

DÜSSELDORF. Immer mehr Geflüchtete aus der Ukraine kommen in die Praxen. Welche Bedürfnisse haben sie und wie gelingt das Gespräch?

Sie sind tagelang zu Fuß gegangen, manchmal ohne Nahrung und ohne Medikamente: Die Geflüchteten, die derzeit in die diabetologischen Praxen kommen, brauchen medizinisch akut Hilfe. Viele Niedergelassene sind bereit, im Zweifel auch kostenlos zu behandeln. Doch die Verständigung ist manchmal schwierig. Ob es um den Namen von Medikamenten geht oder um das Insulinschema – im Gespräch sind Geduld und Empathie gefragt. Zumal viele der Betroffenen traumatisiert sind. Eine Diabetologin berichtet von ihren Erfahrungen. **4**

Geflüchtete in der Praxis versorgen

Worauf kommt es an?

Foto: kovop58 – stockadobe.com

Kassen achten auf den Preisvergleich

FRANKFURT. Die Krankenkassen setzen bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung von Arzneiverordnungen vermehrt auf Einzelfälle. Beispiel: Blutzuckerteststreifen, die kein Produkt eines Rabattvertragspartners sind. Ein neues Konfliktfeld könnte sich durch die Zusatznutzen-Bewertung für Patientensubgruppen auf tun, warnt ein KV-Experte. **20**

Urlaub machen mit Diabetes

Hypos, Insulin, CGM: die besten Tipps für Ihre Patient*innen

DÜSSELDORF. Wohin packe ich mein Insulin für die Reise, Frau Doktor? Von welchen Medikamenten sollte ich einen Vorrat mitnehmen? Wie verhalte ich mich unterwegs bei einer Unterzuckerung? Kann ich mit Diabetes nach Asien oder Südamerika flie-

gen? Fragen zum Thema „Urlaub mit Diabetes“ seitens reiselustiger Patient*innen dürften in den kommenden Wochen wieder auf Sie zukommen. Denn vier bis sechs Wochen vor Reiseantritt empfiehlt es sich für Diabetespatient*innen, ihre

Arztpraxis aufzusuchen. Wie ist das bei Ihnen: Wissen Sie, wie der Umgang mit „Leihpumpen“ im Urlaub funktioniert, auf was Patientinnen und Patienten mit Neuropathien am Strand achten sollten oder welche Impfungen mit Diabetes im

Ausland sinnvoll sind? In unserem Reiseteil erfahren Sie alles über den Umgang mit Hypoglykämien im Flugzeug, Insulin im Gepäck, ärztliche Bescheinigungen und vieles mehr. Mit praktischen Checklisten für Sie und Ihre Diabetespatient*innen! **18**

Rätselhafter Inzidenzanstieg

GIESSEN. Nach den ersten drei Coronawellen in Deutschland stieg auch die Zahl der Kinder und Jugendlichen mit neu diagnostiziertem Typ-1-Diabetes. Das ergab eine aktuelle Analyse des DPV-Registers. Antikörper-negative Fälle traten dabei allerdings nicht gehäuft auf. Können Begleitumstände der COVID-19-Pandemie indirekter Auslöser sein? **24**

MedTriX^{Group}

Auf Depressionen screenen!

Komorbidität verschlechtert Diabetesprognose signifikant

MAINZ. Bei etwa 20 % der Kinder und Erwachsenen mit Typ-1-Diabetes oder Typ-2-Diabetes liegt eine depressive Symptomatik vor. Die Kombination der beiden

Erkrankungen beeinflusst den Verlauf ungünstig und erhöht die Mortalität signifikant, wie Prof. Dr. Martina de Zwaan von der Medizinischen Hochschule Hanno-

ver in ihrem Vortrag auf dem Diabetes-Update 2022 erläuterte. Grund genug, ein Screening auf Depression in der Diabetestherapie zu verankern. Auch potenzielle Er-

klärungen, warum Menschen mit Depression und anderen psychischen Störungen gehäuft einen Typ-2-Diabetes entwickeln, beleuchtete die Expertin. **10**

Seite 3 Das Video zur Aufklärungskampagne

TÜBINGEN. Die Ketoazidose-Präventionskampagne der AG für Pädiatrische Diabetologie und des BVKJ rollt auch über Deutschlands Straßen. Die Geschichte dazu erzählt ein Video.

Vor Ort und digital – jetzt anmelden!



25. – 28. Mai 2022
Die DDG lädt zum hybriden Diabetes Kongress. Infos auf den Seiten 15–16
www.diabeteskongress.de

Seite 7 G-BA stärkt die Nageltherapie

BERLIN. Voraussichtlich ab Juli 2022 können Ärzt*innen podologische Nagelspannbehandlungen zulasten der GKV verordnen. Die AG Fuß der DDG begrüßt das sehr.



Foto: Susanne Thiemann

Weniger Müll – aber wie?

WIESBADEN. Hygiene und Sicherheit gehen vor – so viel ist klar. Dennoch glauben viele Diabetespatient*innen, dass es in puncto Verbrauchsmaterialien für die Therapie durchaus Möglichkeiten gibt, die entstehenden Müllberge zu reduzieren. Dabei sehen sie vor allem die Diabetesindustrie in der Verantwortung. Über einen Selbstversuch und konkrete Verbesserungsvorschläge lesen Sie in Teil 2 unserer Serie „Green Diabetes“ auf Seite 21

»Diabetestherapie muss nahtlos weitergehen!«

DDG gibt Hinweise zur Versorgung von Geflüchteten in den Praxen

News & Fakten

Video zur Früherkennung der Ketoazidose, Tipps für die Behandlung von Geflüchteten in der Diabetespraxis, Neuer Therapieplan für Bewegung, Projekt STARKIDS, Kostenanalyse der Fr1da-Teststrategie, Neues Schulungsprogramm DiaLife für Angehörige, Neues Promotionsförderprogramm der DDG, G-BA-Beschluss zur podologischen Nagelspangenbehandlung 3–7

Kongress aktuell

Berichte vom Deutschen Kongress für Endokrinologie 2022, Bericht von der DiaTec 2022, Berichte vom Diabetes-Update 2022, Berichte von der Diabetes Herbsttagung 2021, Berichte vom EASD 2021, Vorankündigung für den Diabetes Kongress 2022 8–16

Das Interview

Interview mit Prof. Dr. Peter Schwarz zu DiGA bei Diabetes und Depression 17

Im Blickpunkt

Reisen mit Diabetes, Re-Zertifizierung „Klinik für Diabetespatienten geeignet“ des Rhönklinikums Campus Bad Neustadt, AOK setzt ViDiKi fort, Reale und potenzielle Regressrisiken in der Arzneimitteltherapie, Serie »Green Diabetes«: Patient*innen sehen vor allem die Diabetesindustrie in der Verantwortung, Serie »Im Portrait«: Dr. Anna Katharina Trocha vom Arbeitsausschuss Prävention des Erstulcus der AG Diabetischer Fuß, DDG widerspricht dem Screening-Urteil des Medizinischen Dienstes zum HbA_{1c}-IGeL 18–23

Forum Literatur

Prädiabetes: Metformin und gesunder Lebensstil können Mortalitätsrisiko nicht mindern, Analyse des DPV-Registers: Können Begleitumstände der COVID-19-Pandemie indirekt Typ-1-Diabetes auslösen?, Auswirkungen von Schlafhygiene auf BZ-Spiegel 23–24

Medizin & Markt

Berichte aus der Industrie 25

Kurznachrichten

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

Weiterbildung & Qualifikation

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

Job- & Praxenbörse

Stellenangebote, Stellengesuche, Nachfolge gesucht 30–31

Buntes 32

Liebe Leserinnen und Leser,

die Diagnose eines Diabetes ist für unsere Patient*innen eine einschneidende Zäsur in ihrem Leben. Von einem Tag auf den anderen heißt es, sich mit einer chronischen Erkrankung auseinanderzusetzen und den Alltag umzustellen. Dazu gehört unter Umständen auch, über Jahrzehnte liebgeordnete Gewohnheiten aufzugeben und einen neuen Lebensstil einzuüben und dauerhaft durchzuhalten. Wie schwer muss es erst für Menschen mit Diabetes sein, die nicht nur mit ihrer Erkrankung kämpfen, sondern vor dem Krieg in der Ukraine auf der Flucht sind? Ihre Therapie muss nahtlos weitergehen, um Folgeerkrankungen oder lebensbedrohliche Stoffwechselentgleisungen abzuwenden. Hinzu kommen andere gesundheitliche sowie Verständigungsprobleme. Eine große Herausforderung – auch für Sie als Ärzt*innen und alle Therapeut*innen! Einen praxisnahen Einblick in die derzeitige Lage der Geflüchteten und wichtige Hinweise für das Management und die Abrechnung finden Sie auf Seite 4.

»Neue Angehörigenschulung: Empowerment für die ganze Familie«

Angehörige von Patient*innen mit Diabetes leiden oft mit, wenn sie sehen, wie mühsam ihre Angehörigen die Erkrankung managen müssen. Eine neue Schulung kann diese psychische Belastung reduzieren: DiaLife ist das erste Angebot dieser Art für Familien und Lebenspartner*innen von Menschen mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes. Mehr dazu erfahren Sie auf Seite 6.

»DiGA gegen Diabetes und Depression – Impulse aus der Hosentasche«

Aber natürlich leiden vor allem die Betroffenen selbst unter ihrer Erkrankung. Wie Studien zeigen, haben zwischen 25 und



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

54 % von ihnen eine Depression – viele von ihnen bekommen zeitnah keinen Therapieplatz. Die DiGA „HelloBetter Diabetes und Depression“ kann niedrigschwellig helfen und erste Impulse setzen. Im Interview mit Prof. Dr. Peter Schwarz auf Seite 17 können Sie lesen, welche Erfahrungen es bereits dazu gibt – und auch, welche wichtigen Daten wir uns noch wünschen.

Neues Erklärvideo zur Kampagne »Aufklärung auf der Straße«

Bevor ein Typ-1-Diabetes bei Kindern entdeckt wird, erleiden 20 bis 30 % von ihnen eine Ketoazidose. Die schwere Stoffwechselentgleisung kann nur verhindern, wer

die Symptome kennt. Die DDG unterstützt deshalb seit 2021 eine Aufklärungskampagne. Nun setzen auch die MedTriX Group und die **diabetes zeitung** mit einem Video ein starkes Zeichen. Auf Seite 3 erfahren Sie, wie der Vater der kleinen Josephine (7) mit einem rollenden Schwergewicht sich für die Früherkennung einsetzt.

Weiterbildung und fachlicher Austausch sind für uns alle unerlässlich. Deshalb nicht vergessen: Vom 25. – 28. Mai findet in Berlin der Diabetes Kongress 2022 statt. Am 3. Mai ist Anmeldeschluss! Infos dazu und das Programm finden Sie unter www.diabeteskongress.de

Ganz herzlich Ihr

Prof. Dr. Andreas Neu

**diabetes
zeitung**

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

CEO: Oliver Kramer
Geschäftsführung: Stephan Kröck, Markus Zobel

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

Gesamtredaktionsleitung Deutschland: Günter Nuber
Redaktionsleitung Wiesbaden: Jochen Schlabing

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

Redaktion Medizin: Dr. Moyo Grebbin

Redaktion Politik: Michael Reischmann (verantwortlich),
Isabel Aulehla

Weitere Mitarbeitende: Cornelia Kolbeck, Angela Monecke,
Antje Thiel

Corporate Publishing: Lena Feil, Bianca Lorenz

Redaktionsbeirat:

Barbara Bitzer, Anne-Katrin Döbler, Prof. Dr. Andreas Fritsche,
Prof. Dr. Baptist Gallwitz, Dr. Astrid Glaser, Prof. Dr. Andreas
Hamann, Prof. Dr. Lutz Heinemann, Manuel Ickrath,
Prof. Dr. Hans-Georg Joost, Dr. Matthias Kalthener,
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

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

Leitung Layout: Andrea Schmuck

Layout: Christina Mähler, Beate Scholz, Mira Vetter

Objekt- und Medialeitung: Björn Lindenau

Verkauf: Josef Hakam, Marc Bornschein, Lukas Koch

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

Telefax: 0611 9746 480-112

E-Mail: mtd-anzeigen@medtrix.group

Anzeigen-Preisliste Nr. 7 vom 1.1.2022

Vertrieb und Abonentenservice:

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

Druck:

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

Bezugsbedingungen:

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



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

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

www.blauer-engel.de/uz195

Dieses Druckerzeugnis wurde mit dem
Blauen Engel ausgezeichnet



»Aufklärung auf der Straße«

DDG Kampagne gegen Ketoazidose: Josephine (7) und der Silozug

TÜBINGEN/RATSHAUSEN Die DDG forciert gemeinsam mit Partnern die Früherkennung der Ketoazidose. Nun wurde ein Video produziert über eine beachtliche Aufklärungsaktion – gemeinsam mit der MedTriX Group und der diabetes zeitung.

Bei Typ-1-Diabetes-Manifestation erleiden 20 bis 30 % der betroffenen Kinder eine Ketoazidose. Die schwere Stoffwechsellage erlebt quasi jedes vierte Kind bei Neuerkrankung – „eine beträchtliche Zahl“, sagt DDG Präsident Prof. Dr. ANDREAS NEU. Oft sind es zu spät erkannte Symptome oder ein verzögerter Arzttermin.

Die DDG forciert die Früherkennung: Seit 2021 hat die AG Pädiatrische Diabetologie eine Kampagne ins Rollen gebracht – gemeinsam mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte: Ziel ist, „die Zahl der Ketoazidosen deutlich zu reduzieren“, so Prof. Neu auf der Jahrespressekonferenz der DDG im März. Sprich: Eltern, Angehörige, Erzieherinnen



Prof. Andreas Neu,
Tübingen
Präsident der DDG
Foto: Förderer/Nuber MedTriX Group

und Erzieher, Lehrerinnen und Lehrer sollen die vier Symptome erkennen – Polydipsie, Polyurie, Gewichtsabnahme und Leistungsknick. Denn: „Je früher eine Diagnose gestellt wird, umso günstiger der initiale Verlauf und vermutlich auch die Langzeitprognose“, so Prof. Neu.

In der ersten Coronawelle nahmen die schweren Verläufe deutlich zu, doppelt so viele Ketoazidosen bei Manifestation wurden beobachtet als in den Jahren zuvor, hieß es auf der Konferenz: durch abgesagte Sprechstunden, verschobene Vorsorge, Fokus auf andere Symptome. Dabei sind die Symptome des Diabetes bei Manifestation leicht erkennbar.



Silozug mit vier Diabetes-Warnzeichen: Unternehmer Andreas Koch sorgt für Aufklärung, seit seine Tochter Josephine Typ-1-Diabetes hat.

Fotos: Förderer/Nuber MedTriX Group, M-KOS – stock.adobe.com, fotolia/JSign

QR-Code zum Film: Silozug mit Ketoazidose-Warnzeichen!



»Ketoazidose: Kampagne ins Rollen gebracht«

So war das auch bei der kleinen Josephine (7): Die klassischen Zeichen waren alle da. Aber Familie Koch war nicht vertraut mit den Symptomen – wie die meisten Menschen: „Leider wusste ich nicht, was Typ-1-Diabetes ist. Ich hätte es mir gewünscht“, sagt Mutter Kerstin Koch. Der Schock war umso größer, die Symptome wurden nicht erkannt.

Josephine hatte Glück, dass sie vor einer schweren Entgleisung in rechte Bahnen gelenkt wurde – beim Team der Uni-Kinderklinik Tübingen war sie am richtigen Ort: Die Diagnose wurde sofort gestellt, eine moderne Insulintherapie direkt eingeleitet.

Warnzeichen früh erkennen – dafür plädieren die Kochs aus dem schwäbischen Ratshausen gerade nach den Erfahrungen, die sie in der eigenen Familie gemacht haben: Vater Andreas ist Fuhrunternehmer, seine Spedition umfasst Dutzende Lkw. Einen davon, einen Silozug, benutzt er nun zur „Aufklärung auf der Straße: Eine Mitarbeiterin von Prof. Neu hatte uns bei der Schulung gefragt, ob wir bereit wären, einen Lkw mit den 4 Warnzeichen zu beschriften. Ich fand das von Anfang an eine sehr gute Idee, weil ich denke, auf der Straße kann man schon ein sehr großes Publikum erreichen.“ Der Laster fährt

nun durch Deutschland und jeder, der ihn sieht, sieht die Warnzeichen. So bringt man eine Kampagne ins Rollen – im wahrsten Sinn!

