue Abrechnungsstruktur eingeführt wird.“

## Hoffnung auf grundlegende Änderung des Reformgesetzes

Prof. Fritsche hofft, dass sich im Verlauf der weiteren Ausarbeitung des Reformgesetzes noch umfangreiche,

einer integrierten Versorgung anzusehen ist. Weiter heißt es: „Die Sprache in der Diabetesversorgung soll nicht nur neutral und frei von Stigmatisierung sein. Empfehlungen müssen auf Fakten beruhen und sich auf die Stärken der Betroffenen konzentrieren, respektvoll und inklusiv sein. (...) Noch wichtiger als die gewählten Worte dürfte jedoch die innere Haltung der Mitglieder des Behandlungsteams sein. Nur eine wahrhaft wertschätzende Kommunikation ist in der Lage, zum langfristigen Behandlungserfolg beizutragen.“

- DDG, die Organisation diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe und die Online-Community #dedoc<sup>®</sup> haben 2022 gemeinsam mit Ko-Autor\*innen das Positionspapier „Language matters“ zu sensibler Sprache entwickelt (zu finden auf [ddg.info/politik](http://ddg.info/politik)).
- Einer der Schwerpunkte des derzeitigen DDG Präsidenten Prof. Andreas Fritsche ist es, die Sprechende Medizin zu stärken. Dies hat er auch im Podcast O-Ton Diabetologie deutlich gemacht. In der Folge zu seinem Amtsantritt betont er, wie wichtig die Sprache ist, wie wichtig es ist, nicht vorwurfsvoll zu sprechen. „Das ist gar nicht so einfach und man muss es lernen. Leider kommt es im Medizinstudium zu kurz.“ Schon damals hat er darauf gehofft, dass Vorhaltepauschalen in Zukunft auch dazu da sein werden, Diabetesteam zu finanzieren. Nicole Finkenauer



auch grundlegende Änderungen ergeben werden. „Wir als Fachgesellschaft werden unsere Perspektive weiter konstruktiv in den Prozess einbringen, um die Versorgung der Millionen Menschen mit Diabetes tatsächlich zu verbessern“, versichert der DDG Präsident.

## DDG wird Prozess weiterhin aktiv mitgestalten

Mindestens jede\*r fünfte stationär behandelte Patient\*in im Krankenhaus habe einen Diabetes mellitus, der bei der Behandlung der Aufnahme diagnose ins Krankenhaus mitberücksichtigt und behandelt werden muss. Die DDG gestalte den Prozess unter Federführung der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) aktiv mit. DDG/dz

Für die Sprechende Medizin spricht viel. Bis jetzt wird sie aber in den Plänen zur Krankenhausreform nicht gestärkt.

Fotos: Valerii Minhirov/gettyimages, charactervectorart – stock.adobe.com

# Diabetes präzise therapieren: Was ist Konsens?

Internationaler Konsensbericht zur Präzisionsmedizin zeigt Wege auf

**NEUHERBERG.** Wie kann die Präzisionsmedizin beim Diabetes unmittelbar oder kurzfristig in die klinische Praxis integriert werden? Wo gibt es Wissenslücken, die noch geschlossen werden müssen? Der aktuelle Stand wird abgebildet im zweiten Konsensbericht zur Präzisionsmedizin in der Diabetesprävention und -therapie, erstellt von einem internationalen Wissenschaftlerteam mit deutscher Beteiligung.

Diabetes ist mit einem erhöhten Sterberisiko verbunden. Erst im September dieses Jahres wurde dieser Zusammenhang anhand einer Auswertung der Daten von mehr als 1,5 Millionen Menschen erneut bestätigt. Dabei wurde festgestellt, dass z.B. ein 50-jähriger Mensch durchschnittlich 14 Jahre weniger Lebenszeit hat, wenn ein Typ-2-Diabetes im Alter von 30 Jahren diagnostiziert wurde. Allerdings gibt es erhebliche Unterschiede bei diesen Zusammenhängen. Genau diese verschiedenen Ausprägungen haben internationale Wissenschaftler\*innen im Rahmen des „Second international consensus report on gaps and opportunities for the clinical translation of precision diabetes medicine“ der Precision Medicine in Diabetes Initiative (PMDI) untersucht und an maßgeschneiderten Ansätzen gearbeitet.

## Beitrag aus Deutschland: Wege zur Präzisionsdiagnostik

Unter der Leitung von ADA und EASD haben 200 Forschende aus 28 Ländern an diesem Konsensbericht gearbeitet. Aus Deutschland nahmen teil: Professor Dr. NORBERT STEFAN vom Institut für Diabetesforschung und Metabolische Erkrankungen von Helmholtz Munich an der Universität Tübingen und Professor Dr. ROBERT WAGNER, Dr. KATSIARYNA PRYSTUPA und Dr. MARTIN SCHÖN vom Deutschen Diabetes-Zentrum in Düsseldorf. Alle Vier gehören auch dem Deutschen Zentrum für Diabetesforschung (DZD) an. Sie erarbeiteten vor allem Wege zur Präzisionsdiagnostik des Typ-2-Diabetes. Diese werden auch detailliert in einer von 15 Zusatzpublikationen im Wissenschaftsjournal „Communications Medicine“ veröffentlicht.

## Marker finden und den Fokus auf die Ursachen legen

Was sagen zwei der deutschen Experten zu ihrem Beitrag zum Konsensbericht? Prof. Dr. Norbert Stefan, der sich seit Langem mit der Risikoeinschätzung von Typ-2-Diabetes und den Ursachen dieser Erkrankung, insbesondere der Fettverteilung und der Fettlebererkrankung, beschäftigt, betont: „Ähnlich wie in der Krebsmedizin haben wir auch bei der Erforschung des Diabetes Betroffene identifiziert, bei denen die etablierten Präventions- und Therapieoptionen nicht ausreichen, um die Erkrankung gut zu behandeln. Jetzt gilt es, Marker und maßgeschneiderte Behandlungen zu finden, welche schnell im klinischen Alltag eingesetzt werden können.“

Prof. Dr. Robert Wagner hat in einer viel beachteten Studie Subgruppen von Menschen mit erhöhtem Diabetesrisiko und den damit verbundenen Folgeerkrankungen identifiziert und sagt: „Es ist wichtig, dass wir uns bei der Risikoabschätzung des Diabetes und seiner Komplikationen mehr auf die verschiedenen Ursachen fokussieren, die den jeweiligen Subgruppen hauptsächlich zugrunde liegen und bereits Jahre vor dem Auftreten des Diabetes den



Stoffwechsel ungünstig beeinflussen. Unterschiedliche Maße von Insulinproduktion, Insulinwirkung und genetischem Risiko, aber auch das Alter der Diabetesmanifestation sollten in Zukunft stärker berücksichtigt werden.“

DZD/dz

Tobias DK et al. Nat Med 2023; doi: 10.1038/s41591-023-02502-5

Bericht unter:  
nature.com



Zur Behandlung von Diabetes mellitus bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab 1 Jahr<sup>1</sup>

Lyumjev® (Insulin lispro)  
Die Weiterentwicklung von Humalog®  
Imitiert die physiologische Insulinwirkung noch genauer als Humalog®<sup>2</sup>  
Signifikante Überlegenheit in postprandialer Glukosekontrolle vs. Humalog®<sup>1</sup>

Kein AMNOG  
Rabattverträge mit allen Krankenkassen

Interesse geweckt?  
Erhalten Sie weitere Informationen unter:  
[www.das-schnellste-lispro.de](http://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.; Papendorpsweg 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.

PP-UR-DE-0447 Februar 2023

Lilly

LYUMJEV  
(insulin lispro)

# Beschwingter Abend mit Glitzer, Poesie, Prominenz – und vielen ernstesten Tönen

Die 12. Diabetes-Charity-Gala unterhält, informiert und unterstützt wichtige Projekte

**BERLIN.** Glänzend aufgelegte Gäste und ein beschwingtes Moderationsduo machten die Diabetes-Charity-Gala der Gesundheitsorganisation diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe zu einer gelungenen Veranstaltung. Sehr erfreulich: Für die beiden Spendenprojekte kam eine Summe von 110.000 Euro zusammen.

**R**oter Teppich, glitzernde Roben, Prominente (bekannte Schauspielerinnen, Influencer\*innen und natürlich Fußball-Legende und FC-Diabetologie-Trainer Christoph Daum), Fotograf\*innen, Kamerteams: Die zwölfte Diabetes-Charity-Gala hatte alles, was eine tolle Gala ausmacht. Bewegende Momente auf der Bühne, Musik, Poesie und auch der ernsthafte Hintergrund machten die Veranstaltung zu etwas ganz Besonderem. Und im Mittelpunkt stand letztlich nicht das schmückende Beiwerk, sondern die Spendenprojekte und das große Engagement für Menschen mit Diabetes.

Auch die Gesundheitspolitik war ein Thema, und mit Tino Sorge, CDU-Gesundheitspolitiker, saß sogar ein Adressat für die Forderungen im Publikum. Eine gute Gelegenheit, auf die ins Stocken geratene Diabetes-Strategie aufmerksam zu machen. Moderator Dr. JENS KRÖGER, Diabetologe und Vorstandsvorsitzender von diabetesDE, sprach von „frustrierenden Momenten“. Zusammen mit Moderationskollegin NICOLE MATTIG-FABIAN, diabetesDE-Geschäftsführerin, verlieh er dem Abend einen guten Mix aus Beschwingtheit, Witz – und Ernsthaftigkeit, die z.B. anlag im Gespräch mit DDG Präsident Professor Dr. ANDREAS FRITSCHKE. „Damit die Gesundheitspolitik den Diabetes ernst nimmt, müssen wir eng zusammenstehen“, so Fritsche. Diese Einschätzung bestätigte Keynote-Sprecherin Dr. HELENE BUBROWSKI. Über Wichtiges werde oft zu wenig gesprochen, befand sie. „Wer etwas anderes will,



**1:** Führten charmant durch den Abend: Diabetologe Dr. Jens Kröger, Vorsitzender diabetesDE, und Nicole Mattig-Fabian, diabetesDE-Geschäftsführerin. **2.** Von der Deutschen Diabetes Gesellschaft mit dabei: Präsident Professor Dr. Andreas Fritsche, Geschäftsführerin Barbara Bitzer, Mediensprecher Professor Dr. Baptist Gallwitz.



**3.** Gruppenbild mit Damen: Julien Fuchsberger, Laudatorin Stefanie Stappenbeck, Thomas-Fuchsberger-Preisträgerin Lea Raak, Jennifer Fuchsberger-Buyan.



Alle Projektpat\*innen und die Vertreter\*innen der spendenden Unternehmen präsentieren sich auf der Bühne – flankiert vom Moderationsduo Nicole Mattig-Fabian und Dr. Jens Kröger.

»Auch Poesie lag in der Gala-Luft«

braucht Mut und muss Gegenwind aushalten. Veränderung ist anstrengend, auch für die Politik.“ Sie selbst will den Diabetes künftig „in das große politische Bild einsortieren“.

**Motto der Gala: „Das ist Dein Leben“**

In diesem Jahr stand die Gala unter dem Motto „Das ist Dein Leben“, und was es bedeutet, mit Diabetes zu leben, machte Medizinstudentin und

Poetry Slammerin PAULINA BERENDT deutlich. Den Diabetes beschrieb sie eindringlich als „Partner fürs Leben“. Und sie machte klar: Egal, welcher Diabetes-Typ es ist, Vorurteile sind absolut fehl am Platz.

Mit ihren Versen beeinflusste sie die Stimmung des ganzen Abends, ebenso wie PHILIPP DITTBERNER mit seinen Songs „Wolke 4“ und „Das ist Dein Leben“ und all die jungen Diabetes-Influencer\*innen mit ihren allzeit bereiten Smartphones. „Diese Gala war etwas ganz Besonderes, denn die anwesenden Influencer haben sie unter dem Hashtag #DiabetesGala in die sozialen Medien weitergetragen und somit erzielte eine

geschlossene Veranstaltung trotzdem eine große Reichweite“, so Nicole Mattig-Fabian.

**Spendenprojekte: #SagEsLaut und GSD-Projekt**

Eine dieser Influencer\*innen ist LYN KÜNSTNER, die gleichzeitig als eine der prominenten Pat\*innen für die beiden Spendenprojekte des Abends fungierte. Auch die Moderatorinnen ANNIE HEGER und ANASTASIA ZAMPOUNIDIS, Sänger SAMUEL RÖSCH und Schauspielerin INA PAULE KLINK saßen zeitweilig auf dem weißen Bühnensofa; VERA

»Das ist erst der Anfang«

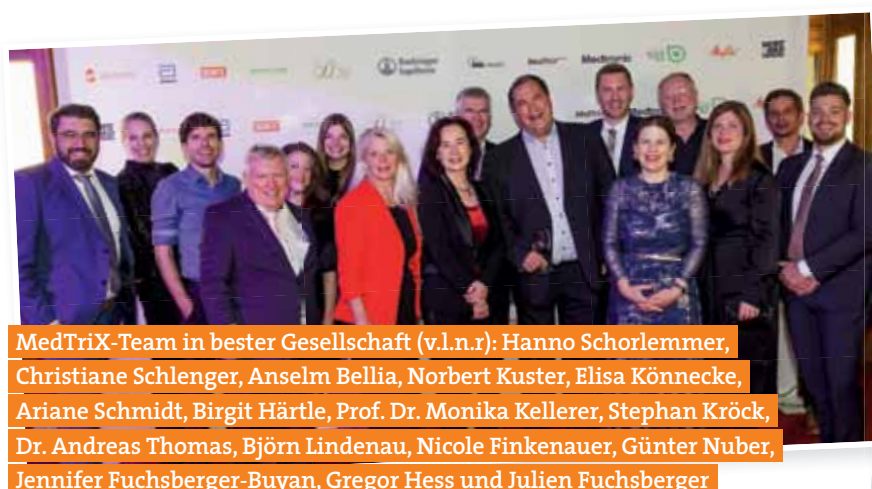
INT-VEEN wurde aus der Ferne zugeschaltet. Die Spendensumme von 110.000 Euro – größtenteils aufgebracht von Diabetes-Unternehmen – geht an die Kampagne #SagEsLaut und an ein Projekt von Dr. CLAUDIA MIERSCH, das die postnatale Diabetes-Prävention nach Gestationsdiabetes vorantreiben möchte.

**Thomas-Fuchsberger-Preis: Lea Raak von Blickwinkel Diabetes**

Das stimmungsvolle Finale der Gala war die Verleihung des Thomas-Fuchsberger-Preises an LEA RAAK, Gründerin von „Blickwinkel Diabetes“. Der Verein möchte vor allem für Erwachsene mit Typ-1-Diabetes Möglichkeiten für Dialog und Austausch schaffen. Mit den 10.000 Euro Preisgeld, gestiftet von der MedTriX Group, will Lea Raak den Verein weiterentwickeln: „Es gibt noch so viel, was wir umsetzen wollen – das ist erst der Anfang.“

Unterstützt wurde die Diabetes-Charity-Gala 2023 von Abbott Diabetes Care, Boehringer Ingelheim, Dexcom, IKK Classic, MedTriX, Medtronic, Melitta, Perfood und dem Wort & Bild Verlag.

Nicole Finkenauer



MedTriX-Team in bester Gesellschaft (v.l.n.r.): Hanno Schorlemmer, Christiane Schlenger, Anselm Bellia, Norbert Kuster, Elisa Könnecke, Ariane Schmidt, Birgit Härtle, Prof. Dr. Monika Kellerer, Stephan Kröck, Dr. Andreas Thomas, Björn Lindenau, Nicole Finkenauer, Günter Nuber, Jennifer Fuchsberger-Buyan, Gregor Hess und Julien Fuchsberger



Christoph Daum, Trainer des FC Diabetologie.



**Umfrage zum D.U.T-Report 2024: Teilnahme bis 30.11.**

Seit fünf Jahren untersucht der Digitalisierungs- und Technologie-Report Diabetes (D.U.T), wie sich die Nutzung von Diabetestechnologien in Deutschland verändert und welche Einschätzungen und Erwartungen Diabetolog\*innen zu neuen Technologien und der Digitalisierung haben. Für den D.U.T-Report 2024 werden zudem Diabetesberater\*innen befragt. Durch den Vergleich der Antworten

im Längsschnitt über die letzten fünf Jahre und zwischen den unterschiedlichen befragten Gruppen ergibt sich ein differenziertes Bild der Entwicklung von neuen Technologien in der Diabetologie. Kooperationspartner des D.U.T-Reports ist u.a. die DDG.

de.research.net/r/dt24\_DD



# Diabetes in Balance halten

Mit der *richtigen* Blutzuckereinstellung können Sie Ihre Patient\*innen effektiv vor Folgeerkrankungen schützen.<sup>1-5</sup>

## Insuline aus dem Sanofi-Portfolio



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

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

**Suliqua® 100 Einheiten/ml + 33 Mikrogramm/ml Injektionslösung im Fertigpen.**  
**Wirkstoffe:** Insulin glargin und Lixisenatid. **Zusammens.:** Insulin glargin 100 E/ml und Lixisenatid 33 µg/ml. Jeder Fertigpen enthält 300 Einheiten Insulin glargin und 100 Mikrogramm Lixisenatid in 3 ml Lösung. **Sonst. Bestandt.:** m. bekannt. **Wirkung:** Metacresol 2,7 mg/ml. **Sonst. Bestandt.:** Glycerol 85 %, Methionin, Metacresol, Zinkchlorid, Salzsäure, Natriumhydroxid, Wasser für Injektionszwecke. **Anw.-geb.:** Verbesserung der Blutzuckerkontrolle als Ergänzung zu Diät u. Bewegung in Kombination mit Metformin + Natrium-Glucose-Cotransporter-2-(SGLT-2)-Inhibitoren bei erw. Pat. mit unzureichend kontrolliertem Diabetes mellitus Typ 2. **Gegenanz.:** Überempfindlichk. gegen die Wirkstoffe/sonstige Bestandt. **Warnhinw. u. Vorsichtsm.:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. Nur klare und farblose Lösung verwenden. Nur in diesem Pen verwenden. **Nebenwirk.:** **Infekt. u. parasitäre Erk.:** Gelegentlich: Nasopharyngitis, Infekt. der oberen Atemwege. **Immunsyst.:** Gelegentlich: Urtikaria. **Stoffwechsel/ Ernährungsstör.:** Sehr häufig: Hypoglykämie. **Nervensyst.:** Häufig: Schwindel. Gelegentlich: Kopfschm. **Gastrointestinaltrakt.:** Häufig: Übelkeit, Diarrhö, Erbrechen. Gelegentlich: Dyspepsie, Abdschmerz. **Selten:** Verzögerte Magenentleerung. **Leber- und Gallenerkr.:** Gelegentlich: Cholelithiasis, Cholezystitis. **Haut/Unterhautzellgew.:** Nicht bekannt: Kutane Amyloidose, Lipodystrophie. **Allg./Verabrort.:** Häufig: Reaktionen a. d. Inj.stelle. Gelegentlich: Ermüdung. **Verschreibungspflichtig.** **Pharmazeutischer Unternehmer:** Sanofi Winthrop Industrie, 82 avenue Raspail, F-94250 Gentilly, Frankreich. Örtlicher Vertreter d. Zulassungsinhabers: Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, D-65926 Frankfurt am Main. **Stand:** Mai 2023

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

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

**Insulin lispro Sanofi® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Patrone • Insulin lispro Sanofi® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Durchstechflasche • Insulin lispro Sanofi® 100 Einheiten/ml Injektionslösung im Fertigpen**  
**Wirkstoff:** Insulin lispro. **Zusammens.:** 1 ml enthält 100 Einheiten (3,5 mg) Insulin lispro. **Sonst. Bestandt.:** m-Cresol, Glycerol, Dinatriumhydrogenphosphat 7 H<sub>2</sub>O, 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. **Warn. u. Vorsichtsmaßn.:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. **Nebenw.:** **Stoffwechsel/Ernährungsstör.:** Häufigste Nebenwirkung jeder Insulinbehandlung ist Hypoglykämie. Schwere Hypoglykämien können zu Bewusstlosigkeit und im Extremfall zum Tod führen. **Immunsyst.:** Häufig: lokale allerg. Reaktionen. **Selten:** systemische Allergie. **Haut (Unterhautzellgew.):** Gelegentlich: Lipodystrophie; Nicht bekannt: kutane Amyloidose. **Allg./Verabrort.:** Nicht bekannt: Ödeme. **Verschreibungspflichtig.** **Pharmazeutischer Unternehmer:** Sanofi Winthrop Industrie, 82 avenue Raspail, 94250 Gentilly, Frankreich. Örtlicher Vertreter d. Zulassungsinhabers: Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, D-65926 Frankfurt am Main. **Stand:** Dezember 2022

© Sanofi 2023. Alle Rechte vorbehalten.

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

# Neues Institut für Prävention soll über Krankheiten aufklären

DDG fordert für BIPAM ganzheitlichen Ansatz inklusive Umwelt- und Lebensbedingungen

**BERLIN.** Das Bundesgesundheitsministerium setzt verstärkt auf Früherkennung und Versorgung, auch beim Diabetes. Neben Screening-Maßnahmen und einer Öffnung der DMP ist ein neues Institut für Prävention geplant. Dessen Aufgaben: Aufklärung und medizinische Prävention. Das reicht nicht, so die DDG.

Es heißt abgekürzt BIPAM und soll künftig darüber aufklären, wie sich nicht übertragbare Krankheiten wie Diabetes, Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen verhindern lassen: das neue Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin. Starten soll es 2025 und in ihm soll die bisherige Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aufgehen. Geplant ist eine enge Zusammenarbeit zwischen BIPAM und Robert Koch-Institut (RKI). Korrekturbedarf an der Konzeption des neuen Instituts hat u.a. schon die DDG angemeldet.

## Prävention nur als ganzheitlicher Ansatz effektiv

Die DDG begrüßt zwar den neuen Ansatz zur Stärkung von Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung grundsätzlich, sieht aber auch Schwachstellen. Der Name des Instituts suggeriere, dass „Prävention hauptsächlich eine medizinische Angelegenheit“ sei, stellt DDG Präsident Prof. Dr. ANDREAS FRITSCHKE fest. Eine effektive Prävention nicht übertragbarer Krankheiten erfordere einen ganzheitlichen Ansatz, der neben der medizinischen Versorgung Faktoren wie Ernährung, Bewegung, Umwelt, Bildung und soziale Ungleichheit berücksichtigt. Der Tübinger Diabetologe fragt auch nach dem Mehrwert einer Aufteilung auf zwei Institute. „Die Erforschung der

Wechselwirkung zwischen übertragbaren und nicht übertragbaren Erkrankungen könnte sogar erschwert werden, wenn wichtige Schnittstellen sowie Synergien verloren gehen.“ Unklar sei auch, wie das Institut künftig z.B. mit Krankenkassen oder universitären Forschungseinrichtungen zusammenarbeiten werde. Chef des BIPAMs wurde ohne Ausschreibung Johannes Nießen, der auch schon in Lauterbachs Corona-Expertenrat saß. Es ist auch ein „Center of Excellence für Modellierer im Gesundheitswesen“ geplant. „Solch ein Vorgehen des Gesundheitsministers stimmt bedenklich und man muss im Auge behalten, ob hier von oben herab vermeintliche Weisheiten verkündet werden sollen“, meint Prof. Fritsche. Zudem werde das BIPAM als selbstständige Bundesoberbehörde im Geschäftsbereich des BMG errichtet und reihe sich in den Kreis von 80 bereits bestehenden Bundesoberbehörden ein. „Auch dies wirft Fragen zur politischen Unabhängigkeit des neuen Instituts hinsichtlich seiner wissenschaftlichen Arbeit auf, was bedenklich ist.“ Dass viele Krankheits- und Todesursachen gerade nicht im medizinischen Versorgungsbereich lägen, sondern in schädlichen Umwelt- und Lebensbedingungen der Menschen, erklären die Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM) und die Deut-

»Prävention nicht nur medizinische Angelegenheit«

sche Gesellschaft für Public Health (DGPH). Prävention und Gesundheitsförderung sollten jedoch vor allem die Lebensverhältnisse verbessern und soziale Ungleichheit beseitigen, so die Fachgesellschaften. Aufklärung allein zielt hingegen lediglich auf Verhaltensänderung und sei deshalb „nur sehr begrenzt wirksam“, kritisiert DGSM-Präsident Prof. Dr. ANDREAS SEIDLER. So sei etwa ein zu hoher Zuckerkonsum im Kindesalter eine häufige Ursache für Erkrankungen im späteren Leben.

Eine Zuckersteuer und Werbeverbote für zuckerreiche Lebensmittel müssten demnach folgen. Das neue Institut sollte zudem verhältnispräventive Maßnahmen erforschen. Bis zu 70 % der Herz-Kreislauf-Erkrankungen werden durch modifizierbare Lebensstilfaktoren verursacht. Vor allem ungesunde Ernährung, Bewegungsarmut, Rauchen und übermäßiger Alkoholkonsum zählen dazu, heißt es in einem aktuellen „Impulspapier“ des BMG.

## Krankes Herz: teure Therapie, häufigste Todesursache

Ein Drittel aller Todesfälle war 2021 auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen. Sie sind damit die häufigste Todesursache und verursachten 2020 mit rund 57 Mrd. Euro die höchsten Kosten in der Gesundheitsversorgung. Das BMG

will dagegen vorgehen und hat vier Handlungsfelder identifiziert:

- Die Früherkennung soll in allen Altersgruppen verbessert werden. Bei den Erwachsenen will das BMG die Gesundheitsuntersuchung weiterentwickeln und ein Screening einführen, das nach Alter und Risiko gestuft ist.
- Die DMP sollen geöffnet und gestärkt werden.
- Der Nikotinkonsum soll bekämpft und reduziert werden
- Die Früherkennungsuntersuchungen sollen erweitert werden (z.B. Einführung von Lipid-Screenings bei der U9 mit Fokus auf familiärer Hypercholesterinämie). Die Untersuchungsinhalte sollen die medizinischen Fachgesellschaften festlegen.

Diese Maßnahmen soll das BIPAM fachlich begleiten. *Angela Monecke*



Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach stellte in Berlin das BIPAM vor. Mit dessen Errichtung ist der ehemalige Leiter des Kölner Gesundheitsamtes Dr. Johannes Nießen (2.v.l.) beauftragt. Das RKI unter der Führung von Prof. Dr. Lars Schaade (l.) soll sich dann auf die übertragbaren Krankheiten konzentrieren.

Foto: picture alliance/dpa/Kay Nietfeld

## Ein Herz nicht nur für den Diabetes

Professor Diethelm Tschöpe ist im Ruhestand – und doch weiter aktiv

**BAD OEYNHAUSEN.** Zu seinem 65. Geburtstag hat sich Professor Dr. Dr. Diethelm Tschöpe von seinen klinischen Aufgaben als Direktor des Diabeteszentrums am Herz- und Diabeteszentrum NRW (HDZ NRW) verabschiedet. Seine universitären Aufgaben führt er jedoch noch fort.

Bis zur Berufung seines Nachfolgers wird Professor. Dr. med. Dr. h.c. DIETHELM TSCHÖPE Forschung und Lehre der Fachbereiche Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie an der Ruhr-Universität Bochum und der Medizinischen Fakultät OWL an der Universität Bielefeld weiter vertreten. Zwei Jahrzehnte hat Prof. Tschöpe die Klinikleitung der Diabetolo-



Univ.-Prof. Dr. med. Dr. h.c. Diethelm Tschöpe erklärt ein Herzmodell.

Foto: Katrin Hertrampf

gie am HDZ NRW geprägt, einige Jahre davon als Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums. Als Arzt,

Wissenschaftler und Impulsgeber für die Prävention, die Sprechende Medizin, interdisziplinäre Zusammenarbeit und ärztliche Fortbildung hat Prof. Tschöpe in dieser Zeit große Wertschätzung und Anerkennung erfahren.

## 40 Jahre als Arzt tätig, nach wie vor ehrenamtlich engagiert

Inzwischen blickt er nicht nur auf insgesamt mehr als 40 Jahre ärztlicher Tätigkeit zurück, sondern auch auf viele Jahre des ehrenamtlichen Engagements für Fachverbände, für die Patientenselbsthilfe sowie für die ärztliche Selbstverwaltung, zuletzt als stellvertretender Vorsitzender des Lenkungsausschusses der Akademie für medizinische Fortbildung

der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe.

Der gebürtige Bonner studierte in München Medizin. Nach der Approbation 1983 war er zunächst als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der klinischen Abteilung des Deutschen Diabetes-Forschungsinstitutes an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf tätig. Nach Habilitation und Erlangung der Venia Legendi für das Fach Innere Medizin arbeitete

er ab 1994 als klinischer Oberarzt in Düsseldorf, ab 2002 zusätzlich als Lehrer des European Board of Endocrinology. Seit 2003 hat Prof. Tschöpe den Lehrstuhl für Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie an der Ruhr-Universität Bochum inne und ist Klinikdirektor des Diabeteszentrums am HDZ NRW.

Prof. Tschöpe ist Vorsitzender der Stiftung „Der herzkranke Diabetiker“ und Mitglied im Kuratorium Deutsche Diabetes-Forschungsgesellschaft sowie Mitglied in Herausgeberboards und Herausgeber zahlreicher internationaler Publikationen. Von der DDG wurde ihm 1998 der Ferdinand-Bertram-Preis für hervorragende wissenschaftliche Leistungen verliehen. *HDZ NRW/dz*

»Klinikdirektor seit 2003«



# Nicht nur wünschenswert, sondern notwendig

DDG will mit dem Zertifizierungsmodul „Diabetes & Psyche“ die psychologische Betreuung verbessern

**BERLIN.** Die psychologische Therapie von Menschen mit Diabetes ist unterfinanziert und wird meist nur als optionales „Add-on“ verstanden. Um die Situation zu verbessern, hat die DDG das neue Zertifizierungsmodul „Diabetes und Psyche“ eingeführt.

Das Modul richtet sich an ambulante und stationäre Diabetes-Einrichtungen, die eine besondere Expertise in der Behandlung von mit Diabetes assoziierten psychischen Problemen oder diabetesbezogenen Belastungen nachweisen können. Das Angebot soll die Transparenz für Patient\*innen und Zuweiser\*innen erhöhen und die Qualität der Diabetes-Therapie in allen Sektoren steigern. Jeder dritte Mensch mit Diabetes weist erhöhte diabetesbezogene Belastungen und jeder achte eine komorbide Depression auf. Aber auch Angst- und Essstörungen sowie Abhängigkeitserkrankungen und Motivationsprobleme sind bei Typ-1- und Typ-2-Diabetes weit verbreitet. „Werden diese nicht frühzeitig fachgerecht identifiziert und behandelt, kann es zu einer Chronifizierung und schlimmstenfalls lange andauernder Arbeitsunfähigkeit führen. Das hat neben dem persönlichen Leid auch hohe Kosten für das Gesundheitssystem zur Folge“, so Professor Dr. BERNHARD KULZER. Er ist Mitglied

»Die Versorgung entspricht nicht den Leitlinien«

des Ausschusses Qualitätssicherung, Schulung und Weiterbildung (QSW) der DDG und Vorsitzender der AG Diabetes und Psychologie der DDG. Frühzeitige Unterstützung, Intervention und Beratung können Menschen mit Diabetes helfen.