Die MedTriX Group, in der die diabetes zeitung erscheint, schließt sich der Aufklärungsarbeit an: Gemeinsam mit der DDG und den Kochs wurde ein Video produziert (ab sofort abrufbar): Hauptdarsteller sind Josephine, ihre Geschwister, ihre Eltern. Und: der Silozug. Das Video wird gestreut übers Internet, über die Wochenzeitung „MEDICAL TRIBUNE“, über Social-Media-Kanäle und Newsletter. Auch Sie können natürlich zur Verbreitung beitragen! GN

DDG Mitgliederversammlung

Save the date!

27.05.2022

Beginn 08:00 Uhr



Liebe DDG Mitglieder,

wir möchten Sie ganz herzlich zur DDG Mitgliederversammlung einladen, die am 27. Mai 2022 als **reine Präsenzveranstaltung** im Rahmen unseres Diabetes Kongresses in Berlin stattfinden wird.

Während der Mitgliederversammlung können Sie die Berichte des Präsidenten und des Schatzmeisters verfolgen. Sie erhalten neue Informationen zu unseren laufenden und geplanten Projekten sowie zu unseren aktuellen und zukünftigen Kongressen und Herbsttagungen. Ordentliche Mitglieder können an den geheimen Wahlen teilnehmen.

Informationen zur Agenda, alle Entscheidungsvorlagen sowie den Haushaltsplan finden Sie fristgerecht drei Wochen vor der Mitgliederversammlung im geschützten Bereich auf der DDG Homepage.

Für Rückfragen zu Ihren Zugangsdaten wenden Sie sich gerne an die DDG Geschäftsstelle: mitglieder@ddg.info

Herzliche Grüße aus der
DDG Geschäftsstelle



Viele Ärzte zeigen sich solidarisch mit der Ukraine.

Foto: ronstik – stock.adobe.com

Geflüchtete mit Diabetes kommen in den Praxen an

Welche Bedürfnisse haben sie und wie klappt es mit der Verständigung?

DÜSSELDORF. Immer mehr Geflüchtete mit Diabetes suchen die Praxen auf. Ihre Stoffwechsellage ist durch die Flucht oft entgleist – es ist also schnelles Handeln gefragt. Die Verständigung ist zwar nicht immer einfach. Doch mit Geduld und Empathie gelinge die Behandlung, berichtet eine Ärztin.

Die Diabetologin Dr. JOLANDA SCHOTTENFELD-NAOR versorgt in ihrer Düsseldorfer Praxis mittlerweile fast täglich Menschen aus der Ukraine. „Selbst sonntags wurde ich schon von einem Pflegeheim angerufen“, erzählt sie. „Eine Geflüchtete wurde dort notfallmäßig aufgenommen und brauchte dringend Medikamente.“ Auch viele der Patient*innen, die in die Praxis kommen, brauchen akut medizinische Hilfe. Es sind überwiegend Frauen und Kinder. Auf der Flucht sind sie oft kilometerweit zu Fuß gelaufen, um die Grenze zu erreichen. Nahrung oder Medikamente waren dabei tagelang nicht zugänglich. Auch Insulin konnten die Geflüchteten nicht mitnehmen, schließlich müsste es gekühlt werden.

Es ist vorteilhaft, wenn das Team etwas Russisch beherrscht

Im Gespräch mit den Betroffenen seien Geduld und Empathie gefragt, berichtet die Diabetologin. Schließlich hätten sie in den Kriegsgebieten und auf der Flucht furchtbare Dinge erlebt. Sie zu versorgen, sei eine Selbstverständlichkeit. „Wir können die Menschen ja nicht im Regen stehen lassen“, betont sie.

Die Verständigung kann allerdings etwas dauern – je nachdem, ob die Patient*innen Englisch sprechen oder nicht. „Wir haben das Glück, dass wir russischsprachiges Personal haben“, berichtet Dr. Schottenfeld-Naor. „Aber natürlich sind die Mitarbeiterinnen nicht rund um die Uhr zur Stelle.“ Da die Diabetes-therapie stark auf Beratung und Schulung basiert, muss vieles übersetzt und gezeigt werden, gibt die Ärztin zu bedenken. So war eine

Diabetes-Infos auch in russischer Sprache

diabinfo, das Diabetesinformationsportal des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung (DZD), stellt nun auch auf Russisch Informationen rund um Diabetes mellitus zur Verfügung. Die Seite erklärt z.B. die verschiedenen Formen der Erkrankung und geht auf die klassischen Fragen nach einer Neudiagnose ein. Auch zur Prävention finden sich zahlreiche Tipps.

Frau, deren Diabetes entgleist war, vom Ausfüllen des Anamnesebogens über die Sprechstunde bis zur Erklärung der Mitarbeiterin, die die Diabetesschulung macht, rund anderthalb Stunden in der Praxis.

Auch herauszufinden, welche Medikamente jemand bislang nahm, braucht Zeit. In der Ukraine werden Präparate offenbar teilweise unter anderen Namen vermarktet. Selbst wenn Patient*innen die Packung dabei haben, hilft das angesichts der kyrillischen Schrift nur bedingt. Das Team muss recherchieren, welches Medikament gemeint sein könnte und welche Wirkstoffe es in welcher Dosis enthält.

„Ich habe den Eindruck, dass die meisten Patienten in der Ukraine bis vor dem Krieg ganz gut versorgt waren“, erklärt Dr. Schottenfeld-Naor. Nur in einzelnen Fällen seien Patient*innen auf Präparate eingestellt gewesen, deren Zusammensetzung hier nicht mehr gängig ist. „Eine Patientin nahm bisher zum Beispiel ein Präparat, in dem GLP1-Rezeptoragonist und Insulin kombiniert sind. Die Wirkstoffe müssen wir dann getrennt verabreichen“, berichtet die Ärztin. Natürlich erklärt sie den Betroffenen auch, welche Dosen wie oft in der Woche nötig sind. Sofern es möglich ist, sei es daher äußerst hilfreich, wenn die Geflüchteten jemanden mitbringen, der übersetzen kann.

In der Vergütung spiegeln sich der zeitliche Aufwand derzeit noch nicht wider, meint die Diabetologin. Doch darum geht es ihr nicht – ihr Ziel ist die adäquate Versorgung. Sie vermutet, dass die diabetologischen Leistungen, ähnlich wie bei Asylbewerber*innen in der Vergangenheit, nicht vergütet werden.

Beschwerliche Flucht

Fotos: Unicef/Vincent Tremeau, Viktor Moskaliuk, Tom Remp



Trauer



»Vergütung deckt Aufwand noch nicht ab«

Hilfsgüter



Seitens des Bundesgesundheitsministeriums sind Mediziner aufgefordert, eine Basisversorgung nach Asylbewerberleistungsgesetz zu erbringen. Demnach soll bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen die erforderliche Behandlung gewährt werden, einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger erforderlichen Leistungen. Auch Schutzimpfungen und Vorsorgeuntersuchungen sind möglich. Wie diese Bestimmungen konkret ausgelegt werden, muss sich noch zeigen.

Es fällt schwer, den Menschen Behandlungen vorzuenthalten

„Ich bin natürlich in einem Konflikt mit mir selbst“, sagt Dr. Schottenfeld-Naor. Es gebe durchaus eine Diskrepanz zwischen der Vorgabe, nur Basisversorgung zu leisten, und dem, was medizinisch ratsam wäre. „Wenn Patienten bereits auf ein Medikament eingestellt sind, dann möchte ihnen das nicht streichen, auch wenn es teuer ist.“

Die Leistungen werden von der Kommune gewährt, in der die Geflüchteten untergebracht sind. Um Praxen aufsuchen zu können, erhalten die Betroffenen Behandlungsscheine.

Mediziner*innen sollen diese am Ende des Quartals zusammen mit der Abrechnung bei ihrer Kassenärztlichen Vereinigung einreichen.

In Düsseldorf können derzeit noch nicht

»Patient*innen reagieren meist sehr dankbar«

alle der Geflüchteten einen solchen Schein vorlegen, berichtet Dr. Schottenfeld-Naor. Das Ausstellen dauert offenbar. „Bei uns kann der Schein nachgereicht werden. Ich finde es ethisch schwierig, Menschen aus bürokratischen Gründen eine medizinisch notwendige Behandlung vorzuenthalten.“ Die Ärztin geht davon aus, dass einige der Geflüchteten vorerst regelmäßig bei ihr in Behandlung sein werden. Die meisten seien ihr und dem Team äußerst dankbar.

Neben diabetologischen Behandlungen ist oft auch Impfberatung gefragt. Viele der Geflüchteten seien nur mit dem chinesischen Vakzin gegen COVID-19 geimpft, einige auch gar nicht. Die enge Unterbringung in den Ankunftszentren begünstige eine Infektion, gibt die Medizinerin zu bedenken. Weitere Probleme, die in den Zentren insbesondere für Menschen mit Diabetes bestehen, seien die nicht optimale Ernährung und die Hygiene beim Spritzen. All das seien „brennende soziale Fragen“, die schnell gelöst werden müssten.

Isabel Aulehla

Material der AG Diabetes & Migranten:

bit.ly/ag_migranten

Insulin und Hilfsmittel spenden

Die Deutsche Diabetes Föderation sammelt Sachspenden für Geflüchtete mit Diabetes. Gefragt sind Insuline mit gültigem Mindesthaltbarkeitsdatum, Pens, Blutzucker-Messgeräte und -Teststreifen, Lanzetten, Sensoren sowie HypoBE.

Die Spenden können an den Geschäftsstellen folgender teilnehmender Diabetes-Selbsthilfe-Organisationen abgegeben werden: Bund diabetischer Kinder und Jugendlicher, Diabetiker Baden-Württemberg, Diabetiker Thüringen, Diabetiker Bund Bayern, Diabetiker Niedersachsen, Deutsche Diabetes-Hilfe Menschen mit Diabetes – LV Nordrhein-Westfalen.

Neuer Therapieplan für Bewegung

Auch körperliche Aktivität braucht ein Dosierschema

BERLIN. Die AG Diabetes, Sport und Bewegung der DDG hat einen Bewegungsplan entwickelt. Er soll Diabetesteam dabei helfen, konkrete Ziele mit ihren Patient*innen zu vereinbaren, und mehr Struktur in die Bewegungsberatung bringen.

Homeoffice, geschlossene Schwimmbäder und Fitnessstudios sowie monatlang keine Rehabilitations-, Vereins- oder Schulsportangebote und nicht zuletzt die Sorge, sich beim Verlassen der eigenen vier Wände anzustecken – seit nunmehr zwei Jahren ist das Bewegungsverhalten der Bevölkerung stark eingeschränkt. „Dabei ist besonders in Pandemiezeiten Bewegung wichtiger denn je – insbesondere für chronisch kranke und übergewichtige Patientinnen und Patienten“, gibt Dr. STEPHAN KRESS, Vorsitzender der AG Diabetes, Sport und Bewegung der DDG, zu bedenken.

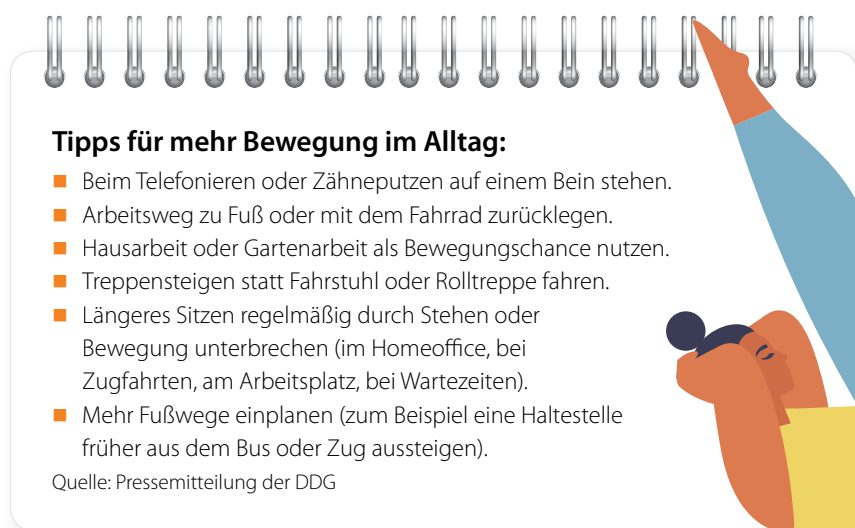
Wirkung hängt von Auswahl und Dosierung ab

„Denn regelmäßige Bewegung verbessert die kardiorespiratorische Fitness und sichert neben der metabolischen und kardiovaskulären Gesundheit eine funktionierende Immunabwehr – was auch entscheidend für einen milden COVID-19-Verlauf sein kann.“

Mit dem gut gemeinten Rat, sich im Alltag mehr zu bewegen, ist es allerdings in den seltensten Fällen getan. Zwar gilt Bewegung für Diabetes ebenso wie für Adipositas als

etablierte Therapie. Doch ähnlich wie bei Medikamenten hängt die gewünschte Wirkung von Bewegung von der richtigen Auswahl und Dosierung ab. „Im Alltag eines Diabetesmanagements ist es Standard, Therapiepläne für Medikamente, Insulindosierungen oder Ernährung an die Patientinnen und Patienten herauszugeben – bei der wichtigen Bewegungstherapie zurzeit leider noch nicht“, bedauert Dr. Kress. Dabei ist ein Dosierschema auch hier für ihren Erfolg wichtig: Schließlich gilt es, Bewegungsform, Reizdauer, Reizumfang und Intensität mit den Betroffenen zu vereinbaren.

Um sich tatsächlich mehr zu bewegen – sei es im Alltag oder beim Sport –, brauchen die meisten Menschen konkrete Ideen und Empfehlungen. Klare Vereinbarungen helfen außerdem, die guten Vorsätze in tatsächliches Handeln umzusetzen. Zudem erhöht es die Verbindlichkeit, wenn man sie schriftlich fixiert.



Tipps für mehr Bewegung im Alltag:

- Beim Telefonieren oder Zähneputzen auf einem Bein stehen.
- Arbeitsweg zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurücklegen.
- Hausarbeit oder Gartenarbeit als Bewegungschance nutzen.
- Treppensteigen statt Fahrstuhl oder Rolltreppe fahren.
- Längeres Sitzen regelmäßig durch Stehen oder Bewegung unterbrechen (im Homeoffice, bei Zugfahrten, am Arbeitsplatz, bei Wartezeiten).
- Mehr Fußwege einplanen (zum Beispiel eine Haltestelle früher aus dem Bus oder Zug aussteigen).

Quelle: Pressemitteilung der DDG

Je konkreter und persönlicher die Empfehlungen sind, desto wahrscheinlicher die Umsetzung.

Fotos: iStock/Angelina Bambina



Deshalb hat die AG nun ein Musterdokument für einen „Therapieplan für Bewegung“ entwickelt. Er wird ergänzt durch eine weitere

Gesprächshilfe: Mithilfe von 26 Mut- und Sorgenkarten kann der Behandelnde mit Patient*innen mögliche Sorgen, Ängste, Wünsche und Chancen besprechen, um so Gründe für oder gegen Bewegung und Sport zusammenzutragen, zu gewichten und in den Kontext einer bewussten Therapieentscheidung zu stellen.

Beides zusammen unterstützt und strukturiert die Bewegungsberatung in der Diabetespraxis. Der „Therapieplan für Bewegung“ kann als Erstplan ebenso wie als Folgeplan verwendet werden. „Wichtig ist es, kleine Ziele zu vereinba-

ren“, betonen die Autor*innen. Das zweiseitige Dokument kann u.a. im internen Mitgliederbereich auf der DDG Webseite heruntergeladen werden. Zudem wird der Plan auf dem Diabetes Kongress (25. – 28. Mai. 2022) für Interessierte bereitgestellt. Auf dem Plan lassen sich zum einen die maximale Herzfrequenz und das Belastungsempfinden nach der Borgskala im Zusammenhang mit 30 Minuten körperlicher Aktivität dokumentieren.