### Zertifikat macht Expertise der Einrichtung für alle sichtbar

Um die Versorgung zu verbessern, hat der Ausschuss QSW in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Diabetes & Psychologie das neue Zertifizierungsmodul „Diabetes & Psyche“ initiiert. „Das Zertifikat soll sowohl Menschen mit Diabetes als auch Behandler\*innen transparent machen, welche Einrichtungen eine besondere Expertise



in der psychologischen Behandlung bei Diabetes aufweisen, sodass sie sich gezielt an sie wenden können“, führt Prof. Kulzer aus. Das Zertifikat können ambulante sowie stationäre Behandlungseinrichtungen im Rahmen der Anerkennungsverfahren „Diabetes Exzellenzzentrum DDG“ und „Diabeteszentrum DDG“ optional erwerben. Voraussetzung für den Erwerb ist, dass in der jeweiligen Einrichtung nachgewiesenermaßen ausreichend Hintergrundwissen über die besonderen Herausforderungen und Probleme von Menschen mit Diabetes vorliegen. Die Einrichtungen müssen dabei eine definierte Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bei der Therapie

von Menschen mit diabetesbezogenen psychischen Belastungen nachweisen. Zertifizierte Einrichtungen müssen ihre Ergebnisqualität nach einem Zeitraum von sechs Monaten offenlegen. Durch gezielte Hospitationen und Kooperationen soll eine verstärkte Vernetzung der zertifizierten Einrichtungen erfolgen, was die Qualität der Einrichtungen verbessern soll. „Diese Maßnahme ist ein wichtiger Schritt, die bisher noch suboptimale psychologische Betreuung von

### Weitere Zertifizierungsmodule

Zusammen mit der jeweiligen AG hat der Ausschuss QSW die Zertifizierungsmodule Diabetes & Psyche und Diabetes & Schwangerschaft entwickelt. Informationen zu den einzelnen Modulen finden Sie in Ausgabe 10/2023, S. 6 und über den Link [t1p.de/xn3zk](http://t1p.de/xn3zk) oder den QR-Code. Weitere Zertifizierungsmodule für Zusatzkompetenzen sind in Planung.



Menschen mit Diabetes zu verbessern“, erklärt Professor Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. KARIN LANGE, ehemalige Leiterin der Forschungs- und Lehrinstitute Medizinische Psychologie an der MH Hannover. „Das Zusatzmodul soll außerdem zeigen, dass psychologische Versorgungsangebote nicht nur ein ‚Nice to have‘ bei psychiatrischen Diagnosen sind, sondern – wie in Leitlinien und DMP gefordert – ein integraler Bestandteil der Diabetesbehandlung in allen Sektoren sein sollten.“ DDG/dz

### Mehr über das Modul

Diabetes & Psyche auf [diabetes-psychologie.de](http://diabetes-psychologie.de) bzw. über den QR-Code



## Jardiance® (Empagliflozin)

# MACHEN SIE SCHUTZ ZU IHRER STÄRKE

**Jardiance® – für Ihre Patienten mit:**

**Typ-2-Diabetes + CV-Begleiterkrankungen\*<sup>a</sup>**

**chronischer Herzinsuffizienz<sup>#,b</sup>**

**chronischer NEU: Niereninsuffizienz<sup>c</sup>**

a. Prävention der CV-Mortalität<sup>1,2,d</sup>  
b. Reduktion der CV-Mortalität oder HHI<sup>1,3,4,e</sup>  
c. Reduktion der Progression der Niereninsuffizienz oder CV-Mortalität<sup>1,5,f</sup>

**Bundesweite Praxisbesonderheit bei Typ-2-Diabetes mit manifester CV-Begleiterkrankung und bei Herzinsuffizienz unabhängig von der Ejektionsfraktion<sup>6,g,h</sup>**

CV=kardiovaskulär | eGFR=geschätzte glomeruläre Filtrationsrate | HHI=Hospitalisierungen aufgrund von Herzinsuffizienz | KHK=koronare Herzerkrankung | pAVK=periphere arterielle Verschlusskrankung | \* 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. Prävention der CV-Mortalität. | b. Reduktion der CV-Mortalität oder HHI. | c. Reduktion der Progression der Niereninsuffizienz oder CV-Mortalität. | d. 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. | e. Der primäre Endpunkt in der EMPEROR Reduced®- und der EMPEROR Preserved®-Studie war eine Kombination aus kardiovaskulärer Mortalität oder Hospitalisierung aufgrund von Herzinsuffizienz – analysiert als Zeit bis zum ersten Ereignis. Der Unterschied beim kombinierten primären Endpunkt war mehrheitlich auf eine signifikante Reduktion der Hospitalisierungen aufgrund von Herzinsuffizienz zurückzuführen. | f. Der primäre Endpunkt der EMPA-KIDNEY®-Studie war eine Kombination aus Progression der Niereninsuffizienz (definiert als terminale Niereninsuffizienz oder anhaltende eGFR-Abnahme auf <10 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> oder anhaltende eGFR-Abnahme um ≥ 40% vs. Baseline oder Tod aufgrund renaler Ursache) oder CV-Mortalität. Der Unterschied beim kombinierten primären Endpunkt war mehrheitlich auf eine signifikante Reduktion der Progression der Niereninsuffizienz zurückzuführen. | g. Für Erwachsene mit Typ-2-Diabetes und antidiabetischer Begleitmedikation sowie einer der folgenden kardiovaskulären Begleiterkrankungen: bestätigter Myokardinfarkt, KHK (koronare Eingefäßkrankung mit ≥ 50% Stenose oder Mehrgefäßkrankung), instabile Angina pectoris (mit angiografischem Nachweis einer KHK), ischämischer oder hämorrhagischer Schlaganfall oder pAVK (periphere arterielle Verschlusskrankung mit klinisch relevanter Durchblutungsstörung); wenn die antidiabetische Begleitmedikation den Blutzucker zusammen mit einer Diät und Bewegung nicht ausreichend kontrolliert. | h. Es gelten die allgemeinen Grundsätze einer wirtschaftlichen Verordnung nach § 12 Sozialgesetzbuch V und der Arzneimittel-Richtlinie, insbesondere § 9. | 1. Fachinformation Jardiance® (Empagliflozin), aktueller Stand. | 2. Zimman B et al. N Engl J Med 2015; 373(22): 2117-2128. | 3. Packer M et al. N Engl J Med 2020; 383(15): 1413-1424. | 4. Anker SD et al. N Engl J Med 2021; 385(16): 1451-1461. | 5. Herrington WG et al. N Engl J Med 2023; 388(2): 117-127. | 6. GKV-Spitzenverband: Anlage 1 zur Vereinbarung nach § 130b Abs. 1 Satz 1 SGB V bezüglich der Anerkennung von Jardiance®-Praxisbesonderheiten Herzinsuffizienz (10 mg) und Typ-2-Diabetes (10/25 mg). Abrufbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/arzneimittel/amnog\\_praxisbesonderheiten/14034pb20170301.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/arzneimittel/amnog_praxisbesonderheiten/14034pb20170301.pdf) (letzter Aufruf Juli 2023).

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)-hydroxidoxid x H<sub>2</sub>O (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 Metforminunverträglichkeit u. zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Typ-2-Diabetes mellitus. Herzinsuffizienz: Jardiance wird zur Behandlung von Erwachsenen mit symptomatischer, chronischer Herzinsuffizienz angewendet. Niereninsuffizienz: Jardiance wird zur Behandlung von Erwachsenen mit chronischer Niereninsuffizienz angewendet. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Nebenwirkungen: Sehr häufig: Hypoglykämie (bei Kombination mit Sulfonharnstoff 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: Ketoazidose, Urtikaria, Angioödem, Dysurie, Kreatinin im Blut erhöht, glomeruläre Filtrationsrate vermindert, Hämatokrit erhöht. Selten: nekrotisierende Fasziitis 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: August 2023

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](mailto:info@boehringer-ingelheim.com)



# Die DDG Herbsttagung von A bis Z

Wissenswertes rund um die Veranstaltung

**LEIPZIG.** Manchmal sind es die ganz praktischen Fragen, auf die Tagungsbesucher\*innen schnell eine Antwort suchen.

## Diabetes-Forum

In Halle 2 präsentieren sich gemeinnützige Institutionen und das Kongress-TV der DDG  
Öffnungszeiten: Freitag: 8.00 bis 18.00 Uhr  
Samstag: 08.30 bis 14.30 Uhr



## Tagungsunterlagen

Die Tagungstasche ist erhältlich im Eingangsfoyer. Die Unterlagen gibt es auch in der DDG APP.

## Mediathek

Im Anschluss an die Tagung haben die Teilnehmenden kostenfrei über sechs Monate lang Zugriff auf alle Vorträge:

[ddg.meta-dcr.com](http://ddg.meta-dcr.com)



## Wine & Cheese & Party

Zum Tagungsaufakt können Sie im Congress Center köstliches Fingerfood und kühle Drinks genießen. Es darf getanzt werden! Eintritt p.P.: 39 Euro; Anmeldung direkt bei der Registrierung, auch Nachbuchungen sind möglich.

## WLAN

Kostenfrei unter:  
SSID: Leipziger Messe  
Benutzername: HT2023  
Passwort: diabeteswissen



## Zertifizierung

Die CME-Zertifizierung ist bei der Sächsischen Ärztekammer beantragt und befindet sich aktuell in finaler Prüfung.

## App der DDG Herbsttagung



Die Herbsttagung auf einen Klick: Schnell und bequem können Sie sich über alle Veranstaltungen des Kongresses informieren und Ihren persönlichen Kongresskalender erstellen. Die DDG App gibt es

im App Store und auf Google Play – oder unter diesem Link:

[qrco.de/beAT1A](https://qrco.de/beAT1A)



## Teilnahmeausweis

Durch das Scannen des Teilnahmeausweises werden die Fortbildungspunkte gesammelt.

Tragen Sie dazu den Ausweis für die Einlasskontrollen während der gesamten Tagung gut sichtbar um den Hals.



## Fotos

Der Fotograf der DDG dokumentiert das lebendige Tagungsgeschehen. Sie können die Bilder schon während der Tagung abrufen unter: [www.ddg.info/veranstaltungen/fotos](http://www.ddg.info/veranstaltungen/fotos). Übrigens: Das Bild- und Videomaterial wird ausschließlich für Kommunikationsmaßnahmen von DDG und m:con (Veranstalter u.a. der kongressbegleitenden Fachaussstellung) verwendet.

## Industrierausstellung

Die Aussteller präsentieren sich in Ebene 0, Halle 2.

Öffnungszeiten:  
Freitag: 8.00 bis 17.30 Uhr  
Samstag: 8.30 bis 14.30 Uhr

Der Besuch der Industrierausstellung ist nur mit gültigem Tagungsticket möglich.

## Teilnahmebescheinigung

Sie erhalten nach der Tagung eine E-Mail, um sich die Teilnahmebescheinigung selbstständig herunterzuladen. Vor Ort werden keine Teilnahmebescheinigungen ausgegeben.



## Diabetes Herbsttagung nur in Präsenz, kein Livestream

Die Diabetes Herbsttagung ist eine reine Präsenzveranstaltung – es gibt also keinen Livestream, um Tagungsveranstaltungen digital und in Echtzeit verfolgen zu können.

Allerdings werden die Tagungsinhalte on demand zur Verfügung stehen, können also nach der Tagung in der DDG Akademie auf [www.ddg.info](http://www.ddg.info) angeschaut werden.

## Gewicht runter, Muskeln intakt?

Mit Tirzepatid nimmt das Gewicht ab, nicht die fettfreie Muskelmasse

**HAMBURG.** Eine deutliche Abnahme des Körpergewichts geht meist auch mit einem Verlust von Muskelmasse einher. Ein niedriger Anteil Muskelmasse und ein hoher Fettanteil im Muskel sind allerdings mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität assoziiert. Ein Verlust an fettfreier Muskelmasse sollte bei Gewichtsreduktion daher möglichst vermieden werden.

Wie sich die Muskelzusammensetzung bei Abnahme des Körpergewichts unter der Therapie mit Tirzepatid verändert, untersuchten Dr. JENNIFER LINGE vom Unternehmen AMRA Medical AB in Linköping, Schweden, und Kolleg\*innen. Im SURPASS-Studienprogramm ging die Therapie mit Tirzepatid parallel zur verbesserten Blutzuckerkontrolle mit einem deutlichen Gewichtsverlust einher.

Um die Muskelzusammensetzung bei der Gewichtsreduktion durch Tirzepatid zu untersuchen, wurden in einer Substudie von SURPASS 3 (SURPASS 3 MRI) MRT-Untersuchungen durchgeführt.

Dr. Linge stellte explorative Post-hoc-Analysen dieser Substudie vor.<sup>1</sup> Zum einen wurde am Oberschenkel das fettfreie Muskelvolumen ermittelt, das im MRT nicht dasselbe ist wie die fettfreie Muskelmasse in der DEXA-Messung (DEXA: dual-energy X-ray absorptiometry), wie Dr. Linge betonte. Zum anderen wurde die prozentuale Muskelfettinfiltration als Maß der Muskelqualität ermittelt. Die beobachteten Veränderungen

bei SURPASS-3-Teilnehmenden wurden verglichen mit dem, was anhand der UK Biobank bei Personen mit Diabetes gleichen Geschlechts und Alters beobachtet worden war.

### Muskelfettinfiltration unter Tirzepatid deutlich erniedrigt

An SURPASS 3 nahmen übergewichtige oder adipöse Patient\*innen teil, deren Typ-2-Diabetes mit Metformin mit oder ohne SGLT2-Inhibitor nicht ausreichend kontrolliert war.<sup>2</sup> Randomisiert erhielten sie über 52 Wochen Insulin degludec oder Tirzepatid zusätzlich zur bisherigen oralen Therapie. Unter Tir-

zepatid nahmen die Patient\*innen je nach Dosis um im Mittel -7,5 kg bis -12,9 kg ab, während sie unter dem Insulin leicht zunahmen.

Wie Dr. Linge berichtete, war die Veränderung der Muskelfettinfiltration in der Insulingruppe nach 52 Wochen in etwa so wie nach den UK-Biobank-Daten zu erwarten; unter, während sie unter Tirzepatid deutlich erniedrigt war. Pro Lebensjahr war in der UK Biobank mit einer mittleren Veränderung der Muskelfettinfiltration von +0,13 % zu rechnen. Im Insulin-Arm der SURPASS-3-Studie betrug die Veränderung über 52 Wochen +0,03 %, mit Tirzepatid bei der Zieldosis 5 mg -0,23 %, bei 10 mg -0,42 % und bei 15 mg -0,44 %.

Das fettfreie Muskelvolumen der SURPASS-3-Teilnehmenden entsprach dagegen den Werten, die nach der UK Biobank zu erwarten waren.

Tirzepatid führt also nach den MRT-Befunden parallel zur Gewichtsreduktion zu einer Abnahme der Muskelfettinfiltration, aber nicht zu einer Abnahme

der fettfreien Muskelmasse über das Altersgemäße hinaus. Teilnehmende, die zu Beginn ein geringes Muskelvolumen und eine hohe Muskelfettinfiltration zeigten, nahmen unter Tirzepatid ähnlich ab wie andere. Gleichzeitig zeigte die Muskelzusammensetzung bei ihnen ähnlich günstige Veränderungen wie bei den übrigen Patient\*innen.

### Günstige Veränderungen auch bei den Lipiden

Die Reduktion der Muskelfettinfiltration bei Therapie mit Tirzepatid korrelierte mit günstigen Veränderungen des Körpergewichts insgesamt, der abdominalen Fettdepots und der Lipide unter der Therapie, wie Professor Dr. NAVEED SATTAR vom BHF Cardiovascular Research Center der Universität Glasgow ergänzte.<sup>3</sup>

Friederike Klein

EASD-Kongress 2023

1. Linge J et al. 59th EASD Annual Congress, Abstract OP-2

2. Ludvik B et al. Lancet 2021; 398: 583–598; doi: 10.1016/S0140-6736(21)01443-4

3. Sattar N et al. 59th EASD Annual Congress, Abstract OP-1

»Wie viel Muskelmasse geht verloren?«



Foto: Racla Fotodesign – stock.adobe.com

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](http://novonordisk.de)



Differenzierte  
Empfehlungen  
sollen das Risiko  
senken.

Foto: Pcess609 – stock.adobe.com

# Kardiovaskuläres Risiko bei Typ-2-Diabetes evidenzbasiert reduzieren

Die neue ESC-Leitlinie stellt bei der Therapie die betroffenen Personen ins Zentrum

**AMSTERDAM.** Die neuen Praxisleitlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) geben differenzierte Empfehlungen zur medikamentösen Behandlung bei bestimmten Herzerkrankungen. Beispielsweise sollten alle Patient\*innen mit Typ-2-Diabetes und chronischer Herzinsuffizienz unabhängig von der linksventrikulären Ejektionsfraktion (HFrEF, HFmrEF, HFpEF) zur Senkung des kardiovaskulären Sterberisikos SGLT2-Inhibitoren erhalten.

**Professor Dr. DARREN KEITH MC GUIRE**, von der University of Texas in Dallas, stellte konzeptionelle Unterschiede der Leitlinien von 2023 zu denen von 2019 heraus. Dabei geht es vor allem um die kardiovaskuläre Risikoreduktion für Patient\*innen mit Typ-2-Diabetes und atherosklerotischen kardiovaskulären Erkrankungen (ASCVD). Ein besonderer Fokus liegt auf anti-diabetischen Substanzen mit nachweislich evidenter kardiovaskulärer Vorteilen bzw. entsprechender Sicherheit. Mit hoher Evidenz empfiehlt das Guideline-Gremium für Patient\*innen mit Typ-2-Diabetes und ASCVD sowohl SGLT2-Inhibitoren als auch GLP1-Rezeptoragonisten (GLP1-RA) zur Senkung des kardiovaskulären Risikos. Diese Empfehlung gilt unabhängig vom Ausgangs- oder Ziel-HbA<sub>1c</sub> und von der blutzuckersenkenden Kom Medikation zusätzlich zur standardmäßig verabreichten antihypertensiven, antithrombotischen und lipidsenkenden Behandlung.

In Bezug auf Menschen mit Diabetes und chronischer Herzinsuffizienz erläuterte Privatdozentin Dr. KATHARINA SCHÜTT, Oberärztin am Universitätsklinikum Aachen, dass alle Menschen mit Typ-2-Diabetes bei jeder klinischen Untersuchung auf Symptome bzw. Anzeichen für Herzinsuffizienz untersucht werden

sollen. Sind diese positiv und/oder das EKG auffällig, ist die Messung der Biomarker BNP/NT-proBNP angesagt, so die Kardiologin.

## Alle Endpunkte in den Studien erreicht – auch ohne Diabetes

Für die pharmakologische Therapie bei Komorbidität von Typ-2-Diabetes und chronischer Herzinsuffizienz mit HFrEF (NYHA Klasse II bis IV) gibt es mehrere Empfehlungen mit höchster Evidenz, die sich hinsichtlich der Risikoreduktion unterscheiden. Dr. Schütt betonte, dass in den Studien, die den Guidelines zugrunde liegen, alle Endpunkte auch in Abwesenheit einer Diabeteserkrankung erreicht wurden.

Um das Risiko für Hospitalisierung durch Herzinsuffizienz und kardiovaskulären Tod bei Patient\*innen

mit Typ-2-Diabetes und HFrEF (eingeschränkte linksventrikuläre Funktion: Ejektionsfraktion < 40 %) zu reduzieren, werden SGLT2-Inhibitoren (Dapagliflozin, Empagliflozin oder Sotagliflozin) empfohlen.

Für Sacubitril/Valsartan oder einen ACE-Inhibitor sowie Betablocker und Aldosteronantagonisten (MRA) unterscheidet sich die Empfehlung in Bezug auf die Reduktion des Sterberisikos: Hier geht es um das Sterberisiko an sich, das vermindert werden kann, aber nicht um das kardiovaskuläre Sterberisiko. Ebenso wie bei der Nierenprotektion ist eine frühe Intervention ratsam, mit einer intensiven Strategie, evidenzbasierten Medikamenten (SGLT2-Inhibitoren, ARNI/ACE-Inhibitoren, Betablocker und MRA) mit schneller Auftitrierung (bis zu den durch die Studien definierten Zieldosierungen) und häufigen Kontrollen in den ersten sechs Wochen nach der Hospitalisierung (Evidenzklasse I, Level B).

## Umstellung auf Arzneien mit kardiovaskulären Vorteilen

Zur Blutzuckersenkung empfehlen die klinischen Praxisleitlinien für Patient\*innen mit und ohne Herzinsuffizienz eine Umstellung von

## Lebensstiländerungen und individuelles Vorgehen wichtig

Während einer Fragestunde im Rahmen der ESC-Tagung war auch eine in die Guideline-Erstellung involvierte Patientin anwesend. Sie zeigte sich erfreut über die Adressierung aller Risikofaktoren und den individualisierten Ansatz. Es gebe kein für alle Erkrankten einzig gültiges Konzept. Patient\*innen müssten außerdem einen aktiven Part wahrnehmen. Es gelten weiterhin Empfehlungen zur Anpassung der Ernährung und der körperlichen Aktivität, die individuell zum erkrankten Menschen passen müssen.

Arzneimitteln ohne nachgewiesenen kardiovaskulären Benefit oder nachgewiesener Sicherheit auf Substanzen mit evident belegten kardiovaskulären Vorteilen (Evidenzklasse I, Level C).

Mit Evidenzklasse III wird die Warnung gegeben vor der Verordnung von Pioglitazon und Saxagliptin für Patient\*innen mit Herzinsuffizienz bzw. entsprechender Historie aufgrund erhöhter Risiken für das Eintreten einer Herzinsuffizienz (Pioglitazon) bzw. der Hospitalisierung aufgrund von Herzinsuffizienz (Saxagliptin).

Die Empfehlung für Metformin bei Typ-2-Diabetes und Herzinsuffizienz bleibt bestehen (Evidenzklasse IIa, Level B). Eine antithrombotische Therapie sollte laut Professorin BRANCA ROCCA, Katholische Universität Rom, auf das spezielle Profil von Patient\*innen mit Diabetes abgestimmt sein.

In Bezug auf Vorhofflimmern wird für alle Menschen im Alter von 65 Jahren und älter ein opportunistisches Screening durch Pulsfühlen oder EKG empfohlen. Da Vorhofflimmern bei Menschen mit Diabetes früher und häufiger auftritt, empfehlen die Experten bei Patient\*innen mit Diabetes, dies auch im Alter jünger als 65 Jahre durchzuführen.

Die ausführlichen spezifischen Empfehlungen dazu und u.a. auch zu PAVK, CKD und für Menschen mit Typ-1-Diabetes sind im European Heart Journal nachzulesen.

Dr. Karin Kreuel

ESC Congress 2023

Marx N et al. Eur Heart J 2023; 0: 1-98; doi: 10.1093/eurheartj/ehad192

[www.escardio.org/  
Guidelines/Clinical-  
Practice-Guidelines/CVD-  
and-Diabetes-Guidelines](http://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/CVD-and-Diabetes-Guidelines)



## Kardiovaskuläre Erkrankungen bei Typ-1-Diabetes: eigenes Kapitel

Guideline-Autoren Professor Marx und Professor Müller-Wieland zu Typ-1-Diabetes in den neuen Leitlinien

### KOMMENTAR

Die 2023 erschienenen ESC-Leitlinien zum Management kardiovaskulärer Erkrankungen bei Diabetes beinhalten ein dezidiertes Kapitel zum Typ-1-Diabetes (T1DM). In diesem Kapitel wird auf die neuen Scores zur Risikostratifizierung eingegangen sowie auf die Einstellung kardiovaskulärer Risikofaktoren wie Lipidsenkung, Blutdruckeinstellung und antithrombotische Therapie. In der Leitlinie wird betont, dass die Blutzuckereinstellung von Patienten mit T1DM dem Konzept des „Self-Management“ unter Anleitung eines multidisziplinären



Prof. Dr. Nikolaus Marx

Foto: Universitätsklinikum Aachen



Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland

Foto: DDG/Dirk Deckbar

ren Teams nach den Leitlinienempfehlungen von EASD/ADA erfolgen sollte. Dies ist vor allem dahingehend bedeutsam, dass für SGLT2-Inhibitoren und GLP1-RA keine kardiovaskulären Endpunktdaten bei T1DM vorliegen und z.B. die Therapie mit SGLT2-Inhibitoren bei T1DM mit einem hohen Risiko für eine potentiell tödlich verlaufende euglykämische Ketoazidose einhergeht. Zusätzlich wird als „Gap of Evidence“ hervorgehoben, dass es zur kardiovaskulären Risikoreduktion bei Patient\*innen mit T1DM keine Endpunktstudien gibt und es zwingend nötig ist, in diesem Bereich dezidierte Studien durchzuführen, um mehr Evidenz auch für diese Menschen mit Diabetes zu generieren.

»Vorhofflimmern: Screening für alle ab 65 Jahren«

# Preise für DZD-Forschende

EASD-Preise für Prof. Dr. Herzig, PD Dr. Müller und Dr. Sarabhai

**HAMBURG.** Während des EASD-Kongresses wurden drei Forschende des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung ausgezeichnet – mit dem Camillo-Golgi-Preis, dem Minkowski-Preis und dem Rising-Star-Award.

Der Camillo-Golgi-Preis geht „klassischerweise an Forschende, die sich mit Komplikationen des Diabetes befassen“, sagte Laudatorin Professor Dr. CHANTAL MATHIEU von der Katholischen Universität Leuven, als sie Professor Dr. STEPHAN HERZIG seine Urkunde überreichte. Dies trifft im vollen Maße zu auf den wissenschaftlichen Leiter des Helmholtz Diabetes Center und Forschungsdirektor von Helmholtz Munich. Prof. Herzig nahm sein Publikum mit auf eine Reise durch die letzten 20 Jahre seiner Forschungsarbeiten. „Ich beginne mit dem wichtigsten Experiment meiner Karriere.“ Diese „Schlüsselpublikation“ zur Koordination des Nüchternstoffwechsels der Leber durch PGC-1alpha wurde 2001 in Nature veröffentlicht. Da Hyperglykämie im Fastenzustand eine starke Korrelation mit Typ-2-Diabetes zeigt, lautete seine damalige Hypothese: „Die Aktivierung von PGC-1 durch CREB in der Leber ist ein wichtiger Treiber der Diabetespathogenese.“

Gute Kommunikation ist immer wichtig – Prof. Herzig zeigte auf, wie sehr dies auch für den intra- wie extrahepatischen Energiehaushalt gilt. Mit seinen Arbeitsgruppen schaffte Prof. Herzig es, einzelne dieser Kommunikationswege zu entschlüsseln und neben den klassischen Diabeteskomplikationen auf weitere wie Leberfibrose und Tumoren aufmerksam zu machen. Inzwischen befinden sich einige der vom Preisträger erforschten Mediatoren des Leberstoffwechsels in der Entwicklung hin zu therapeutischer Anwendung und werden in vorklinischen und klinischen Settings weiterentwickelt.

## Auf der Suche nach Mechanismen und Therapien

PD Dr. TIMO MÜLLER ist kommissarischer Direktor und Leiter der Abteilung Molekulare Pharmakologie am Institut für Diabetes und Adipositas bei Helmholtz Munich. Seine Forschung konzentriert sich auf die Entwicklung neuartiger Pharmakotherapien zur Behandlung von Adipositas und Diabetes sowie auf die Entschlüsselung ihrer komplexen Signalmechanismen im Gehirn und in der Peripherie.

Dr. Müllers Forschung hat das Verständnis dafür, wie biochemisch hergestellte Darmhormontherapeutika zur Behandlung von Adipositas, Diabetes und deren Komorbiditäten eingesetzt werden können, erheblich verbessert. So hat er den Nachweis erbracht, dass die glukagonvermittelte Verabreichung von T3 den Cholesterin- und Fettstoffwechsel über eine synergistische Glukagon- und T3-Wirkung in der Leber verbessert, mit nur begrenzten Off-Target-Effekten von T3 in Geweben, die keinen Glukagonrezeptor aufweisen.

Dr. THERESIA SARABHAI, Assistenzärztin an der Klinik für Endokrinologie und Diabetologie des Universitätsklinikums Düsseldorf und Forscherin am Deutschen Diabetes-Zentrum (DDZ), konnte den Rising-Star-Award für ihre Untersuchungen zur Analyse der Mechanismen, die einer Insulinresistenz im Fettgewebe zugrunde liegen, entgegennehmen. Im Rahmen des Symposiums stellte sie ihr Forschungsprojekt vor. Sie bekam außerdem das Stipendi-

um der European Foundation for the Study of Diabetes in Höhe von 30.000 Euro. „Dank des EFSD-Forschungsstipendiums werden wir uns nun mit der Entstehung der Insulinresistenz insbesondere im weißen Fettgewebe beschäftigen, die durch eine fettreiche Überernährung über drei Wochen ausgelöst werden kann. Dabei konzentrieren wir uns vor allem auf die Erforschung der Entstehungsaspekte einer Insulinresistenz“, so Dr. Sarabhai. *KKr/DZD/dz*



Laudatorin Prof. Tina Vilsbøll, Dänemark, überreichte die Rising-Star-Urkunde an Dr. Theresia Sarabhai (Universitätsklinikum Düsseldorf). Foto: EASD

**Roche**

Vabysmo® beim **diabetischen Makulaödem (DMÖ)** und **neovaskulärer altersabhängiger Makuladegeneration (nAMD)**!

## Zwei Welten verbinden

mit einem Antikörper gegen **VEGF-A & ANG-2**<sup>2,3</sup>

Hier erfahren Sie mehr zu Vabysmo® beim DMÖ!  
[www.vabysmo.de](http://www.vabysmo.de)

**VABYSMO®**  
Faricimab Injektion 6 mg

M-DE-0007817

▽ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden. Bitte melden Sie Nebenwirkungen an die Roche Pharma AG unter [grenzach.drug\\_safety@roche.com](mailto:grenzach.drug_safety@roche.com) oder Fax +49 7624/14-3183 oder an das Paul-Ehrlich-Institut unter [www.pei.de](http://www.pei.de) oder Fax: +49 6103/77-1234.

1. Aktuelle Fachinformation Vabysmo®. 2. Khanani A et al. ASRS Juli 2022, oral presentation.  
 3. Eichenbaum D et al. ASRS Juli 2022, oral presentation.

Zu den Pflichtangaben  
[go.roche.de/Vabysmo\\_PA](http://go.roche.de/Vabysmo_PA)

# »Beim Netzwerken haben wir Frauen viel Nachholbedarf«

Dr. Iris Dötsch hat die „Hauptstadtdiabetologinnen“ gegründet



Foto: Екатерина Анисимова – stock.adobe.com

**BERLIN.** Die Diabetologin Dr. Iris Dötsch hat die „Hauptstadtdiabetologinnen“ gegründet, ein Netzwerk für Frauen in der Diabetologie. Warum sie das getan hat, was das Netzwerk plant und was bereits angestoßen wurde, erzählt sie im Interview.

Die Diabetologie wird immer weiblicher – man denke nur an die Tagungspräsidentinnen der Herbsttagung, die Professorinnen Dr. DIANA RUBIN und Dr. Dr. ANJA BOSY-WESTPHAL, und an DDG Vizepräsidentin Professor Dr. JULIA SZENDRÖDI. DR. IRIS DÖTSCH selbst ist stellvertretende BVND-Vorsitzende. Braucht es also überhaupt noch ein Netzwerk nur für Frauen?

**?** Frau Dr. Dötsch, der BVND hat beschlossen, seinen Namen zu ändern – von Bundesverband der niedergelassenen Diabetologen zu Bundesverband der niedergelassenen Diabetologie. Wie kam es dazu?

**Dr. Dötsch:** Ich habe einen Antrag auf eine Umbenennung gestellt und habe mich sehr gefreut, dass viele Kolleginnen und Kollegen dem gefolgt sind. Sie haben gesehen und verstanden, dass die Diabetologie weiblicher wird und dass sich in dem Namen „Berufsverband der niedergelassenen Diabetologen“ Frauen nicht unbedingt wiederfinden. Meine Tochter ist Medizinstudentin und sie kann überhaupt nicht nachvollziehen, dass im Namen von Berufsverbänden nur die maskuline Form vorkommt. Ich möchte nicht verhehlen, dass es auch bei uns im Verband Diskussionen gab, aber es gab eine breite Mehrheit, die gesagt hat: Ja, es ist richtig und auch zeitgemäß, den Berufsverband umzubenennen. Wir wollen, dass sich alle Kolleginnen und Kollegen wiederfinden können, ob weiblich, männlich, divers. Wir sind ein Berufsverband für alle und das spiegelt sich nun auch im Namen besser wider. Das wird übrigens auch von den Studierenden gefordert.

**?** Was macht es für Frauen attraktiv, in der Diabetologie zu arbeiten?

**Dr. Dötsch:** Erst einmal: Die Diabetologie ist ein wunderbares Fach. In der Diabetologie können Sie sich als

Internistin und als Allgemeinmedizinerin ausleben. Sie müssen ein sehr, sehr gutes medizinisches Wissen haben. Sie müssen erfahren sein. Sie haben die ganze Bandbreite der Inneren Medizin. Sie haben junge Menschen mit Typ-1-Diabetes, sie haben alte Menschen, sie arbeiten intensiv mit der Sprechenden Medizin. Und das wird uns Frauen ja oft zugesprochen, dass Empathie und die Sprechende Medizin zu unseren besonderen Stärken zählen.

**?** Warum ist ein Netzwerk wie die Hauptstadtdiabetologinnen nötig? Was sind Ihre Ziele?

**Dr. Dötsch:** Ein solches Netzwerk ist ein langgehegter Wunsch von mir. Ich bin seit 17 Jahren niedergelassen und seit ca. zehn Jahren berufspolitisch interessiert und engagiert. Mir ist immer wieder aufgefallen: Ob es Kommissionen sind, die Vertreterversammlung, vielleicht auch der Spitzenverband der Fachärzte – es ist



DR. MED.  
IRIS DÖTSCH

Die Diabetologin führt die „Diabetologische Schwerpunktpraxis am Kurfürstendamm“ in Berlin. Außerdem ist sie stellvertretende Vorsitzende des BVND, also des Bundesverbands der niedergelassenen Diabetologie. Und: Sie hat im März 2023 das Netzwerk „Hauptstadtdiabetologinnen“ ins Leben gerufen, in dem mittlerweile schon 45 Frauen Mitglied sind. Wer mitmachen möchte, schreibt an [i.doetsch@bvnd.de](mailto:i.doetsch@bvnd.de).

doch sehr „männerlastig“ um mich herum. Da fehlen mir die Frauen! Außerdem habe ich beobachtet, dass Netzwerke immer gut sind und dass wir Frauen da ganz viel Nachholbedarf haben. Dass der Wunsch nach einem Frauennetzwerk besteht, wurde immer wieder deutlich – auch in Gesprächen mit Studierenden, wir sind ja auch Lehrpraxis der Charité. Ich kann im Rückblick sagen, mir hat ein Netzwerk gefehlt, als ich mich niedergelassen habe. Gerade auch, weil ich aus dem Rhein-Main-Gebiet komme und es für mich schwierig war, in bestehende Netzwerke reinzukommen.

Das habe ich mir anders gewünscht. Ein Netzwerk für Frauen finde ich wichtig, weil ich selbst berufstätige Mutter bin und weiß, dass Frauen oft andere Bedürfnisse, andere Rahmenbedingungen haben, Stichwort Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Im Medizinstudium und generell in medizinischen Berufen sind Frauen ja sogar in der Mehrheit. Aber warum kommen so wenige in hohe Positionen? Liegt das an den Frauen? An den Institutionen? An den Bedingungen? Es ist mir schon lange ein Anliegen, hier aktiv zu werden. Die Idee mit dem Frauennetz ist schon ganz, ganz lange in meinem

**?** »Warum kommen so wenige Frauen in hohe Positionen? Liegt das an den Frauen?«

Kopf, aber bis zur Geburtsstunde der Hauptstadtdiabetologinnen hat es bis März dieses Jahres gedauert. Unsere Ziele sind neben dem Vernetzen und Austauschen Mentoring und Coaching, aber auch Schwerpunktthemen wie die Gendermedizin – hierzu ist schon eine Veranstaltung geplant – und die lösungsorientierte Zusammenarbeit mit der Industrie in Sachen Interoperabilität, die wir schon gestartet haben.

**?** Die Frage muss kommen: Was halten Sie von einer Quote?

**Dr. Dötsch:** Ich denke, dass sich Dinge manchmal einfach schneller verändern, wenn ein Impuls von außen kommt und eine Quote gesetzt wird. Aber ich merke auch, dass ich ganz viel Unterstützung von meinen männlichen Kollegen bekomme und dass sich die Sichtweise in den letzten Jahren sehr, sehr verändert hat.

**?** Nach zwei Treffen sind schon 45 Frauen im Netzwerk dabei. Sind das alles Ärztinnen oder gibt es auch andere Berufsgruppen?

**Dr. Dötsch:** Es ist mein Wunsch, dass sich das Netzwerk mittelfristig noch mehr öffnet. In der Anfangsphase ist es gut so, wie es ist – und unser Netzwerk wächst ja stetig. Es sind Frauen aus verschiedenen Bereichen dabei: Chefärztinnen, Frauen aus der DDG und aus anderen Institutionen, Frauen verschiedener Altersgruppen, auch junge Frauen, die sich gerade erst niedergelassen haben oder noch in der Ausbildung zur Diabetologin sind. Wir möchten wachsen und niemanden ausschließen. Aber das Netzwerk muss auch eine gewisse Intimität und Vertrautheit haben, in der Ideen willkommen sind und sich entwickeln können. Meine Vision, wenn ich groß denken darf, ist, dass sich Frauennetzwerke in der Diabetologie aus der Hauptstadt in die ganze Republik ausbreiten.

**?** Sie hatten schon Anfragen aus anderen Bundesländern. Gibt es dort bereits ähnliche Gruppierungen oder sind Sie in Berlin die Vorreiterinnen?

**Dr. Dötsch:** Nach meiner Kenntnis gibt es keine weiteren Gruppierungen dieser Art. Aber das Thema stößt auf großes Interesse: Ich hatte die Möglichkeit, mit Bundesfamilienministerin Paus zu sprechen, und

konnte ihr unser Netzwerk vorstellen. Sie fand es gleich interessant und hat uns einen Besuch angekündigt.

**?** Sie haben im August mit BVND-Vorstandskolleginnen an der KBV-Krisensitzung teilgenommen – Stichwort #Praxenkollaps. Worum ging es?

**Dr. Dötsch:** Das war eine sehr gute Veranstaltung und wir konnten den BVND gut repräsentieren. Es geht vor allem darum, eine tragfähige Finanzierung der ambulanten Medizin zu erreichen. Es geht um die Abschaffung von Budgets. Es geht um eine Unterstützung der Ambulantisierung – Minister Lauterbach fokussiert sich ja sehr auf die Kliniken. Es geht um eine sinnvolle Digitalisierung, um weniger Bürokratie, um Weiterbildung in den Praxen, um mehr Zeit für Patientinnen und Patienten und um drohende Regresse. Warum muss ich für eine leitliniengerechte Medikation teilweise mit meinem privaten Vermögen geradestehen? Ich würde jedem Politiker, jeder Politikerin raten, sich an einem Tag wie heute mal in eine Praxis zu setzen und zu schauen, was wir hier leisten. Und wir kämpfen ja. Wir haben noch nicht aufgegeben.

Interview: Jochen Schlabing und Nicole Finkenauer

nachgefragt

»Eine Mehrheit hat gesagt: Die Umbenennung ist zeitgemäß«

Für den Diabetologie-Durchblick  
der Podcast für Expert:innen



Neugierig auf die komplette Podcast-Folge?



Dann hören Sie sich die Folge mit Dr. Iris Dötsch ab 22. November in voller Länge an und erfahren Sie mehr über Frauen in der Diabetologie und die Angst der jungen Ärzt\*innen vor der Niederlassung. Zugriff auf alle Folgen haben Sie auf [medical-tribune.de](http://medical-tribune.de) und auf allen gängigen Plattformen.

# Unermüdlicher Pionier der Diabetologie

Fachgesellschaft dankt langjährigem Mitstreiter für herausragende Verdienste

**BERLIN/MÜNCHEN.** Professor Dr. Klaus-Dieter Palitzsch, lange Jahre Vorsitzender des Ausschusses Qualitätssicherung, Schulung und Weiterbildung (QSW) der DDG, ist in den wohlverdienten Ruhestand gegangen. Die Fachgesellschaft bedankt sich mit Worten der Hochachtung herzlich bei ihm für seine Arbeit.

Professor Dr. Klaus-Dieter Palitzsch hat maßgeblich die Erfolgsgeschichte der DDG Zertifizierungen vorangetrieben und dabei neue Zertifikate wie die Anerkennung als „Klinik für Diabetespatienten geeignet DDG“ ins Leben gerufen. Anlässlich seines Ausscheidens in den Ruhestand Ende Oktober dankt die DDG ihrem Mitstreiter für sein großes Engagement für Menschen mit Diabetes. Prof. Palitzsch gehört zu den Pionieren in der Diabetologie, erinnert die DDG. Bereits 1993 habe er als Initiator der Diabetomobil-Studie dafür plädiert, den HbA<sub>1c</sub>-Wert für die Diagnose des Diabetes heranzuziehen. Heute gelte das als Standard.



**Prof. Dr. Klaus-Dieter Palitzsch**  
Internist, Diabetologe,  
Endokrinologe und  
Intensivmediziner  
Foto: München Klinik

Die DDG bedankt sich außerdem bei dem engagierten Fachkollegen für seine Arbeit im Vorstand, dem er vier Jahre lang angehörte. Der ehemalige DDG Präsident Professor Dr. Baptist Gallwitz erinnert sich an die gemeinsame Vorstandsarbeit. Er habe die immer sehr klare, lösungsorientierte und konstruktive Arbeit von Prof. Palitzsch geschätzt. „Unvergessen ist für mich auch die von ihm organisierte Herbsttagung der DDG, auf dem sich das Thema ‚Diabetologie meets andere Fachgebiete‘ wie ein roter Faden durch das Kongressprogramm zog und so alle Teilnehmenden über den Tellerrand blicken ließ.“ Besonders erwähnenswert ist laut DDG auch die Publikation des Lehrbuchs „Diabetologie für die Praxis“ 2012, bei dem Prof. Palitzsch Mitherausgeber war.

## Arzt mit Leidenschaft, fachlicher und sozialer Kompetenz

Prof. Palitzsch war zuletzt in der München Klinik Neuperlach Chefarzt der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Angiologie und Innere Medizin, Tagesklinik. 23 Jahre war er als Chefarzt in Neuperlach tätig. Die Mitarbeiter\*innen haben ihn als Arzt aus Leidenschaft, mit großer fachlicher und sozialer Kompetenz, großer Freude an Lehre und Beruf sowie großer Achtung gegenüber den Patienten schätzen gelernt. Er hat dazu beigetragen, dass die Klinik als Zertifiziertes Diabeteszentrum Diabetologikum DDG (heute: Diabetes Exzellenz Zentrum DDG) mit diabetesspezifischem Quali-

tätsmanagement anerkannt wurde. Vom Bayerischen Kultusministerium wurde Prof. Palitzsch mit dem Preis für gute Lehre ausgezeichnet. Im Sommersemester 2010 sowie im Wintersemester 2011 wurde er unter die zehn besten Dozenten der Ludwig-Maximilians-Universität München gewählt.

„Zapfenstreich ist Zapfenstreich“, erklärt der Ruheständler auf die Frage der diabeteszeitung, ob er sich auch weiterhin für die Medizin bzw. die

Diabetologie engagieren will. Im Moment bestehe in der klinischen Medizin ein enormer wirtschaftlicher Druck, doch politisch gebe es vor allem Absichtserklärungen, so der Internist nüchtern. Er bemerkt kritisch, dass die klinische Diabetologie als „Low-Budget-Fach“ für die Krankenhausträger nicht lukrativ sei und deshalb diabetologische Abteilungen geschlossen würden. Zugleich bezeichnet Prof. Palitzsch die Diabetologie als so spannend

»Es gibt auch Facetten außerhalb der Medizin«

wie seit vielen Jahren nicht mehr, was die technischen Neuerungen und Behandlungserfolge betrifft. Trotzdem will er sich zunächst eine

kurze Auszeit nehmen, um darüber nachzudenken, was er zukünftig machen möchte. „Es gibt auch viele Facetten außerhalb der Medizin, die sich lohnen, dass sie bearbeitet werden“, sagt er. Damit meint er nicht, in einer Praxis ambulant mitzuarbeiten, wie er erklärt. Er könne aber seinen Leidenschaften mehr Raum widmen, so der Professor, der nicht nur leidenschaftlich gern Klavier spielt, sondern auch über Dinge fern der Medizin schreibt. kol

FÜR IHRE PATIENT:INNEN MIT TYP-2-DIABETES GEHT'S HOCH HINAUS DANK ÜBERRAGENDER ERGEBNISSE.

1 x wöchentlich  
**mounjaro**<sup>®</sup>  
Tirzepatid

**NEU**

Der erste **GIP/GLP-1-Rezeptor-Agonist**<sup>1</sup>

Bis zu **-2,5%** HbA<sub>1c</sub>-Reduktion<sup>1,2,a</sup>

Bis zu **-13%** Gewichtsreduktion<sup>1,2,a</sup>

**Jetzt mit Mounjaro<sup>®</sup> starten.**  
Mehr Informationen zur Dosierung und Anwendung.

a) Mit Mounjaro<sup>®</sup> 15 mg nach 40 Wochen.

Mounjaro<sup>®</sup> (Tirzepatid) ist angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen mit unzureichend eingestelltem Typ-2-Diabetes.<sup>1</sup> Die Veränderung des Körpergewichts war ein sekundärer Endpunkt in den klinischen Studien.<sup>1</sup>

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

**Bezeichnung der/s Arzneimittel/s:** Mounjaro<sup>®</sup> 2,5 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro<sup>®</sup> 5 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro<sup>®</sup> 7,5 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro<sup>®</sup> 10 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro<sup>®</sup> 12,5 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro<sup>®</sup> 15 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche. **Zusammensetzung:** arzneilich wirksamer Bestandteil: Jede Durchstechflasche enthält 2,5 mg, 5 mg, 7,5 mg, 10 mg, 12,5 mg oder 15 mg Tirzepatid in 0,5 ml Lösung; sonstige Bestandteile: Dinatriumhydrogenphosphat 7 H<sub>2</sub>O, Natriumchlorid, Salzsäure 36 % (zur pH-Wert Einstellung), Natriumhydroxid (zur pH-Wert Einstellung), Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Mounjaro ist angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen mit unzureichend eingestelltem Typ 2 Diabetes mellitus als Ergänzung zu Diät und Bewegung • als Monotherapie, wenn die Einnahme von Metformin wegen Unverträglichkeiten oder Kontraindikationen nicht angezeigt ist, • zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Diabetes mellitus. Studienergebnisse hinsichtlich Kombinationen, Auswirkungen auf die glykämische Kontrolle, sowie auf die untersuchten Populationen, sind in den Abschnitten 4.4, 4.5 und 5.1 der Fachinformation zu finden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder gegen einen der genannten sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Hypoglykämie\* bei Anwendung mit Sulfonylharnstoffen oder Insulin; Übelkeit, Diarrhoe. *Häufig:* Überempfindlichkeitsreaktionen; Hypoglykämie\* bei Anwendung mit Metformin und SGLT2-Inhibitoren, verminderter Appetit; Bauchschmerzen, Erbrechen, Dyspepsie, Verstopfung, Blähungen, Aufstoßen, Flatulenz, gastroösophageale Refluxkrankheit; Fatigue (umfasst die Begriffe Müdigkeit, Asthenie, Unwohlsein und Lethargie), Reaktionen an der Injektionsstelle; erhöhte Herzfrequenz, erhöhte Lipase- und Amylasewerte. *Geläufiglich:* Hypoglykämie\* bei Anwendung mit Metformin, Gewichtsverlust; Cholelithiasis, akute Pankreatitis; Schmerzen an der Injektionsstelle; erhöhter Calcitonin-Wert. [\* Klinisch signifikante Hypoglykämien (Blutzucker < 3,0 mmol/l (< 54 mg/dl) oder schwere Hypoglykämien (die Hilfe einer anderen Person erfordern)]. **Warnhinweise:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren, weitere Warnhinweise siehe Fachinformation. **Verschreibungspflichtig, Zulassungsinhaber:** Eli Lilly Nederland B.V., Papendorpseweg 83, 3528 BJ Utrecht, Niederlande; **Anspruchpartner in Deutschland:** Lilly Deutschland GmbH, Werner-Reimers-Str. 2–4, D-61352 Bad Homburg. **Stand der Information:** August 2023.

**Lilly**

# Unsere **Audio-Vielfalt** für Mediziner:innen immer im Blick



Jetzt  
Newsletter  
gratis  
sichern!

Mit dem **PodcastLetter**  
stets informiert über die neuesten  
Folgen & Formate – direkt zum Reinhören

Scannen & Newsletter abonnieren:



[qr.medical-tribune.de/  
podcastletter](https://qr.medical-tribune.de/podcastletter)

**MEDICAL  
TRIBUNE**

**[MTX]**



# Fettleber birgt viele Risiken

Wie kann gegengesteuert und z.B. Leberzellkrebs verhindert werden?

**MAINZ.** Viele Menschen mit Typ-2-Diabetes haben auch eine Fettleber. Welche pharmakologischen Möglichkeiten gibt es? Und was ist bei der Diagnose einer fortgeschrittenen Leberfibrose zu beachten? Außerdem: Das Lebensalter ist bei der weit verbreiteten NAFLD ein besserer Prädiktor für leberassoziierte Ereignisse als die Dauer des Typ-2-Diabetes.

Laut einem Review von 2022 ist die Prävalenz von Organverfettungen bei Menschen mit Diabetes weltweit erschreckend hoch.<sup>1</sup> „Die nicht-alkoholische Fettlebererkrankung (NAFLD) hat sich ähnlich wie andere nicht-übertragbare Krankheiten zu einer Epidemie entwickelt“, stellte Professor Dr. JÖRG BOJUNGA fest. Von den 5–10 % der in Deutschland an Diabetes mellitus erkrankten Personen weisen mehr als zwei Drittel eine NAFLD auf. Die Pathophysiologie der NAFLD, vor allem die Insulinresistenz und die subklinische Entzündung, seien auch mit einem schweren Verlauf von Covid-19-Infektionen verbunden, berichtete der Leiter des Schwerpunkts Endokrinologie, Diabetologie, Ernährungsmedizin an der Medizinischen Klinik I des Universitätsklinikums in Frankfurt am Main. Genetische Faktoren allein könnten den starken Anstieg der NAFLD-Prävalenz in den letzten zwei Jahrzehnten nicht erklären. „Eine Beeinträchtigung des Glu-

»Bei NAFLD und T2DM könnte sich ein Screening ab 50 Jahren lohnen«

## Globale Prävalenzen bei Menschen mit Diabetes

- 55–70 % NAFLD
- 30–40 % nicht-alkoholische Steatohepatitis (NASH)
- 12–20 % Fibrose (F2–F4)

kose- und Lipidstoffwechsels, die durch die weltweite Zunahme von Fettleibigkeit und Typ-2-Diabetes vorangetrieben wurde, ist höchstwahrscheinlich die Ursache für die Zunahme von NAFLD.“

Eine prospektive Studie untersuchte nun die Prävalenz von NAFLD, fortgeschrittener Fibrose, Zirrhose und Leberzellkarzinom (HCC) bei Erwachsenen mit Typ-2-Diabetes (T2DM).<sup>2</sup> Das Durchschnittsalter der Kohorte (n = 501) betrug 64,6 Jahre, der mittlere BMI 31,4 kg/m<sup>2</sup> und der Frauenanteil lag bei 63 %. Die Prävalenz für NAFLD betrug 65 %, für fortgeschrittener Fibrose 14 % und für Zirrhose 6 %. In multivariablen, nach Alter und Geschlecht adjustierten Modellen waren Adipositas und Insulingabe mit einer mehr als 2,5-fach erhöhten Wahrscheinlichkeit für eine fortgeschrittene Fibrose verbunden.

Somit tragen viele ältere Menschen mit T2DM ein erhöhtes Risiko für Leberversagen und -krebs. Prof. Bojunga erwartet, dass diese Ergebnisse in künftige hepatologische und en-

dokrinologische Praxisrichtlinien für NAFLD-Screening-Programme für diese Zielgruppe einfließen werden. Laut einer koreanischen Kohortenstudie ist das Alter bei Patient\*innen mit NAFLD ein besserer Prädiktor als die Dauer des T2DM für leberassoziierte Ereignisse, sodass sich ein Screening ab dem 50. Lebensjahr auf eine fortgeschrittene Lebererkrankung anbieten könnte.<sup>3</sup>

Eine bevölkerungsbasierte Studie analysierte Verläufe und Trends für Leberzirrhose und deren Komplikationen anhand der Krankenhauseinweisungen in Deutschland (ICD-10-GM-Codes).<sup>4</sup> Obwohl die alkoholische Zirrhose 20-mal häufiger auftrat als andere Ätiologien, bleibt festzustellen, dass sich die NAFLD-Prävalenz zwischen 2005 und 2018 vervierfacht hat. Aszitisfälle nahmen zu und waren die häufigste Komplikation, dagegen traten Blutungen seltener auf. Zirrhosen belasteten das Gesundheitswesen ganz erheblich, inklusive zunehmender Sterblichkeit im Krankenhaus – auch in Kombination mit anderen chronischen Krankheiten –, erklärte Prof. Bojunga.

## Weiterhin NAFLD – oder die neue Definition MAFLD?

Eine amerikanische Studie konzentrierte sich auf den Vergleich der Outcomes von NAFLD und stoffwechselassoziiertes Fettlebererkrankung (MAFLD).<sup>5</sup> Die Daten der fast 12.900 Untersuchten zeigten über eine mediane Nachbeobachtungszeit von 22,8 Jahren eine ausgezeichnete Übereinstimmung zwischen NAFLD- und MAFLD-Diagnosen, ohne wesentliche Unterschiede bei klinischen Merkmalen, der kumu-

»Besonders wichtig ist es, die Zwischenstufe der fortgeschrittenen Fibrose zu erkennen«

lativen Gesamtsterblichkeit oder der ursachenspezifischen Mortalität. Die erhöhte leberbezogene Sterblichkeit bei NAFLD ließ sich auf Insulinresistenz zurückführen, während sie bei MAFLD in erster Linie durch eine alkoholassoziierte Lebererkrankung bedingt war.

Zwei Jahre nach der vorgeschlagenen Namensänderung von NAFLD in MAFLD, die sich auf die Assoziation mit Übergewicht/Adipositas, T2DM und metabolischen Risikofaktoren auch bei normalgewichtigen und schlanken Personen konzentriert, zeigt eine Übersichtsarbeit, dass die neue Definition in der täglichen klinischen Praxis hilfreich sein könnte. Die Studien der letzten Jahre haben gezeigt, dass die neue Definition hilfreich sein könnte bei

- der Identifizierung von Patient\*innen mit signifikanter Fibrose,
- der Vorhersage der Gesamtsterblichkeit und
- der Charakterisierung des kardiovaskulären Risikos dieser Patientengruppe.

Die neue Definition hat sich noch nicht weltweit durchgesetzt, sollte aber auch in der Diabetologie erworben werden, um die Definition weiter zu verbessern und die universelle Verwendung vorzubereiten.<sup>6</sup> Eine Längsschnittkohortenstudie ergab andererseits, dass der Wechsel der Definition zu einer Überdiagnose von Fettleber sowie einer überhöhten Mortalität und Morbidität bei T2DM und einer weiteren begrifflichen Heterogenität führte.<sup>7</sup> Daher bleibe auch weiterhin die Bezeichnung NAFLD statt MAFLD sinnvoll, folgerte Prof. Bojunga.

„Fettlebererkrankungen fallen im Alltag bei Menschen mit Diabetes meist in zwei klinischen Situationen auf: Zum einen durch erhöhte Leberwerte und eine Fettleber im Ultraschall ohne Zeichen einer fortgeschrittenen Lebererkrankung und zum anderen durch Zeichen einer Leberzirrhose“, erklärte Prof. Bojunga. Besonders wichtig sei dabei,

die Zwischenstufe der fortgeschrittenen Leberfibrose zu erkennen, bei der bereits mehrere Risikofaktoren erhöht sind (u. a. für HCC und kardiovaskuläre Ereignisse), aber noch Behandlungsmöglichkeiten bestehen.<sup>8,9</sup>

Eine fortgeschrittene Leberfibrose könne nicht ohne Weiteres diagnostiziert werden. Biomarker oder auf Ultraschall bzw. MRT basierende Verfahren (Elastografien) befinden sich weiterhin in der Entwicklung. Dabei scheine der FibroScan-basierte Agile Score eine vielversprechende Option zu sein.<sup>10</sup> Der nicht-invasive FIB4-Score, der auf einem einfachen Algorithmus beruht, könne zur Identifizierung von NAFLD-Hochrisikopatient\*innen genutzt werden;<sup>11</sup> bei einem Indexwert unter 1,3 sei eine Weiterbehandlung in der Primärpraxis möglich.

## Vorteil für GLP1-Rezeptoragonisten

Neben Ernährungsumstellung und Bewegung gibt es neue pharmakologische Perspektiven zur Verbesserung von Fettlebererkrankungen bei T2DM. Im Hinblick auf die diabetesbezogene medikamentöse Therapie beim NAFLD zeigte eine aktuelle Metaanalyse einen Vorteil für GLP1-Rezeptoragonisten (RA) gegenüber SGLT2-Hemmern: Während GLP1-RA das viszerale Fett sowie Triglyzeride signifikant verringern und so die Insulinresistenz effektiv verbessern können, zeigen SGLT2-Inhibitoren in dieser Hinsicht keinen erkennbaren Effekt.<sup>12</sup> Weitere Wirkstoffe, die auf mehr als einen Rezeptor wirken, werden derzeit untersucht. Dr. Karin Kreuel

Diabetes-Update 2023

1. Stefan N, Cusi K. Lancet Diabetes Endocrinol 2022; 10 (4): 284-296; doi: 10.1016/S2213-8587(22)00003-1
2. Ajmera V et al. J Hepatol 2023; 78 (3): 471-478; doi: 10.1016/j.jhep.2022.11.010
3. Zhang X et al. Hepatology 2022; 76 (5): 1409-1422; doi: 10.1002/hep.32476
4. Gu W et al. Lancet Reg Health Eur 2021; 12: 100240; doi: 10.1016/j.lanepe.2021.100240
5. Younossi ZM et al. Hepatology 2022; 76 (5): 1423-1437; doi: 10.1002/hep.32499
6. Grabherr F et al. Ther Adv Endocrinol Metab 2022; 13; doi: 10.1177/20420188221139101
7. Muthiah M et al. Ann Hepatol 2023; 28 (1): 100762; doi: 10.1016/j.aohp.2022.100762
8. Ampuero J. Clin Drug Invest 2022; 42 (Suppl 1): 39-45; doi: 10.1007/s40261-022-01142-w
9. Chung GE et al. Cardiovasc Diabetol 2022; 21 (1): 273; doi: 10.1186/s12933-022-01691-6
10. Sanyal AJ et al. J Hepatol 2023; 78 (2): 247-259; doi: 10.1016/j.jhep.2022.10.034
11. Younossi Z et al. Aliment Pharmacol Ther 2023; 57 (3): 304-312; doi: 10.1111/apt.17346
12. Yan H et al. Front Endocrinol (Lausanne) 2022; 13: 923606; doi: 10.3389/fendo.2022.923606
13. Ling S et al. Diabetologia 2023; 66 (4): 657-673; doi: 10.1007/s00125-022-05854-8
14. Chen ML et al. Front Endocrinol (Lausanne) 2022; 13: 996228; doi: 10.3389/fendo.2022.996228
15. Plaz Torres MC et al. Hepatology 2022; 76 (6): 1880-1897; doi: 10.1002/hep.32439



Bei Typ-2-Diabetes liegt oft gleichzeitig eine Fettleber vor.

Foto: eranicle – stock.adobe.com

## Vorsorgekoloskopie vor der etablierten Altersgrenze für Menschen mit Typ-2-Diabetes

Prof. Bojunga erläuterte, warum die Vorsorgekoloskopie auch vor den etablierten Altersgrenzen für diese Untersuchung fester Bestandteil der T2DM-Versorgung sein sollte: Im Gegensatz zu den Gesamtmortalitätsraten in allen Altersgruppen steigt die Prävalenz von Karzinomen bei älteren Patient\*innen an.<sup>13</sup> Insbesondere kolorektale und Pankreaskarzinome, aber auch Leber- und Endometriumkarzinome werden vermehrt diagnostiziert. Ein möglicher antiproliferativer Effekt von Metformin wird schon sehr lange diskutiert. Metformin zeigte in Studien einen

günstigen Einfluss auf die Entstehung und Prognose des kolorektalen Karzinoms,<sup>14</sup> und es gibt etliche Hinweise auf eine HCC-Risikominderung durch Metformin, wohingegen Untersuchungen für andere Diabetesmedikamente oft widersprüchlich sind. Laut einer aktuellen Übersichtsarbeit begünstigen Sulfonylharnstoffe und Insulin die Entwicklung eines HCC, während Metformin, Glitazone, SGLT2-Inhibitoren, GLP1-Rezeptoragonisten und DDP4-Hemmer vor der Entwicklung und dem Wachstum eines solchen Karzinoms schützen können.<sup>15</sup>



# Belastete Kinder leichter identifizieren

Von der DDG gefördert: validierte Fragebogen in deutscher Sprache

**HANNOVER.** Kinder und Jugendliche mit Typ-1-Diabetes sowie deren Eltern sollten regelmäßig auf diabetesbezogene Belastungen hin untersucht werden. Dank einer DDG Projektförderung konnte ein Team von Psycholog\*innen nun deutschsprachige Versionen der „Problem Areas in Diabetes Scale-Teen“ (PAID-T) und „Parent PAID-T“ (P-PAID-T) entwickeln und validieren.