Spezifisch, Messbar, Akzeptiert, Realistisch und Terminiert

Daneben kann die Intensität der sportlichen Belastung („Laufen ohne Schnaufen“) festgehalten und der Umfang (Schrittzahl und/oder Minuten pro Woche) geplant werden. Der Therapieplan für Bewegung enthält außerdem Tipps für die richtige Belastung, z.B. die Übungszeit verlängern, wenn die Aktivität zu leicht erscheint, oder bei Erschöpfung die Belastung zunächst reduzieren. Außerdem enthalten sind Ideen für mehr Aktivität im Alltag.

»Bewegung ist wichtiger denn je«

„Wichtig ist es zu überlegen, wann, wo und wie Patient*innen ihre Aktivität starten und steigern können. Schreiben Sie Ihre Empfehlungen auf – je konkreter und persönlicher, desto wahrscheinlicher die Umsetzung“, rät die AG. Dabei helfen sogenannte „SMART“-Vereinbarungen (Spezifisch, Messbar, Akzeptiert, Realistisch und Terminiert). Im Muster finden sich verschiedene Sportarten, die selbstorganisiert (Radfahren, Schwimmen, Nordic Walking etc.) oder angeleitet (Fitnessstudio, Sportverein etc.) durchgeführt werden. Patient*innen können dann beliebig aus der Liste wählen und diese ankreuzen.

Antje Thiel

AG Diabetes, Sport und Bewegung der DDG und Pressemitteilung der DDG

»Kleine Ziele vereinbaren«



200 Euro für alle, die durchhalten

Kinder und Jugendliche sollen Pfunde verlieren

STUTTGART. Mit einem einjährigen Behandlungsprogramm möchte die AOK Baden-Württemberg übergewichtigen und adipösen Kindern und Jugendlichen beim Abnehmen helfen, damit deren Lebensqualität sich verbessert und ihr Risiko für Folge- und Begleiterkrankungen sinkt.

Das vom Innovationsfonds geförderte Projekt STARKIDS (Stufenmodell Adipositasprävention und -therapie im Kindes- und Jugendalter) ist konzipiert für übergewichtige und adipöse Kinder ab drei Jahren, Jugendliche und deren Eltern. Im Rahmen des Hausarzt-Programms der AOK werden Schulungen beim Kinder- und Jugendarzt mit einem unterstützenden Online-Portal verbunden. In Baden-Württemberg leben rund 100.000 Kinder mit Adipositas.

In der Studie werden je 500 Patient*innen in die STARKIDS- und die Kontrollgruppe eingeschlossen. Die Rekrutierung hat bereits begonnen; interessierte Praxen können sich noch bis Ende Juni 2022 beteiligen. Federführend entwickelt, gesteuert und wissenschaftlich evaluiert wird das Projekt von der Medizinischen Universitätsklinik Tübingen.

Gesundheitsamt vermittelt weitere Therapieangebote

Übergewichtige Kinder und Jugendliche werden in den teilnehmenden pädiatrischen Praxen identifiziert und auf Grund- und Folgeerkrankungen untersucht. Bei Interesse und Zustimmung der Eltern werden sie zu dem einjährigen Angebot eingeladen. Als Anreiz erhalten alle Patient*innen einen Bonus von 200 Euro, wenn

sie bis zum Ende des Programms durchhalten. Für die Teilnehmenden und ihre Eltern werden bis zu sechs Präsenzs Schulungen durch MFA angeboten. Die unterstützende Online-Plattform enthält Tipps zur Umsetzung im Alltag, etwa in Form von Filmen, Lernspielen oder Tagebüchern. Alle zwei Wochen werden die Familien daran erinnert, ihre individuellen Ziele und die Gewichtsentwicklung zu reflektieren. Eine Feedbackfunktion auf der Plattform ermöglicht den Ärzt*innen, Verlaufskontrollen durchzuführen. Gibt es nach einem Jahr noch keine ausreichenden Verbesserungen und weiteren Unterstützungsbedarf, bietet das örtliche Gesundheitsamt eine ausführliche Anschlussberatung mit Vermittlung weiterführender Therapieangebote an.

REI

Pressemitteilung AOK Baden-Württemberg

Fr1da-Studie: Kostenanalyse der Typ-1-Diabetes-Früherkennung

Forschende kommen auf 22 Euro pro untersuchtem Kind

NEUHERBERG. Das Fr1da-Studienteam hat eine detaillierte Analyse zu den Kosten der Teststrategie veröffentlicht.

Seit 2015 ist es in Bayern im Rahmen der Fr1da-Studie für Kinder von 2 bis 5 Jahren möglich, ihr Blut auf Inselautoantikörper untersuchen zu lassen. So kann bereits Jahre bevor es zum Insulinmangel und zur Erhöhung des Glukosespiegels mit Krankheitssymptomen kommt, ein Frühstadium von Typ-1-Diabetes nachgewiesen werden. Forschende des Helmholtz Munich, einem Partner des DZD und leitende Institution der Studie, haben die Kosten der Früherkennungsuntersuchung nun analysiert.¹ Das Ergebnis: Im Rahmen der Fr1da-Studie beliefen sich die Kosten pro Kind auf rund 28 Euro. Sollte das Screening in die Regelversorgung aufgenommen werden, gehen die Forschenden davon aus, dass sich

der Betrag auf etwa 22 Euro pro untersuchtem Kind reduzieren könnte. Die Kostenanalyse (reine Kosten, ohne Kosten-Nutzen-Analyse) berücksichtigt Beschaffung, Verarbeitung und Analyse der Blutproben sowie die Mitteilung der Ergebnisse. Enthalten sind zudem die Ausgaben für Tests zur Einschätzung der Betazell-Funktion und des Blutzuckers sowie für eine Präventivschulung und Beratung für betroffene Kinder und deren Familien. „Auch wenn unsere Analysen mit einer gewissen Unsicherheit behaftet sind, bieten sie einen Referenzrahmen für die Implementierungskosten des Screenings“, erklärt MICHAEL LAXY, Studienleiter bei Helmholtz Munich. Als nächstes soll eine Analyse der Kosteneffektivität folgen.

dz

1. Karl et al. Diabetes Care 2022; doi: 10.2337/dc21-1648

Pressemitteilung des DZD

Empowerment für die ganze Familie

Neue Schulung kann psychische Belastung von Angehörigen reduzieren

BERLIN. Der Lebensalltag mit einer chronischen Erkrankung wie Diabetes ist nicht nur für die Betroffenen selbst, sondern auch für ihr familiäres Umfeld belastend. Der Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD) hat zu diesem Themenbereich ein neues Schulungsprogramm entwickelt. „DiaLife – zusammen leben mit Diabetes“ ist die erste Schulung für Familien und Lebenspartner*innen von Menschen mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes.

Glukose messen und Kohlenhydrate berechnen, Ernährungs- und Bewegungsverhalten im Blick behalten, ggf. Insulin spritzen und gefährliche Hypoglykämien vermeiden: Den Patient*innen werden die Grundlagen des Diabetesmanagements in strukturierten Schulungen vermittelt, die ein integraler Bestandteil jeder Diabetestherapie sind. Bisher war jedoch kein Programm verfügbar, das sich spezifisch an Angehörige von Menschen mit Diabetes wendet. Diese Bedarfslücke will „DiaLife“ schließen.

Das neue Schulungsangebot des VDBD, das vom Bundesgesundheitsministerium gefördert wurde, richtet sich speziell an erwachsene Familienangehörige und Lebenspartner*innen von Menschen mit Typ-1- oder Typ-2-Diabetes. Es kann die Diabetesversorgung verbessern, wie die wissenschaftliche Evaluation des Programms mit 179 Angehörigen von Patient*innen mit Typ-1- oder Typ-2-Diabetes ergab: Geschulte Angehörige verfügten nicht nur über mehr Diabetes-Wissen, sondern fühlten sich auch psychisch besser als jene ohne Schulung, er-


Besser verstehen, was Leben mit Diabetes bedeutet

„DiaLife“ ist in zwei Versionen verfügbar – für Angehörige von erwachsenen Menschen mit Typ-1- bzw. Typ-2-Diabetes. Beide Schulungsversionen setzen sich aus fünf obligatorischen Basismodulen sowie einer Reihe von Wahlmodulen zusammen, die jeweils circa 90 bis 120 Minuten dauern. In den Basismodulen werden die Grundlagen des Diabetes, der Umgang mit Notfallsituationen, das Management der Insulintherapie und das Wissen zu Ernährung und Bewegung vermittelt.

Zwei dieser Basismodule behandeln die Themenbereiche „Kommunikationsstrategien“ und „Leben mit

Diabetes nachempfinden“. Sie trainieren die Bewältigungsfähigkeiten der Teilnehmenden und fördern ihre sozialen Kompetenzen, unter anderem mit Rollenspielen. Die Wahlmodule umfassen Themen von „Demenz verstehen“ über „Folgeerkrankungen“ bis hin zu Sondersituationen wie etwa Schwangerschaft. In allen Modulen stehen die Interaktion mit den Schulungsteilnehmenden und der Austausch untereinander im Fokus.

Weitere Infos unter:

 vdbd.de

reits acht Wochen lang getestet – in zwei Gruppen mit Angehörigen von Menschen mit Typ-2-Diabetes und einer Gruppe mit Angehörigen von Menschen mit Typ-1-Diabetes. Die Diabetespatient*innen selbst waren nur am Anfang und am Ende des Schulungszyklus dabei. Besonders häufig waren Rückfragen zum Essverhalten und zur Unterzuckerungsgefahr. Aber auch der Umgang mit Demenz oder Depressionen wurde ernsthaft diskutiert. „Ich kann meinen Mann kaum noch allein lassen, ohne dass etwas passiert“, formulierte eine Angehörige ihre Sorge.

Auch von ärztlicher Seite für gut befunden

Dazu erklärte Dr. Nicole Haller: „Die Kommunikation schwieriger Themen kann trainiert werden.“ Das zeigte auch das positive Feedback der Patient*innen und die Gesamtbeurteilung einer besseren Therapieunterstützung seitens der Ärzteschaft.

„Wer durch sein soziales Umfeld unterstützt wird, dem gelingt ein besseres Selbstmanagement seiner chronischen Erkrankung und dadurch verbessert sich die Lebensqualität“, betont Dr. Fabisch. Dass psychosoziale und emotionale Belastungen nicht nur von den Betroffenen selbst, sondern auch von deren Familien getragen werden, zeigte bereits 2013 die internationale DAWN2™-Studie mit mehr als 15.000 Teilnehmenden in 17 Ländern. Es kam zudem heraus, dass mit rund 75 % die große Mehrheit der Angehörigen von Menschen mit Diabetes noch nie an einer Schulung teilgenommen hatte.

Der VDBD fordert daher die Krankenkassen dazu auf, DiaLife in ihren Leistungskatalog aufzunehmen. Derzeit kann die Angehörigenschulung nur als Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) angeboten werden. *Angela Monecke*

Online-Pressekonferenz des Verbands der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD)

läuterte die wissenschaftliche Leiterin der Evaluationsstudie, Prof. Dr. CLAUDIA LUCK-SIKORSKI von der SRH Hochschule für Gesundheit,

Gera. „Patientenschulung ist mehr als reine Wissensvermittlung, es geht um Empowerment“, ergänzte Dr. GOTTLÖBE FABISCH, VDBD-Geschäftsführerin aus Berlin. Ziel jeder Diabeteschulung und -beratung sei „optimales Selbstmanagement“, denn die meiste Zeit müssten Betroffene mit ihrer chronischen Erkrankung allein zurechtkommen. Ihr soziales Umfeld bände bisherige Schulungen in der Regel nicht ein, betonte sie. Angehörige dürften „weder bevormundend sein noch jederzeit beim Selbstmanagement der Betroffenen mitreden“, betonte die VDBD-Vorsitzende Dr. NICOLA HALLER, Medizinpädagogin und Diabetesberaterin DDG aus Augsburg. Sie hat „DiaLife“ im Rahmen der Programmevaluation in einer Augsburger Schwerpunktpraxis be-

»Ich kann meinen Mann kaum allein lassen«



Gut drauf mit Diabetes: Die neue Schulung ist für Angehörige gedacht. Fotos: drubig-photo – stock.adobe.com, iStock/gyener

Mit DDG-Unterstützung zum Promotionsabschluss!

DDG fördert mit neuem Programm die Diabetolog*innen von morgen

BERLIN. Angehende Ärzt*innen schon im Studium in Kontakt mit der Diabetologie bringen: Das ist das Ziel des neuen Promotionsförderprogramms der DDG, das seit Januar wissenschaftliche Arbeiten im Bereich der Diabetesforschung fördert. Arbeiten aus der Grundlagenforschung stehen dabei ebenso im Fokus wie klinisch orientierte Doktorarbeiten.

Unser Anliegen ist es, Medizinstudierende möglichst früh für die Diabetologie zu interessieren und

sich in dieses Fachgebiet einzubringen“, sagt Prof. Dr. ANDREAS NEU, Präsident der DDG, und spricht hier als Diabetologe aus eigener Erfahrung: „Wer eine Doktorarbeit im Bereich der Diabetologie schreibt, wird möglicherweise auch darüber hinaus wissenschaftliches und klinisches Interesse an diesem Fachgebiet entwickeln.“ Die Promotionsförderung endet aber nicht bei den promotionswilligen Stipendiat*innen, sondern geht noch weiter: Sie unterstützt auch deren Betreuer*innen,

um damit ein größeres Angebot an Promotionsthemen in der Diabetologie anzustoßen. Die Stipendiat*innen erhalten für ihre Arbeit monatlich 300 € (maximaler Förderzeitraum: 6 Monate). Der erfolgreiche Abschluss der Promotion wird mit 500 € honoriert. Erste Bewerbungen liegen der DDG bereits vor, berichtet Prof. Neu – und das nur wenige Wochen nach Start des Förderprogramms, das insgesamt für die nächsten beiden Jahre angelegt ist. Die Themenfel-

der der ersten Arbeiten reichen von grundlagenorientierten Projekten über klinische Untersuchungen bis zu Versorgungsstrukturanalysen. „Das Signal, das von diesem Promotionsförderprogramm ausgeht, ist klar: Die Beschäftigung mit der Diabetologie, ob in Forschung oder im Bereich der klinischen Versorgung, hat viele Facetten, bietet reichlich Betätigungsmöglichkeiten, eröffnet Zukunftsperspektiven und ist attraktiv für angehende Diabetologen“, betont Prof. Neu. *amo*

Wer kommt für die Bewerbung infrage?

Bewerben können sich Promovierende aus dem deutschsprachigen Raum. Sowohl sie als auch ihre Betreuer*innen sollten Mitglied der DDG sein.

Hier geht es direkt zur Bewerbung – wir wünschen viel Erfolg!

 <https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/forschung/promotionsfoerderprogramm>

Gute Nachricht zur Nageltherapie

G-BA erkennt die Bedeutung von Wundmanagement und Podologie an

BERLIN. Mit einer Nagelspangenbehandlung können bei eingewachsenen Fußnägeln Fehlstellungen korrigiert und ein künftiges Einwachsen verhindert werden. Bislang war das eine ärztliche Leistung, nun kann sie auch von Podolog*innen übernommen werden. Die DDG begrüßt diese Regelung in der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Für Menschen mit einem diabetischen Fußsyndrom (DFS) kann ein eingewachsener Fußnagel zu schweren Infektionen führen und schlimmstenfalls eine Amputation notwendig machen. Ursachen hierfür sind meist ungeeignetes Schuhwerk, Fußfehlstellungen, falsche Schneidetechnik bei der Bearbeitung des Nagels oder eine genetische Veranlagung. Durch die professionelle podologische Behandlung mit Nagelkorrekturspangen können Komplikationen und operative Eingriffe häufig vermieden werden. Diese Therapie hat der G-BA jetzt verordnungsfähig gemacht. Die DDG sieht darin einen weiteren wichtigen Schritt, konservative Fußbehandlungen von Hochrisikopatient*innen zur Kassenleistung zu machen.