Das ein Typ-1-Diabetes häufig mit hohen psychosozialen Belastungen einhergeht, ist allgemein bekannt. Entsprechend sollten Menschen mit Diabetes regelmäßig mithilfe eines standardisierten Screenings auf diese diabetesbezogenen Belastungen („Diabetes Distress“) untersucht werden.

Bei Erwachsenen mit Typ-1-Diabetes wird hierfür gern der PAID-Fragebogen eingesetzt, der auch in deutscher Sprache verfügbar ist. Mit ihm lässt sich der Grad der diabetesbezogenen Belastung eruieren.

»Für Praxen ein guter Einstieg ins Gespräch«

„Für Kinder und Jugendliche mit Typ-1-Diabetes und auch deren Eltern fehlte ein solcher Fragebogen allerdings lange Zeit“, erzählt Dr. HEIKE SASSMANN, die als Psycho-

login an der MH Hannover forscht. Dabei wäre es aus ihrer Sicht auch bei dieser Gruppe wichtig, die allgemeine Lebensqualität und das Ausmaß der diabetesbezogenen Belastungen zu erkennen. „Wir wissen ja, dass die Belastung der Eltern direkte Auswirkungen auf die Belastung der Kinder hat“, betont die Psychologin. Mit einem standardisierten Fragebogen lasse sich auch die Therapiezufriedenheit erfassen – das sei wichtig, um z.B. die Effekte von Therapieanpassungen zu prüfen.

Bereits während der Corona-Pandemie begann Dr. Saßmann mit ihrem Team, die englischsprachigen Fragebogen „Problem Areas in Diabetes Scale-Teen“ (PAID-T) und „Parent“ (P-PAID-T) zu übersetzen und zu adaptieren. „Wir haben dann geschaut, wer uns bei diesem Projekt finanziell unterstützen könnte und sind bei der DDG fündig geworden“, berichtet Dr. Saßmann. „Wir haben in unserem Projektantrag beschrieben, warum uns dieses Vorhaben so wichtig ist und haben dann zeitnah und ganz unproblematisch die Förderung erhalten. Ich kann

andere Forschende nur ermutigen, sich ebenfalls bei der DDG um eine Projektförderung zu bemühen!“

## Übersetzung und Validierung mithilfe der DDG

Insgesamt stellte die DDG knapp 11.000 Euro zur Verfügung, mit denen z.B. fachgerechte Übersetzung und psychometrische Validierung der Fragebogen, Rekrutierung der Testpersonen an fünf pädiatrischen Diabetesambulanzen, Dateneingabe durch wissenschaftliche Mitarbeiter\*innen und Publikationskosten bestritten wurden.

Im Verlauf des Projekts stellten sich PAID-T und P-PAID-T als alltags-taugliche Instrumente heraus.

„Ich finde, diese Fragebogen könnten ohne Weiteres sofort eingesetzt werden“, findet die Psychologin. Es gebe zwar für die deutschen Versionen noch keine Grenzwerte, ab denen die ermittelte Diabetesbelastung als kritisch gewertet werden muss. „Doch sie sind für Praxen ein guter Einstieg ins Gespräch, wenn man schauen möchte, wo bestimmte Probleme liegen.“ *thie*

### Schnell noch um eine Projektförderung der DDG bewerben

Die DDG fördert wissenschaftliche Arbeiten in der Diabetologie jedes Jahr mit mehreren hoch dotierten Projektförderungen. Bewerbungsfrist ist auch 2023 der 30. November. Bis dann können Forschende Förderanträge für eine allgemeine Projektförderung (bis 30.000 Euro Fördersumme aus Mitteln der DDG mit Unterstützung der Dr. Buding-Stiftung sowie der Deutschen Diabetes-Stiftung), die Hans-Christian-Hagedorn-Projektförderung (Fördersumme 25.000 Euro der Novo Nordisk Pharma GmbH) oder die Adam-Heller-Projektförderung (Fördersumme 20.000 Euro der Abbott GmbH) einreichen. Sämtliche Förderrichtlinien sowie Hilfestellungen finden Interessierte auf der Website der DDG.

[www.ddg.info/forschung/projektforderung](http://www.ddg.info/forschung/projektforderung)



Fotos: Yulia Sidorova – stock.adobe.com, Janis Abolins – stock.adobe.com

## MEDICAL REPORT

### Überlegene Wirkeffekte von Tirzepatid bei Typ-2-Diabetes

Positive Einschätzungen der Expert:innen für den ersten GIP/GLP-1-Rezeptor-Agonisten

**Tirzepatid<sup>a</sup> ist der erste GIP/GLP-1-Rezeptor-Agonist (RA), der das Potenzial der beiden Inkretine GIP (glukoseabhängiges insulinotropes Polypeptid) und GLP-1 (Glucagon-like-peptide-1) in einem Molekül vereint. Tirzepatid zeigt bei Typ-2-Diabetes eine überlegene Wirksamkeit bezüglich HbA<sub>1c</sub>-Senkung und Gewichtsreduktion bei einer ähnlichen Verträglichkeit wie GLP-1-Rezeptor-Agonisten.<sup>1,2</sup>**

Tirzepatid (Mounjaro<sup>®</sup>) wird ab Mitte November in Deutschland verfügbar sein.<sup>3</sup> Im Interview beantworten Prof. Dr. Susanne Reger-Tan, Essen, Dr. Hans-Peter Kempe, Ludwigshafen, und Dr. Markus Menzen, Bonn, Fragen zum First-in-Class GIP/GLP-1-RA und gehen davon aus, dass er die Therapielandschaft verändern wird.

#### Wie beurteilen Sie die Wirksamkeit von Tirzepatid bei Typ-2-Diabetes?

**Dr. Kempe:** Ich war überrascht von der deutlichen Verbesserung der Stoffwechsellage mit einer HbA<sub>1c</sub>-Senkung bis zu 2 %.

**Prof. Dr. Reger-Tan:** Neben der bereits erwähnten HbA<sub>1c</sub>-Senkung und der Reduktion des Körpergewichtes bis zu 13,6 % finde ich die gute Verträglichkeit von Tirzepatid eindrücklich.



**Dr. Markus Menzen**

Diabeteszentrum, Gemeinschaftskrankenhaus Bonn  
Foto: Privat



**Dr. Hans-Peter Kempe**

Diabetologikum DDG Ludwigshafen  
Foto: Privat



**Prof. Dr. Susanne Reger-Tan**

Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechsel Essen  
Foto: Privat

**Dr. Menzen:** Eine Substanz, die die Pathophysiologie dieses Krankheitsbildes so stark adressiert, ist begeisternd.

#### Was sind für Sie die wichtigsten Argumente für einen frühen Einsatz von Tirzepatid bei Menschen mit Typ-2-Diabetes?

**Dr. Menzen:** Tirzepatid ist eine Substanz, die wir so früh wie möglich einsetzen sollten, um alle Faktoren des Krankheitsprozesses maximal zu beeinflussen.

**Prof. Dr. Reger-Tan:** Wir haben gelernt Komorbiditäten konsequent zu adressieren. Da viele unserer Patient:innen mit Typ-2-Diabetes ein sehr ungünstiges metabolisches Risikoprofil haben, kommt Tirzepatid perspektivisch für sehr viele von ihnen infrage.

**Dr. Kempe:** Für mich ist eine Verbesserung der Lebensqualität der Patient:innen das Wichtigste. Wenn die Patientin oder der Patient merkt, dass sich der HbA<sub>1c</sub> rasch verbessert und das Gewicht sinkt, hat Tirzepatid einen hohen Stellenwert.

#### Wird Tirzepatid die Therapielandschaft des Typ-2-Diabetes verändern?

**Prof. Dr. Reger-Tan:** Die Verbindung der Potenziale von GIP und GLP-1 in einem einzelnen Molekül hebt die bisherige Therapie auf ein neues Level.

**Dr. Menzen:** Ich erwarte, dass Tirzepatid für uns eine wichtige neue Substanz und ein zusätzliches Behandlungskonzept werden wird,

was wir so in dieser Weise noch nicht hatten.

**Dr. Kempe:** Tirzepatid wird die Landschaft verändern, da wir damit in therapeutische Zielbereiche kommen werden, die wir vorher nicht erreichen konnten.

<sup>a</sup> Tirzepatid ist angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen mit unzureichend eingestelltem Typ-2-Diabetes. In den klinischen SURPASS-Studien war die Veränderung des Körpergewichtes ein sekundärer Endpunkt.<sup>1</sup>

<sup>b</sup> Ab dem 15. November ist die 1er Packung der 2,5-mg-Dosis in der Lauertaxe gelistet. Voraussichtlich bis zum Ende des Jahres werden alle Dosierungen als 4er Packung (Monatspackung) folgen. Zudem ist eine 12er Packung eingeplant.<sup>1</sup>

<sup>c</sup> Mit Tirzepatid 15 mg nach 40 Wochen.

<sup>1</sup> Fachinformation Mounjaro<sup>®</sup>, aktueller Stand. [https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2022/20220915156773/anx\\_156773\\_de.pdf](https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2022/20220915156773/anx_156773_de.pdf)

#### Tirzepatid auf einen Blick

- ▶ Tirzepatid ist indiziert zur Behandlung von Erwachsenen mit unzureichend eingestelltem Typ-2-Diabetes als Ergänzung zu Diät und Bewegung, als Monotherapie, wenn die Einnahme von Metformin wegen Unverträglichkeiten oder Kontraindikationen nicht angezeigt ist, bzw. zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Diabetes mellitus.<sup>a,1</sup>
- ▶ Bereits in der niedrigsten Erhaltungsdosis (5 mg) überlegene Reduktionen von HbA<sub>1c</sub> und Körpergewicht gegenüber allen Vergleichssubstanzen; Reduktion des HbA<sub>1c</sub> um bis zu -2,2 % und des Körpergewichtes von bis zu -7,8 kg möglich (jeweils im Mittel).<sup>a,c,1</sup>
- ▶ Ähnliche Verträglichkeit wie GLP-1-RA.<sup>1</sup>

<sup>2</sup> Frias JP et al. N Engl J Med 2021; 385: 503-515

Die aktuelle Fachinformation kann heruntergeladen werden unter: <https://www.lillymedical.de/de-de/diabetes/mounjaro>



# Ein bunter Strauß an Aufgaben und Tätigkeiten

Diabetesberatungs- und Schulungsberufe sind heute vielseitiger denn je

**BERLIN.** Für viele Menschen mit Diabetes sind die Diabetesberater\*innen und Diabetesassistent\*innen in ihrer Diabetespraxis wichtige Vertrauenspersonen, mit denen sie alltägliche Herausforderungen oftmals lieber besprechen als mit ihren Diabetolog\*innen. Und auch bei Verbänden, Fachgesellschaften und anderen Organisationen im Gesundheitswesen sind die nicht-ärztlichen Diabetesprofis gefragte Gesprächspartner\*innen.

Die Liste von Aufgaben und Fertigkeiten, die der Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland (VDBD) auf seiner Website zum Berufsbild Diabetesberatung veröffentlicht hat, ist lang. Sie umfasst die Beratung und Betreuung von Menschen mit Diabetes in allen Lebenslagen ebenso wie die Anamnese diabetesbezogener Daten, die Begleitung bei der Umsetzung der Therapie, die Empfehlung von Heil- und Hilfsmitteln, kreative Problemlösungen bei spezifischen Fragestellungen und das Empowerment der Betroffenen. Ausgebildet werden Diabetesberater\*innen und auch Diabetesassistent\*innen in Kursen der DDG (Kursangebot S. 32/33 und auf [ddg.info/diabetesedukation](http://ddg.info/diabetesedukation)).

## Forderung nach Anerkennung und Abrechnungsziffern

Diabetesberater\*innen und Diabetesassistent\*innen arbeiten heute freiberuflich oder angestellt in Hausarztpraxen, Diabetologischen Schwerpunktpraxen und Kliniken. Einen Großteil ihrer Arbeit machen Schulungen aus – nicht zuletzt deshalb, weil diese mit eigenen Schulungsziffern abrechenbar sind, während es für alle anderen Tätigkeiten keinerlei Abrechnungsmöglichkeit gibt. Die Einführung von Beratungsziffern für die Leistungen der Diabetesfachberufe steht deshalb ebenso auf der Liste der politischen Forderungen des VDBD wie die Implementierung weiterer Schulungsziffern, die bundesrechtliche Anerkennung des Berufsbilds oder sinnvolle Digitalisierungsstrategien.



Vielfältig sind die Aufgaben der Berater\*innen.

**Teil 3**  
**40 Jahre Weiterbildung zur Diabetesberater\*in DDG**  
Das Berufsbild Diabetesberater\*in DDG hat sich gewandelt und wandelt sich weiter; in der dritten Folge geht es um die aktuelle Situation. Weitere Folgen:  
■ Teil 1: Berufsbild (dz 9/2023)  
■ Teil 2: Anfänge der Weiterbildung (dz 10/2023)  
■ Teil 4: Ausblick (dz 12/2023)

lungsziffern, die bundesrechtliche Anerkennung des Berufsbilds oder sinnvolle Digitalisierungsstrategien.

## VDBD als Stimme der Fachkräfte und als Kooperationspartner

Mit der bisherigen Bilanz des Verbands ist die VDBD-Vorsitzende Dr. rer. medic. NICOLA HALLER dennoch zufrieden. So fungiert der VDBD als Stimme der Diabetesfachkräfte und vertritt deren Interessen gegenüber Politik, Arbeitgebern und anderen Organisationen im Gesundheitswesen. Er beteiligt sich an der Erarbeitung neuer Schulungen – jüngstes Projekt etwa ist DiaLife, ein Programm, das sich an Angehörige von Menschen mit Diabetes richtet und dessen Wirksamkeit bereits durch eine kontrollierte randomisierte Studie wissenschaftlich belegt wurde. Zudem gehört der VDBD zu den stellungnahmeberechtigten Organi-

sationen, wenn im G-BA Neuerungen zu den Disease Management Programmen (DMP) für Typ-1- und Typ-2-Diabetes beraten werden. Seine aktive Rolle nach außen verdankt der VDBD auch dem engen Schulterschluss mit seinen Kooperationspartnern. Hierzu zählen neben DDG, BVND und AGDT auch der Verband der Diätassistenten (VDD), die Deutsche Adipositas-Gesellschaft und der Berufsverband Oecotrophologie (VDOE), aber auch Organisationen wie diabetes-DE, das Informationsportal diabinform und das DDZ. „Dass wir einmal so eng und vertrauensvoll zusammenarbeiten würden, hätte ich mir bei meinem Amtsantritt vor sieben Jahren nicht träumen lassen“, meint Dr. Haller, „davon bin ich richtig zaubert“.

Doch neben der Interessenvertretung gibt es weitere konkrete Vorteile, die mit einer VDBD-Mitgliedschaft einhergehen. Hierzu zählen eine Berufshaftpflichtversicherung, eine Stellenbörse, Gehaltstabellen zur Orientierung für Diabetesfachkräfte ebenso

wie ihre Arbeitgeber, aktuelle Informationen in Form eines monatlichen E-Briefs und der Zeitschrift Diabetes-Forum, die Möglichkeit zum kollegialen Austausch und verschiedene Arbeitsmaterialien wie Präventions- oder Ernährungsbroschüren sowie die Kohlenhydrat-Tabelle.

## Fortbildung durch die eigene Akademie des Verbandes

Ein weiteres Herzstück ist die VDBD AKADEMIE, die 2016 als Anbieterin von Fortbildungen und für die Zertifizierung externer Veranstaltungen gegründet wurde. Die Akademie verfügt über eine digitale Plattform, über die Diabetesfachkräfte Kurse und Seminare buchen können. Das Spektrum reicht von psychologischen Themen über Verhandlungstrainings für freiberufliche Diabetesfachkräfte bis hin zu fachlichen Themen wie Ernährungsberatung, Folgeerkrankungen oder Schwangerschaft. Ein echter Dauerbrenner ist die modular aufgebaute, jährlich aktualisierte Seminarreihe, mit der Diabetesfachkräfte sich zum Insulinpumpen-Trainer qualifizieren können. Fortbildungen zu AID sind fast immer ausgebucht. „AID-

## »Fortbildung über eigene Akademie«

Systeme werden sehr gehypt, da gibt es großen Fortbildungsbedarf bei den Diabetesfachkräften“, weiß VDBD-Geschäftsführerin Dr. GOTTLÖBE FABISCH, die auch die VDBD AKADEMIE leitet. Auf der Plattform können Diabetesfachkräfte in einem kostenfreien Konto auch ihre Fortbildungspunkte sammeln. Während der Corona-Pandemie gab es in der Akademie des VDBD eine Verlagerung hin zu mehr Online-Seminaren und Selbstlern-Formaten, z.B. per Video. „Doch obwohl Online-Formate natürlich unbestreitbare Vorteile haben, würde ich mir wünschen, dass wieder mehr Menschen an Präsenz-Veranstaltungen teilnehmen“, meint Dr. Fabisch, „es geht ja auch um den beruflichen Erfahrungsaustausch und das Netzwerken.“ Der VDBD appelliert daher auch an Arbeitgeber, ihren Angestellten Präsenz-Seminare zu ermöglichen und die Kosten für Anreise und Unterbringung zu übernehmen. *Antje Thiel*

»VDBD als Stimme der Fachkräfte«



## Diabetesschulung: Damals Instruktion, heute Begleitung der Menschen mit Diabetes

Aus dem Arbeitsalltag von Diabetesberater\*innen sind Patientenschulungen nicht wegzudenken. Ihr Nutzen als integraler Therapiebestandteil ist längst durch hunderte randomisierte kontrollierte Studien belegt. Die ersten strukturierten Schulungsprogramme für Menschen mit Diabetes in Deutschland wurden in den 1980er-Jahren entwickelt und evaluiert. Sie basierten auf der Erkenntnis, dass Aufklärung über die richtige Form der Behandlung sowie mögliche Nebenwirkungen und Risiken der Selbsttherapie zwingend notwendig ist, wenn Patient\*innen die Therapie im Alltag eigenverantwortlich durchführen müssen.

Während es in den ersten Programmen vorrangig um Wissensvermittlung und Instruktion ging, verfolgen moderne Schulungen einen patientenzentrierten Ansatz. „Das ist kein Unterricht, sondern Begleitung bei Problemlösungen im Umgang mit Diabetes“, meint der Psychologe Professor Dr. BERNHARD KULZER von der Diabetes-Klinik Bad Mergentheim, der gemeinsam mit seiner Kollegin Professor Dr. KARIN LANGE von der Medizinischen Hochschule Hannover etliche Schulungsprogramme mitentwickelt hat. Dass heutzutage vor allem Psycholog\*innen statt Ärzt\*innen Schulungsprogramme konzipieren, kommt nicht von ungefähr:

„Hintergrund ist das Konzept des Empowerments und der Psychoedukation. Wenn man zwölfmal 90 Minuten mit Menschen an ihrem Krankheitserleben und ihrer Krankheitsbewältigung arbeiten kann, dann ist das fast schon eine kleine Psychotherapie“, erklärt Prof. Kulzer, der auch Vorsitzender der AG Diabetes & Psychologie der DDG ist.

Seit der Corona-Pandemie gehe der Trend mittlerweile klar zu Videoschulungen. „Das finde ich super, denn so erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass eine Schulung den Bedarf des Patienten trifft“, sagt der Psychologe, auch mit Blick auf Schulungen zu speziellen Themen

oder in Fremdsprachen, die nicht in jeder Diabetespraxis gesprochen werden. Sorge bereitet ihm allerdings, dass der Zulassungsprozess für Schulungsprogramme nicht mit dem Innovationstempo in der Diabetestechologie Schritt halten kann. Dieser kann aufgrund der strengen Auflagen zu Entwicklung, Evaluation und wissenschaftlichen Studien bis zur Einreichung beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) leicht fünf bis sieben Jahre in Anspruch nehmen. „Es ist gut, dass wir einen formalisierten Prozess haben – aber wenn ein Programm dann herauskommt, ist es inhaltlich schon wieder veraltet“, kritisiert Prof. Kulzer.



# Kollege KI

Ob Insulindosierung oder Medizinethik: Künstliche Intelligenz holt auf

**MARBURG.** Künstliche Intelligenz wälzt derzeit alle Branchen um, auch die Medizin. In einer neuen Folge von O-Ton Innere Medizin erklärt KI-Experte Prof. Dr. Martin Hirsch, welche Systeme bereits angewendet werden, ob jemand um seinen Job bangen muss und warum er ChatGPT für unethisch hält.

**K**ünstliche Intelligenz (KI) eröffnet in der Medizin völlig neue Möglichkeiten: Selbstlernende Systeme, die Krankheiten diagnostizieren, Karzinome erkennen, bei der Auskultation unterstützen, Insulinwerte anpassen oder Verwaltungsaufgaben übernehmen. Doch auch wenn in der Forschung vielversprechende Ansätze erprobt werden – „in die wirkliche klinische Routine hat KI noch keinen Eingang gefunden“, erklärt Prof. Dr. MARTIN HIRSCH, Leiter des Instituts für künstliche Intelligenz in der Medizin der Philipps-Universität Marburg. Am ehesten finde man die Anwendungen derzeit in Geräten zur Bildgebung, jedoch immer versehen mit dem Hinweis, dass die Ergebnisse nicht unbedingt verlässlich seien.

## Manche KI kann anhand von Einzelfällen lernen

Spannende Ansätze zum Einsatz künstlicher Intelligenz in der Diabetologie wird das sog. MELISSA-Projekt bieten, das 2022 startete. Die Abkürzung steht für »Mobile Artificial Intelligence Solution for Diabetes Adapted Care«. Der Name ist Programm: Innerhalb von vier Jahren möchte ein internationales Team eine klinisch validierte, effiziente, kosteneffektive, KI-basierte mobile Lösung für das Diabetes-Management bieten. Das Projekt wird aus Mitteln der EU gefördert und aus Maastricht koordiniert. In Deutschland ist etwa die Uniklinik Magdeburg eingebunden. Doch schon jetzt sind für Patient\*innen einige Anwendungen auf dem Markt. So passen Closed-Loop-Systeme Insulinwerte eigenständig an. Manche Apps können ihre Nutzer\*innen anhand des Kamerabildes bei physiotherapeutischen Übungen korrigieren. Und der ärztlichen Tätigkeit kommen Apps nahe, die anhand von Symptomen auf eine Erkrankung schließen

## INTERVIEW



**Prof. Dr. Martin Hirsch**  
Leiter des Instituts für Künstliche Intelligenz in der Medizin der Philipps-Universität Marburg  
Foto: Thomas Stoll

können, etwa die von Prof. Hirsch entwickelte Anwendung „Ada“. Hinter der App stehe nicht klassisches Machine Learning anhand Tausender Datensätze, sondern komplexe probabilistische Ansätze, erklärt der Experte. „Wie wahrscheinlich ist es, dass ich die Krankheit habe, wenn ich ein Symptom habe und wie wahrscheinlich ist es, dass ich das Symptom habe, wenn ich die Krankheit habe? Das sind die beiden Wertpaare, die man dazu braucht.“ Der Vorteil: Anders als neuronale Netze benötigen solche Modelle wenige Einzelfälle, um sich umfangreiche Kenntnisse anzueignen. Dass neuronale Netze derzeit überhaupt noch mit etlichen Daten trainiert werden müssen –, was datenschutzrechtlich auf Bedenken stößt – sei der

Insuffizienz der bisherigen Algorithmen geschuldet, meint der Experte. Er rechnet in den kommenden Jahren mit effizienteren. Etabliert sind künstliche Intelligenzsysteme auch in der Arzneimittelentwicklung. „Die Geschwindigkeit, mit der BioNTech oder Moderna einen Corona-Impfstoff entwickeln konnten und die Geschwindigkeit, mit der dieser dann an neue Virusvarianten angepasst wurde, ist ohne KI nicht denkbar“, so Prof. Hirsch. Die Fähigkeiten von KI verblüffen selbst ihn ab und an. Denn auch auf Gebieten, die bislang als originär menschlich galten, schlagen sich die Systeme gut, berichtet er. Beispielsweise konnte ein Sprachmodell mit bestimmten Anweisungen medizinethische Fragen sinnvoll abwägen. In einer anderen Studie wurden Antworten, die das Sprachmodell ChatGPT hilfesuchenden Patient\*innen gab, als empathischer wahrgenommen als die Antworten der ärztlichen Vergleichspersonen. Doch Prof. Hirsch bezweifelt, dass es so etwas wie „Künstliche Empathie“

geben kann. „Meiner Meinung nach sollte man das verbieten. Wir dürfen nicht Maschinen den Eindruck erwecken lassen, sie würden etwas fühlen, wenn sie es nicht tun.“ Auch die Veröffentlichung des Sprachmodells ChatGPT durch das Unternehmen Open AI zu Beginn des Jahres sieht er kritisch. Das System wirke in seinen Antworten überzeugend und eloquent, obwohl es Fakten teils erfinde und sein eigenes Nichtwissen nicht kommuniziere. Übertragen auf Menschen sei dies das Verhalten eines Betrügers. In der Ärzteschaft erlebt der Experte inzwischen Offenheit und Neugier gegenüber KI-Systemen. Noch 2017 habe man ihn eher angefeindet, wenn er Vorträge hielt, und das Thema als unseriös verurteilt, erzählt Prof. Hirsch.

## Wie reguliert man ein System, das sich stetig verändert?

Bei allen Chancen, die die Modelle bieten, sei eine gesunde Skepsis aber durchaus angebracht. „Wir müssen sicherstellen, dass eine KI vertrauenswürdig ist, mit unseren Daten gut umgeht und verlässliche Ergebnisse liefert.“ Regulativ unterliegt medizinische KI der Gesetzgebung auf EU- und Bundesebene sowie der DSGVO und dem Medizinproduktegesetz. Doch noch sei kein Umgang mit den Eigenheiten selbstlernender Systeme gefunden, erklärt Prof. Hirsch. Schließlich entwickeln diese sich nach ihrer Zertifizierung weiter.

Der Experte hält es für wichtig, dass die Systeme künftig fähig sind, Tätigkeiten vollständig zu übernehmen. Andernfalls erreiche man keine Arbeitsentlastung. Dass medizinische Fachkräfte in absehbarer Zeit ihre Jobs an eine KI verlieren, glaubt er dennoch nicht. Wenn die technisierten Aspekte des Fachs von KI erledigt würden, entstehe wieder mehr Zeit für die menschliche Begegnung. „Wir müssen dann dafür sorgen, dass diese Zeit nicht genutzt wird, pro Arzt noch mehr Patienten durchzuschleusen.“ Dies bedeute umgekehrt jedoch auch, dass Medizin umso eher von KI übernommen werden kann, je technischer

## Serie: KI in der Diabetologie – Teil 2: Was kann Künstliche Intelligenz?

In dieser Ausgabe startet die diabeteszeitung mit einer neuen Serie zur Künstlichen Intelligenz (KI):

- ? Inwieweit wird die KI-gesteuerte Medizin die Diabetologie weiter revolutionieren?
- ? Wie kann die Diabetologie von solchen neuen KI-Tools profitieren?

? Und wo zieht die Diabetologie die Grenze beim digitalen Fortschritt und der Künstlichen Intelligenz? Wir sprechen mit Futurist\*innen und Visionär\*innen, aber auch mit Diabetes-Ärzt\*innen aus der Praxis über Chancen und Risiken. Für den zweiten Teil hat Redakteurin Isabel Aulehla mit dem KI-Experten Prof. Dr. Martin Hirsch gesprochen.

»Kann es „Künstliche Empathie“ überhaupt geben?«

sie verstanden wird. Unersetzlich bleibe nur der menschliche Kontakt. Insbesondere im globalen Süden oder unterversorgten ländlichen Regionen kann KI eines Tages zudem eine medizinische Versorgung gewähren, die dort bislang nicht existiert. Seitens der Krankenkassen gibt es erste Signale, dass man den Einsatz von KI zum verpflichtenden Teil ärztlicher Behandlungen machen möchte. Vor dem Verschreiben einer teuren Therapie muss dann möglicherweise eine KI um Zweitmeinung gebeten werden. Doch auch ein Urteil des Bundesgerichtshofs verpflichtete Ärzt\*innen, neue Methoden einzusetzen, wenn diese geringere Risiken oder bessere Heilungschancen bieten als die Standardtherapie, gibt Prof. Hirsch zu bedenken. „Von daher tun Ärzte gut daran, die KI, die in ihrem Fachgebiet auf dem Markt kommt, im Blick zu halten.“ Wie Prof. Hirsch persönlich zu KI steht, hören Sie in einer neuen Folge von O-Ton Innere Medizin. *Isabel Aulehla*



Je technischer die Medizin verstanden wird, desto eher kann KI sie übernehmen.  
Foto: Владимир Солдатов – stock.adobe.com

»Krankenkassen könnten bei teuren Verordnungen künftig die Zweitmeinung von KI-Systemen fordern«

## Aufs Ohr – Ins Innere

der Podcast für Internist:innen



## Neugierig auf die komplette Podcast-Folge?

Dann hören Sie sich die Folge mit Prof. Dr. Martin Hirsch in voller Länge an. Zugriff auf diese und weitere Folgen von O-Ton Innere Medizin haben Sie auf [medical-tribune.de](http://medical-tribune.de) und auf allen gängigen Podcast-Plattformen. Die Themen sind so vielfältig wie das Fach: Von Gesundheitspolitik über Management bis hin zu aktuellen Debatten aus Praxis und Klinik. Hören Sie rein!



# Leber fett – Zucker hoch

## Fettlebererkrankungen und Diabetes hängen zusammen

**HAMBURG.** Ein wachsendes Verständnis gemeinsamer Ursachen und pathophysiologischer Zusammenhänge zwischen Fettlebererkrankung und Typ-2-Diabetes könnte neue Therapieansätze eröffnen.

In Europa weisen 23,7 % der Menschen eine Lebersteatose (engl. steatotic liver disease, SLD) auf – Tendenz steigend. Zu dieser Entwicklung tragen die Zunahme von Adipositas, Metabolischem Syndrom und Diabetes sowie der Alkoholkonsum bei. Innerhalb der Gruppe der Menschen mit Typ-2-Diabetes ist der Anteil mit SLD mit 68 % noch viel höher, berichtete Professor Dr. LUCA VALENTI, Abteilung für Pathophysiologie und Transplantation der Universitätsklinik Mailand. Die enge Assoziation von kardiometabolischen Erkrankungen und SLD hat sich niedergeschlagen in der neuen Nomenklatur der SLD (s. Kasten). Zu 90–98 % überlappen sich die nicht-alkoholische Fettlebererkrankung (NAFLD) und die neu definierte mit einer metabolischen Dysfunktion assoziierte Fettlebererkrankung (MASLD), erläuterte er.

### Bei SLD spielt die Insulinresistenz eine große Rolle

Die Klassifizierung darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass SLD extrem heterogen sind und sich z.B. je nach Alter, Geschlecht, hormonellem Status, Mikrobiom, metabolischen Faktoren, körperlicher Aktivität und auch Genetik und Epigenetik unterscheiden können. Eine wichtige Rolle in der Entwicklung einer SLD spielt die Insulinresistenz, ist Prof. Valenti überzeugt. Eine milde Steatose entsteht häufig vor dem Hintergrund einer genetischen Prädisposition zusammen mit Lebensstilfaktoren und Insulinresistenz. Die Insulinresistenz ist aber auch ein wesentlicher Risikofaktor für den Progress der SLD und geht mit einem hohen Risiko für eine schwere Leberfibrose einher.