Die rezidivfreien Phasen so lange wie möglich erhalten

Die AG Fuß der DDG fordert seit Jahren, die vielen Möglichkeiten der konservativen sanften Maßnahmen auszuschöpfen, bevor Gliedmaßen amputiert werden. Zwei Drittel aller Amputationen der unteren Extremitäten erfolgten bei Menschen mit Diabetes und DFS. „Es gibt leider keine Heilung des DFS – aber rezidivfreie Phasen, die wir so lange wie möglich erhalten wollen“, erklärt Dr. SYBILLE WUNDERLICH von der AG Fuß. Umso wichtiger sei daher eine professionelle, präventive und Gliedmaßen erhaltende Therapie. Die Chefärztin an der Klinik für Innere Medizin an den DRK Kliniken Berlin verweist darauf, dass manche Patient*innen aus finanziellen Gründen eine nicht-operative Behandlung scheuen, die nicht verordnungsfähig ist. Auch aus diesem Grund begrüßt die DDG den aktuellen G-BA-Beschluss zur Kassenleistung.

Bei der Nagelspangenbehandlung fertigen Podolog*innen eine Korrekturspange an, die dem eingewachsenen Nagel individuell angepasst wird. Ziel ist eine mechanische Druckentlastung. Der Nagel kann dann wieder in seiner natürlichen Form nachwachsen. „Mit dieser Behandlung verringert sich die Gefahr für einen Entzündungsprozess oder das weitere Einwachsen des Nagels in umliegendes Gewebe“, erläutert ELISABETH DALICK, Diabetesbera-

terin und Podologin aus Aachen. Damit kann ein möglicher Teufelskreis aus notwendiger Amputation und darauffolgenden Wundheilungskomplikationen unterbunden werden.

Der aktuelle Beschluss folgt der vom G-BA erweiterten Verordnungsfähigkeit der medizinischen Fußpflege aus dem Jahr 2020. „Es ist erfreulich, dass die Gesundheitspolitik offenbar die Bedeutung von Wundmanagement und Podologie in der Be-

handlung des DFS erkannt hat und wertschätzt“, sagt Dalick. Darüber hinaus fördert ein solcher Beschluss die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Podolog*innen und Diabetolog*innen, die besonders in der Versorgung des diabetischen Fußsyndroms charakteristisch und notwendig ist. „Das DFS ist ein komplexes Krankheitsbild, das von Beginn an einer interdisziplinären Behandlungskonzeption bedarf“, so die Podologin.

Die podologische Nagelspangenbehandlung kann laut G-BA von Ärzt*innen voraussichtlich ab Juli 2022 verordnet werden. dz

Pressemitteilung der DDG

Eine Nagelspange reduziert die Gefahr einer Entzündung oder des weiteren Einwachsens.

Foto: Maria – stockadobe.com



NEU DER SGLT-2-HEMMER ERTUGLIFLOZIN ALS MONOPRÄPARAT

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

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

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

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

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



Studiendesign:¹

Rosenstock J. et al. *Diabetes Obes Metab.* 2018; 20: 520 – 529.

Effect of ertugliflozin on glucose control, body weight, blood pressure and bone density in type 2 diabetes mellitus inadequately controlled on metformin monotherapy (VERTIS MET)

Multizentrische, randomisierte, doppelblinde, Placebo-kontrollierte Studie zur Evaluierung der Wirksamkeit und Sicherheit von Ertugliflozin vs. Placebo über einen Zeitraum von 26 Wochen. Eingeschlossene Patienten: 621 Männer und Frauen ≥ 18 Jahren mit T2DM, unzureichend kontrolliert mit ≥ 1.500 mg/Tag Metformin (HbA_{1c} 7,0%–10,5%) über mindestens die letzten 8 Wochen, mit einem BMI von 18,0–40,0 kg/m² wurden 1/1/1 randomisiert und erhielten (1x täglich) Placebo, Ertugliflozin 5 mg oder Ertugliflozin 15 mg ergänzend zur bestehenden Metformin-Therapie. Zu den wichtigsten Ausschlusskriterien gehörten Typ-1-Diabetes mellitus, Ketoazidose in der Vorgeschichte, geschätzte glomeruläre Filtrationsrate (eGFR) < 55 ml/min/1,73 m², < 80% Compliance bezüglich der Medikamenteneinnahme, dokumentierte Osteoporose oder geschlechtsspezifischer BMD-T-Score von weniger als -2,5 an irgendeiner Skeletstelle, die beim Screening untersucht wurde, oder jegliche Krankheit, die die Bewertung der Knochendichte beeinflussen könnte. Der primäre Endpunkt war die Veränderung des mittleren HbA_{1c} nach 26 Wochen. Sekundäre Endpunkte waren Veränderungen des Nüchternblutzuckers, des Körpergewichts sowie des systolischen und diastolischen Blutdrucks nach 26 Wochen.

HbA_{1c}: Hämoglobin A_{1c} SGLT-2: Sodium-glucose co-transporter 2 LS: least square (Methode der kleinsten Quadrate)

1. Rosenstock J. et al. *Diabetes Obes Metab.* 2018; 20: 520 – 529. DOI: 10.1111/dom.13103 Effect of ertugliflozin on glucose control, body weight, blood pressure and bone density in type 2 diabetes mellitus inadequately controlled on metformin monotherapy (VERTIS MET)

2. Fachinformation STEGLATRO®, Stand: Oktober 2021.



Steglatro® 5 mg Filmtabletten
Steglatro® 15 mg Filmtabletten

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

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

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

DE-STE-00044

»Teufelskreis kann unterbunden werden«

Sie tun Gutes – und reden darüber

Forschende des DZD präsentierten ihre Erkenntnisse auf dem DGE-Kongress

ALTDORF. An allen DZD-Standorten arbeiten Wissenschaftler*innen daran, die Prävention und Therapie des Diabetes zu verbessern. Und sie kommunizieren das: Auf dem **Deutschen Kongress für Endokrinologie 2022** stellten verschiedene Teams ihre aktuellen Forschungen vor. Eine Auswahl davon im Überblick.



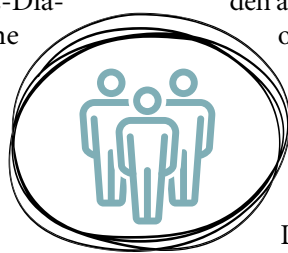
DZD
Deutsches Zentrum
für Diabetesforschung

Personalisiert und präzise

Wissen über Subtypen des (Prä-)Diabetes wächst

Je besser Forschende die Unterarten des Typ-2-Diabetes verstehen, desto genauer können sie Interventionen planen.

Wie heterogen der Typ-2-Diabetes sein kann, können jede*r Behandelnde an seinen/ihren Patient*innen beobachten, erinnerte Prof. Dr. ROBERT WAGNER vom IDM, Helmholtz Munich am Universitätsklinikum Tübingen. Vor vier Jahren habe die schwedische Gruppe um Prof. Emma Ahlqvist aus Lund dann auch die erste wissenschaftlich-klinische Subphänotypisierung der Krankheit vorgestellt. Diese ist seitdem vielfach validiert, repliziert und präzisiert worden – unter anderem mithilfe



der Deutschen Diabetes-Studie des DZD (German Diabetes Study, GDS). Mithilfe dieser Erhebung konnten u.a. unterschiedliche Risiken der Betroffenen für Folgeschäden an Leber, Augen, Nerven, Nieren oder dem Herz-Kreislauf-System bestätigt werden, berichtete Dr. OANA P. ZAHARIA vom DDZ Düsseldorf. In 2020 beschrieb die Forscherin zudem z.B. den Zusammenhang von Leberkomplikationen mit einem genetischen Risikoallel.

Prof. Wagner demonstrierte in seinen Arbeiten, dass bereits beim Prädiabetes verschiedene Risikocluster existieren. Ziel der Subtypisierung sei es, Organschäden künftig mit zielgerichteten Maßnahmen entgegenzuwirken, erklärten beide. *mg*

Epigenetik als Chance

Wie der Lebensstil die Gene steuert

Bewegung oder eine Gewichtsreduktion hinterlassen am Erbgut und dessen Aktivität messbare positive Spuren.

Die Epigenetik befasst sich mit Veränderungen an der DNA, die nicht deren Sequenz betreffen, sondern die Expressionslevel der Gene steuern. Prof. Dr. ANNETTE SCHÜRSMANN vom Deutschen Institut für Ernährungsforschung in Potsdam-Rehbrücke hat diese Expressionsprofile sowie die DNA-Methylierung zwischen



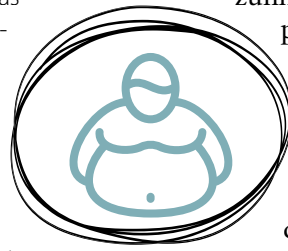
schlanken und adipösen Personen verglichen. Verloren Adipöse durch eine bariatrische OP viel Gewicht, hatte sich ein Jahr später in der Skelettmuskulatur die Aktivität von rund drei Vierteln der zuvor anders exprimierten Gene auf das Level schlanker Menschen normalisiert. Die Forscherin stellte zudem fest, dass unterschiedliche Lebensstiländerungen Veränderungen an unterschiedlichen Genen hervorrufen. Eine Kombination verschiedener Interventionen sei daher sinnvoll, schlussfolgerte sie. *mg*

Grundlagen des Hungers

Auf dem Weg zu wirksamen Adipositas-Medikamenten

Betroffene mit Leptinresistenz haben beim Abnehmen schlechte Karten. Das DZD erforscht daher die Mechanismen der Störung.

Adipositas erhöht die Gefahr für Typ-2-Diabetes oder Herz-Kreislauf-Krankheiten. Durch Lebensstiländerungen dauerhaft ihr Gewicht zu senken, gelingt den wenigsten, erklärte Dr. SONJA SCHRIEVER, Helmholtz Munich. Sie erforscht das Hormon Leptin, das im



Gehirn den Appetit drosselt. Um herauszufinden, inwiefern dessen Transport für eine Leptinresistenz verantwortlich ist, machte sie das Molekül sichtbar. Sie fand heraus, dass es v.a. über den Choroid Plexus ins ZNS gelangt und von dort weiter diffundiert. „Dieser Transport ist sättigbar“, so Dr. Schriever.

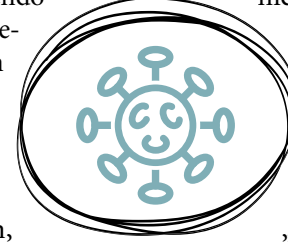
Auch bei hohen Blutwerten könne offenbar nur eine bestimmte Menge ins ZNS gelangen. *mg*

COVID-19 und Diabetes

Antworten auf neue Fragen in der Pandemie

Schnell fiel bei COVID-19 auf: Diabetes ist ein Risiko. Was also tun? Unter anderem dank des DZD wissen wir heute mehr – und doch gibt es noch viel zu tun.

SARS-CoV-2 bediene sich endokriner Rezeptoren, berichteten manche Forschende. Im experimentellen Setting ließ sich belegen, dass auch die Betazellen der Bauchspeicheldrüse die Viren grundsätzlich aufnehmen können, berichtete Prof. Dr. STEFAN BORNSTEIN von der TU Dresden. Inwiefern eine solche Infektion tatsächlich spezielle Diabetesformen hervorrufen kann,



untersucht der Wissenschaftler aktuell mit Kollegen in einem weltweiten Register. Bisher wurden nach Infektion teils temporäre Diabetesformen beobachtet, berichtet er, doch noch sei die Datenlage nicht ausreichend für verlässliche Rückschlüsse. Früh und klar belegt wurde dagegen, dass Diabetes-therapien unter COVID-19 unbedingt fortgesetzt werden sollten. Leider hätten als „Kollateralschaden“ der Pandemie Menschen mit Diabetes zudem unter einer schlechteren Versorgung zu leiden, betonte der Referent. Da gebe es noch viel aufzuholen. *mg*

DMP Adipositas: »Hoffen auf ein neues Argumentarium«

Prof. Dr. Jens Aberle: Erkrankung ist in der Gesundheitspolitik angekommen

ALTDORF. Bis Juli 2024 soll das DMP Adipositas vorliegen. Über den Stand der Planungen und die mit dem DMP verknüpften Erwartungen, informierte Prof. Dr. Jens Aberle, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Den Präsidenten der Deutschen Adipositas Gesellschaft und Präsidenten des kommenden Diabetes Kongresses freute es sehr, dass das Thema Adipositas auch beim 65. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie aufgegriffen wurde. Denn die Adipositas sei eine endokrinologische Erkrankung, die inzwischen auch in der Gesundheits-

politik als solche wahrgenommen werde, betonte Prof. Aberle. Belastbare Daten zeigen, dass in der COVID-Pandemie die Adipositas zugenommen hat: Laut einer Forsa-Umfrage im Auftrag des DKFZ haben 39 % der hiesigen Bevölkerung beim Gewicht zugelegt – im Durchschnitt um 5,5 kg. „Eine Gewichtszunahme, die so relevant ist, dass metabolische Folgeerkrankungen der Adipositas zum Tragen kommen.“ Wer schon vor der Pandemie adipös war, war besonders vulnerabel. „Momentan gehen wir davon aus, dass etwa 24 % der deutschen Bevölkerung einen BMI von über 30

haben – und damit eine Adipositas“, sagte der Experte. Dabei ist deren Therapie sehr stark reglementiert. Ernährungs- und Bewegungstherapie als Basis sind seitens der gesetzlichen Krankenversicherung nur in besonderen Fällen zu verordnen und mit einer Zuzahlung der Patienten verbunden, so Prof. Aberle. Also: „Therapiehürden schon

»BMI-zentriertes Therapieziel«

zu Beginn!“ Auch sehr gute und sichere Medikamente zur Gewichtsreduktion seien keine Kassenleistung. „Selbst die bariatrische Chirurgie ist nur erstattungsfähig mit einem besonderen Antrag.“ Er hofft auf das im Bundestag beschlossene DMP. Bis Mitte 2023 fasst das IQWiG im Auftrag des G-BA die wichtigsten Leitlinien zusammen. Bis Mitte 2024 soll ein Richtlinien-text ausgearbeitet werden, der die Versorgung der Menschen mit Adipositas regelt. Es gehe um eine hochfrequente, wiederkehrende und dauerhafte Therapie und darum, „dass man im Rahmen des DMP auch ein

neues Argumentarium bekommt, um Adipositas zu behandeln: mit Ernährungs-, Bewegungs- und medikamentöser Therapie.“ Und das Therapieziel? „Das Therapieziel wird zunächst BMI-zentriert sein“, z.B. den BMI um 5 oder 10 % zu senken, und ansonsten sich „an wenigen anderen biometrischen Merkmalen“ ausrichten. Natürlich wird es auch um eine gute Lebensqualität der Menschen mit Adipositas gehen und darum, die Last der Komorbidität zu reduzieren – „das ist aber meine persönliche Vorstellung“, sagte Prof. Aberle. *GN*
Deutscher Kongress für Endokrinologie 2022

Der ewige Kampf mit den Kohlenhydraten

Wie Apps bei der Einschätzung der Nährwerte helfen

KAARST. Ob Insulinpumpen, Pumpe oder AID-System – Menschen mit Diabetes, die sich Insulin zuführen, müssen lernen, den Kohlenhydratgehalt ihrer Mahlzeiten einzuschätzen. Smartphone-Anwendungen können helfen, dabei die Fehlerquote zu senken.

Es gibt nicht den einen universellen Weg, die Menge der Kohlenhydrate in einer Mahlzeit erfolgreich zu erfassen. In Schulungsprogrammen werden Menschen mit Diabetes daher verschiedene Varianten vermittelt: So kann man beim Kochen die einzelnen Zutaten abwägen oder Schätzhilfen wie Esslöffel oder kleine Schüsseln verwenden. Ebenso kann man üben, per Augen- oder Handmaß zu schätzen. Diese Aufgabe kann einem auch eine Insulinpumpe oder ein System zur automatisierten Insulindosierung (AID) nicht abnehmen. Im Gegenteil: Mit den vielen Möglichkeiten, die ein kombinierter bzw. gesplitteter Bolus bietet, ist das Bolusmanagement und damit auch die Eingabe der korrekten Kohlenhydratmenge unverzichtbar.

Wer mag schon mit Waage im Restaurant anrücken?