Prof. Valenti glaubt, dass der Anteil von Menschen mit Typ-2-Diabetes und fortgeschrittener Fettlebererkrankung häufig unterschätzt wird. Eine Metaanalyse gibt für Menschen mit Typ-2-Diabetes eine Prävalenz einer NAFLD mit 65 % an. Bei Typ-2-Diabetes und NAFLD liegt die Prävalenz einer klinisch signifikanten Fibrose (F2–F4) bei 36 % und einer fortgeschrittenen Fibrose

bei 15 % (F3–F4). Menschen mit Typ-2-Diabetes und einer MASLD erleiden häufiger eine hepatische Dekompensation und ein hepatozelluläres Karzinom als jene mit MASLD ohne Typ-2-Diabetes. Außerdem scheinen Genvarianten für das gleichzeitige Auftreten von SLD und Insulinresistenz/Typ-2-Diabetes verantwortlich zu sein. Dafür gibt es auch klinische Belege: Eine SLD geht nach einer Metaanalyse mit einem gut zweifach erhöhten Risiko für Typ-

2-Diabetes einher. Prof. Valenti hält daher eine kausale Beziehung von SLD auf der einen und Insulinresistenz und Typ-2-Diabetes auf der anderen Seite für sehr wahrscheinlich. Der Beitrag der Hyperglykämie zur SLD ist dagegen noch wenig untersucht. Für die Zukunft hofft Prof. Valenti, dass die in Entwicklung befindliche SLD-Therapien auch einen günstigen Effekt auf Typ-2-Diabetes haben könnten.

fk

EASD-Kongress 2023



Foto: Crystal light – stock.adobe.com

(IMPfstoff GEGEN DAS RESPIRATORISCHE SYNZYTIAL-VIRUS, REKOMBINANT, ADJUVANTIIERT)

# RSV

# STARK BEGEGNEN

HOHE WIRKSAMKEIT ZUR PRÄVENTION VON RSV-ASSOZIIERTER LRTD<sup>1,2</sup>

bei Patienten ab 60 Jahren mit mindestens einer relevanten Grunderkrankung\*

94,6%

SEKUNDÄRER ENDPUNKT<sup>§</sup>  
(95 % KI: 65,88; 99,87)

bei Erwachsenen ab 60 Jahren 82,6%

PRIMÄRER ENDPUNKT<sup>§</sup>  
(96,95 % KI: 57,89; 94,08)



**JETZT VERFÜGBAR**

ERFAHREN SIE MEHR AUF GSKPRO.COM

Wie jeder Impfstoff schützt AREXVY möglicherweise nicht alle Geimpften vollständig.<sup>1</sup>

KI = Konfidenzintervall; LRTD = Erkrankungen der unteren Atemwege; RSV = Respiratorisches Synzytial-Virus

\* Auftreten von RSV-assoziierter LRTD: 7 Fälle von insgesamt 12.466 Patienten in der AREXVY-Gruppe und 40 Fälle von insgesamt 12.494 Patienten in der Placebo-Gruppe.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Relevante Grunderkrankungen<sup>1</sup>: Chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Asthma, jede chronische respiratorische/pulmonale Erkrankung, chronische Herzinsuffizienz, Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 sowie fortgeschrittene Leber- oder Nierenerkrankungen (endokrin-metabolisch).

<sup>§</sup> Auftreten von RSV-assoziierter LRTD: 1 Fall von insgesamt 4.937 Patienten in der AREXVY-Gruppe und 18 Fälle von insgesamt 4.861 Patienten in der Placebo-Gruppe.<sup>1</sup> Diese Ergebnisse sind deskriptiv.<sup>2</sup>

1. Arexvy Fachinformation, Stand 06/2023 2. Papi A, et al. Respiratory syncytial virus prefusion F protein vaccine in older adults. *N Engl J Med.* 2023;388:595–608.

**Wirkstoff:** Arexvy Pulver und Suspension zur Herstellung einer Injektionssuspension, Respiratorischer Synzytial-Virus (RSV)-Impfstoff (rekombinant, adjuvantiert). **Zusammensetzung:** Nach der Rekonstitution enthält eine Dosis (0,5 ml): 120 µg RSVPreF3-Antigen, in der Präfusionskonformation stabilisiertes, rekombinantes Respiratorisches Synzytial-Virus-Glykoprotein F, hergestellt in immortalisierten Ovarialzellen des chinesischen Hamsters (CHO-Zellen) mittels rekombinanter DNA-Technologie; adjuvantiert mit AS01<sub>E</sub>, dieses enthält: 25 µg Pflanzenextrakt aus *Quillaja saponaria* Molina, Fraktion 21 (QS-21) und 25 µg 3-O-Desacyl-4'-monophosphoryl-Lipid A (MPL) aus *Salmonella minnesota*. **Sonstige Bestandteile:** Pulver (RSVPreF3-Antigen): Trehalose-Dihydrat, Polysorbat 80 (E 433), Kaliumdihydrogenphosphat (E 340), Kaliummonohydrogenphosphat (E 340), Suspension (AS01<sub>E</sub> Adjuvansystem): Colfosceriloleat (E 322), Cholesterin, Natriumchlorid, Natriummonohydrogenphosphat (E 339), Kaliumdihydrogenphosphat (E 340), Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Arexvy ist indiziert zur aktiven Immunisierung von Erwachsenen im Alter von 60 Jahren und älter zur Prävention von durch das Respiratorische Synzytial-Virus verursachten Erkrankungen der unteren Atemwege (lower respiratory tract disease, LRTD). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der genannten sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Myalgie, Arthralgie, Schmerzen an der Injektionsstelle, Ermüdung, Kopfschmerzen. Häufig: Erythem an der Injektionsstelle, Schwellung an der Injektionsstelle, Fieber, Schüttelfrost. Gelegentlich: Lymphadenopathie, Überempfindlichkeitsreaktionen (wie z. B. Hautausschlag), Übelkeit, Abdominalschmerz, Erbrechen, Jucken an der Injektionsstelle, Schmerz, Unwohlsein. **Verschreibungspflichtig.** Stand: Juni 2023.

GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG, 80700 München, de.gsk.com

Weitere Informationen über das Arzneimittel: **Dosierung:** Arexvy wird als Einzeldosis zu 0,5 ml ausschließlich intramuskulär, vorzugsweise in den M. deltoideus, injiziert. Die Notwendigkeit einer Auffrischimpfung mit einer weiteren Dosis ist nicht erwiesen. **Wechselwirkungen:** **Verabreichung mit anderen Impfstoffen:** Arexvy kann gleichzeitig mit einem saisonalen Grippeimpfstoff (quadrivalent, standarddosiert, nicht-adjuvantiert, inaktiviert) verabreicht werden. Bei gleichzeitiger Verabreichung mit anderen Impfstoffen sollte dies an unterschiedlichen Injektionsstellen erfolgen. **Weitere Warnhinweise laut Fachinformation:** Der Impfstoff darf nicht intravasal oder intradermal verabreicht werden. Es kann als psychogene Reaktion auf die Nadelinjektion nach oder sogar vor einer Impfung zu einer Synkope (Ohnmacht) kommen. Die Sicherheit und Wirksamkeit von Arexvy bei Kindern und Jugendlichen sind nicht erwiesen. Die Verabreichung während der Schwangerschaft und bei stillenden Frauen wird nicht empfohlen. **Weitere Informationen siehe Fachinformation**

**Nebenwirkungen** melden Sie bitte ggf. bei der GSK-Hotline: 0800-1223355

Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung dem Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel, Paul-Ehrlich-Institut, Paul-Ehrlich-Str. 51-59, 63225 Langen, Tel: +49 6103 77 0, Fax: +49 6103 77 1234, Website: www.pei.de zu melden.

**Auswahl klinisch relevanter Sicherheitsinformationen zu Arexvy.** **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der genannten sonstigen Bestandteile. **Warnhinweise:** Der Impfstoff darf nicht intravasal oder intradermal verabreicht werden. Es kann als psychogene Reaktion auf die Nadelinjektion nach oder sogar vor einer Impfung zu einer Synkope (Ohnmacht) kommen. Die Sicherheit und Wirksamkeit von Arexvy bei Kindern und Jugendlichen sind nicht erwiesen. Die Verabreichung während der Schwangerschaft und bei stillenden Frauen wird nicht empfohlen. **Nebenwirkungen:** Lokalreaktionen an der Einstichstelle (Schmerzen, Erythem, Schwellung, Juckreiz) und systemische Symptome wie Kopfschmerzen, gastrointestinale Beschwerden, Muskel- und Gelenkschmerzen, Müdigkeit, Schüttelfrost, Fieber, Unwohlsein, Lymphadenopathien und Überempfindlichkeitsreaktionen. Für eine vollständige Auflistung der Kontraindikationen, Warnhinweise und Nebenwirkungen siehe Fachinformation

### Aus NAFLD wird MASLD

Ein Konsensus internationaler Hepatologie-Gesellschaften und Expert\*innen hat im Sommer 2023 die Bezeichnungen von Fettlebererkrankungen (SLD) revidiert. Bei einer SLD mit kardiometabolischen Kriterien spricht man nun von einer mit einer metabolischen Dysfunktion assoziierten Fettlebererkrankung (MASLD). Eine Steatohepatitis zusammen mit einer metabolischen Dysfunktion heißt MASH, die SLD, die mit einem erhöhten Alkoholkonsum assoziiert ist, MetALD und die Alkoholabhängige Lebererkrankung ALD.

PM-DE-RSA-JRNA-230001 07/2023

# Wissenschaft erleben, Netzwerke bilden

Während der DZD International Diabetes Research School erweiterten junge Forschende ihr Spektrum

**HAMBURG.** Bei der 11. DZD International Diabetes Research School des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung (DZD) Anfang Oktober erfuhren 80 internationale junge Wissenschaftler\*innen von Expert\*innen Aktuelles aus der Diabetesforschung. Sie erweiterten außerdem in ungezwungener und inspirierender Atmosphäre beim wissenschaftlichen Austausch ihre Netzwerke.

**E**rstklassige Forschung erleben und in den Dialog mit renommierten Wissenschaftler\*innen treten – das ist das Motto der jährlichen Nachwuchskonferenz des DZD, die 2023 zum elften Mal stattgefunden hat. Kurz vor der EASD-Jahrestagung versammelten sich 80 Doktorand\*innen, Postdoktorand\*innen und junge Kliniker\*innen aus zwölf Ländern. Schwerpunktthemen dieses Jahr waren innovative Ansätze für zukünftige Diabetestherapien, Umweltfaktoren, die zur Diabetesentstehung beitragen, sowie die neue Wirkstoffklasse der Polygonisten und ihr Potenzial für die Diabetestherapie.

## Austausch in ungezwungener Atmosphäre

Das Organisationsteam legte großen Wert darauf, eine Umgebung zu schaffen, in der junge Wissenschaftler\*innen sich wohlfühlen, Ideen frei austauschen und Kontakte knüpfen können, die ihre zukünftige Forschung beeinflussen können. Dieses ungezwungene Ambiente trug dazu bei, dass sich die Teilnehmer\*innen schnell miteinander vernetzten und anregende Gespräche führten.

„Es war inspirierend, so viele junge Talente aus der ganzen Welt an einem Ort zu sehen. Ihr Enthusiasmus für die Diabetesforschung war deutlich spürbar“, schwärmte Dr. LEONIE HERRMANN, eine der Organisatorin-

nen der Konferenz, nach Abschluss der Veranstaltung.

## Wissenschaftliche Sessions: Neues aus der Forschung

In ihrem Eröffnungsvortrag zeigte Professor Dr. ANNETTE PETERS von Helmholtz Munich unterhaltsam und kurzweilig mit Hilfe ihrer drei verschiedenfarbigen Hüte die Perspektiven von Projektleiterin, Forscherin und Teilnehmerin am Beispiel von Kohortenstudien. Sie ließ ihre verschiedenen Rollen über ihre Motivation, aber auch über ihre ethischen Auffassungen und Bedenken sprechen. Die Zuhörer\*innen diskutierten im Nachgang lebhaft eigene Einstellungen zu Kohortenstudien und ihre Bereitschaft, persönliche Daten der Wissenschaft zur Verfügung zu stellen. Das Eis für die folgenden Sessions der School war spätestens hier gebrochen.

Unter dem Titel „Innovative Ansätze für die Diabetestherapie von morgen“ stellte Professor MARK COOPER (Monash University, Australien) neue Therapiekonzepte für Diabeteskomplikationen vor. Professor Dr. MARKUS STOFFEL (ETH Zürich, Schweiz) präsentierte die aktuellen Fortschritte der RNA-basierten Therapeutika. Um den Einfluss von Umweltfaktoren, insbesondere von Virusinfektionen, auf die Entwicklung von Typ-2-Diabetes ging es im Vortrag von Professor Dr. STEFAN BORNSTEIN (Universitätsklinikum



Gute Stimmung beim Gruppenbild: Teilnehmende und Referent\*innen der DZD International Diabetes Research School.

Carl Gustav Carus Dresden). Der diesjährige Claude-Bernard-Preisträger Professor ÅKE LERNMARK (Lund University, Diabetes Center, Schweden) präsentierte, wie Umweltfaktoren zur Entstehung des Typ-1-Diabetes beitragen können. Im Anschluss an die Vorträge fanden lebhaft Diskussionsrunden statt. Zum Abschluss des Programms präsentierte Dr. MATTHEW COGLAN (Eli Lilly and Company, USA) die Entwicklung und Wirkung der neuen Wirkstoffklasse der Polygonisten und Professor Dr. MATTHIAS BLÜHER (Helmholtz Munich und Universität Leipzig) gewährte Einblicke in seinen klinischen Alltag in der Adipositas- und Diabetesbehandlung und berichtete von der Hoffnung vieler Menschen mit Diabetes bezüglich der neuen Medikamente. Obwohl die Referenten diese als einen Meilenstein in der Diabetestherapie erachten, gilt es in der Diabetes- und Metabolismusforschung noch vieles aufzudecken – darin waren sich beide Sprecher einig.

## Poster Sessions: eine Bühne für junge Forschende

Neben den Vorträgen der etablierten Expert\*innen präsentierten Teilnehmende eigene Forschungsergebnisse in Form von Postern. „Ich habe hier nicht nur wertvolles Feedback zu meiner Forschung erhalten, sondern auch Partnerschaften für künftige Projekte geknüpft“, erzählte eine Teilnehmerin aus Spanien über ihre

»Anerkennung und Lob für junge Forschende«

lichkeit, sich in einem World Café über verschiedene Karrierewege für Wissenschaftler\*innen zu informieren.

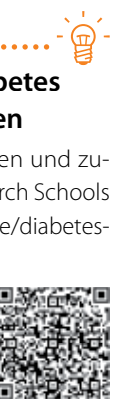
## Wissensaustausch, Netzwerken, Weiterbildung und Karriere

Mit motivierten internationalen Teilnehmenden, einer ungezwungenen Atmosphäre und inspirierenden wissenschaftlichen Sessions mit renommierten Vortragenden war die DZD International Diabetes Research School sicherlich eine Quelle der Motivation und des Wissensaustauschs für aufstrebende Forschende. Im kommenden Jahr wird das DZD die 12. DZD Diabetes Research School im Vorfeld der EASD-Jahrestagung in Madrid veranstalten. Ziel ist es, die nächste Generation von Wissenschaftler\*innen in der Diabetesforschung zu unterstützen sich den Herausforderungen und Chancen in diesem wichtigen Forschungsfeld zu stellen.

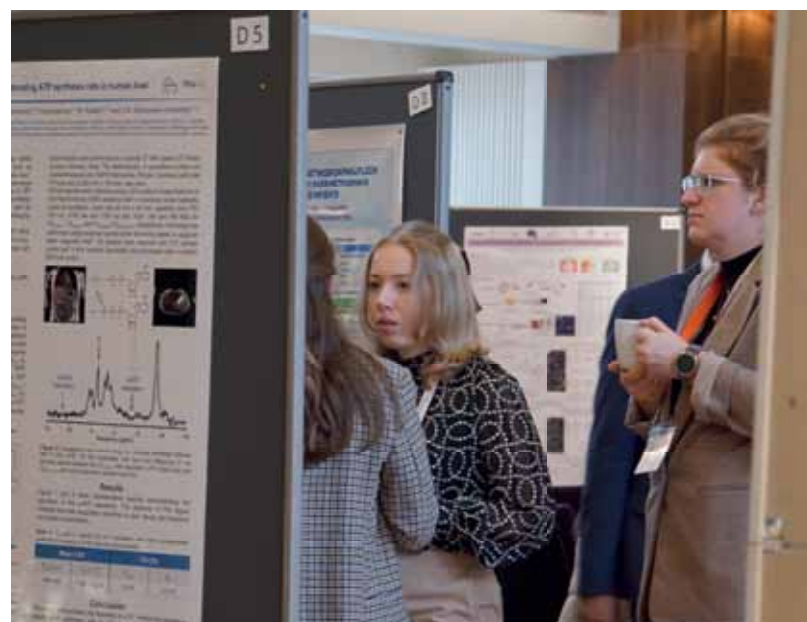
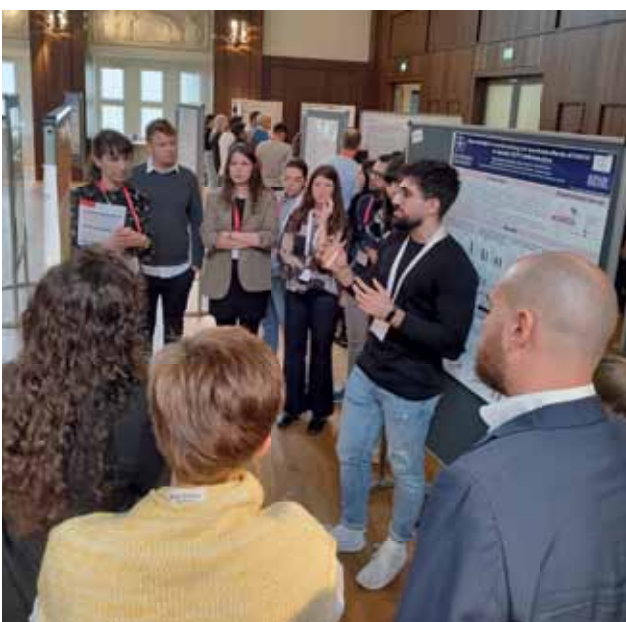
Dr. Leonie Herrmann/DZD

## Mehr über die DZD Diabetes Research School erfahren

Informationen zu vergangenen und zukünftigen DZD Diabetes Research Schools finden Sie unter [www.dzd-ev.de/diabetes-research-school](http://www.dzd-ev.de/diabetes-research-school). Dort – oder direkt über den QR-Code – können Sie auch den Newsletter der Diabetes Research School abonnieren.



»Die nächste Diabetes Research School des DZD findet 2024 in Madrid statt«



Die Teilnehmenden präsentierten auf Postern eigene Forschungsergebnisse – daraus ergaben sich anregende Diskussionen. Einer der Referierenden war Åke Lernmark (r), Claude-Bernard-Preisträger 2023. Fotos: DZD

# DFS-Prävention: Wissenschaft tappt im Dunkeln

Vermeidung des Diabetischen Fußsyndroms (DFS) bislang kaum erforscht

**BERLIN.** Erfolgreiche Konzepte zur Therapie des DFS sind wichtig. Doch primär sollte es zunächst darum gehen, Erstulzera zu vermeiden und Rezidive eines abgeheilten Ulkus zu verhindern. Hierfür braucht es wirksame Präventionsstrategien – und eine passende Schuhversorgung.

LOPS, 27 % eine PAVK, und bei gut 13 % lag eine Fußdeformität vor. Ein Erstulcus wurde innerhalb des vierjährigen Beobachtungszeitraums bei 18 % des Kollektivs festgestellt – in der LOPS-Gruppe lag die Rate mit 25 % allerdings signifikant höher als in der Gruppe ohne LOPS (10 %). Mit einer PAVK war das Ulkusrisiko um den Faktor 2,69 höher als ohne. „Die alleinige Deformität ist hinge-

gen kein zuverlässiger Prädiktor für das Auftreten von Ulzera“, so Trocha.

### Erstulzera verhindern – denn Rezidive erhöhen das Risiko

Warum es so wichtig ist, Erstulzera zu verhindern, zeigten Zahlen aus Dänemark und Italien zu Rezidiv- und Mortalitätsraten. So liegt die Rezidivrate nach Erstulzera bei 19 % bzw. knapp 15 %, nach mehreren

vorangegangenen Ulzera hingegen bei rund 30 %. „Wer schon einmal ein Rezidivulcus hatte, ist stärker gefährdet, ein weiteres Rezidiv zu bekommen“, fasste Dr. Trocha zusammen. Auch die Mortalitätsrate steigt nach mehrfachen Rezidiven deutlich an. „Nach dem ersten Ulcus ist es daher unsere Aufgabe, das zweite Ulcus zu verhindern. Nach dem zweiten Ulcus müssen wir versuchen, den Tod hinauszuzögern.“ Ihr Fazit: „Wir müssen Risikoprädiktoren ernst nehmen, in erster Linie den Verlust des protektiven Schmerzempfindens und den Verlust eines Fußpulses. Aber auch bei Fußdeformitäten sollte man Patienten an eine DFS-Ambulanz überweisen.“ Präventive Interventionen seien zwar nicht erforscht, doch ein multimodales Konzept aus Inspektion, Schulung und neuropathiegerechtem Schuhwerk sei in jedem Fall empfehlenswert.

»Schuhe, die nicht getragen werden, wirken nicht«

den. Denn Schuhe, die nicht getragen werden, wirken nicht“, betonte JÜRGEN STUMPF, Orthopädienschuh-techniker aus Fulda. Mindestens 80 % der aktiven Zeit im Alltag sollte man die Schuhe an den Füßen haben. Tatsächlich aber trügen Patient\*innen ihre Schuhversorgung im Schnitt nur 4,2 Stunden pro Tag – unter anderem deshalb, weil es an konfektionierten Hausschuhen mangelt, die den Bedürfnissen von Menschen mit DFS gerecht werden. Ansonsten riet der Referent Diabetolog\*innen, sich am Verordnungsbogen der AG Diabetischer Fuß zu orientieren und den Fachkräften für Orthopädienschuh-technik in ihrem Umfeld genau auf die Finger zu schauen: „Verlangen Sie die Benutzung des Kontrollbogens ‚Protokoll orthopädische Versorgung Diabetes‘ und die Durchführung der Druckverteilungsmessung zur Versorgungs-kontrolle. Und kontrollieren Sie dies auch!“

Antje Thiel

Diabetes Kongress 2023

Mehr zu DFS und Zweitmeinung: [amputation-nein-danke.de](https://amputation-nein-danke.de)



Wenn es um die Prävention des DFS geht, tappt die Wissenschaft bislang über weite Strecken im Dunkeln. Darauf wies Dr. ANNA KATHARINA TROCHA von der Klinik für Diabetologie am Elisabeth-Krankenhaus Essen hin: „Wir haben keine guten Daten, wen wir wie und wann screenen sollten!“ Auch die International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF) weise in ihren Leitlinien darauf hin, dass bislang verlässliche Daten zum Nutzen von präventiven Interventionen fehlen. „Wie schön wäre es, wenn wir frühzeitig wüssten, wer ein Ulcus entwickeln wird – und es dann verhindern!“

### Risikostratifizierung fußt auf Expertenwissen

Immerhin könne man auf die IWGDF-Risikostratifizierung zurückgreifen (s. Tabelle), die je nach Risikoprädiktoren Empfehlungen für die Frequenz der Fußuntersuchungen gibt. Dies fußt in Ermangelung geeigneter Studien allerdings nicht auf wissenschaftlicher Evidenz, sondern auf der Empfehlung von Expert\*innen. Demnach sind der Verlust des schützenden Schmerzempfindens (Loss of pain sensation, LOPS) und die periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) die entscheidenden Risikofaktoren für die Entwicklung von Ulzera.

Dr. Trocha berichtete von einer eigenen Erhebung unter 130 Patient\*innen mit diabetischer Polyneuropathie, die über vier Jahre jährlich nachuntersucht wurden. Mehr als 55 % von ihnen hatten



## Typ-2-Diabetes & Gewicht

Die Gewichtsreduktion ist ein essenzieller Baustein der T2D-Therapie. Mehr über den pathophysiologischen Zusammenhang von Übergewicht und T2D und welchen Nutzen eine frühe und nachhaltige Gewichtsreduktion mit sich bringen kann erfahren Sie hier.

<https://diabetologie-online.de/a/gewicht-effekt>

Mit freundlicher Unterstützung der Lilly Deutschland GmbH

PP-LD-DE-5827

### Expertentipp: Bogen der AG Diabetischer Fuß nutzen

Um eine Schuhversorgung zu prüfen, reicht häufig bereits ein Blick auf Schuh und Fuß, der verrät, ob der Schuh ausreichend weit, lang und hoch ist. Gleiches gilt für das Material: Weich soll es sein, innenliegende Nähte in druckgefährdeten Regionen des Vor- und Rückfußes sind ebenso tabu wie auf den Fuß einwirkende Vorderkappen. „Das Wichtigste ist aber, dass die Spezialschuhe überhaupt getragen wer-

### IWGDF-Risikostratifizierung von 2023

Kategorie	Ulkusrisiko	Charakteristika	Frequenz der Fußuntersuchung
0	sehr gering	kein LOPS, kein PAVK	jährlich
1	gering	LOPS oder PAVK	alle 6–12 Monate
2	mittel	LOPS und PAVK bzw. LOPS und Fußdeformität bzw. PAVK und Fußdeformität	alle 3–6 Monate
3	hoch	LOPS oder PAVK sowie vorangegangene Ulzera bzw. Amputationen oder terminale Niereninsuffizienz	alle 1–3 Monate

Quelle: IWGDF Practical Guidelines, [www.iwgdfguidelines.org](http://www.iwgdfguidelines.org)

Foto: Calliéro - stock.adobe.com

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

### Einkommen nicht so wichtig wie angenommen

Forschende des Zentrums für Kardiologie der Universitätsmedizin Mainz haben mit der Gutenberg-Gesundheitsstudie (GHS) gezeigt, dass Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status (SES) ein höheres Risiko hatten, eine Herz-Kreislauf-Erkrankung zu entwickeln. Dabei spielten der Bildungsstand und der Beschäftigungsumfang eine größere Rolle als das Einkommen der Teilnehmenden. Bisherige Studien zum Einfluss des SES auf die Gesundheit wurden vorrangig in Ländern wie den USA durchgeführt, in denen der Zugang zur Gesundheitsversorgung vom Einkommen und Beruf abhängt.

### So gesund sind Kinder zwischen null und drei Jahren

Bei 78 % der Säuglinge und Kleinkinder in Deutschland ist der Gesundheitszustand „sehr gut“ – so lautet das Ergebnis der repräsentativen Studie „Kinder in Deutschland 0-3 2022“ (KiD 0-3) des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH). Die neuen Daten zeigen aber auch: Die Chancen auf ein gesundes und entwicklungsförderliches Aufwachsen sind ungleich verteilt. Der Gesundheitszustand von Kindern, die in einem armutsbelasteten Familienumfeld aufwachsen, ist im Vergleich nur bei 64 % „sehr gut“. 21 % der Kinder, deren Familien von Armut betroffen sind, sind überdies nicht altersgerecht entwickelt.

# MEDICAL REPORT

## Ein System, das Diabetes-Teams beim Datenmanagement effektiv unterstützt

Diabetesdaten gemeinsam nutzen, teilen, auswerten – mit einem System und aus einer Hand

Eine einfache und fehlerfreie Übertragung aller Daten, die in nur einem System nutzbar sind: Das wünschen sich Diabetes-Teams beim Diabetes-Datenmanagement am meisten. „Die verschiedenen Systeme, die nebeneinander existieren, müssen zusammengeführt werden“, so Dr. Tobias Wiesner, Diabetologe aus Leipzig. Das digitale Diabetes-Datenmanagement-System Vivora proCare verfolgt eine Lösung aus einer Hand.

Diabetolog\*innen und Diabetesberater\*innen kennen es aus Erfahrung: Eine verzögerte Datenübertragung und die Nutzung mehrerer Auslesesysteme gehören heute leider immer noch zum Praxisalltag. „Wir brauchen eine System- und Datenintegration – für Ärzt\*innen und Patient\*innen“, fordert Dr. Wiesner. Er ist froh über sein „gutes Diabetes-Team, das bei der Digitalisierung mitzieht, und in dem es auch richtige Trendsetter gibt“, sagt er. Mehr Interoperabilität und Interkonnektivität und am besten ein System für alles wünscht sich auch der Diabetologe Friedrich W. Petry aus Wetzlar (siehe Interview). Das Auslesen der Patientendaten dauert ihm oft zu lange. „Digitales Diabetes-Datenmanagement sollte leicht funktionieren, wie die Bedienung eines Smartphones“, betont er.

### Für medizinische Fachkreise und Patient\*innen

In mehreren großen Schwerpunktpraxen wird Vivora proCare, eine herstellernerneutrale und interoperable Komplettlösung für das digitale Diabetesmanagement, bereits erfolgreich genutzt. Das System verfolgt einen patientenzentrier-



Foto: EvivaMed

ten Ansatz – für Fachkreise (Vivora proCare) sowie für Patient\*innen mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes (Vivora diCare). Es lassen sich alle Daten der oralen Diabetes und/oder der Insulintherapie sowie der CGM- bzw. Blutzuckermessung erfassen und auswerten. Eine kabellose und automatische Übertragung von Gesundheitsparametern von anderen Geräten (Körperwaage, Blutdruckmessgerät, Schrittzähler etc.) ist zudem möglich.

„Anhand des Dashboards sehe ich sofort, wie die Therapie optimiert werden kann“, erklärt Petry. An Vivora proCare und Vivora diCare, die als Online- sowie PC-Version und als App verfügbar sind, können alle üblichen, in der Diabetestherapie

genutzten Geräte angeschlossen werden. Besonders die App nutzen Patient\*innen häufig und gerne. Wie Jennifer K., 36. Sie hat Typ-1-Diabetes, ist intensiviert eingestellt, spritzt sich das Insulin mit Pens und verfügt über ein CGM-System. Mit

### Beim Diabetes-Kongress in Leipzig

Bei der Diabetes-Herbsttagung 2023 vom 17. bis 18. November in Leipzig stellt EvivaMed sein digitales Diabetes-Datenmanagement-System vor (Halle 2, Stand Nr. 42). Kommen Sie vorbei!

der Vivora diCare App kann sie ihre Diabetesdaten nun kabellos auslesen. Weitere Vitalparameter, wie Gewicht, Schrittzahl und Blutdruck, sind von Bluetooth-Geräten in die App übertragbar. Durch den Datentransfer zum Diabetes-Team sind ihre Daten also schon in der Praxis, wenn sie dort einen Termin hat – es bleibt mehr Zeit für das persönliche Gespräch.