Doch die Fehlerquote beim Ermitteln dieser Menge ist hoch: Etwa die Hälfte der Menschen mit Diabetes überschätzt sich. Während das Schätzen im Alltag bei vielen Betroffenen recht gut klappt, kann es beim auswärtigen Essen – etwa im Restaurant – eine echte Herausforderung darstellen, wie ROSALIE LOHR, Diabetesberaterin DDG und Ernährungsberaterin am LMU-Klinikum München, betonte: „Da mag man ja nicht mit einer Waage anrücken. Doch das Smartphone hat man in der Regel immer dabei.“ Genau deshalb sind Smartphone-Apps auf dem Vormarsch, die den Alltag von Menschen mit Diabetes erleichtern und ihnen mehr Flexibilität bringen sollen. Inzwischen steht eine Reihe von Anwendungen zur Verfügung, die beim Einschätzen des Kohlenhydratgehalts von Mahlzeiten helfen. Schon länger erprobt wird die App „GoCarb“, die an der Universität Bern entwickelt wurde. Hierbei muss man eine Referenzkarte mit einem bestimmten Farbmuster neben den Teller legen und mindestens zwei Fotos von der Mahlzeit schießen, damit die App quantitativ ermitteln kann, wie viele Gramm Kohlenhydrate sie enthält. „Die Abweichung beträgt etwa 7 g bei kleineren Mengen und bis zu 20 % bei größeren Portionen“, berichtete Lohr. Perspektivisch soll sich die Anwendung mit AID-Tools verknüpfen lassen.

Bildanalyse und Abgleich mit Lebensmittel-Datenbanken

Die App „SNAQ“, die 2020 mit dem bytes4diabetes-Award ausgezeichnet wurde, berechnet den Kohlenhydratanteil ebenfalls aus Mahlzeitenfotos. „Das funktioniert mittels Bildanalyse“, verriet SNAQ-Mitgründer

AURELIAN BRINER. Wenn die App auf einem Foto z.B. Reis, Salat und Hühnchen erkennt, macht sie einen Vorschlag, den man annehmen, ablehnen oder modifizieren kann. Für die Nährwertangaben greift die Software auf Datenbanken zurück.

In Europa müssen medizinische Apps die Anforderungen der CE-Zertifizierung und Medical-Device-

Regulation erfüllen. SNAQ wird deshalb hier nur als Lifestyle-App angeboten. In den USA hingegen, wo Digitalprodukte weniger strenger Regulierung unterliegen, hat das Start-up 2021 an der Integration von Diabetes-Devices gearbeitet. Mittlerweile lässt sich die App mit über 20 Geräten verbinden – darunter viele CGM-Systeme und Blutzucker-



Ein Foto vom Essen reicht, den Rest erledigt dann die Smartphone-App.

Foto: Syda Productions – stock.adobe.com

messgeräte. Die App zeigt dann die postprandiale Zeit im Zielbereich (TiR) an, erkennt Muster und warnt vor möglichen Blutzuckerspitzen bei bestimmten Mahlzeiten. Eine Studie ergab, dass sich die TiR nach dem

Essen mithilfe von SNAQ um 10 % steigern lässt. „Als nächstes Feature arbeiten wir an einer Vorhersage für die postprandiale Zeit im Zielbereich“, sagte Briner. Antje Thiel
DiATec 2022

Für Erwachsene
mit Typ-1- oder
Typ-2-Diabetes¹

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

Kein AMNOG
Rabattverträge mit allen Krankenkassen

Interesse geweckt?
Erhalten Sie weitere Informationen unter:
www.das-schnellste-lispro.de

1. Fachinformation Lyumjev® 100 Stand Februar 2021/Fachinformation Lyumjev® 200 Stand Februar 2021.
2. Heise T et al. Diabetes Obes Metab. 2020; 22:1789–1798.

Zulassungsinhaber: Eli Lilly Nederland B.V.; Papendorpseweg 83, 3528 BJ Utrecht, Niederlande; Ansprechpartner in Deutschland: Lilly Deutschland GmbH, Werner-Reimers-Str. 2-4, D-61352 Bad Homburg. **Bezeichnung der Arzneimittel:** 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 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); *Hilfsstoffe:* Glycerol, Magnesiumchlorid-Hexahydrat, Metacresol (Ph. Eur.), Natriumcitrat, Treprostinil-Natrium, Zinkoxid, Wasser für Injektionszwecke, Salzsäure und Natriumhydroxid (für die pH-Wert-Einstellung). **Anwendungsgebiete:** 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 Injektionslösung in einer Durchstechflasche: Nicht einfrieren. In der Originalverpackung lagern, um den Inhalt vor Licht zu schützen. Vor Gebrauch: Im Kühlschrank lagern. Nach erstmaligem Gebrauch: Nicht über 30 °C lagern. Nach 28 Tagen entsorgen. 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 200 Einheiten/ml KwikPen Injektionslösung im Fertigpen: Vor Gebrauch: Im Kühlschrank lagern. Nicht einfrieren. In der Originalverpackung lagern, um den Inhalt vor Licht zu schützen. Nach erstmaligem Gebrauch: Nicht über 30 °C lagern. Nicht im Kühlschrank lagern oder einfrieren. Die Pen-Schutzkappe nach Gebrauch wieder auf den Pen setzen, um den Inhalt vor Licht zu schützen. Nach 28 Tagen entsorgen. weitere Warnhinweise s. Fachinformation. **Verschreibungspflichtig. Stand der Information: Februar 2021**

Lilly

LYUMJEV
(insulin lispro)

Mehr als nur ein bisschen traurig ...

Kombination aus Diabetes und Depression erhöht die Mortalität

MAINZ. Bei etwa 20 % der Kinder und Erwachsenen mit Typ-1-Diabetes oder Typ-2-Diabetes liegt eine depressive Symptomatik vor. Die Komorbidität verschlechtert die Prognose signifikant. Ein Screening auf diese häufige psychische Begleiterkrankung erscheint daher sinnvoll.

Depression ist nicht gleich Depression. „Der Begriff umfasst ein sehr heterogenes Störungsbild, das wir sehr beschreibend diagnostizieren“, so Prof. Dr. MARTINA DE ZWAAN, Direktorin der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie an der Medizinischen Hochschule Hannover. So umfasst der Begriff selbstlimitierende Zustandsbilder wie Trauer oder Anpassungsstörungen, Dysthymie bis hin zu schweren depressiven Episoden. Letztere gelten als systemische Störungen, die von körperlichen Erkrankungen beeinflusst werden, aber auch ihrerseits körperliche Krankheiten beeinflussen können, verdeutlichte die Expertin.

Chronische Erkrankungen gehen oft mit Depression einher

Die Prävalenz depressiver Störungen kann nicht nur bei Menschen mit Diabetes, sondern auch bei vielen anderen chronischen Erkrankungen erhöht sein. Studien zufolge liegt sie bei 12–18 % für Diabetes, 15–23 % für koronare Herzkrankheit, 20–50 % für chronische Nierenerkrankungen und 31–80 % für Multiple Sklerose – gegenüber 3–4 % in der Allgemeinbevölkerung.

Zudem liegen inzwischen neue Metaanalysen zur Prävalenz von Depression bei Menschen mit Typ-1-Diabetes und Typ-2-Diabetes vor. Bei einer dieser Analysen¹ konnten 44 Studien berücksichtigt werden. Danach ist das Risiko bei Typ-1-Diabetes zweifach erhöht im Vergleich zu Kontrollen (22 % vs. 13 %). Ähnlich fielen die Ergebnisse bei Typ-2-Diabetes aus (19 % vs. 11 %). Eine Metaanalyse² mit 109 Studien befasste sich eigens mit der Prävalenz von Depression und Angst bei Kindern. Demnach lag die Prävalenz bei Typ-1-Diabetes für Depression bei rund 22 % und für Angst bei knapp 18 %. Bei Kindern mit Typ-2-Diabetes fand sich eine Depressionsprävalenz von knapp 23 %, erklärte Prof. de Zwaan. Zur umgekehrten Frage, wie häufig sich Diabetes bei Menschen mit psychischen Erkrankungen findet, bietet ein Umbrella-Review³ beachtenswerte Resultate. Demnach erwies sich die prozentuale Häufigkeit von Typ-2-Diabetes bei allen untersuchten psychischen Störungen als deutlich höher gegenüber der Allgemeinbevölkerung, u.a. bei bipolarer Störung (11 %), Depression (9 %), Angststörung (rund 14 %)

und Binge-Eating-Störung (knapp 21 %). 245 Beobachtungsstudien aus 32 systematischen Reviews wurden dabei berücksichtigt.

„Doch was ist zuerst da?“, fragte Prof. de Zwaan, „das ist wahrscheinlich deutlich bidirektional“. Entsprechende Hinweise liefert ein zweites Umbrella-Review⁴, das 25 systematische Reviews umfasst.

Psychische Erkrankungen erhöhen das Diabetesrisiko

Demnach konnten psychische Störungen als Risikofaktoren für die Entwicklung eines Typ-2-Diabetes identifiziert werden: Bei Depression lag der RR-Wert zwischen 1,18 und 1,60, bei Schlafstörungen lag er bei 1,55–1,74 und bei Angststörungen bei 1,47, berichtete die Expertin. Noch einmal deutlich höher war der RR-Wert, wenn Behandlungen mit Antidepressiva (1,27–1,50) oder Antipsychotika (1,93–1,94) erfolgten. Um den Zusammenhang zwischen Depression sowie anderen psychischen Störungen und Typ-2-Diabetes zu erhellen, stehen behaviorale und biologische Mechanismen im Fokus der Forschung (s. Kasten). Dies ist insbesondere deshalb bedeutsam, da die Komorbidität von Diabetes und Depression mit einer signifikanten Zunahme der Gesamtmortalität verbunden ist. Letztere liegt höher als die Mortalität durch Diabetes oder Depression allein im Vergleich zu Menschen, die keine der beiden Erkrankungen haben, erläuterte Prof. de Zwaan. Diese Resultate, die auf dem National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES-1) beruhen, konnten nun durch eine Taiwanesische Studie⁵ bestätigt werden.

»Begriff umfasst sehr heterogenes Störungsbild«



Fotos: iStock/Flash vector, iStock/bgblue

Auf Erklärungssuche

Warum entwickeln Menschen mit Depression und anderen psychischen Störungen gemäß Studienlage gehäuft einen Typ-2-Diabetes? Behaviorale und biologische Mechanismen – und auch deren Interaktion – gelten als potenzielle Erklärungen:

Behaviorale Mechanismen:

- ungesunder Ernährungsstil
- körperliche Inaktivität
- hoher Alkoholkonsum
- Rauchen
- Schlafstörung
- geringe Adhärenz bei Untersuchungen und Medikamenteneinnahme

Biologische Mechanismen:

- Gewichtszunahme und Adipositas
- erhöhte Aktivität an den Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achsen (HPA-Achsen)
- erhöhte Aktivität des Sympathikus
- Inflammation, erhöhte Zytokine
- erhöhte Insulinresistenz
- Dyslipidämie
- komorbide Erkrankungen

Bei dieser Untersuchung zu Depression und Überlebensrate bei Menschen mit und ohne Diabetes wurden Patientendaten von 2000 bis 2015 berücksichtigt. Es zeigte sich: Sowohl Menschen, deren Depression noch vor ihrem Typ-2-Diabetes aufgetreten war, als auch Personen mit Depressionsbeginn nach der Diabetesdiagnose hatten eine erhöhte Mortalität im Vergleich zu Menschen mit Diabetes ohne Depression, verdeutlichte die Klinikdirektorin.

Screening auf Depression in Diabetestherapie verankern

Somit ist einerseits die hohe Komorbidität zwischen Depression und Diabetes zu beachten. Andererseits kommt erschwerend hinzu, dass Depressivität bei Menschen mit Diabetes mit einem ungünstigen Krankheitsverlauf und erhöhter Mortalität verbunden ist, resümierte Prof. de Zwaan. Über mögliche Ursachen dieser Zusammenhänge werde diskutiert: Maladaptives Krankheitsverhalten und psychophysiologische

sowie neuroendokrinologische Veränderungen stehen dabei im Fokus (s. Kasten). Als praxisrelevante Empfehlung leitet sich daraus ab, auf die eine oder andere Weise auf Depression zu screenen und gegebenenfalls eine Behandlung zu empfehlen, so die Expertin. Zum Screening eigne sich aus praktischer Sicht zunächst z.B. ein kurzer 2-Item-Screening-Test oder auch der frei verfügbare Patient Health Questionnaire (PHQ-9). Die Säulen einer Behandlung seien Schulung, Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung, gegebenenfalls eine Psychopharmakotherapie (cave: Gewichtszunahme) oder eine Psychotherapie.

Dr. Elisabeth Nolde

1. Farooqi et al. Prim Care Diabetes 2022; 1: 1-10; doi: 10.1016/j.pcd.2021.11.001
 2. Akbarizadeh et al. World J Pediatr 2022; 18: 16-26; doi: 10.1007/s12519-021-00485-2
 3. Lindekilde et al. Diabetologia 2022; 65(3): 440-456; doi: 10.1007/s00125-021-05609-x
 4. Lindekilde et al. Diabetes Res Clin Pract 2021; 176: 108855; doi: 10.1016/j.diabres.2021.108855
 5. Huang et al. J Clin Psychiatry 2022; 83(1): 20m13692; doi: 10.4088/jcp.20m13692
 Diabetes Update 2022

Ab in den Sattel!

Analyse der EPIC-Studie belegte Gesundheitsvorteile für Fahrradfahrer

MAINZ. Wessen Fahrrad über den Winter oder über noch längere Zeit ein einsames Dasein im Keller fristen musste, dem lieferte Prof. Dr. Dr. STEPHAN MARTIN aus Düsseldorf gute Gründe, es beim Frühjahrsputz mal wieder herauszuholen. „Diese Studie hat mich persönlich sehr gefreut, weil ich jeden Morgen

mit dem Fahrrad zur Arbeit fahre, auch wenn es kalt ist“, berichtete Prof. Martin vom Marien-Hospital und Direktor des Westdeutschen Diabetes- und Gesundheitszentrums in Düsseldorf. In der betreffenden Arbeit analysierten die Autor*innen von knapp 7.500 Teilnehmenden der EPIC*-

Studie aus zehn europäischen Ländern, wie oft sie Fahrrad fuhren. Sie unterteilten die Personen daraufhin nach der Häufigkeit des Radfahrens in verschiedene Gruppen. Anschließend verglichen sie deren Mortalität und die Anzahl kardiovaskulärer Ereignisse über einen Zeitraum von fünf Jahren.

Die Auswertung ergab, dass diejenigen, die vier Stunden pro Woche Fahrrad fuhren, eine deutlich reduzierte kardiovaskuläre und Gesamtmortalität aufwiesen. „Das Positive für Sie, wenn Sie jetzt sagen, das möchten Sie auch machen, ist Folgendes“, kommentierte Prof. Martin: „Wer bisher nicht Fahrrad gefahren

ist und damit anfängt, kann so sein Risiko gut senken.“ Diejenigen, die diese Aktivität wieder einstellen, profitierten hingegen nicht von einem Langzeiteffekt; ihr Risiko stieg wieder an. *mg*

* European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition
 Diabetes Update 2022

Mit weniger Kilos zur Remission

Mehr Augenmerk auf Gewichtsreduktion als auf Glukosekontrolle

DÜSSELDORF. Wer einen Typ-2-Diabetes hat, sollte abnehmen – das ist kein wirklich neues Konzept. Doch es bekommt aufgrund der mittlerweile verfügbaren gewichtsreduzierenden Therapien neue Bedeutung. Aus der gewichtszentrierten Versorgung bei adipositasassoziiertem Typ-2-Diabetes ergibt sich ein ganz neuer Behandlungsalgorithmus.

Professorin Dr. ILDIKO LINGVAY von der Universität von Texas in Dallas ist sich sicher: „Die Behandlung der Adipositas ist die Zukunft der Diabetestherapie.“ Dahinter steckt ein wirksamer und holistischer Ansatz für die Mehrheit der Menschen mit Typ-2-Diabetes, deren Stoffwechsel infolge eines zu hohen Körpergewichts aus dem Lot geraten ist. Die Gewichtsreduktion wirke auf die Pathophysiologie ein, verlangsamt den Krankheitsverlauf oder kehre ihn sogar um, sagte sie, „denn die Insulinresistenz ist bei diesen Menschen der Haupt-Krankheitstreiber“. Diabetes- wie adipositasassoziierte Komorbiditäten ließen sich verhindern oder zumindest günstig beeinflussen.