### Daten herunterladen, besser vorbereitet zum Arztgespräch

„Ich muss jetzt nicht bei meinem Arzt sitzen, der sagt: Wussten Sie, dass Sie nachts hohe Werte haben? Man kann sich viel besser vorbereiten und wird somit auch besser betreut“, so Jennifer K. Mit der App seien alle Daten zudem unterwegs griffbereit. Alle Informationen, wie etwa Spritzplan und Bolus-Rechner, können rund um die Uhr abgerufen werden. Smileys und Trendpfeile zeigen an, wie das Diabetesmanagement gerade läuft. Auch Fotos von Mahlzeiten lassen sich dokumentieren. Videosprechstunden (mit Vivora teleCare) sind über das Smartphone ebenfalls möglich.

„Digitales Diabetes-Datenmanagement ist ein großer Ansporn für die Diabetestherapie“, so Harry E., der Typ-2-Diabetes hat. Bei Vivora diCare werde er vor allem durch die Smiley-Bewertungen (grün: alle Werte im Zielbereich, rot: zu niedrige bzw. zu hohe Werte) des Dashboards der Online-Version und der App in seinem Diabetesmanagement motiviert. Diese optische Darstellung der Werte auf einen Blick schätzen auch viele Diabetes-Teams. „Das System ist kompakt, bildet Daten anschaulich ab, hat eine Videokon-



### App für unterwegs

Mit der App können Patient\*innen das Messgerät auslesen, den Bolus-Rechner ansteuern oder den Spritzplan aufrufen. Auch CGM-Kurven lassen sich im digitalen Diabetes-Tagebuch anzeigen.



<https://vivora.health>

sultation“, sagt Dr. Oliver Schubert-Olesen aus Hamburg. Für Vivora proCare wurde als weitere Komponente das Videokonferenzsystem Vivora teleCare konzipiert. Es ist von der KBV zertifiziert. Zum Leistungsumfang zählen u. a. Funktionen zur Terminplanung, zum Bildschirmteilen und zum Dokumentenversand – alles mit End-to-End-Verschlüsselung. „Ich mag das Personalisieren der Auswertungen. Anfangs gab es zwar den Mehraufwand beim Installieren, ebenso die Anbindung an unsere Praxis-Verwaltungssoftware. Man muss schon etwas Zeit und Arbeit investieren, aber das zahlt sich aus“, betont Dr. Schubert-Olesen. Seither könnten seine Diabetespatient\*innen ihre Werte individuell auswerten – mit oder ohne ärztliche Unterstützung.

## „Weg von der Einzelbetrachtung, hin zur Trendanalyse!“

Friedrich W. Petry über digitales Datenmanagement und wie es in seiner Schwerpunktpraxis funktioniert

**Was muss digitales Diabetes-Datenmanagement heute alles können? Und wo liegen immer noch die Schwachstellen, etwa bei einer einfachen Nutzbarkeit und der schnellen Datenübertragung aus einer Hand? Friedrich W. Petry aus Wetzlar aus Sicht des Diabetologen.**

**Ist für Sie digitales Datenmanagement generell eine Erleichterung in Ihrem Arbeitsalltag oder empfinden Sie die neuen digitalen Tools auch manchmal als belastend?**

Die Vorteile für Patienten und Diabetes-Teams sind im Praxisalltag unverkennbar und übertreffen die Belastungen. Digitales Datenmanagement ist für unsere Routinearbeit eine enorme Entlastung: Wir bewegen

uns weg von der Einzelbeobachtung hin zur Trendanalyse – darum geht es. Die Analyse Messdaten (AGP, Standardtag, TIR, Hypoglykämie, usw.) zeigt auf auf einen Blick, wo das Problem in der Einstellung liegen könnte. Darüber kommen wir mit unseren Patient\*innen schneller ins Gespräch. Das ist eine riesige Zeitersparnis. Unterm Strich bleibt uns Zeit, für die Patient\*innen. Die Datenanalyse ist einfacher, schneller und zielorientiert.

**Hat sich auch die Diabetes-Einstellung Ihrer Patient\*innen durch die Nutzung digitaler System verbessert?**

Ja, bei fast allen. Die Nutzung digitaler Systeme wird durch das digitale Diabetes-Datenmanagement deutlich verbessert. Wir können so mehr Men-

schen mit Diabetes ansprechen. Wir versuchen unsere Patienten immer zu motivieren, ihre Daten schon vorab selbst zu analysieren. Durch digitales Datenmanagement wird nachweislich die Ergebnisqualität verbessert. Digitale Systeme unterstützen auch Telemedizin und Videosprechstunde/Schulungen). Es ist die Zukunft, die Daten zu Hause durch den Patienten oder die Patientin einlesen zu lassen und anschließend in der digitalen Sprechstunde zu nutzen.

**Und wo sehen Sie eine Belastung?**

Manche Patient\*innen erwarten, dass wir Ärzt\*innen alles wissen sollen, also jedes einzelne System kennen. Es kommen aber vier, fünf neue Systeme pro Jahr auf den Markt, die

Geschwindigkeit bei den Neuerungen ist enorm. Da fühle ich mich manchmal überfordert. Ich bin dankbar, dass meine Diabetesberater\*innen in dem Thema Diabetestechnik so fit sind.

**Welche Funktionen von Vivora proCare finden Sie besonders nützlich?**

Das Dashboard finde ich sehr gut. Ich mag diese erste Übersicht und dass ich die Informationen auf einen Blick habe. Die Smileys gefallen mir besonders – die Patient\*innen mögen sie übrigens auch: Sie lieben solche Darstellungen. Auf einen Blick sieht der Patient eine Verbesserung seiner Einstellung, z. B. TIR von 50 auf 70 %. Das ist eine wichtige Motivation. Die Smileys sind für mich ein guter Einstieg in die erste Diskussion mit den



Friedrich W. Petry  
Diabetologe, Wetzlar  
Foto: EvivaMed

Patient\*innen. Durch den Blick auf die Vergleichszeiträume sehe ich sofort, wo ich gezielt ansetzen muss. Ein Blick darauf zeigt einfach und schnell Verbesserungen oder Handlungsbedarf an.

Interview: Angela Monecke



# Medizin & Markt

## Risikomarker für Herz und Nieren früher bestimmen

Gefährdete Patient\*innen mit Tests konsequent herausfiltern

➔ Virtuellem Wrap-up – Boehringer/Lilly  
INGELHEIM/BAD HOMBURG: Menschen mit Typ-2-Diabetes haben ein erhöhtes Risiko für Nieren- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Doch noch gibt es große Lücken bei Tests und Therapien. Auch, weil man nicht immer die richtigen Schlüsse zieht.

Eine chronische Nierenerkrankung (CKD) bedeutet mehr als der Begriff „Niereninsuffizienz“ suggeriert. Denn eine CKD kann auch das kardiovaskuläre Risiko und damit das Mortalitätsrisiko entscheidend erhöhen. Das gilt einmal mehr für Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2.

„Lange dachte man beim Diabetes nur an makro- und mikrovaskuläre Komplikationen, Herzinfarkt, Schlaganfall, Retinopathie, Nephropathie, Neuropathie“, so Professor Dr. STEPHAN JACOB aus Villingen-Schwenningen. „Dabei ist die Herzinsuffizienz leider

extrem häufig und auch fatal, wenn sie nicht behandelt wird.“ Die Überlebenszeit von Menschen mit dieser Erkrankung liege auf dem Niveau eines kolorektalen Karzinoms. Mehr noch als die frühere NYHA-Klassifizierung sei der NT-proBNP (B-type natriuretic peptide) ein wichtiger Indikator für die Herzschwäche.

Eine vorliegende CKD wiederum kann über die Nierenfunktion, also die geschätzte glomeruläre Filtrationsrate (eGFR), und über den Nierenschaden

als Albuminurie über den Albumin-Kreatinin-Quotienten im Urin (uACR) ermittelt werden. Das Problem: Häufig wird nur der aktuelle eGFR-Wert beurteilt und nicht die Verschlechterung im Verlauf der letzten Jahre. Manche Ärzt\*innen meinen zudem, bei einer eGFR bis 60 ml/min bräuchte man den uACR nicht zu testen und umgekehrt. Ein Irrtum, wie der Diabetologe und Kardiovaskuläre Präventionsmediziner DGPR weiß: „Wenn man eine verminderte eGFR hat und keine Albuminurie, ist es trotzdem eine CKD. Und wenn man eine Albuminurie hat und noch eine normale eGFR, ist es auch eine Nierenerkrankung.“

Da mit der Abnahme der eGFR das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse steigt, ist es wichtig, die Marker eGFR, uACR und NT-proBNP so früh wie möglich im Behandlungsalltag zu ermitteln. Am besten schon in der Hausarztpraxis, aber auch beim Diabetologen und beim Kardiologen. „Das Testen muss verbessert werden“, fordert Prof. Dr. Jacob, da man das Fortschreiten von CKD und Herzinsuffizienz heute z.B. durch eine bessere Blutdruck- und Lipideinstellung und organprotektive Medikamente, wie SGLT2-Hemmer, abbremsen und eine Dialyse aufschieben kann. Das bedeutet mehr Lebensqualität für die Patient\*innen und geringere Kosten fürs Gesundheitssystem. *bl*

Virtueller Wrap-up: „Frühzeitiges Screening auf kardiovaskuläre Risikomarker bei Menschen mit Typ-2-Diabetes“

»Häufig wird nur der aktuelle eGFR-Wert beurteilt«

Bei bestimmten Testergebnissen müssen Ärzt\*innen aufmerksam werden. So kann u.U. eine Dialyse aufgeschoben werden.

Foto: Andrii Yalanskyi – stock.adobe.com



## COMISAIR-Studie zeigt: Kontinuierliche Glukosemessung verbessert nachhaltig das Diabetesmanagement

Neue klinische Daten der längsten Real-World-Studie zu rtCGM erstmalig beim EASD-Kongress vorgestellt

➔ Symposium – Dexcom

Hamburg. Sie dauerte sieben Jahre und ist damit die längste prospektive Studie zur kontinuierlichen Gewebeglukosemessung in Echtzeit (rtCGM) und unter realen Bedingungen: die COMISAIR-Studie. Ihre Ergebnisse zeigen, dass über den gesamten Zeitraum durch Nutzung von CGM-Systemen eine signifikante und kontinuierliche HbA<sub>1c</sub>-Senkung bei Menschen mit Typ-1-Diabetes erreicht werden konnte. Die klinischen Daten zu dieser Studie

wurden erstmals beim EASD-Kongress Anfang Oktober präsentiert. Professor Dr. BERNHARD KULZER, Bad Mergentheim, der den Vorsitz des Symposiums hatte, wies eingangs darauf hin, dass eine Real-World-Studie zu rtCGM-Systemen mit siebenjähriger Dauer schon „etwas Besonderes“ sei. Die Ergebnisse der COMISAIR-Studie zeigen eine signifikante und anhaltende HbA<sub>1c</sub>-Senkung bei Typ-1-Diabetes. Durch die angewandten rtCGM-Systeme ließ sich der HbA<sub>1c</sub>-

Wert deutlicher senken als bei der Blutzuckerselbstmessung – dies unabhängig von der Art der Insulingabe, also ob mehrfach tägliche Injektionen gegeben wurden oder eine Pumpentherapie angewendet wurde.

Werden Geräte zur kontinuierlichen Gewebeglukosemessung in Echtzeit und AID-Systeme gekoppelt, wie etwa das Dexcom G7 und eine Insulinpumpe (bei der Studie kam das Tandem Control IQ zum Einsatz) –, konnte eine weitere deutliche HbA<sub>1c</sub>-Absenkung beobachtet werden.

Eine aktuelle Untersuchung, die Dr. CAROL LEVY, New York, leitet und beim EASD vorstellte, zeigt die Genauigkeit des Dexcom G7 bei Schwangeren über alle Tage der Tragedauer des Sensors und über alle Glukosebereiche. Dabei ist unwesentlich, ob die Frauen an Typ-1-,

Typ-2- oder Schwangerschaftsdiabetes erkrankt waren. Auf die AiDAPT-Studie ging sie dann ein. Dr. HELEN MURPHY, East Anglia, England leitet diese größte randomisierte Kontrollstudie eines AID-Systems im Vergleich zur Standard-Insulinverabreichung bei schwangeren

Frauen mit Typ-1-Diabetes. Erste Ergebnisse zeigen, dass Schwangere mit AID signifikant mehr Zeit im Zielbereich (TIR) verbringen als jene, die kein solches System nutzen.

Das Dexcom G7 soll zusammen mit der Pumpe Tandem t:slim X2 noch in diesem Jahr u.a. in den USA und in mehreren europäischen Ländern auf den Markt kommen, kündigte das Unternehmen an. Hierzulande hat das G7-rtCGM-System bereits seit September 2022 die Marktzulassung. Erst kürzlich erfolgte die Markteinführung des Omnipod 5 AID in Verbindung mit dem Dexcom G6 in Deutschland und auch in Großbritannien. *amo*

Symposium „Dexcom rtCGM: Leading the Way through the Diabetes Journey for HCPs and Patients“, EASD 2023

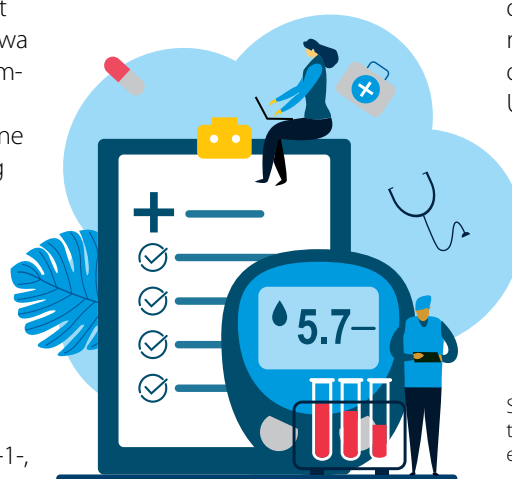


Foto: PidcoArt – stock.adobe.com

### NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

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



Foto: iStock/AzmanJaka

## Aktuelle Daten zu Semaglutid-Cagrilintid-Kombination

Vorstellung neuer, vielversprechender Ansätze

➔ Hybride Presseveranstaltung – Novo Nordisk

HAMBURG. Die Fortschritte der letzten Jahre konnten Menschen mit Typ-2-Diabetes (T2D) das Leben bereits erleichtern; für die Zukunft ist mit weiteren Verbesserungen zu rechnen – sowohl durch Insuline als auch innovative Kombinationen.

„Von weltweit rund 537 Millionen Menschen mit Typ-2-Diabetes weisen nur etwa 15 % eine gute glykämischen Kontrolle auf und von über 764 Millionen Adipösen erhalten nur etwa 2 % eine adäquate Therapie“, erklärte Dr. JOACHIM KIENHÖFER, Leiter Medical Affairs Diabetes & Obesity bei Novo Nordisk Pharma. Er verwies auf den großen medizinischen Bedarf an neuen Medikamenten für diese Patient\*innen. So erwartet Dr. Kienhöfer für nächstes Jahr z.B. Insulin Icodec, ein innovatives Basalinsulin, das nur einmal wöchentlich injiziert wird und so das Management des T2D weiter verbessern bzw. vereinfachen kann. Die Einführung von GLP1-Rezeptoragonisten wie Semaglutid (Ozempic®) stelle einen Meilenstein dar, der die Therapie des T2D grundlegend verändert und das Management der kardiovaskulären Risikofaktoren in den Fokus der T2D-Therapie rückte. Neue Evidenz wird laut Dr. Kienhöfer durch eine Phase-3-Studie

mit oralem Semaglutid in höherer Dosierung generiert oder auch durch eine kardiovaskuläre Endpunktstudie zu oralem Semaglutid.

Lassen sich die glykämische Kontrolle und das Gewichtsmanagement zukünftig mit einem Medikament angehen? Vorgestellt wurden erste, vielversprechende Daten zu CagriSema. CagriSema ist eine noch nicht zugelassene Kombination aus dem lang wirksamen GLP1-Rezeptoragonisten Semaglutid und Cagrilintid, einem lang wirksamen Amylin-Analogen, das appetithemmend wirkt. In einer Phase-2-Studie wurde CagriSema über 32 Wochen bei Patient\*innen mit T2D untersucht. „Die Kombination aus den beiden Signalmolekülen reduzierte den HbA<sub>1c</sub>-Wert als Zielparameter der Diabetologie deutlich effektiver als Cagrilintid“, berichtete Professor Dr. SEBASTIAN MEYHÖFER, Direktor am Institut für Endokrinologie und Diabetes an der Universität Lübeck. Die Gewichtsveränderung gegenüber dem Studienbeginn (sekundärer Endpunkt) war unter CagriSema signifikant höher als mit Semaglutid oder Cagrilintid alleine (CagriSema -15,6 % versus -5,1 % Semaglutid versus 8,1 % Cagrilintid, jeweils p<0,0001). *mha*

Diabetesbehandlung vorandenken – mit Erfahrungen die Zukunft gestalten“, EASD 2023

# Dänische Botschafterin: »Es geht um Lebensqualität!«

Expert\*innen diskutierten Fragen zur künftigen Versorgung von Menschen mit Diabetes und Adipositas

➔ Diskussionsveranstaltung – Novo Nordisk BERLIN. Welche Chancen bieten Innovationen in Diagnostik und Behandlung für die Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes und Adipositas? Was ist aus Sicht der Patient\*innen tatsächlich relevant? Und welche politischen Rahmenbedingungen müssen angepasst werden, um chronischen Erkrankungen besser zu begegnen?

Wichtig sei, im Dialog zu bleiben, so die dänische Botschafterin SUSANNE HYLDELUND mit Blick auf die Veranstaltungsreihe „Diabetes 2030“, die in diesem Jahr zum achten Mal stattfand. Die Faktoren für den Wandel der Gesundheitssysteme seien bekannt: Demografie, Fachkräftemangel, Digitalisierung, Klimawandel und Finanzierung. Jeder Mensch möchte zudem möglichst gut versorgt sein, möglichst lange leben und gesund bleiben. „Es geht um Lebensqualität“, betonte sie. Das dänische Gesundheitssystem gilt als Vorreiter, besonders im digitalen Bereich. In den zurückliegenden Jahren wurde es durch kontinuierliche Reformen immer wieder an den stetigen Wandel angepasst. Die Regierung schob u.a. eine Konzentration der Kompetenzen an, vor allem bei den Krankenhäusern – kleinere Einrichtungen wurden vielfach geschlossen oder zusammengelegt. „Das war richtig. Die Qualität in der Versorgung ist deutlich

gestiegen“, erklärte sie. Dennoch gebe es „Drehtüreffekte: Zu viele Menschen mit chronischen Erkrankungen kommen immer wieder ins Krankenhaus zurück“.

Eine von der dänischen Regierung beauftragte Kommission hat nun im September 2023 konkrete Empfehlungen für ein robusteres Gesundheitssystem vorgelegt. Um Ressourcen zu sparen, soll etwa ein Gesundheitsrat eingeführt werden, der sektorübergreifende Aufgaben beurteilt und priorisiert. Zudem ist vorgesehen, die Anzahl unzureichender Behandlungen zu reduzieren. Mehr Therapien sollen im ambulanten Bereich stattfinden, um die Krankenhäuser zu entlasten. Die Empfehlungen würden sich als „To-do-Liste“ lesen – hinter jedem genannten Punkt steckten jedoch „tiefgreifende Veränderungen“, erklärte Hyldeund. „Ich bin zutiefst davon überzeugt, dass die Transformation Chancen beinhaltet, auch für Menschen, die chronisch erkrankt sind“, sagte der Diabetologe Professor Dr. DIETHELM TSCHÖPE, der die

**»Wir müssen in der Prävention besser werden«**



Veranstaltung gemeinsam mit dem Gesundheitsökonom Professor Dr. JÜRGEN WASEM moderierte. Bei einer Podiumsdiskussion mit Vertreter\*innen aus Politik, Industrie, der Kassen und Patientenorganisationen wies die Patient\*innenvertreterin STEPHANIE HAACK, die selbst seit 14 Jahren an Typ-1-Diabetes erkrankt ist, auf die hohe mentale Belastung („Mental Load“) einer chronischen Erkrankung hin. Diese im Alltag zu managen, bedeute: mit Arztpraxen Termine vereinbaren, Befunde von Praxis zu Praxis im Briefumschlag transportieren, Rezepte besorgen und hoffen, „dass die Medikamente, die man braucht, auch verfügbar sind“, so Haack. Eine chronische Erkrankung

bedeute „unheimlich viel Arbeit und Mental Load – allein, um am Leben zu bleiben“. Durchs Gesundheitssystem zu navigieren, sei wie eine eigene „olympische Sportart“ – kein Sprint zwar, aber ein Marathon. Weil Herz-Kreislauf-Erkrankungen häufig nicht nur tödlich, sondern vor allem kostenintensiv sind und Deutschland hier noch viel nachholen muss, will das Bundesgesundheitsministerium im Rahmen einer nationalen Herz-Kreislauf-Strategie verstärkt in Früherkennung und Versorgung investieren, verkündete THOMAS MÜLLER, Leiter der Abteilung 1 „Arzneimittel, Medizinprodukte und Biotechnologie“ im Bundesgesundheitsministerium. Neben einem

neuen Präventionsinstitut (BIPAM) sind Screening-Maßnahmen und erweiterte DMP geplant, bei denen Arztpraxen eine stärkere Rolle spielen. „Wir sehen, dass wir in Deutschland besonders im präventiven Ansatz besser werden müssen“, sagte er. Vor allem in der Verhaltensprävention komme man nicht voran. Vom „Dogma Verhaltensänderung allein“ müsse man daher „etwas wegkommen – hin zu einer „aktiven medikamentösen Beeinflussung“, vor allem im Bereich Hypertonie und Dyslipidämie. Das sehe auch der Minister so. Viel Nachholbedarf sieht Dr. THORSTEN RUPPERT vom Verband forschender Arzneimittelhersteller (vfa) bei der Genetik. Der Großteil der chronisch kranken Patient\*innen in Deutschland werde nicht systematisch gescreent, um den genetischen Faktor hinter ihrer Erkrankung tatsächlich zu identifizieren. Viele von ihnen würden deshalb häufig auch nicht bestmöglich therapiert. In Innovationen müsse man verstärkt investieren. „Wir müssen ein guter Forschungs- und Studienstandort sein, um im internationalen Vergleich nicht weiter zurückzufallen“, so Ruppert. Wesentlich sei auch eine bessere Steuerung, Vernetzung und Datennutzung in der Diabetesversorgung, betonte KAI SWOBODA, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der IKK classic. *amo*

„Gesundheitswesen i.d. Transformation: Neue Chancen für chronisch Erkrankte?“, Diabetes 2030

## Potenzial der VEGF-A- und Ang-2-Inhibitoren ausschöpfen

Verbesserung der Sehschärfe und reduzierte Behandlungslast

➔ Symposium – Roche Pharma BERLIN. Mit Faricimab ist ein neues Molekül in der Augenheilkunde verfügbar, das in Deutschland seit gut einem Jahr für die Therapie der neovaskulären altersabhängigen Makuladegeneration (nAMD) und des diabetischen Makulaödems (DMÖ) ab der First-Line zugelassen ist.

Faricimab (Vabysmo®) ist der erste bi-spezifische monoklonale Antikörper, der speziell für die intravitreale Anwendung entwickelt wurde. Er hemmt neben dem vaskulären endothelialen Wachstumsfaktor VEGF-A auch Angiopoietin-2 (Ang-2). Durch die synergistische Hemmung von VEGF-A und Ang-2 wird die antiinflammatorische und gefäßstabilisierende Wirkung verstärkt. Der duale Wirkansatz zur Behandlung bei Netzhauterkrankungen hat in den zulassungsrelevanten Studien TENAYA und LUCERNE bei nAMD sowie YOSEMITE und RHINE bei DMÖ eine hohe Effektivität in der Therapie der nAMD und des DMÖ erzielt: Eine



schnelle Verbesserung der Sehschärfe sowie schnelle Trocknung und Reduktion der zentralen Netzhautdicke erreichten nach zwei Jahren unter Faricimab drei von vier Patient\*innen mit Behandlungsintervallen von drei bis vier Monaten. Erfahrungen aus dem Versorgungsalltag untermauern das Potenzial der dualen Hemmung von VEGF-A und Ang-2, was Menschen mit nAMD und DMÖ die Chance auf einen langfristig – bis zu zwei Jahren – stabilen Visus bei Therapieintervallen von bis zu 16 Wochen ermöglichen kann. Vor diesem Hintergrund schaute Dr. MICHAEL ENGELBERT, Augenarzt und Spezialist für Makula-Erkrankungen aus New York (USA), auf seinen Praxisalltag mit Faricimab aus den letzten einhalb Jahren und die Behandlungslast seiner Patient\*innen. Er kennt die Erfahrungen, dass Patient\*innen nicht regelmäßig in der Praxis erscheinen, da sie Angst vor weiteren intravitrealen

Spritzen und Schmerzen haben. Daneben bestünden auch Belastungen für deren Begleitpersonen, die sie zu den vielen Arztterminen begleiten müssten. Bei Patient\*innen mit DMÖ, die oftmals jünger und noch berufstätig seien, kämen zahlreiche andere Arzttermine zur Behandlung des Diabetes und dessen Komorbiditäten hinzu, die die Adhärenz zusätzlich gefährden könnten. Der Experte beschrieb nicht nur die hohe Effektivität von Faricimab in der Therapie sowie die mit anderen Anti-VEGF-Medikamenten vergleichbare Sicherheit, sondern auch dessen Potenzial, basierend auf der individuellen Krankheitsaktivität optimale Visusergebnisse bei gleichzeitig reduzierter Behandlungslast für die Patient\*innen zu erzielen.

Bettina Baiertl

Symposium „Ein Jahr Faricimab in der nAMD und DMÖ“, Kongress der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) 2023

**»Optimale Visusergebnisse bei reduzierter Behandlungslast«**

## Mythen entlarven, Grenzen überdenken

Noch immer gibt es Vorbehalte gegenüber CGM

➔ Industriesymposium – Abbott

HAMBURG. Drei Mythen die kontinuierliche Glukosemessung betreffend wurden während dieses Symposiums entlarvt und entkräftet. Die Expert\*innen gaben im Gespräch mit TV-Moderator STEPHEN DIXON auch Hinweise, wie Ärzt\*innen die Behandlungsgrenzen erweitern können. Dixon lebt selbst seit über 30 Jahren mit Typ-1-Diabetes.

Als Mythos Nummer Eins näher unter die Lupe genommen wurde: „Die Technologie der kontinuierlichen Glukosemessung ist zu komplex für meine Patient\*innen und auch zu komplex, um sie in meiner Praxis anzuwenden. Diese Behauptung wurde von Dr. MARKUS MENZEN, Bonn, und Dr. BORIS KLINGER, Västerås/Schweden, widerlegt. Angesprochen wurde das Problem, dass auch manche Ärzt\*innen glauben, die Daten aus einem CGM-System zu nutzen, sei zu kompliziert. Dazu Dr. Menzen: „Am sinnvollsten ist es, systematisch zu starten und den Überblick zu nutzen, den das AGP-Profil bietet. Danach kann man immer noch ins Detail gehen.“ Dr. Klinger betonte, dass auch Health Care Professionals eine Schulung brauchen, um mit CGM-Systemen richtig umzugehen. Mythos Nummer Zwei – „Nur Patient\*innen mit intensiver Insulintherapie profitieren von CGM“ – wandten sich Dr. MADDALENA LETTINO, Italien, und Professor Dr. RAMZI AJJAN, Leeds/UK, zu. Sie arbeiteten heraus, dass CGM sehr wohl auch auch bei der Titration von Basalinsulin helfen kann – und dass es allgemein besser ist, Basalinsulin zu titrieren, bevor Menschen mit Typ-2-Diabetes zusätzlich ein Bolusinsulin bekommen. Zudem waren sie sich einig, dass ein CGM-System dabei hilft, zu beobachten, wie ein\*e Patient\*in auf die Diabetesbehandlung anspricht und dazu beiträgt, Hypoglykämien zu verhindern. Als Mythos Nummer Drei wurde diese Behauptung angesehen: „Die Blutzuckerselbstmessung genügt, um eine gute Glukosekontrolle zu erreichen und akute Ereignisse zu verhindern.“ Dr. CLARE HAMLING, Norwich/UK und Dr. ELINA PIMIÄ, Turku/Finnland, zeigten anhand von Studien, dass der HbA1c-Wert sich durch die Nutzung von CGM schnell verbessert und dass auch ältere Menschen mit Diabetes von CGM-System profitieren können. *nf*

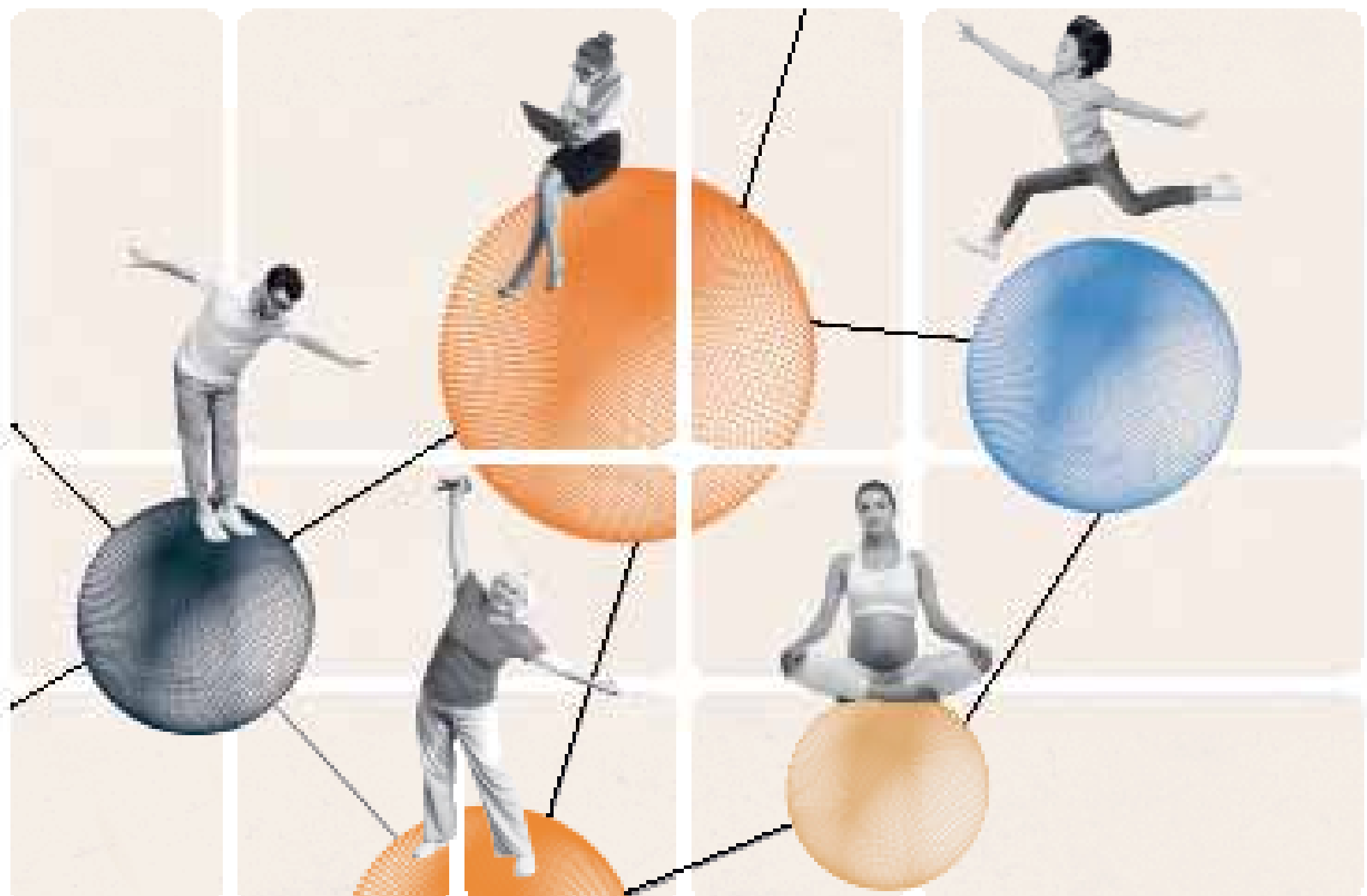
„Busting Myths of Glucose Sensing Technology and Rethinking the Treatment Limits“, EASD 2023

## NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

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

# DIABETES. UMWELT. LEBEN.

Perspektiven  
aus allen  
Blickwinkeln



SAVE  
THE DATE

**Diabetes Kongress 2024  
08.–11. Mai 2024, CityCube Berlin**

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

# Mehr Grünzeug – weniger Kartoffeln?

Vor allem Blatt- und Kohlgemüse sollten regelmäßig auf dem Speiseplan stehen

**KOPENHAGEN.** Wer täglich mindestens 150 bis 200 Gramm Gemüse zu sich nimmt, kann sein Risiko für einen Typ-2-Diabetes deutlich senken. Zu diesem Ergebnis kommt ein dänisch-australisches Forscherteam nach Auswertung der Langzeitbeobachtungsdaten einer prospektiven Kohortenstudie.