Bariatrische Chirurgie nur als Ultima Ratio erwägen

Die gewichtszentrierte Therapie ist nach diesem Algorithmus bei adipositasassoziiertem Typ-2-Diabetes unabhängig vom HbA_{1c} oder Nüchternblutzucker indiziert. Das Therapieziel ist ehrgeizig, aber lohnend: „Eine Gewichtsreduktion von 15 % ermöglicht den meisten Patient*innen eine Diabetes-Remission“, betonte Prof. Lingvay. Mindestens zu fordern sei eine 10%ige Gewichtsabnahme.

Im ersten Schritt kommen dabei Lebensstilinterventionen und Pharmaka zur Gewichtsreduktion wie Orlistat, Bupropion/Naltrexon, Liraglutid (3,0 mg) und Semaglutid (2,4 mg) zum Einsatz. Reicht das nicht aus, kann ein Wechsel der

Medikation oder eine Kombination von gewichtsreduzierenden Medikamenten erwogen werden. Wenn das alles nichts hilft, ist die bariatrische Chirurgie zu erwägen.

Der HbA_{1c}-Wert wird zwar nicht gänzlich außer Acht gelassen, die blutzuckersenkende Therapie sollte aber besonders die Wirkstoffe berücksichtigen, für die ein gewichtsreduzierender Effekt nachgewiesen wurde, also Metformin, SGLT2-Inhibitoren (SGLT2i) und GLP1-Rezeptoragonisten (GLP1-RA). Das neue Behandlungsparadigma erfordere radikales Umdenken, meinte Prof. Lingvay, „und natürlich beginnt alles mit informierten Patient*innen“. Entsprechend müssten jetzt alle Beteilig-

ten fortgebildet werden, Leitlinien den neuen Ansatz implementieren, und der Zugang für die Betroffenen müsse ermöglicht werden. Die Referentin forderte auch eine Berücksichtigung in sozioökonomischen Modellen als Entscheidungsgrundlage im öffentlichen Gesundheitswesen.

Das von Prof. Lingvay und ihrem Team entwickelte Therapiekonzept wurde Ende September publiziert¹ und differenziert nach drei verschiedenen Diabetestypen (siehe Tabelle). Diese sind neben dem adipositasassoziierten Typ-2-Diabetes der kardiovaskulär bzw. renal geprägte Diabetes und die isolierte Hyperglykämie aufgrund einer signifikanten Betazell-Dysfunktion. Hier

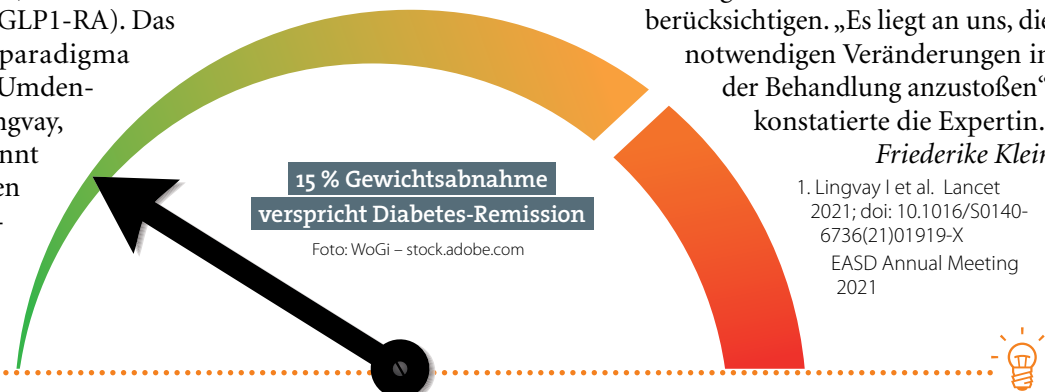
»Therapieziel ist ehrgeizig, aber lohnend«

kommen primär GLP1-RA zum Einsatz. „Reicht das nicht aus, können ergänzend Insulin oder Medikamente eingesetzt werden, welche die Insulinproduktion anregen, also z.B. Sulfonylharnstoffe“, erklärte die Referentin. Diese kommen auch alternativ infrage, wenn GLP1-RA nicht vertragen werden.

Bei Gewichtszunahme unter der intensivierten Therapie sollte man auch hier besonders gewichtssparende glukosesenkende Wirkstoffe berücksichtigen. „Es liegt an uns, die notwendigen Veränderungen in der Behandlung anzustoßen“, konstatierte die Expertin.

Friederike Klein

1. Lingvay I et al. Lancet 2021; doi: 10.1016/S0140-6736(21)01919-X
EASD Annual Meeting 2021



Therapieansätze je nach Diabetes-Subtypen

Typ-2-Diabetes-Subtyp	Adipositasassoziiertes Diabetes	Diabetes mit kardiovaskulärer Erkrankung	Isolierte Hyperglykämie
Primärer pathophysiologischer Treiber	Insulinresistenz	Atherosklerose, Inflammation	Betazell-dysfunktion
Ungefähre Prävalenz	40–70 %	20–40 %	10–20 %
Primäre Morbidität	Adipositas	Kardiovaskuläre Erkrankung	Hyperglykämie
Ausrichtung der Diabetestherapie	gewichtszentriert	kardiozentriert	blutzuckerzentriert
Therapieziel	> 15 % Gewichtsverlust	Einsatz geprüfter kardio- protektiver Wirkstoffe	HbA _{1c} < 7 %
Therapiebeispiele	Gewichtsreduzierende Medikamente oder Interventionen, GLP1-RA, SGLT2i, Metformin	SGLT2i, GLP1-RA	Sulfonylharnstoff, Insulin, GLP1-RA
Sekundäre Therapieziele	Kontrolle von Blutzucker, Blutdruck und Blutfetten	Kontrolle von Gewicht, Blutzucker, Blutdruck, Blutfetten und Koagulation	— (nicht anwendbar bei isolierter Hyperglykämie)

Schutz für hochbetagte Herzen

Altersgruppe 80+ ist in Studien zu SGLT2-Hemmern unterrepräsentiert

WIESBADEN. Auch ältere Patienten mit Diabetes und/oder kardiovaskulären Erkrankungen profitieren von der Therapie mit SGLT2-Inhibitoren. Dennoch spielt die Substanzklasse in dieser Altersgruppe nur eine untergeordnete Rolle.

Etwa vier Millionen Menschen in Deutschland sind über 80 Jahre alt und zählen somit zu den Hochbetagten. „32 % der Frauen und 34 % der Männer in dieser Altersgruppe haben einen Diabetes und 10 bis 13 % eine Herzinsuffizienz“, berichtete Dr. YOUNG HEE LEE-BARKEY vom Herz- und Diabeteszentrum NRW der Ruhruniversität Bochum. Bei einer Herzinsuffizienz ist das

Risiko für eine Sarkopenie erhöht, was zu vermehrten Stürzen, eingeschränkter Mobilität Gebrechlichkeit, vermehrten Hospitalisierungen und erhöhter Mortalität beiträgt. Profitieren sie in dieser Ausgangslage überhaupt noch von einer leitliniengerechten Therapie? Dazu gehören heute im Prinzip Angiotensin-Rezeptor-Nephrilysin-Inhibitoren (ARNI), Betablocker, Mineralokortikoidrezeptor-Antagonisten (MRA) und SGLT2-Inhibitoren, die auch bei Diabetes mit kardiovaskulären Vorerkrankungen empfohlen werden. „In Studien ist die Altersgruppe 80+ leider immer noch unterrepräsentiert“, kritisierte Dr. Lee-Barkey. In der EMPA-REG-Outcome-Studie

zeigte sich bei über 75-Jährigen eine deutliche Reduktion kardiovaskulärer Todesfälle, Hospitalisierungen aufgrund von Herzinsuffizienz, Verschlechterungen von Nierenerkrankungen und akutem Nierenversagen – allerdings um den Preis von häufigeren Harnwegsinfektionen.

Risiko von Volumenmangel und Blutdruckabfall berücksichtigen

Eine altersadaptierte Dosisanpassung ist bei SGLT2-Inhibitoren nicht erforderlich. Ab dem 85. Lebensjahr wird die Therapie mangels Erfahrungen nicht mehr empfohlen. Auch bei sehr gebrechlichen, kachektischen Patienten muss der Einsatz genau abgewogen werden. Bei

älteren Patienten ist unter SGLT2-Hemmern zudem das Risiko eines Volumenmangels zu beachten – insbesondere bei reduzierter Trinkmenge. Es kann auch zu mäßigen Blutdrucksenkungen kommen, eine antihypertensive Medikation sollte daher ggf. angepasst werden.

Zur reinen Verbesserung der glykämischen Kontrolle bei Typ-2-Diabetes sollten SGLT2-Hemmer nur bei einer geschätzten glomerulären Filtrationsrate (eGFR) > 60 ml/min/1,73 m² eingesetzt werden. Ab einer eGFR < 45 ml/min/1,73 m² sollten sie abgesetzt werden, da keine blutzuckersenkende Wirkung mehr zu erwarten ist. Canagliflozin und Dapagliflozin können aber auch bei

Diabetesschutz als Nebeneffekt

DÜSSELDORF. Der SGLT2-Inhibitor Dapagliflozin scheint Stoffwechself gesunde vor Diabetes zu schützen. Dies zeigen die Studien DAPA-HF und DAPA-CKD, in denen man die Wirksamkeit und Sicherheit von Dapagliflozin hinsichtlich kardialer und renaler Endpunkte geprüft hatte.^{1,2} Zum Beginn beider Untersuchungen wiesen 2.605 bzw. 1.398 Personen keinen Typ-2-Diabetes auf (55 % bzw. 33 %).

Neben den positiven Effekten auf die primären Endpunkte profitierten die Teilnehmenden zusätzlich in puncto Diabetesrisiko von der täglichen Einnahme von 10 mg Dapagliflozin. Das Erkrankungsrisiko lag um 33 % niedriger, berichtete Professor Dr. SILVIO INZUCCHI, Yale Medicine Diabetes Center in New Haven.

Relatives Diabetesrisiko um 31 % reduziert

Insgesamt entwickelten 211 Personen (5,3 %) im Studienverlauf einen Diabetes, wobei die meisten von ihnen bereits zu Beginn einen Prädiabetes aufwiesen. In dieser Subgruppe war das relative Risiko für einen definitiven Typ-2-Diabetes unter dem SGLT2-Hemmer um 31 % reduziert. Besonders zu profitieren schienen Jüngere unter 65 Jahre, Patient*innen mit erhöhtem systolischem Blutdruck, Frauen insgesamt und Personen mit Adipositas. Der mögliche „Diabetesschutz“ von Dapagliflozin sei ein schöner Nebeneffekt, meinte der Referent. Das eigentliche Ziel aber sei die Vermeidung kardiovaskulärer und renaler schwerer Ereignisse. *fk*

1. McMurray JJV et al. N Engl J Med 2019; 381: 1995–2008; doi: 10.1056/NEJMoa1911303

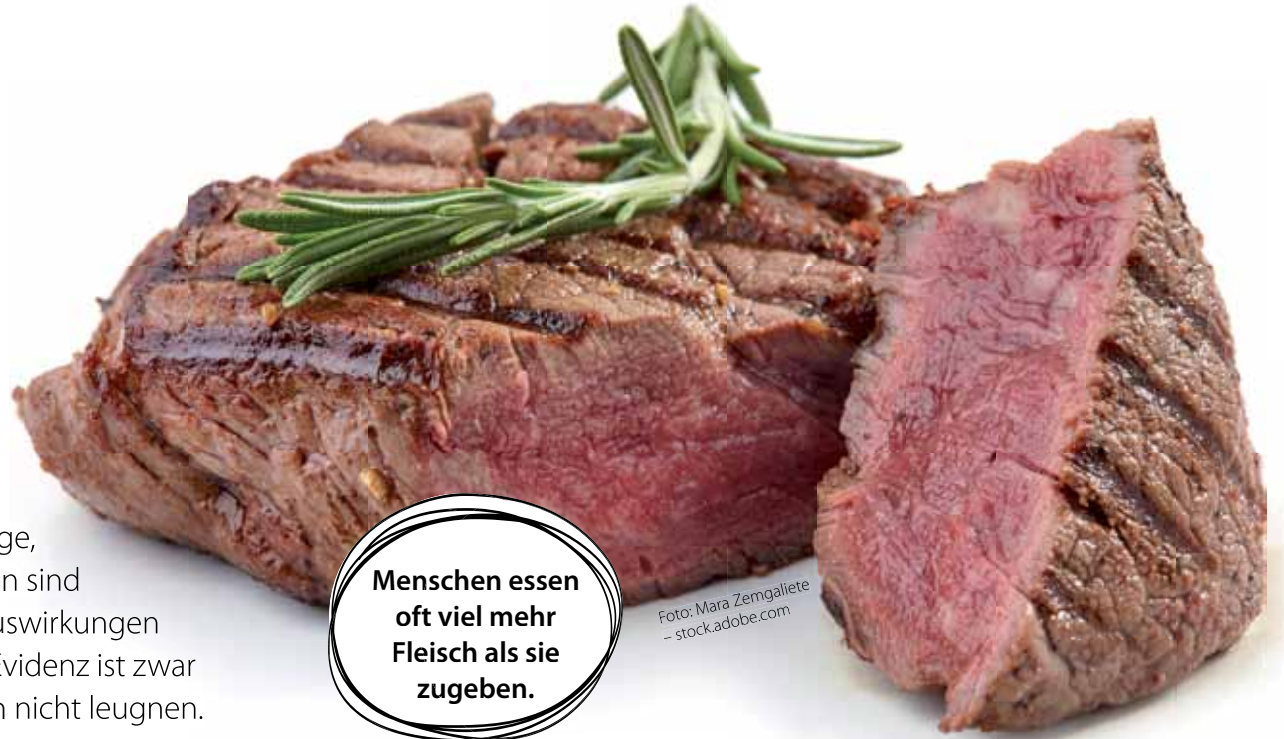
2. Heerspink HJL et al. N Engl J Med 2020; 383: 1436–1446; doi: 10.1056/NEJMoa2024816

EASD Annual Meeting 2021

Riskante Fleischeslust

Mit der Verzehrmenge von rotem Fleisch steigt auch das Diabetesrisiko

WIESBADEN. Wenige Debatten werden so hitzig geführt wie die Frage, ob Menschen Tiere essen sollten oder nicht. Moralische Überlegungen sind die eine Seite, doch auch an der Frage nach den gesundheitlichen Auswirkungen des Fleischkonsums scheiden sich die Geister. Die wissenschaftliche Evidenz ist zwar eher unscharf, doch gewisse physiologische Plausibilitäten lassen sich nicht leugnen.



Menschen essen oft viel mehr Fleisch als sie zugeben.

Foto: Mara Zengaliete – stock.adobe.com

Das neue Jahr ist zwar schon ein paar Wochen alt, aber vielleicht gibt es sie noch: jene, die ihre Neujahrsvorsätze noch nicht ganz über Bord geworfen haben. Und bei dem ein oder der anderen stand mit Sicherheit auch der bewusste Verzicht auf Fleisch auf der Liste – oder zumindest der Vorsatz, weniger davon zu essen. Dazu passend findet seit einigen Jahren der »Veganuary« statt, bei dem dazu aufgerufen wird, im Januar einen Monat lang zu versuchen, komplett auf tierische Produkte zu verzichten, also vegan zu leben.

Drei Packungen Wurst oder zwei bis drei große Steaks

Auch in der Fachliteratur finden sich seit Jahren Studien, Aufsätze und Diskussionen zum Thema Fleisch und Fleischkonsum. Zu den allgemeinen Empfehlungen einer gesunden und ausgewogenen Ernährung findet man praktisch immer den Ratschlag, tierische Produkte nur in moderatem Umfang zu genießen – allen voran rotes Fleisch. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) beispielsweise empfiehlt Erwachsenen, nicht mehr als 300 bis maximal 600 g Fleisch und Wurstwaren pro Woche zu essen. Umgerechnet sind das etwa drei Packungen Wurst oder zwei bis drei (große) Steaks.

Und wie sieht es tatsächlich auf den Tellern in Deutschland aus? „Von selbstberichteten Angaben wie in der Nationalen Verzehrstudie II wissen wir, dass sie relativ unzuverlässig sind“, meinte Dr. PETER VON PHILIPSBORN, Versorgungsforscher an der LMU München. Denen zufolge essen Frauen durchschnittlich 590 g Fleisch pro Woche und kratzen damit am oberen Rand der DGE-Empfehlung. Männer überspringen diese Grenze locker mit 1.120 g wöchentlich. Wenn diese Zahlen den tatsächlichen Verzehr allerdings unterschätzen – wie viele Schnitzel und Wurstplatten landen hierzulande auf dem Tisch?