Schätzungen gehen davon aus, dass im Jahr 2021 weltweit mehr als 530 Millionen Menschen im Alter zwischen 20 und 79 Jahren an Typ-2-Diabetes mellitus erkrankt waren. Im Jahr 2030 wird diese Zahl vermutlich auf mehr als 640 Millionen ansteigen, berichtet Dr. PRATIK POKHAREL vom Forschungszentrum der dänischen Krebsgesellschaft in Kopenhagen. Die Wissenschaft geht davon aus, dass die in den vergangenen Jahrzehnten zu beobachtende Prävalenzzunahme unter anderem auf den steigenden Konsum ultrahochverarbeiteter Lebensmittel sowie die Abnahme des Obst- und Gemüseverzehrs zurückzuführen ist.

## Gemüseverzehr, Diabetes, BMI: Gibt es einen Zusammenhang?

Gemeinsam mit weiteren dänischen und australischen Wissenschaftler\*innen ging Dr. Pokharel deshalb der Frage nach,

»Weniger Gemüse, höhere Prävalenz«

ob tatsächlich ein Zusammenhang zwischen dem Gemüseverzehr bzw. dem Verzehr von Kartoffeln und der Inzidenz von Typ-2-Diabetes besteht und inwiefern ein solcher Zusammenhang möglicherweise durch den Body-Mass-Index (BMI) beeinflusst wird.

Hierzu analysierten die Forschenden die Daten von 54.793 Personen aus den Regionen Kopenhagen und Aarhus, die zwischen 1993 und 1997 im Alter zwischen 50 und 64 Jahren in die prospektive Studie Danish Diet, Cancer and Health (DCH) einge-

geschlossen worden waren. Menschen mit einem vorbestehenden Diabetes schlossen die Forschenden von der Auswertung aus. Alle Studienteilnehmenden hatten initial detailliert Auskunft zu ihren Ernährungsgewohnheiten gegeben. Anhand dieser Informationen berechneten die Forschenden die täglich Verzehrmenge von Gemüse (ohne Kartoffeln), von

verschiedenen Gemüse-Subgruppen, von Kartoffeln sowie von unterschiedlich zubereiteten Kartoffeln (gekocht, gebraten, Kartoffelpüree, frittiert/Kartoffelchips). Die Gemüse-Subgruppen umfassten grünes Blattgemüse, Kreuzblütler-Gemüse (z.B. verschiedene Kohlsorten), gelbe/orangefarbene/rote Gemüse, Lauchgemüse sowie andere Gemüsesorten.

Im Verlauf der im Median 16,3 Jahre dauernden Nachbeobachtungszeit entwickelten 7.695 Personen einen Typ-2-Diabetes. Die Studienteilnehmenden mit einem Gemüseverzehr im höchsten Quintil, also einer media-

Wer viel Kohl isst, kann sein Risiko für einen Typ-2-Diabetes senken.



Fotos: mates – stock.adobe.com, Serghei V – stock.adobe.com

nen täglichen Gemüsezufuhr von 319 Gramm, hatten im Vergleich zu den Personen mit der niedrigsten Verzehrmenge (67 Gramm) ein um 21 % geringeres Risiko für einen Typ-2-Diabetes und wiesen einen um 0,35 kg/m<sup>2</sup> niedrigeren BMI auf. Den Berechnungen der Forschenden zufolge vermittelte der Body-Mass-Index 21 % des Zusammenhangs zwischen dem Gemüsekonsum und dem Diabetesrisiko. Die Risikoreduktion durch den Gemüseverzehr erreichte bei 150 bis 200 Gramm pro Tag ein Plateau.

## Auch Gemüse-Subgruppen wurden analysiert

Die Analyse der verschiedenen Gemüse-Subgruppen ergab: Besonders deutlich sinkt das Diabetesrisiko bei einem hohen Verzehr von grünem Blattgemüse. Aber auch Kreuzblütler-Gemüsesorten – hierzu zählen beispielsweise Weißkohl, Rotkohl, Brokkoli, Blumenkohl, Rosenkohl und Kohlrabi – und andere Gemüsesorten korrelierten mit einer signifikant geringeren Wahrscheinlichkeit, einen Typ-2-Diabetes zu entwickeln. Kartoffeln erwiesen sich dagegen – zumindest bei isolierter Betrachtung – als deutlicher Risikofaktor (siehe Kasten). Angesichts dieser Beobachtungen unterstützen die Forschenden aus Dänemark und Australien die Empfehlung zu einer an Gemüse (außer Kartoffeln) reichen Ernährung, da diese einem Übergewicht und einer Adipositas und letztlich auch einem Typ-2-Diabetes vorbeugt.

Dr. Judith Lorenz

Pokharel P et al. Diabetes Care 2023; 46 (2): 286–296; doi: 10.2337/dc22-0974

## Wahl der Kartoffelgerichte weist auf Ernährungsmuster hin

Menschen mit einem hohen Kartoffelkonsum, also im Median täglich 256 Gramm, hatten im Vergleich zu Menschen mit geringen Verzehrsmengen (täglich 52 Gramm) ein um neun Prozent höheres Erkrankungsrisiko. Insbesondere Kartoffelpüree und frittierte Kartoffeln bzw. Kartoffelchips erwiesen sich diesbezüglich als problematisch. Berücksichtigten die Forschenden allerdings die mit dem Kartoffelverzehr häufig assoziierten Ernährungsmuster (z.B. hoher Fleischkonsum, Softdrinks), verlor der Zusammenhang zwischen dem Gesamt-Kartoffelverzehr und dem Diabetesrisiko seine statistische Signifikanz.



»Höheres Risiko durch Kartoffeln?«

# Einführung in die vielseitige Welt des Haferkorns

Neues Kochbuch von Dr. Winfried Keuthage mit 60 Rezepten rund ums gesunde Getreide

**WIESBADEN.** Haferflocken sind eine geschätzte und häufig verwendete Zutat für viele Gerichte, insbesondere für Hafertage. Doch nahezu in Vergessenheit geraten sind ganze Haferkörner, die eine noch größere Vielseitigkeit in der Küche bieten. Ein neues Buch gibt nun einen umfassenden Einblick in die Welt des Haferkorns.

Die Idee der Hafertage ist mehr als 100 Jahre alt. Seitdem sind sie ein bewährtes Ernährungskonzept, um bei Menschen mit Typ-2-Diabetes die Glukoseverläufe und Insulinempfindlichkeit zu verbessern. Daher empfehlen viele Diabetolog\*innen und Diabetesberater\*innen Menschen mit Diabetes zwei Hafertage im Monat einzuhalten, an denen diese je drei Mahlzeiten mit Haferflocken einnehmen. Recht wenig bekannt ist

hingegen, dass auch ganze Haferkörner eine leckere und gesundheitsfördernde Zutat für vielseitige Gerichte sind und eine abwechslungsreiche Alternative zu Haferflocken bieten können – gerade auch für Hafertage.

## Alles rund um das ganze Haferkorn in einem Buch

Der Münsteraner Diabetologe Dr. WINFRIED KEUTHAGE hat sich deshalb dem „Wunderkorn“, wie er es nennt, angenommen und stellt das vielseitige und gesunde Getreide in seinem neuen Werk „Das große Haferkorn-Kochbuch“ ausführlich vor. Das Buch beginnt mit einer kurzen Einführung in die Geschichte von Haferkorn; erklärt werden die Unterschiede zwischen Vollkornhafer, Haferflocken und Haferkleie und es wird erläutert, wie man das Haferkorn in der Küche am besten

einsetzen und weiterverarbeiten kann. Denn Haferkörner können für fast jedes Gericht verwendet werden, speziell auch als Ersatz für Reis. Im Vergleich haben Haferkörner jedoch mehr Biss und einen leckeren nussigen Geschmack.

Auch die zahlreichen gesundheitlichen Vorteile von Haferkorn – insbesondere für Menschen mit Diabetes – stellt Dr. Keuthage ausführlich vor. Denn dank seines hohen Gehalts an löslichen Ballaststoffen wirkt Haferkorn sich positiv auf den Blutzuckerspiegel aus. Die löslichen Ballaststoffe in Haferkorn verzögern

»Ganze Körner statt Haferflocken«

die Aufnahme von Glukose, was zu einem langsameren Anstieg des Blutzuckerspiegels führt. Dies verhindert plötzliche Blutzuckerspitzen und -abfälle. Darüber hinaus enthält Haferkorn auch Magnesium, das den Insulinstoffwechsel verbessern und die Insulinsensitivität erhöhen kann. Haferkorn ist somit eine gute Ergänzung zur Ernährung von Menschen mit Diabetes. Die Rezeptauswahl ist breit gefächert und bietet Optionen für Frühstück, Snacks, Hauptgerichte und Desserts. Die 60 abgebildeten Rezepte sind gut strukturiert und leicht verständlich. Sie enthalten klare Anweisungen sowie Angaben zu den benötigten Zutaten und den Zubereitungszeiten. Die meisten Zutaten sind in herkömmlichen Supermärkten erhältlich.

Zusammenfassend ist „Das große Haferkorn-Kochbuch“ eine zu emp-



Das große Haferkorn-Kochbuch von Dr. Winfried Keuthage, GU-Verlag, 2023, 176 Seiten, 24 Euro. Foto: GU-Verlag

fehlende Ressource für alle, die ihre Kochkünste mit Haferkorn erweitern möchten und ihrer Gesundheit etwas Gutes tun wollen. Mit seiner breiten Auswahl an Rezepten, klarer Anleitung und inspirierenden Fotografien liefert das Buch eine solide Basis für den Einstieg in die Welt des Haferkorns.

gh

## Neue Webinare. Neue Punkte. Neues Format.

### Diese Themen erwarten Sie:

- **Digitale Sprechstunde: Last oder Hilfe im Alltag?**  
eAU, eRezept & Co: Was ist neu, was sind die Vorteile und wie ist die Rechtslage?
- **Datenmanagementsysteme auf dem Prüfstand**  
Leitplanken für Analyse & Therapie, anschauliche Fallbeispiele und nutzwertige Tipps für die Praxis
- **Datenschutz, Datensicherheit & Cybercrime**  
Gesetzliche Anforderungen und Tipps zur erfolgreichen Gefahrenabwehr im Arbeitsalltag

**Nächstes Webinar**  
am 22.11.2023  
ab 15:30 Uhr

**4**  
CME Punkte  
kostenfrei  
sichern!

- **Videosprechstunde, Coaching und Schulungen**  
Die neuen Chancen für Patient & Diabetesteam nutzen und praktisch umsetzen

### Unsere Expert:innen



**Friedrich Wilhelm Petry,**  
Facharzt für Innere Medizin,  
Diabetologe DDG,  
Internistische Gemeinschaftspraxis,  
Wetzlar



**Claudia Sahn,**  
Diabetesberaterin (DDG),  
Diabeteszentrum Ammersee  
Herrsching



**Dr. jur. Thorsten Thaysen,**  
Rechtsanwalt  
München



**Dr. med. Dietrich Tews,**  
Facharzt für Innere Medizin,  
Diabetologe DDG,  
LÄK, Diabetes Zentrum Tews,  
Gelnhausen



**Hier mehr erfahren und online anmelden:**

[medical-tribune.de/  
ddg-fortbildung-webinar](https://medical-tribune.de/ddg-fortbildung-webinar)

Sehen Sie sich jetzt den Trailer zum Webinar an!



Organisation:

**MedTriX** Group

Mit freundlicher Unterstützung:

**dexcom**

**omnipod**  
leichter leben™

**eviVamed**  
DEDICATED TO SELF CARE

**Abbott**

# Längste Erfahrung, beste Versorgung

DGD Krankenhaus Sachsenhausen in Frankfurt ist Exzellenzzentrum



**FRANKFURT.** Erfahrung zahlt sich aus. Die älteste Diabetes-Klinik Europas wurde nun als einzige Einrichtung im Bundesland Hessen mit dem Siegel „Diabetes Exzellenzzentrum DDG“ zertifiziert. Was macht die Versorgung dort so einzigartig?

Eigentlich ist es nur eine Umbenennung, denn „Zertifiziertes Diabeteszentrum Diabetologikum“ war die älteste diabetologische Fachklinik Europas – das DGD Krankenhaus Sachsenhausen – bereits seit 2007. Doch nun wurde dieses Premiumzertifikat der Deutschen Diabetes Gesellschaft in „Diabetes Exzellenzzentrum DDG“ umbenannt. Diese Bezeichnung soll deutlicher machen als bisher, wo der qualitative Unterschied in der Versorgung von Menschen mit Diabetes in Deutschland liegt.

Das Krankenhaus des Deutschen Gemeinschafts-Diakonieverbands (DGD) spielt schon lange in der ersten Liga der Diabeteskliniken mit. Es wurde 1895 vom renommierten Diabetologen CARL VON NOORDEN als „Klinik für diätetische Kuren und Zuckerkrank“ gegründet. „Diabetes war schon immer unser Schwerpunkt und ist es auch heute noch“, bestätigt Dr. RALF JUNG, seit 2017 Chefarzt der Abteilung Endokrinologie und Diabetologie und bereits seit 20 Jahren in der Abteilung tätig.

## Stationäre Versorgung plus ambulante Versorgung im MVZ

Anders als in den meisten Kliniken hat sich die Diabetologie im DGD Krankenhaus Sachsenhausen ihren eigenständigen Charakter bewahrt und ist ambulant wie stationär gut aufgestellt. „Auf der Akut-Station behandeln wir Komplikationen des

»1895 wurde das Haus als Diabetes-Klinik gegründet«

Diabetes, starke Blutzuckerentgleisungen, Erstmanifestationen und Patient\*innen mit Diabetischem Fußsyndrom. Und in der Station für strukturierte Diabetes-Therapie nehmen wir alternierend wochenweise Patient\*innen mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes auf“, erklärt Dr. Jung die Aufteilung im stationären Bereich. „Dabei unterscheiden wir zwischen Insulinpumpen-Patient\*innen und solchen, die eine intensivierte Insulintherapie haben und selbst spritzen. Wir nehmen auch Insulinpumpen-Neuanlagen vor. Hier geht es um ein intensives Training zum Umgang mit Diabetes, um den Alltag besser zu beherrschen.“

Auch Patient\*innen mit Typ-2-Diabetes werden wochenweise intensiv auf den Diabetes eingestellt und geschult. Zusammen mit Diabetesberaterinnen lernen auch sie, ihre Kohlenhydratmengen bei den Mahlzeiten abzuschätzen, die entsprechenden Insulinmengen zu berechnen und körperliche Aktivitäten und Sport in den Alltag zu integrieren. Mehrfach täglich finden



Stolz auf das Erreichte: Die Diabetesberaterinnen Nina Jost und Kathrin Rövenich, der Pflegerische Leiter Jörg Ahlbrecht und Dr. Ralf Jung (v.l.n.r.) mit dem Zertifikat.

Foto: Verena Löwen/DGD Krankenhaus Sachsenhausen

Insulinanpassungen statt. Für die weiterführende ambulante Versorgung kann die Klinik auf ein eigenes Medizinisches Versorgungszentrum mit integrierter diabetologischer Schwerpunktpraxis und Fußambulanz zurückgreifen.

## Flache Hierarchien, starkes Team und gute Netzwerke

Weitere Pluspunkte des Diabetes Exzellenzzentrums in Sachsenhausen sind ein teamorientiertes Arbeiten und eine hohe personelle Konstanz. „Im Pflegebereich sind viele Mitarbeiter\*innen schon über 20 Jahre im Dienst, manche sogar über 40 Jahre“, so Dr. Jung. „Egal ob Pflege, Diabetesberatung, Psychologie oder Ärzt\*innen – wir setzen auf flache Hierarchien, kleine Gruppen

gelassenen Diabetologen aus Frankfurt und Umgebung im „Qualitätszirkel Diabetologen DDG“ ergänzen und fördern den engen Austausch mit Kolleg\*innen der Region.

## Qualitätsmanagement-Team kommt monatlich zusammen

Zu den schwierigeren Bedingungen für die Zertifizierung zählen die geforderten dreitägigen aktiven und passiven Hospitationen. Die Kooperationen gilt es immer wieder zu erneuern und Veränderungen rechtzeitig zu aktualisieren, das kostet Zeit. Um nicht am Ende vor einem Berg Arbeit zu stehen, kommt einmal im Monat ein QM-Team zusammen. Es nimmt begleitend zum Zertifizierungsprozess den aktuellen Status quo in den Blick, prüft, welche Probleme es gibt und was noch zu tun ist.

Die Motivation, in drei Jahren wieder anzutreten, ist jedenfalls ungebrochen hoch. Dr. Jung: „Wir wollen unseren Patient\*innen auch weiterhin eine qualifizierte Behandlung auf hohem Niveau bieten und das auch nach außen darstellen.“

Bianca Lorenz

## STECKBRIEF

- **Ort:** Frankfurt-Sachsenhausen
- **Patientenzahl im Jahr/davon Menschen mit Diabetes:** 40.000 (stationär und ambulant)/1.000 (stationär)
- **Anzahl der Mitarbeitenden in der Abteilung:** insgesamt 36 Personen (2 Diabetolog\*innen DDG, 4 Assistenzärzt\*innen, 4 Diabetesberaterinnen DDG, Wundmanager\*innen, 1 Psychologe, Pflegekräfte)
- **Gründungsjahr:** 1895
- **Ansiedlung der Diabetologie im Haus:** eigene Abteilung

## AG Diabetes & Migration

AG der Deutschen Diabetes Gesellschaft

Wie können Menschen mit Migrationshintergrund, die an Diabetes erkrankt sind, kultursensibel beraten und geschult werden? Das ist nur eines der Themen, mit der sich die AG Diabetes & Migration beschäftigt.

### Welche Ziele und Aufgaben hat die AG Diabetes & Migration?

- Förderung wissenschaftlicher Forschung auf dem Gebiet der Epidemiologie des Diabetes mellitus bei Migrant\*innen
- Erstellung wissenschaftlich begründeter Empfehlungen zu kultursensibler Therapie, Beratung und Schulung bei Diabetes mellitus
- Verbesserung der interdisziplinären Betreuung von Migrant\*innen mit Diabetes mellitus
- Förderung der Zusam-

menarbeit aller mit der Behandlung von Migrant\*innen mit Diabetes mellitus befassten Berufsgruppen

- Internationaler Austausch mit den jeweiligen nationalen Fachgesellschaften
- Förderung von qualitätssichernden Maßnahmen im Zusammenhang von Diabetes mellitus und Migrant\*innen



### Welche aktuellen Projekte verfolgt die AG?

- Vernetzung mit anderen Arbeitsgemeinschaften der

DDG zur verbesserten Verzahnung von Praxisempfehlungen

- Integration von Nachhaltigkeitsaspekten bei der kultursensiblen Diabetes-Prävention und -Beratung
- Verstärkte Zusammenarbeit mit der Wissenschaft

### Richtet die AG in nächster Zeit eine Veranstaltung aus?

Wir richten ein Symposium auf dem nächsten DDG Kongress im Mai 2024 in Berlin aus. Titel: Nachhaltiger Lebensstil – Prävention und Therapie von Diabetes bei Menschen aus Subsahara Afrika



## SERIE GREMIEN IM FOKUS

- **Gründungsdatum:** 2002
- **Anzahl der Mitglieder:** 70
- **Vorsitzende:** Jun.-Prof. PD Dr. rer. medic. Ina Danquah (Vorsitzende), Afra Schmidt (1. stellv. Vorsitzende), Dr. med. Alain Barakat (2. stellv. Vorsitzender)
- **Bisher angestoßene Themenschwerpunkte:** Arbeitswelt, Depression & Distress, Diabetisches Fußsyndrom, Ernährung & Bewegung, Kommunikation, Schwangerschaft, Wissenschaftliche Projekte, Networking
- **Kontakt:** ina.danquah@uni-bonn.de, 0228/67319-70



Jun.-Prof.  
PD Dr. Ina  
Danquah

migration.ddg.info



# Neu- oder re-zertifizierte Kliniken und Arztpraxen

(im Zeitraum 15.09. bis 15.10.2023)

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
<b>PLZ 0</b>		
Praxis Michela-Doreen Gereke, Praxis für Diabetologie und Endokrinologie	03046 Cottbus	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diabeteschwerpunktpraxis Dr. med. Frank Stelzner	08056 Zwickau	Diabeteszentrum DDG
<b>PLZ 1</b>		
Vivantes Klinikum Kaulsdorf, Klinik für Innere Medizin – Gastroenterologie und Diabetologie	12621 Berlin	Diabeteszentrum DDG
Diabetespraxis Dr. med. Hermann Braun	13187 Berlin	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Martin-Luther-Krankenhaus, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie	14193 Berlin	Fußbehandlungseinrichtung DDG
<b>PLZ 2</b>		
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dres. Scholz, Paschen	21073 Hamburg	Fußbehandlungseinrichtung DDG
<b>PLZ 4</b>		
Evangelisches Krankenhaus Herne, Klinik für Innere Medizin	44623 Herne	Diabeteszentrum DDG
Nephrologische und diabetologische Schwerpunktpraxis Dres. med. Fricke, Frasnert, Queren, Reinsch	44789 Bochum	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Gemeinschaftspraxis Dres. med. Ingenstau/Kurek & Partner, Diabetologische Schwerpunktpraxis	47179 Duisburg	Diabeteszentrum DDG

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
<b>PLZ 5</b>		
St. Antonius Krankenhaus Köln, Diabetes Ambulanz	50968 Köln	Fußbehandlungseinrichtung DDG
St. Antonius Krankenhaus Köln, Innere Medizin/Diabetologie	50968 Köln	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Gemeinschaftspraxis Herrmann und Kollegen	55270 Schwabenheim	Diabeteszentrum DDG
MKS St. Paulus GmbH Marienkrankenhaus Schwerte, Innere Medizin	58239 Schwerte	Diabeteszentrum DDG
MKK Kamen – Gemeinschaftspraxis M. M. Nickertz & Dr. med. K. König GbR	59174 Kamen	Diabeteszentrum DDG
<b>PLZ 7</b>		
Siloah St. Trudert Klinikum, Klinik für Innere Medizin	75179 Pforzheim	Diabeteszentrum DDG
<b>PLZ 8</b>		
Klinikum Garmisch-Partenkirchen, Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin	82467 Garmisch-Partenkirchen	Diabeteszentrum DDG
Helios Amper Klinikum Dachau	85221 Dachau	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
<b>PLZ 9</b>		
Klinikum Neumarkt, Medizinische Klinik II	92318 Neumarkt	Diabeteszentrum DDG
MVZ Dialysezentrum Schweinfurt Internistische Praxis	97421 Schweinfurt	Diabeteszentrum DDG
Dr. med. Kielstein Ambulante Medizinische Versorgung, Diabetologie	99096 Erfurt	Diabeteszentrum DDG

## Labor unter der Lupe

winDiab startet Kurzbefragung zu Laboruntersuchungen

**KAARST.** Für die Erstdiagnose und Verlaufskontrolle von Erkrankungen sind Laborkontrollen ein wichtiger Baustein. Welche Kenntnisse dazu liegen in Diabetologischen Schwerpunktpraxen vor? Das soll die Befragung LabDiab zum Umgang mit Laboruntersuchungen klären. Sie wurde gestartet von winDiab, BVND und der Kommission für Labordiagnostik in der Diabetologie der DDG & DGKL.

Circa 50 Fragen zur ärztlichen Erfahrung und Einschätzung rund um die Labormessung können die Teilnehmenden beantworten. Es geht sowohl um die Indikationsstellung, die Häufigkeit und die Bewertung von Messergebnissen als auch um die Qualitätssicherung mit Fokus auf die Erwachsenen-diabetologie. Konkret nachgefragt wird z.B. die Messung von Glukose, HbA<sub>1c</sub>, Lipoprotein (a), BNP, LDL-Cholesterin, Albumin im Urin, Typ-1-Diabetes-Auto-Antikörper, C-Peptid, Insulin sowie die HOMA-Berechnung und die MODY-Diagnostik. Bei jedem Parameter können weitere Angaben gemacht werden, u.a. zur präanalytischen Handhabung der gewonnenen Proben.

Bei der Qualitätssicherung steht die Teilnahme an einer externen Qualitätskontrolle (Ringversuche) nach Rili-BÄK im Fokus und die Frage, ob es schon mal Probleme mit den

Bestehensgrenzen bei Glukose- oder HbA<sub>1c</sub>-Messungen gab. Wichtig ist, dass Laborarbeit ausreichendes Training der standardisierten Praxisabläufe (z. B. Vorbereitung der oGTT-Glukoselösung) erfordert.

**Bietet die Praxis auch Schulungen zur Laborarbeit an?**

Ob Laborarbeiten bei den Mitarbeitenden beliebt sind und es interne oder externe Schulungen dazu gibt, sind weitere Fragen. Die Befragung ist anonym und dauert etwa acht Minuten. WinDiab wertet die Ergebnisse anschließend aus. Nähere Infos zur Befragung gibt es bei Dr. Matthias Kaltheuner von winDiab unter [m.kaltheuner@web.de](mailto:m.kaltheuner@web.de). *amo*

Hier geht es direkt zur Umfrage:  
[www.surveymonkey.de/r/DRHCHRD](https://www.surveymonkey.de/r/DRHCHRD)



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

Michael Reuter, Mainz  
 Omar Alanati, Kiel  
 Dr. Ann-Katrin Cimbal-Fuchs, Berlin  
 Dr. Sonja Bertholdt, Dortmund  
 Dr. Christin Schulte, Hamburg  
 Dr. Theresia Sarabhai, Düsseldorf  
 Julia Pfeiffer, Rabenkirchen-Faulück  
 Caroline Weichard, Magdeburg

Service der DDG

## Unsere Empfehlung



Wichtige Termine auf einen Blick

Fortbildung

**Intensivkurs Diabetischer Fuß**  
 01.12.–02.12.2023 – Dresden

Kongress

**6. Nürnberger Wundkongress**  
 23.11.–24.11.2023 – Nürnberg

Fortbildung

**XVII. Hamburger Diabetes-Symposium**  
 25.11.2023 – Hamburg

Fortbildung

**DiaTec – KI in der Technologie**  
 25.01.–27.01.2024 – Berlin

DDG Fortbildung

**Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung in der Diabetologie**  
 08.02.–09.02.2024 – Online-Kurs

Fortbildung

**32. Jahrestagung der AG Diabetischer Fuß**  
 23.02.–24.02.2024 – Osnabrück

Tagung

**Diabetes in Sachsen**  
 01.03.–02.03.2024 – Leipzig

Kongress

**Deutscher Kongress für Endokrinologie**  
 06.03.–08.03.2024 – Rostock

Kongress

**ATTD – Advanced Technologies & Treatments for Diabetes**  
 06.03.–09.03.2024 – Florenz

Weitere Informationen und Termine unter:

[www.ddg.info/veranstaltungen/veranstaltungskalender](https://www.ddg.info/veranstaltungen/veranstaltungskalender)

Laborkontrollen sind im ambulanten Bereich tägliche Praxis und stehen im Fokus der Befragung.

Foto: Microgen – stock.adobe.com



# Angebote zur DDG Weiterbildung

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



## KURSE NACH NEUEM CURRICULUM ZUR DIABETESBERATER\*IN DDG & DIABETESASSISTENT\*IN DDG

Mit dem neuen Curriculum werden die Kurse Diabetesassistent\*in und Diabetesberater\*in DDG ab 2024 modular angeboten und miteinander verzahnt. Teilnehmende für die Kurse Diabetesassistent\*in und Diabetesberater\*in in Aufbauqualifikation lernen gemeinsam in den Kursreihen. Teilnehmende, die bereits die Qualifikation Diabetesassistent\*in DDG erworben haben, steigen erst ab Modul 4 in die Kursreihen ein. Diabetesberater\*innen haben die Möglichkeit, sich in der Kursreihe durch das Wahlpflichtmodul ihrem Arbeitsumfeld entsprechend weiterzubilden.

## ➔ Diabetesberater\*in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
252	<b>Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital</b> 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
RH 01 DB	<b>Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-1108 ☎ Fax: 05971/42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 13.02. – 24.02.2024 2. Block: 13.05. – 25.05.2024 3. Block: 15.07. – 26.07.2024 4. Block: 14.10. – 25.10.2024 5. Block: 09.12. – 20.12.2024 6. Block: 03.02. – 14.02.2025
RH 02 DB	<b>Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-1108, ☎ Fax: 05971/42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 02.04. – 13.04.2024 2. Block: 17.06. – 28.06.2024 3. Block: 12.08. – 23.08.2024 4. Block: 28.10. – 09.11.2024 5. Block: 17.02. – 28.02.2025 6. Block: 31.03. – 11.04.2025

Start 2024  
zum letzten Mal als  
separater Kurs

Kurse nach neuem Curriculum zum/zur Diabetesberater\*in DDG – modular, durchlässig, settingbezogen. Das neue Curriculum ist interprofessionell ausgerichtet und ausgelegt auf den Erwerb von konkreten Handlungskompetenzen für die individuelle Praxissituation!