„FAO-Daten liegen vermutlich näher an der Wahrheit“, so Dr. von Philipsborn. Die Food and Agriculture Organisation (FAO) bzw. Welternährungsorganisation ist die Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen (UN) und errechnete für eine Studie die Lebensmittelverfügbarkeit für die Bevölkerung anhand der Produktionsdaten verschiedener Waren. „Vermutlich wird doppelt so viel

Fleisch gegessen wie empfohlen, im Schnitt 1.650 g pro Woche.“ Im Kontext chronischer Erkrankungen wie Adipositas und Diabetes ist es interessant zu wissen, welchen Einfluss dieser Überkonsum an rotem und verarbeitetem Fleisch ggf. auf den Stoffwechsel und die allgemeine Gesundheit ausübt.

Gezuckerte Getränke erhöhen das Diabetesrisiko am meisten

Oder anders gefragt: Fördert die „Fleischeslust“ Diabetes? Aus einer prospektiven Studie gehen Zahlen hervor, wonach das relative Erkrankungsrisiko linear zur Verzehrmenge an rotem Fleisch steigt: 100 g täglich gehen mit einem etwa 20 % höheren relativen Risiko für Typ-2-Diabetes einher, bei 200 g steigt das Risiko sogar um knapp 40 %.¹ Eine ähnliche Gefahr geht laut den Daten von Wurst aus: 150 g pro Tag schlagen mit einem rund 1,4-fach erhöhten Diabetesrisiko zu Buche.

Zur Einordnung sollte man die Zahlen anderer als allgemein eher ungesund geltenden Lebensmittel jedoch nicht außer Acht lassen. In der zi-

tierten Arbeit rangieren Weißmehlprodukte und allen voran natürlich gezuckerte Getränke in derselben Risikogrößenordnung für Diabetes: Mit einer um etwa 30 % gestiegenen Erkrankungswahrscheinlichkeit müsse man rechnen, wenn man täglich 800 ml zuckergesüßte Limo trinkt oder 700 g raffiniertes Getreide zu sich nimmt, führte der Referent aus.

Allerdings – und das betonte Dr. von Philipsborn deutlich – handelt es sich bei all diesen Studien um Beobachtungsstudien mit all ihren methodischen Problemen. So finde man die genannten Zusammenhänge besonders häufig in Ländern, die aufgrund des hohen Einkommens ihrer Bevölkerung sich zwar mehr Fleisch leisten und essen können, in denen aber eben auch andere Risikofaktoren für Diabetes erhöht sind, z.B. Rauchen.

Neben Gesundheit geht es auch um Umwelt und Tierwohl

Nicht von der Hand weisen kann man nach Einschätzung des Versorgungsforschers allerdings eine gewisse physiologische Plausibilität, nach der große Mengen an roten und verarbeiteten Fleischprodukten ungünstig auf Stoffwechselläufe einwirken. Zudem gebe es die umgekehrte Evidenz aus kontrollierten Studien, nach denen eine umfassende Ernährungsumstellung inklusive der

»Teil der Identität und des Lebensstils«

Reduktion von Schnitzel und Co. mit einem verringerten Diabetesrisiko einhergeht (z.B. PREDIMED-Studie). Wie groß der Anteil des reduzierten Fleischkonsums an diesem Effekt am Ende ist, bleibt jedoch unklar. Wenn nun also so viele zumindest indirekte Hinweise vorliegen und verschiedene Expertengremien zu einem maßvollen Konsum von Fleisch und Wurst raten: Wieso wird die Debatte dann so hitzig geführt? Dr. von Philipsborn meint dazu: „Wir wissen eben, dass die Menschen gern Fleisch essen und sich das nur ungern nehmen lassen. Viele sehen es als Teil der eigenen Identität an, des Lebensstils und der Sozialisation.“ In den Diskussionen gehe es zudem auch meist nicht nur um die Gesundheit, sondern auch um Umwelt und Tierwohl. Die Kontroverse wird also vermutlich nicht so schnell beigelegt.

Maria Fett

1. Schwingshackl et al. Eur J Epidemiol 2017; 32: 363-375; doi: 10.1007/s10654-017-0246-y

Diabetes Herbsttagung 2021

»Beobachtungsstudien mit all ihren methodischen Problemen«

Impfen, boostern, abnehmen und bewegen

Adipositas erhöht bei einer Coronainfektion das Risiko für schwere Verläufe

WIESBADEN. Homeoffice, weniger Sportangebote, veränderte Essgewohnheiten – viele haben während der Coronapandemie Gewicht zugelegt. Dabei kann Adipositas die COVID-19-Mortalität in etwa verdoppeln. Zwei Fachleute informieren, wie man dem entgegenwirken kann.

Adipositas erhöht das Risiko, an COVID-19 zu sterben – das gilt vor allem für jüngere Menschen unter 50 Jahren. Die Vorerkrankung steigert die Mortalität bei ihnen um rund 60 %. Auch das Risiko für schwere COVID-19-Verläufe ist vor allem bei unter 60-Jährigen adipösen Menschen erhöht. Bei Älteren kommen eher andere Risiko-

faktoren zum Tragen. Dies macht deutlich, wie wichtig die Prävention des Übergewichts schon in jungen Lebensjahren ist, sagte Professor Dr. MATTHIAS BLÜHER vom Helmholtz-Institut für Metabolismus-, Adipositas- und Gefäßforschung in München. Die im Lockdown beobachtete Gewichtszunahme, vor allem bei Kindern, kann das Problem noch verschärfen.

Ein weiterer, oft wenig beachteter Risikofaktor für schwere COVID-19-Verläufe und eine erhöhte Sterblichkeit sei körperliche Inaktivität, erklärte der Referent. Zudem gehen mit Übergewicht und Inaktivität häufig Komorbiditäten wie Hypertonie, kardiovaskuläre Erkran-

kungen oder Diabetes einher. Eine frühzeitige Adipositas-therapie, Bewegungsprogramme und eine stabile Stoffwechsellage bei Diabetes sind somit wichtige präventive Strategien zur Vermeidung schwerer COVID-19-Verläufe, betonte Prof. Blüher.

Wichtig für die Prävention ist natürlich auch die Impfung, erklärte Professor Dr. JULIAN SCHULZE ZUR WIESCH vom Deutschen Zentrum für Infektionsforschung am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Leider sei zu befürchten, dass die Impfantwort bei Adipositas deutlich schwächer ausfällt, wie man es von der Influenza-Impfung kennt. Denn ähnlich wie hohes Alter führt auch die Adipositas zu einer Im-

munalterung mit abgeschwächten Impfantworten. Eine verminderte Antikörper-Bildung nach der Biontech/Pfizer-Impfung wurde z.B. bei Rauchern, Hypertonie, Dyslipidämie und zentraler Adipositas nachgewiesen. Das gleiche gilt für einen Typ-2-Diabetes mit einem HbA_{1c} von über 7 % und instabiler Stoffwechsellage.

Indikation zur Booster-Impfung großzügig stellen

Dies setzte sich einer Veröffentlichung nach auch in eine höhere Rate an schweren Durchbruchinfektionen um. Von den 14 untersuchten, vollständig geimpften, hospitalisierten Patienten hatten

- zwölf kardiovaskuläre Erkrankungen,
- neun waren adipös,
- sieben hatten einen Diabetes und
- vier eine Immunsuppression.

Bei Patienten mit diesem Risikoprofil sollte man die Indikation zu notwendigen Booster-Impfungen sehr großzügig stellen, empfahl der Infektiologe. Daneben sollte man übergewichtigen und adipösen Patienten zur Prävention schwerer COVID-19-Verläufe zu viel Bewegung, gesunder Ernährung und Gewichtsabnahme raten. Stabile Glukosewerte senken das Risiko ebenfalls. Wichtig sei auch, einen guten Impfschutz im Umfeld aufzubauen. MW

Diabetes Herbsttagung 2021



Jetzt kostenlos
abonnieren

bit.ly/3I6X6Dz



Foto: iStock/Pykhodov

Versand zweiwöchentlich

DiabetesLetter für Fachärzt:innen

Medical Tribune hält Sie auf dem Laufenden!

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

Wohin bewegt sich die Diabetologie?

Der DiabetesLetter für Haus- und Fachärzt:innen informiert Sie über:

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

Bestellcoupon

Einfach ausfüllen und **per Post**
oder **per Fax** an **0611 9746 480-288**
senden.

Bitte vergessen Sie nicht, Ihre E-Mail-Adresse anzugeben!

MedTriX GmbH
Digital
Unter den Eichen 5
D-65195 Wiesbaden

DOG 4/2022

Ja, ich abonniere kostenlos
den zweiwöchentlichen DiabetesLetter

Des Weiteren möchte ich folgende kostenlose Newsletter abonnieren:

- | | | |
|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> PraxisLetter | <input type="checkbox"/> GastroLetter | <input type="checkbox"/> CMELetter |
| <input type="checkbox"/> OnkoLetter | <input type="checkbox"/> RheumaLetter | <input type="checkbox"/> PädiatrieLetter |
| <input type="checkbox"/> NeuroLetter | <input type="checkbox"/> DermaLetter | <input type="checkbox"/> GynLetter |
| <input type="checkbox"/> PneumoLetter | <input type="checkbox"/> InfoLetter mit Cartoon | <input type="checkbox"/> eHealthLetter |
| <input type="checkbox"/> KardioLetter | <input type="checkbox"/> HonorarLetter | (bitte ankreuzen) |

E-Mail-Adresse

Name

Fachrichtung

Datum, Unterschrift



Ein digitales Ökosystem

Internetplattform soll die Diabetesschulung zukunftsfähig machen

WIESBADEN. In der bisherigen Schulungswelt aus Papier und USB-Sticks lassen sich inhaltliche wie technische Neuerungen nur sehr verzögert umsetzen. Dieses und weitere Probleme soll ein neues Onlineformat lösen: die Diabetes Schulungs Lounge.

Ob Bäckereihandwerk, Gastronomie oder Tankstellengewerbe – „über alle Branchen hinweg hat man während der Coronapandemie bemerkt, was digital alles möglich ist.“ Mit diesen Worten begrüßte Professor Dr. BERNHARD KULZER vom Diabetes Zentrum und dem Forschungsinstitut der Diabetes Akademie in Bad Mergentheim sein Auditorium. Das Gesundheitswesen hinke in diesem Punkt allerdings anderen Bereichen der Gesellschaft hinterher. Doch eine wachsende Zahl von Menschen wünsche sich auch hier mehr digitale Angebote. Im Bereich der Diabetesschulungen bergen diese durchaus Vorteile, so der Referent. Man könne Schulungsmodulare flexibler und regelmäßiger in den Behandlungsprozess integrieren. Oder durch eine Auslagerung reiner Wissensanteile in der eigentlichen Schulung mehr Zeit für die individuellen Anliegen der Menschen gewinnen.

Traditionelle Programme reagieren nur träge auf Neues

Vielmehr gelte es zu verhindern, dass Online-Kurse auf eine reine Wissensvermittlung reduziert und therapieunabhängig angeboten werden. „In Studien gibt es fast eine Null-Korrelation zwischen Wissen, Verhalten und dem HbA_{1c}“, betonte Prof. Kulzer. Für Verhaltensänderungen brauche es die persönliche Beratung. Schulung und Behandlung sollten daher verzahnt bleiben.

Ergänzende Materialien

Über die Diabetes Schulungs Lounge können Anwender auch auf zusätzliche, optionale Materialien zugreifen, beispielsweise:

- Schulungskonzepte, die noch nicht evaluiert wurden (z.B. KetoAware)
- Einzelschulungen
- Schulungen für besondere Lebenssituationen oder Anforderungen (z.B. Schwangerschaft, Leistungssport etc.)

Auch für die Schulenden bietet die Digitalisierung neue Möglichkeiten: Die alte Schulungswelt aus viel Papier, USB-Sticks, zum Teil sogar noch CD-ROM oder Overhead-Folien ist unflexibel. Überarbeitungen, z.B. aufgrund neuer Leitlinien, können durch den starren Entwicklungsprozess erst drei bis fünf Jahre verzögert integriert werden. Und auf Veränderungen der Schulungslandschaft, etwa Videokurse oder das Ende des Adobe Flash Players, kann kaum reagiert werden. Weitere Defizite sieht Prof. Kulzer darin, dass

- 2,6 Millionen Diabetespatienten nicht im DMP sind,
- kaum Schulungen im Hausarztbereich möglich sind,
- die Kurse beim Typ-2-Diabetes meist erst spät nach der Manifestation stattfinden,

- es wenig Fortschritt und Kursblöcke mit jahrelangen Pausen dazwischen gibt und
 - die Zahl der Schulungen sinkt.
- „Darum haben wir uns in einer größeren Gruppe Gedanken gemacht, wie die Schulung zukunftsfähig werden kann“, erläuterte der Psychologe. Das Ergebnis war die Schaffung der Diabetes Schulungs Lounge, eines digitalen „Schulungs-Ökosystems“.

»Da ist viel Interaktion drin, es ist alles an einem Platz, und es lebt«

Prof. Kulzer erläuterte: „Ökosystem heißt: Da ist viel Interaktion drin, es ist alles an einem Platz, und es lebt.“ Folgende Lösungsmöglichkeiten für die bisherigen Probleme soll die neue Plattform bieten:

- neueste Version als Download,
- aktuelle Inhalte und Technologien,
- bessere Methodenvielfalt (Videos, Schulungs-App, Videoschulung),

Schulung muss auch Raum für individuelle Fragen bieten.



Fotos: iStock/FANDSrabutan, iStock/gruffi

- Spezial- und Zusatzmaterialien (siehe Kasten),
 - Integration in die Therapie,
 - verschiedene Sprachen verfügbar.
- Alle technischen Informationen zu Download, Datenschutz oder Vertragsbedingungen sind an einem Ort zentral abrufbar. Ebenso können Materialien für die Schulenden zusammengetragen werden – beispielsweise zu geeigneten Videoprogrammen, zum Verhalten vor der Kamera, zur Vergütung oder zu aktuellen Studierendaten zur Schulung. Das neue digitale Portal des Kirchheim Verlags soll zum Diabetes Kongress 2022 online gehen.
- Dr. Moyo Grebbin
Diabetes Herbsttagung 2021

+ MEDIZIN-TICKER + MEDIZIN-TICKER +



Wie werde ich eigentlich Diabetolog*in DDG?

Sie sind Fachärzt*in und haben Interesse an der Diabetologie? Im Erklärfilm der DDG erfahren Sie, wie Sie sich weiterbilden können. www.youtube.com/watch?v=S6uj0jf7Sjs

6.000

Teilnehmende werden auf dem Diabetes Kongress 2022 erwartet.

21

Mrd.

Euro pro Jahr betragen laut RKI bereits 2009 die Kosten für Diabetes und seine Komorbiditäten in Deutschland.

Ernährung: Menschen mit Migrationshintergrund beraten

Das Medienpaket „Ernährungstherapie bei Diabetes mellitus Typ 2“ für die Ernährungsberatung und -therapie ist nun auch in türkischer Sprache verfügbar: bit.ly/_AG_Migration

Online-Wirtschaftsportal für niedergelassene Zahnärzt*innen

Die MedTriX GmbH (u.a. diabetes zeitung) hat ein neues Portal für Zahnärzt*innen gestartet: dental-wirtschaft.de. Für den ergänzenden Newsletter entschieden sich bereits im ersten Monat 3.000 Abonnenten. Dental & Wirtschaft ist damit der dritte Dental-Titel der MedTriX Group.

Kritischer Blick in die Historie

Welche Rolle spielten frühere Kolleg*innen?

BERLIN. Die Vergangenheit deutscher Ärzt*innen und ihrer Standesorganisationen bzw. medizinischen Fachgesellschaften ist auch heute – viele Jahrzehnte nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs und der folgenden Teilung Deutschlands – noch Anlass für historische und ethische Aufarbeitungen.