<b>Jena</b> JE 01 DB	<b>Diabeteszentrum Thüringen e.V.</b> Am Klinikum 1, Gebäude A, 07740 Jena ☎ Tel.: 03641/9324346, ☎ Fax: 03641/9324347 nadine.kuniss@med.uni-jena.de www.diabetes-thueringen.de	1. Modul: 29.01. – 09.02.2024 2. Modul: 15.04. – 26.04.2024 3. Modul: 03.06. – 07.06.2024 4. Modul: 10.06. – 14.06.2024* 5. Modul: 05.08. – 16.08.2024 6. Modul: 14.10. – 25.10.2024 7. Modul: 13.01. – 24.01.2025 zzgl. Wahlpflichtmodul
<b>Regensburg</b> RB 01 DB	<b>Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	1. Modul: 29.01. – 09.02.2024 2. Modul: 26.02. – 08.03.2024 3. Modul: 06.05. – 10.05.2024 4. Modul: 03.06. – 14.06.2024* 5. Modul: 15.07. – 26.07.2024 7. Modul: 16.09. – 27.09.2024 6. Modul: 11.11. – 15.11.2024 zzgl. Wahlpflichtmodul
<b>Regensburg</b> RB 02 DB	<b>Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	1. Modul: 08.04. – 19.04.2024 2. Modul: 17.06. – 28.06.2024 3. Modul: 01.07. – 05.07.2024 4. Modul: 30.09. – 11.10.2024* 5. Modul: 25.11. – 06.12.2024 7. Modul: 10.02. – 21.02.2025 6. Modul: 07.04. – 11.04.2025 zzgl. Wahlpflichtmodul
<b>Bad Mergentheim</b> BMH 01 DB	<b>Diabetes-Akademie Bad Mergentheim e.V.</b> Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim ☎ Tel.: 07931/594 165, ☎ Fax: 07931/77 50 zink@diabetes-zentrum.de www.diabetes-akademie.de	1. Modul: 15.04. – 19.04.2024 + 22.04. – 26.04.2024 2. Modul: 08.07. – 12.07.2024 + 16.09. – 20.09.2024 3. Modul: 23.09. – 27.09.2024 4. Modul: 25.11. – 29.11.2024* 7. Modul: 02.12. – 06.12.2024 5. Modul: 17.03. – 28.03.2025 6. Modul: 12.05. – 23.05.2025 zzgl. Wahlpflichtmodul
<b>Rheine</b> RH 03 DB	<b>Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-1108, ☎ Fax: 05971/42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Modul: 06.05. – 17.05.2024 2. Modul: 08.07. – 19.07.2024 3. Modul: 02.09. – 06.09.2024 4. Modul: 25.11. – 06.12.2024* 5. Modul: 20.01. – 24.01.2025 6. Modul: 10.03. – 21.03.2025 7. Modul: 05.05. – 16.05.2025 zzgl. Wahlpflichtmodul

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
<b>Berlin</b> BER 01 DB	<b>Wannsee Akademie der Wannseeschulen e.V. Berlin</b> Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin ☎ Tel.: 030/806 86-040, ☎ Fax: 030/806 86-101 akademie@wannseeschulen.de www.wannseeschulen.de	1. Modul: 13.05. – 17.05.2024 2. Modul: 03.06. – 14.06.2024 3. Modul: 07.10. – 18.10.2024 4. Modul: 13.01. – 24.01.2025* 5. Modul: 03.03. – 14.03.2025 6. Modul: 16.06. – 27.06.2025 7. Modul: 08.09. – 12.09.2025 zzgl. Wahlpflichtmodul
<b>Traunstein</b> TR 01 DB	<b>Diabetes-Akademie Südostbayern</b> Haus St. Rupert, Rupprechtstraße 6, 83278 Traunstein ☎ Tel.: 08663/30 90-713 info@diabetes-akademie.net www.diabetes-akademie.net	1. Modul: 22.07. – 02.08.2024 2. Modul: 23.09. – 27.09.2024 3. Modul: 25.11. – 06.12.2024 4. Modul: 03.02. – 14.02.2025* 5. Modul: 31.03. – 04.04.2025 6. Modul: 12.05. – 23.05.2025 7. Modul: 14.07. – 25.07.2025 zzgl. Wahlpflichtmodul
<b>Rheine</b> RH 04 DB	<b>Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-1108, ☎ Fax: 05971/42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Modul: 09.09. – 20.09.2024 2. Modul: 18.11. – 29.11.2024 3. Modul: 13.01. – 17.01.2025 4. Modul: 04.03. – 15.03.2025* 5. Modul: 22.04. – 26.04.2025 6. Modul: 23.06. – 04.07.2025 7. Modul: 25.08. – 05.09.2025 zzgl. Wahlpflichtmodul
<b>Regensburg</b> RB 03 DB	<b>Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	1. Modul: 14.10. – 25.10.2024 2. Modul: 13.01. – 24.01.2025 3. Modul: 24.02. – 28.02.2025 4. Modul: 24.03. – 04.04.2025* 5. Modul: 12.05. – 23.05.2025 7. Modul: 07.07. – 18.07.2025 6. Modul: 22.09. – 26.09.2025 zzgl. Wahlpflichtmodul

\* Aufbauqualifikation zur Diabetesberater\*in DDG für bereits absolvierte Diabetesassistent\*innen DDG mit Einstieg ab Modul 4

**Anmeldeverfahren:** Bitte registrieren Sie sich online im Kurs Ihrer Wahl unter folgendem Link: [www.ddg.info/qualifizierung/diabetesberaterin-ddg-1](http://www.ddg.info/qualifizierung/diabetesberaterin-ddg-1)

**Weitere Informationen finden Sie auf:** [www.ddg.info/diabetesedukation](http://www.ddg.info/diabetesedukation)

## ➔ Diabetesassistent\*in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine	Kosten*
<b>Leipzig</b> LP 01	<b>Diabeteszentrum Leipzig e.V.</b> Lützener Str. 145, 04179 Leipzig ☎ Tel.: 0162-2182893 diabeteszentrum.leipzig@web.de	1. Modul: 26.02. – 08.03.2024 2. Modul: 26.08. – 06.09.2024	1.510 Euro
<b>Kurse nach neuem Curriculum zum/zur Diabetesassistent*in DDG ab 2024</b> <i>Neues Curriculum mit erweitertem Kompetenzerwerb!</i>			
<b>Jena</b> JE 01 DA	<b>Diabeteszentrum Thüringen e.V.</b> Am Klinikum 1, Gebäude A, 07740 Jena ☎ Tel.: 03641/9324346 ☎ Fax: 03641/9324347 nadine.kuniss@med.uni-jena.de www.diabetes-thueringen.de	1. Modul: 29.01. – 09.02.2024 2. Modul: 15.04. – 26.04.2024 3. Modul: 03.06. – 07.06.2024	
<b>Regensburg</b> RB 01 DA	<b>Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22 ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	1. Modul: 29.01. – 09.02.2024 2. Modul: 26.02. – 08.03.2024 3. Modul: 06.05. – 10.05.2024	
<b>Merzig/ Besseringen</b> MRZ 01 DA	<b>AND Saar Arbeitsgruppe niedergelassener Diabetologen in der Regionalgruppe der DDG</b> Bezirksstr. 122, 66663 Merzig/Besseringen ☎ Tel.: 06861/76061 ☎ Fax: 06861/72244 info@heimes-diabetes.de, www.ddg-saar.de	1. Modul: 05.02. – 16.02.2024 2. Modul: 11.03. – 22.03.2024 3. Modul: 06.05. – 10.05.2024	
<b>Rheine</b> RH 05 DA	<b>Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-1108 ☎ Fax: 05971/42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de, www.afg-rheine.de	1. Modul: 19.02. – 01.03.2024 2. Modul: 08.04. – 19.04.2024 3. Modul: 27.05. – 31.05.2024	
<b>Regensburg</b> RB 02 DA	<b>Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22 ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	1. Modul: 08.04. – 19.04.2024 2. Modul: 17.06. – 28.06.2024 3. Modul: 01.07. – 05.07.2024	
<b>Bad Mergentheim</b> BMH 01 DA	<b>Diabetes-Akademie Bad Mergentheim e.V.</b> Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim ☎ Tel.: 07931/594 165 ☎ Fax: 007931/77 50 zink@diabetes-zentrum.de, www.diabetes-akademie.de	1. Modul: 15.04. – 26.04.2024 2. Modul: 08.07. – 12.07.2024 + 16.09. – 20.09.2024 3. Modul: 23.09. – 27.09.2024	

ACHTUNG:  
noch nach altem  
Curriculum



Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine	Kosten*
Rheine RH 03 DA	<b>Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-1108 ☎ Fax: 05971/42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de, www.afg-rheine.de	1. Modul: 06.05. – 17.05.2024 2. Modul: 08.07. – 19.07.2024 3. Modul: 02.09. – 06.09.2024	
Berlin BER 01 DA	<b>Wannsee Akademie der Wannseeschulen e.V. Berlin</b> Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin ☎ Tel.: 030 / 806 86 040 ☎ Fax: 030/80686 - 101 akademie@wannseeschulen.de, www.wannseeschulen.de	1. Modul: 13.05. – 17.05.2024 2. Modul: 03.06. – 14.06.2024 3. Modul: 07.10. – 18.10.2024	
Jena JE 02 DA	<b>Diabeteszentrum Thüringen e.V.</b> Am Klinikum 1, Gebäude A, 07740 Jena ☎ Tel.: 03641/9324346 ☎ Fax: 03641/9324347 nadine.kuniss@med.uni-jena.de www.diabetes-thueringen.de	1. Modul: 21.05. – 31.05.2024 2. Modul: 19.08. – 30.08.2024 3. Modul: 25.11. – 29.11.2024	
Gießen GI 01 DA	<b>UKGM Universitäres Diabeteszentrum Mittelhessen Diabeteschulungszentrum Med. Klinik und Poliklinik III</b> Klinikstrasse 33, 35392 Gießen ☎ Tel.: 0641/985 42887 jutta.liersch@innere.med.uni-giessen.de, www.udzm.de	1. Modul: 03.06. – 08.06.2024 + 24.06. – 28.06.2024 2. Modul: 23.09. – 27.09.2024 3. Modul: 28.10. – 01.11.2024 + 18.11. – 22.11.2024	
Traunstein TR 01 DA	<b>Diabetes-Akademie Südostbayern</b> Haus St. Rupert, Rupprechtstraße 6, 83278 Traunstein ☎ Tel.: 08663/ 30 90 713 info@diabetes-akademie.net, www.diabetes-akademie.net	1. Modul: 22.07. – 02.08.2024 2. Modul: 23.09. – 27.09.2024 3. Modul: 25.11. – 06.12.2024	
Rheine RH 04 DA	<b>Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-1108 ☎ Fax: 05971/42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Modul: 09.09. – 20.09.2024 2. Modul: 18.11. – 29.11.2024 3. Modul: 13.01. – 17.01.2025	
Essen ES 01 DA	<b>Diabeteszentrum am Elisabeth-Krankenhaus Essen</b> 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. Modul: 16.09. – 27.09.2024 2. Modul: 25.11. – 29.11.2024 3. Modul: 20.01. – 01.02.2025	
Regens- burg RB 03 DA	<b>Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22 ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	1. Modul: 14.10. – 25.10.2024 2. Modul: 13.01. – 24.01.2025 3. Modul: 24.02. – 28.02.2025	

\* inkl. Prüfungs- und Zertifikatsgebühr

Weitere Termine zum Erwerb des Abschlusses Diabetesassistent\*in DDG folgen.

**Anmeldung:** Für Kursteilnahmen im Jahr 2023 wenden Sie sich bitte an die jeweilige Weiterbildungsstätte.

Für alle Kurse\* ab 2024 ist das Anmeldeverfahren zentralisiert. Sie finden alle Informationen und Termine unter:

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

## ➔ 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“ (neu: „Klinik mit Diabetes im Blick“) 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
9	<b>CityCube Berlin</b> Anmeldung über: Deutsche Diabetes Gesellschaft Albrechtstr. 9, 10117 Berlin ☎ Tel.: 030/311 69 37 18 weiterbildung@ddg.info	11.05.2024 (auf dem Diabetes Kongress)

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

## ➔ Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG – Fortbildung für Pflegenden

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
BaQ_ BW_09	<b>Asklepios Bildungszentrum Nordhessen</b> Ort: Asklepios Klinikum Schwalmstadt, Diabetes Schulungsraum 1 UG F1 Julia Steklow, Laustraße 37, 34537 Bad Wildungen ☎ Tel.: 05621/795 24 13 j.steklow@asklepios.com	07./08.02.2024
BaQ_ RB_10	<b>Katholische Akademie für Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> Angelika Deml, Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22 ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	19./20.03.2024
BaQ_ BW_10	<b>Asklepios Bildungszentrum Nordhessen</b> Ort: Asklepios Klinikum Schwalmstadt, Diabetes Schulungsraum Julia Steklow, Laustraße 37, 34537 Bad Wildungen ☎ Tel.: 05621/795 24 13 j.steklow@asklepios.com	30./31.10.2024

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

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

## ➔ Diabetes-Pflegefachkraft DDG (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](mailto:weiterbildung@ddg.info)

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Rheine DPFK Kurs 02	<b>Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-1108 ☎ Fax: 05971/42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	17.06.2024 – 19.06.2024 (Präsenz) 29.07.2024 – 30.07.2024 (online) 29.08.2024 – 30.08.2024 (online) 16.10.2024 – 18.10.2024 (Präsenz)

### Avisierte Termine Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Langzeit) und Diabetes-Pflegefachkraft (Klinik) im Rahmen des Konzepts Diabetes & Pflege ab 2024

Bitte beachten Sie:

Die Curricula für die Weiterbildung der Gesundheitsfachkräfte werden derzeit überarbeitet.

Ab 2024 bilden wir die Diabetes-Pflegefachkräfte DDG nach neuer Struktur aus.

Daher können aktuell noch nicht die detaillierten Daten der einzelnen Kursblöcke benannt werden.

Zu Ihrer Orientierung sehen Sie nachfolgend schon einmal die **voraussichtlichen** Anfangs- und Enddaten der avisierten Kurse. Änderungen sind noch vorbehalten.

## ➔ Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Klinik)

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Rheine DPFK Kurs 3	<b>Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-1108 ☎ Fax: 05971/42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	18.03.2024 – 22.03.2024 03.06.2024 – 07.06.2024

**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-diabetes-pflegefachkraft](http://www.ddg.info/qualifizierung-diabetes-pflegefachkraft).

## ➔ Wundassistent\*in DDG

Wundassistent\*innen DDG sind wichtige Player\*innen 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](http://www.ddg.info/qualifizierung)

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
10	<b>Diabetes-Akademie Bad Mergentheim e.V.</b> Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim ☎ Tel.: 07931/594 165 ☎ Fax: 07931/77 50 zink@diabetes-zentrum.de www.diabetes-akademie.de	20.11. – 24.11.2023
55	<b>CID Centrum für integrierte Diabetesversorgung</b> Kursort: St. Vinzenz-Hospital Merheimer Straße 221–223, 50733 Köln Anmeldung: ☎ Tel.: 0221/9349461, <a href="mailto:schulung@cid-direct.de">schulung@cid-direct.de</a> www.cid-direct.de	26.02. – 01.03.2024
18	<b>Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22 ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	1. Block: 15. – 16.04.2024 (online) 2. Block: 22. – 26.04.2024 (Präsenz)
56	<b>CID Centrum für integrierte Diabetesversorgung</b> Kursort: St. Vinzenz-Hospital Merheimer Straße 221–223, 50733 Köln Anmeldung: ☎ Tel.: 0221/9349461, <a href="mailto:schulung@cid-direct.de">schulung@cid-direct.de</a> www.cid-direct.de	19.08. – 23.08.2024
26	<b>Diabetes Zentrum Thüringen e.V. (Universitätsklinikum Jena, Klinik für Innere Medizin III, FB Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen)</b> 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: 06.11. – 08.11.2024 2. Block: 13.11. – 15.11.2024

**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](http://www.ddg.info/qualifizierung/fuer-gesundheitsfachkraefte/wundassistentin-ddg).

➔ Fortsetzung auf Seite 35



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



# 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](http://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](mailto:service@ddg.info)

## STELLENANGEBOTE

### ÄRZT\*INNEN

Berlin, 10.10.2023

#### Diabetolog\*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.01.2024
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: KEH Berlin
- Adresse: Herzbergstraße 79, 10365 Berlin
- Ansprechpartner: Dr. med. Jan Theil, 030/54723700, [j.theil@keh-berlin.de](mailto:j.theil@keh-berlin.de)
- Website: [www.keh-berlin.de](http://www.keh-berlin.de)

Mühlendorf, 09.10.2023

#### Diabetolog\*in DDG / LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis Herznah
- Adresse: Schlüsselbergstraße 6, 84453 Mühlendorf
- Ansprechpartner: Dr. med. Martin Prohaska, [prohaska@praxis-herznah.de](mailto:prohaska@praxis-herznah.de)
- Website: [www.praxis-herznah.de](http://www.praxis-herznah.de)

Bad Mergentheim, 27.09.2023

#### Diabetolog\*in DDG / LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Fachklinik Schwaben
- Adresse: Lothar-Daiker-Straße 17, 97980 Bad Mergentheim
- Ansprechpartner: Lukas Rosenthal, 0160/97056820, [lukas.rosenthal@boardlink.de](mailto:lukas.rosenthal@boardlink.de)
- Website: [www.fachklinik-schwaben.de](http://www.fachklinik-schwaben.de)

Eckernförde, 25.09.2023

#### Diabetolog\*in DDG / LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.04.2024
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Diabetespraxis Eckernförde
- Adresse: Rendsburger Straße 109, 24340 Eckernförde
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Katrin Börngen, 0176/64009672, [Katrin.boerngen@gmx.net](mailto:Katrin.boerngen@gmx.net)

Oberhausen, 14.09.2023

#### Diabetolog\*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 07.01.24
- Voraussichtliche Dauer: befristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Diabetes-Zentrum Ruhr
- Adresse: Flockenfeld 86, 46049 Oberhausen
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Ariane Montrobert, 0170/4169488, [arimontro@hotmail.com](mailto:arimontro@hotmail.com)
- Website: [www.diabetes-zentrum.ruhr](http://www.diabetes-zentrum.ruhr)

### GESUNDHEITSFACHKRÄFTE

Bad Belzig, 05.10.2023

#### Diabetesberater\*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: DIAMEDIKUM Bad Belzig
- Adresse: Straße der Einheit 51, 14806 Bad Belzig
- Ansprechpartner: Dr. med. Jens Ringel, [J.Ringel@diamedikum-potsdam.de](mailto:J.Ringel@diamedikum-potsdam.de)



### Mehr Jobs, mehr Auswahl, mehr berufliche Perspektiven

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.

Potsdam, 5.10.2023

#### Diabetesberater\*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: DIAMEDIKUM Potsdam
- Adresse: Babelsberger Straße 28, 14473 Potsdam
- Ansprechpartner: Dr. med. Jens Ringel, [J.Ringel@diamedikum-potsdam.de](mailto:J.Ringel@diamedikum-potsdam.de)
- Website: [www.dialysezentrum-potsdam.de](http://www.dialysezentrum-potsdam.de)

München, 02.10.2023

#### Diabetesberater\*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabeteszentrum am Marienplatz München
- Adresse: Rindermarkt 3, 80331 München
- Ansprechpartner: PD Dr. med. Martin Fuchtenbusch, 0171/6014991, [martin.fuechtenbusch@lrz.uni-muenchen.de](mailto:martin.fuechtenbusch@lrz.uni-muenchen.de)
- Website: [diabeteszentrum-am-marienplatz.de](http://diabeteszentrum-am-marienplatz.de)

Berlin, 28.09.2023

#### MFA (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Sana Gesundheitszentren Berlin-Brandenburg GmbH
- Adresse: Fanningerstraße 32, 10365 Berlin
- Ansprechpartnerin: Kaja Lademann, [kaja.lademann@sana.de](mailto:kaja.lademann@sana.de)
- Website: [www.sana.de/gesundheitszentren-berlin](http://www.sana.de/gesundheitszentren-berlin)

Hamburg, 28.09.2023

#### Diabetesberater\*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: MVZ Diabeteszentrum Dr. Marks GmbH
- Adresse: Manshardtstraße 113 im EKZ, 22119 Hamburg
- Ansprechpartner: Dr. med. Christian Marks, 0174/7066731, [styp@diabeteszentrum-marks.de](mailto:styp@diabeteszentrum-marks.de)
- Website: [www.diabeteszentrum-marks.de](http://www.diabeteszentrum-marks.de)

Starnberg, 27.09.2023

#### Diabetesberater\*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.12.2023
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Dr. Julia Radtke
- Adresse: Maximilianstraße 18, 82319 Starnberg
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Julia Radtke, 08151/3882, [radtke@dsz-sta.de](mailto:radtke@dsz-sta.de)
- Website: [www.dsz-sta.de](http://www.dsz-sta.de)

Berlin, 27.09.2023

#### Diabetesberater\*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.04.2024
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Sana Gesundheitszentren Berlin-Brandenburg GmbH
- Adresse: Fanningerstraße 32, 10365 Berlin
- Ansprechpartnerin: Kaja Lademann, [kaja.lademann@sana.de](mailto:kaja.lademann@sana.de)
- Website: [www.sana.de/gesundheitszentren-berlin](http://www.sana.de/gesundheitszentren-berlin)

Landau, 27.09.2023

#### Diabetesberater\*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Vinzentius-Krankenhaus Landau, Medizinische Klinik I
- Adresse: Cornichonstraße 4, 76829 Landau
- Ansprechpartner: Dr. med. Stephan Kress, 06341/176107, [s.kress@vinzentius.de](mailto:s.kress@vinzentius.de)
- Website: [www.vinzentius.de](http://www.vinzentius.de)

Hamburg, 22.09.2023

#### Diabetesberater\*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis für Endokrinologie und Diabetologie
- Adresse: Max-Brauer-Allee 52, 22765 Hamburg
- Ansprechpartner: Dr. med. Matthias Epe, 040/8700017-11, [bewerbung@praxis-epe.de](mailto:bewerbung@praxis-epe.de)
- Website: [www.praxis-epe.de](http://www.praxis-epe.de)

Nordkirchen, 20.09.2023

#### Diabetesberater\*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxiszentrum am Kirchplatz
- Adresse: Kirchplatz 12, 59394 Nordkirchen
- Ansprechpartner: Dr. med. Markus Etzold, 02596/9561 oder 0176/62020380, [praxis@etzold-burghaus.de](mailto:praxis@etzold-burghaus.de)

Straubing, 19.09.2023

#### Diabetesberater\*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Berufsausübungsgemeinschaft am Ludwigsplatz
- Adresse: Ludwigsplatz 23, 94315 Straubing
- Ansprechpartner: Dr. med. Karsten Knöbel, 0172/8507076, [dres.pelz-knoebel@t-online.de](mailto:dres.pelz-knoebel@t-online.de)
- Website: [www.ihr-aerzteteam.de](http://www.ihr-aerzteteam.de)

## NACHFOLGEGESUCHE

Furth i. W., 21.09.2023

#### Innere Medizin/Diabetologie

- Praxisbezeichnung: Internistische Praxis
- Adresse: Dr.-Adam-Voll-Straße 1, 93437 Furth i. W.
- Ansprechpartner: Dr. med. Gerhard Groeneveld, 09973/3338 (Dr. G. Groeneveld), 09181/9333 (Dr. S. Bötzl), [stephanie.boetzel@sandrockundpartner.de](mailto:stephanie.boetzel@sandrockundpartner.de)
- Website: [www.sandrockundpartner.de](http://www.sandrockundpartner.de)
- Ab wann: ab sofort

Direkt zu allen Nachfolgesuchen



# STELLEN-ANGEBOTE

Berlin, 15.09.2023

## Diabetesberater\*in DDG/Diabetesassistent\*in DDG (m/w/d)

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

Wolftratshausen, 14.09.2023

## Diabetesberater\*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: MVZ DiaMedicum Starnberger See GmbH
- Adresse: Bahnhofstraße 23A, 82515 Wolftratshausen
- Ansprechpartner: Dr. med. Georg Guggenberger, guggenberger@diamedicum.de
- Website: starnbergersee.diamedicum.de

Emmerich am Rhein, 13.09.2023

## Diabetesberater\*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Arztpraxis
- Adresse: Klosterstraße 13, 46446 Emmerich am Rhein
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Kathleen Döring, 02828/91410, info@hausarztpraxis-elten.de

# STELLEN-GESUCHE

München, 06.10.2023

## Diabetologe (BLÄK/DDG)

- Tätigkeit als: Diabetologe (BLÄK/DDG)
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Ausbildung: Diabetologe
- Berufsgruppe: Arzt/Ärztin
- Einsatzort: München
- Kontakt: k.ahrberg@gmail.com

München, 06.10.2023

## Diabetesberater\*in

- Tätigkeit als: Diabetesberater\*in
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Arbeitszeit: Vollzeit oder Vollzeit
- Ausbildung: Diabetesberater\*in DDG
- Berufsgruppe: Gesundheitsfachkräfte
- Einsatzort: München
- Kontakt: bernison@t-online.de

Brandenburg an der Havel, 22.09.2023

## Diabetologin

- Tätigkeit als: Diabetologin
- Arbeitsbeginn: 01.01.2024
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Ausbildung: Diabetologin
- Berufsgruppe: Arzt/Ärztin
- Einsatzort: Potsdam/ Brandenburg an der Havel
- Kontakt: 0152/33905391

## Fortsetzung Weiterbildung & Qualifikation von Seite 32/33

## Seminare Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung in der Diabetologie

Kurs	Termine	Tagungsort	Kosten
<b>Dr. rer. medic. Nicola Haller medipäd</b> Am Bühl 7 1/2, 86199 Augsburg Tel.: 0175/4004901 dr.nicola.haller@medi-paed.de www.medi-paed.de	24.11. – 27.11.2023 (Präsenz- oder Online-Kurs) 23.02. – 26.02.2024 in Augsburg 19.04. – 22.04.2024 (Online-Kurs) 14.06. – 17.06.2024 in Augsburg 06.09. – 09.09.2024 (Online-Kurs) 29.11. – 02.12.2024 (Online-Kurs)	Tagungsräume im Hotel am alten Park Augsburg	720,- € inkl. Kursunterlagen
<b>willms.coaching</b> Wilhelm-Busch-Str. 19, 37083 Göttingen Tel.: 0551/7974741 Fax: 0551/29213514 office@willmscoaching.de www.willmscoaching.de	<b>Online-Termine:</b> 18.01. – 19.01. und 01.02. – 02.02.2024 08.02. – 09.02. und 22.02. – 23.02.2024 04.04. – 05.04. und 18.04. – 19.04.2024 30.05. – 31.05. und 13.06. – 14.06.2024 <b>Präsenzkurse im Hotel Eden, Göttingen:</b> 06.12. – 09.12.2023 <b>Schwerpunkt Pädiatrie (online):</b> 07. – 08.03.2024 und 21. – 22.03.2024		720,- € Fortbildungspunkte der Ärztekammer werden erteilt.
<b>Akademie Luftiku(r)s e.V.</b> Iburger Straße 187, 49082 Osnabrück Tel.: 0174/619 3869 akademieluftikurs@gmail.com www.akademie-luftikurs.de	26.11. – 29.11.2024	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.
<b>Dr. med. Katja Schaaf</b> Schinkelstraße 43, 40211 Düsseldorf Tel.: 0178/4596146 info@drkatjaschaaf.de www.drkatjaschaaf.de	<b>Schwerpunkt Pädiatrie</b> 25.01. – 28.01.2024 11.04. – 14.04.2024 19.09. – 22.09.2024	Elisabeth-Krankenhaus Essen Konferenzzentrum Klara-Kopp-Weg 1 45138 Essen	750,- Euro zzgl. 19 % MwSt.; inkl. Seminarunterlagen

Fortbildungspunkte werden in der Regel von der Ärztekammer erteilt.

## Fachpsycholog\*in DDG

Aktuelle Termine, Online-Anmeldung und weitere Informationen zu der Weiterbildung zum Fachpsychologen bzw. zur Fachpsychologin finden Sie direkt auf der Website [www.diabetes-psychologie.de](http://www.diabetes-psychologie.de).

Direkt zu allen Stellenangeboten



Direkt zu allen Stellengesuchen



## Jetzt bestellen!



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

Ja, ich bestelle — Exemplare  
Gebühren-Handbuch 2023 / Gedruckt und digital zum Preis von nur 69 € 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

Empfohlen von:



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

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

MedTriX Group



## Das Gebühren-Handbuch 2023

# Gedruckt und digital: Die praktische Kombi für alle Fälle

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

Wertvolle juristische Kommentierungen – leserfreundlich aufbereitet

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

Diese Kombination kostet jetzt nur 69 €

## BUNTES



**NÜRNBERG.** „100 BPM – der Rhythmus der Herzdruckmassage“: So lautet der Titel der Playlist, die DGAI und BDA veröffentlicht haben. Alle Songs liefern genau den richtigen Takt für die Herzdruckmassage – und können so helfen, Leben zu retten.

100 Beats per minute – 100 Schläge pro Minute. So ist der Rhythmus, den man bei einer Herzdruckmassage anwenden sollte. Doch wie genau findet man den richtigen Takt, wenn es um Leben und Tod geht und man keine Zeit zum Zählen hat? Sehr hilfreich sind dann Songs, die genau den richtigen Rhythmus haben.

Deshalb haben die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie (DGAI) und der Berufsverband der Anästhesistinnen und Anästhesisten (BDA) eine Playlist mit bekannten Songs erstellt, die alle

Mehr zur Initiative „Ein Leben retten“ unter [dgai.de](http://dgai.de)



die passende Frequenz für die optimale Herzdruckmassage liefern.

In der Playlist enthalten ist natürlich „Stayin' Alive“ von den Bee Gees – der Klassiker für die Herzdruckmassage. Aber auch der Takt des Abba-Songs „Dancing Queen“ liefert genau die richtige Anzahl an Beats pro Minute, ebenso „I will survive“ von Gloria Gaynor. Interessanter Nebeneffekt: „Stayin' Alive“ oder „I will survive“ liefern nicht nur den richtigen Rhythmus, sondern auch noch den passenden Text, genauso wie der Song „Stay“ von Rihanna oder „Wake me up“ von Avicii.

#### 86 Songs – passend für jeden Musikgeschmack

Die 86 Songs aus der Playlist kommen aus unterschiedlichen Stilrichtungen, sodass sich jeder einen Song ganz nach dem eigen-

en Geschmack auswählen kann. Mit dabei sind z.B. auch „Yellow Submarine“ von den Beatles, „Could you be loved“ von Bob Marley, „Livin' on a Prayer“ von Bon Jovi und „Rock your Body“ von Justin Timberlake.

Mit der Playlist, die auf der Plattform Spotify veröffentlicht wurde, wollen DGAI und BDA für die überlebenswichtige Hilfe bei Herz-Kreislauf-Stillständen werben – und einmal mehr darauf aufmerksam machen, wie wichtig es ist, dass man im Ernstfall weiß, was zu tun ist. Über die Initiative „Ein Leben retten“ und die jährliche „Woche der Wiederbelebung“ versuchen DGAI und BDA, das Thema immer wieder in den Mittelpunkt zu rücken. *DGAI/BDA/dz*



Playlist „100 BPM – der Rhythmus der Herzdruckmassage“ auf [spotify.com](https://www.spotify.com) – oder QR-Code scannen