So hat z.B. die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Rolle der Ärzteschaft im NS-Regime samt der Entrechtung und Vertreibung jüdischer Ärzt*innen in einem Forschungsprojekt untersuchen lassen. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) ließ nicht nur ihre Rolle und die ihrer Mitglieder während der NS-Zeit überprüfen, sondern betrachtete auch die Entwicklung der Fachge-

sellschaft nach 1945. Die Ergebnisse wurden öffentlich gemacht und es folgten Konsequenzen. So kam es zur Annullierung von Ehrenmitgliedschaften früherer Verantwortlicher. Und sog. „Stolpersteine“ erinnern an das Schicksal jüdischer Kolleg*innen und deren Familien.

Auch die Deutsche Diabetes Gesellschaft beschäftigt sich mit ihrer politischen Vergangenheit im Nationalsozialismus. Dazu wird externe medizinhistorische und medizinethische Expertise eingeholt, teilt DDG Präsident Prof. Dr. ANDREAS NEU mit. Über die Ergebnisse werde noch berichtet werden. Auf der DDG Mitgliederversammlung im Mai wird Prof. Neu über die Untersuchung informieren. dz

DIABETES KONGRESS 2022

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

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

Spannende
Podiumsdiskussionen

Alle Vorträge
sechs Monate in
der Mediathek
einsehbar

Deadline Standard-
Anmeldung 03.05.2022

Vielfältige Workshops vor
Ort in Berlin

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

www.diabeteskongress.de



Alle Vorträge vor Ort!

- vielfältige Interaktionsmöglichkeiten
- spannende Diskussionsrunden
- Q&A mit den Referierenden

Jetzt anmelden!

www.diabeteskongress.de



Der Countdown läuft

Nur noch wenige Wochen bis zum hybriden Diabetes Kongress 2022

Workshop

Teilnahme nur vor Ort möglich, anmelde- und kostenpflichtig

Cyberkriminalität – Datenschutz und Datensicherheit in Praxis und Klinik

DZD Symposium Vorsitz: Manuel Ickrath, Wiesbaden, Dr. Friedhelm Petry, Wetzlar
Samstag, 28. Mai 2022, 09:00 – 10:30 Uhr

Die zunehmende Digitalisierung im Gesundheitswesen und vor allem in der Diabetologie sorgt für Veränderungen in der medizinischen Versorgung und in der Prozessqualität in Praxis und Klinik. Ärztliche Schweigepflicht und Schutz der Patientendaten sind ein hohes Gut. Praxis und Klinik sind eine Art „Datentresor“. Der zulässige Datenaustausch war bisher schon schwer zu kontrollieren. Die Digitalisierung stellt uns vor eine völlig neue Situation. Die notwendige Internetanbindung stellt eine neue Dimension mit erhöhten Sicherheitsrisiken dar. Ein unautorisierte Zugriff und Angriff kann zunächst unbemerkt zu jeder Zeit und Unzeit erfolgen. Die Risiken werden unterschätzt. Die Folgen können gravierend sein.

Cyberkriminalität ist längst nicht mehr nur ein Thema für große Industriekonzerne. Krankenhäuser und zunehmend auch Praxen stehen im Fokus der Cyberattacken. Der Workshop zeigt Risiken für Kliniken und Praxen und typische Schwachstellen im Praxisalltag auf. Klassische Cyberattacken und mögliche Schutzmaßnahmen werden besprochen. Möglichkeiten der Prävention werden erarbeitet. Praktische Lösungen im Alltag werden vorgestellt. Effektive Präventionsmaßnahmen und Verhalten im Schadensfall werden den Teilnehmern vermittelt. Die aktuellen gesetzlichen Vorschriften zur IT-Sicherheit bilden die Grundlage des Workshops. Praktische Beispiele zeigen typische Risiken auf und schildern Situationen.

Sonstiges

virtuell und vor Ort

Klimawandel und die Auswirkungen auf die fachübergreifende Gesundheitsversorgung im Bereich Diabetes mellitus

Kommission Apotheker in der Diabetologie (BAK/DDG)
Vorsitz: Dr. Alexander Risse, Berlin
Prof. Dr. Martin Schulz, ABDA - Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e.V., Berlin
Donnerstag, 26. Mai 2022, 10:30 – 12:00 Uhr

Die zunehmende Hitzebelastung durch die Erderwärmung ist Folge des Klimawandels. Dieser hat zahlreiche negative Folgen für Menschen mit Diabetes mellitus. Ein*e durchschnittliche*r Patient*in mit Diabetes mellitus hat durch den größeren Ressourcenverbrauch einen größeren Treibhausgas-Fußabdruck. Das Thema „Green Diabetes“ mit Vermeidung von Verpackungsmüll, Wiederverwertung und Recycling von Diabetestechnologie hat eine zunehmende Bedeutung und stellt eine Herausforderung dar. Hitzeanpassung beim Menschen ist bestimmt durch den feuchten Hitze-austausch und durch den trockenen Hitze-austausch. Bei Menschen mit Diabetes mellitus funktionieren diese physiologischen Anpassungsmechanismen nur eingeschränkt. Diese verminderte Thermosensitivität ist bedingt durch periphere und zentrale Störungen der regulierenden Schweißdrüsen und Blutgefäße. Die Folgen hoher Außentemperaturen sind für Menschen mit Diabetes mellitus gravierend, besonders für Insulinpflichtige Patient*innen. Bei erhöhtem Blutfluss für den

trockenen Hitze-austausch wird das Insulin schneller als üblich im Körper verteilt und aufgenommen, mit dem erhöhten Risiko einer Hypoglykämie. Im Gegensatz dazu kann es bei Menschen mit Diabetes, die nur unzureichend mit oralen Antidiabetika eingestellt sind, zu einer Hyperglykämie kommen. Hitze-austausch wird weiter behindert und Dehydrierung ist die Folge. Die Zahl der Menschen mit Diabetes mellitus wird in den nächsten Jahrzehnten vor allem in Ländern zunehmen, in denen der Klimawandel zu extrem hohen Temperaturen führt. Menschen mit Diabetes mellitus steuern einen überproportional großen Anteil an der Gesundheitslast des Klimawandels bei, da sie wegen ihrer eingeschränkten Fähigkeit zur Wärmeregulation eine signifikant erhöhte Hitzemorbidity und -mortalität aufweisen. Im Symposium diskutieren wir neben der globalen Betrachtung des Klimawandels den direkten Bezug zum Diabetes, „Green Diabetes“ sowie Präventionsmaßnahmen und geben praktische Tipps der Diabetestherapie bei Hitzeperioden.

Typ-2-Diabetes

virtuell und vor Ort

Adipositas und Diabetes mellitus – ein Zwilling kommt selten allein

DZD Symposium
Vorsitz: Prof. Dr. Jens Aberle
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,
Dr. Anne Lautenbach, Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf
Freitag, 27. Mai 2022, 10:30 – 12:00 Uhr

Adipositas gilt als einer der wichtigsten Risikofaktoren für die Entwicklung eines Diabetes mellitus Typ 2. Deshalb sind innovative Pharmakotherapien erforderlich, die die Therapie beider Erkrankungen adressieren und Eingang in die klinische Routine finden. Bislang sind metabolische Eingriffe der konservativen medikamentösen Therapie hinsichtlich der Remission eines Diabetes mellitus und Kontrolle der Adipositas

überlegen. Wann sind die günstigsten gewichtsab- und -unabhängigen Effekte der metabolischen Chirurgie zu erzielen? Und führt die Modifikation des Metabolismus lediglich zu einer Heilung auf Zeit? Die Zahl der adipositaschirurgischen Eingriffe in Deutschland steigt derzeit moderat an, die Bewertung dieser Entwicklung wird neben der Frage der Ressourcen kontrovers diskutiert. Rechtfertigt das hohe therapeutische Potenzial das perioperative Risiko von Primär- und Sekundäreingriffen?

Die enge Verzahnung von Adipositas und Diabetes mellitus Typ 2 sowie Implikationen für therapeutische Ansätze sollen in diesem Symposium interdisziplinär diskutiert werden.

Sonstiges

Teilnahme nur vor Ort möglich

Neue Erkenntnisse und Behandlungsoptionen zum Schutz der Langerhans-Inseln

DZD Symposium
Vorsitz: Prof. Dr. Martina Düfer, Münster, und Prof. Dr. Stephan Scherneck, Braunschweig
Mittwoch, 25. Mai 2022, 14:30 – 16:00 Uhr

Gut funktionierende Langerhans-Inseln sind Grundvoraussetzung für die Aufrechterhaltung der Glukosehomöostase. Ein wichtiges Ziel in der Diabetesforschung ist es, lückenlose Kenntnisse über die Prozesse der Zellen der Langerhans-Inseln zu gewinnen und therapeutische Ansätze für den Schutz von Betazellen zu finden. Mit beiden Aspekten befasst sich das Symposium „Neue Erkenntnisse und Behandlungsoptionen zum Schutz der Langerhans-Inseln“. Prof. Dr. Heiko Lickert aus München entdeckte kürzlich in Betazellen der Langerhans-Inseln den Insulin-inhibitorischen Rezeptor (Inceptor), der die Internalisierung des Insulinrezeptors induziert und so für dessen Abbau sorgt. Wird der Inceptor gehemmt, nimmt die Menge an funktionalen Insulin-produzierenden Betazellen zu, sodass dieser neue Rezeptor ein idealer Angriffspunkt für zukünftige Therapien ist. Einen weiteren

therapeutischen Ansatz zum Schutz der Inseln stellt Prof. Dr. Eckhard Lammert, Düsseldorf, vor. Das Team entdeckte, dass ein hustenstillendes Medikament der Morphin-Gruppe, das Dextromethorphan auch die Blutglukosekonzentration senken kann. Um neuronale Nebenwirkungen zu vermeiden, haben Prof. Lammert und Kollegen Dextromethorphan so verändert, dass es nicht mehr die Blut-Hirn-Schranke passiert und damit keine Nebenwirkungen wie Schwindel und Müdigkeit verursacht, aber trotzdem die positiven Effekte auf die Blutglukose beibehält. Prof. Dr. Michele Solimena aus Dresden hat beobachtet, dass Betazellen Insulingranula unterschiedlichen Alters enthalten und dass vor allem junge Granula für die Insulinsekretion genutzt werden. Sein Mitarbeiter Dr. Martin Neukam wird in seinem Vortrag molekulare Unterschiede junger und alter Granula vorstellen. Mithilfe von Einzelzell-RNA-Sequenzierungen von Inseln diabetesanfälliger und -resistenter Mäuse hat das Team um Dr. Thilo Speckmann aus Potsdam herausgefunden, dass es mehrere Betazelltypen gibt, die sich unter diabetogenen Bedingungen ganz unterschiedlich entwickeln.

Workshop

Teilnahme nur vor Ort möglich, anmelde- und kostenpflichtig

Diabetes - Kommunikation - Migration

DZD Symposium
Vorsitz: Marlen Harms, Niels-Stensen-Kliniken
Franziskushospital Harderberg
Donnerstag, 26. Mai 2022,
10:30 – 12:00 Uhr

Die Bedeutung der Kommunikation und der Sprache, die Vielfaltigkeit der verschiedenen Kulturen sind allen Beteiligten im Gesundheitssystem bewusst. Trotzdem: Schnell muss es gehen – der nächste Patient, die nächste Patientin wartet –, und nun kommt der/die Patient*in auch noch mit der ganzen Familie. Kinder

übersetzen für die Eltern und Dolmetscher versuchen ebenfalls zu helfen. Aber: Reicht es denn aus, wenn wir einfach unsere Schulungseinheiten übersetzen? In diesem Seminar geht es um interkulturelle Kommunikation. Über medizinisches Fachwissen verfügen wir – interkulturelle Kompetenz müssen wir erlernen. Das Seminar soll helfen, über eigene Werte nachzudenken und die eigene „kulturelle Brille“ zurechtzurücken. Neben den Diabetes Sketchnotes werden noch andere Handlungsfelder vorgestellt, die unsere Beratung aspektreicher und individueller machen können.

»Impulse aus der Hosentasche«

DiGA setzt bei Diabetes und Depression an – Interview mit Prof. Peter Schwarz

DRESDEN. Rund 30 digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) enthält das Verzeichnis der verordnungsfähigen Apps des BfArM derzeit. Eine davon ist gedacht zur Reduktion depressiver Verstimmungen bei Menschen mit Diabetes: Über diese digitale Anwendung sprachen wir mit Prof. Dr. Peter E. H. Schwarz vom Uniklinikum Dresden. Schwarz ist Vorsitzender der AG Prävention der DDG. Er sagt, wo die App helfen kann, wie es um die Studienlage steht und welche Daten man sich noch wünscht.

Worum handelt es sich bei „Hello Better Diabetes und Depression“?

Prof. Schwarz: Es ist eine für Typ-1- und Typ-2-Diabetes mellitus zugelassene DiGA, die den Fokus hat auf Depressionen bei Diabetespatienten. Wir wissen aus Studien, dass zwischen 25 und 54 % der Diabetespatienten eine Depression haben – bei Typ-2-Diabetes etwas mehr. Wenn wir ehrlich sind: Um die kümmert sich keiner. Für 2 bis 3 Mio. Menschen mit Diabetes gibt es also keine Therapie. Die genannte App stellt sich dem Thema, das finde ich cool.

Was genau bezweckt diese Art digitaler Therapie, was ist das Ziel?

Prof. Schwarz: Es geht darum, den Patienten mit Depression zu motivieren, damit er sich selbst aus der Situation herausmanövriert. Selbstredend ist hier, dass das nicht geht bei jemandem, der eine schwere, manifeste, medikamentös zu behandelnde Depression hat. Bei Patienten mit depressiver Stimmungslage oder mit depressiven Symptomen kann es aber funktionieren.

Können Sie das veranschaulichen?

Prof. Schwarz: Häufig haben Patienten Angstzustände: Angst vor Unterzuckerung, Angst vor Diabetes-Distress, Unsicherheit. Das erzeugt depressive Symptome und am Ende eine Depression. Hier anzusetzen, geht online, denn Sie können Impulse dann setzen, wenn der Patient sie braucht – „Impulse aus der Hosentasche“ nenne ich das gerne.

Haben wir hier eine Versorgungslücke in Deutschland?

Prof. Schwarz: In Saudi-Arabien wird jeder Patient mit Diabetes zweimal im Jahr vom Psychologen gesehen. Wir haben in Deutschland eine Lücke, diese Bedürfnisse der Patienten in der Diabetologie zu adressieren.

Welche Erfahrungen haben Sie mit der DiGA schon gemacht?

Prof. Schwarz: Sie ist erst seit Dezember auf dem Markt. Wir haben sie noch keinem Patienten ver-

INTERVIEW



Prof. Peter E. H. Schwarz
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
der TU Dresden
Foto: privat

schrieben – aus dem stationären Sektor kann man das noch nicht bzw. es ist ungeklärt, wie das geht. Ambulante Kollegen probieren das gerade aus, die ersten dreimonatigen Kurse laufen.

Wie ist denn die Studienlage?

Prof. Schwarz: Von der App gibt es ein Vorgänger-Therapieprogramm, das von der Stiftung Warentest einst ausgewählt wurde als bestes Therapieprogramm zur Depression. Das Ganze geht zurück auf eine in „Diabetes Care“ publizierte Studie: Sie konnte zeigen, dass die Online-Therapie von der Wirkstärke der klassischen Psychotherapie sogar überlegen ist. – Wie gesagt bei jenen Patienten mit depressiver Stimmungslage und mit depressiven Symptomen. Nicht bei manifester Depression.

Also ist die DiGA in Ihren Augen gut in Studien untersucht?

Prof. Schwarz: Ja und nein: Im Hinblick auf

die Depression ist sie sehr gut untersucht – Sie können zeigen, dass man eine depressive Stimmungslage signifikant verbessern kann. Das Zweite, was interessant ist: Der HbA_{1c} ist nicht gesunken – er war aber zu Beginn der Studie bereits im Normalbereich! Es ist ja eine DiGA, die eine Indikation zur Depressionstherapie bei Diabetes hat. Durch eine Depressionsbehandlung sollte vielleicht auch der HbA_{1c} besser werden. Nun hat man die App vordergründig entwickelt, um eine Depression zu behandeln – der HbA_{1c} ist also nur ein sekundärer Endpunkt.

Dies ist eine Herausforderung, vor der die Anbieter stehen. Es wäre schön zu zeigen, dass bei Patienten, die die DiGA nutzen und einen hohen Ausgangs-HbA_{1c} haben, dieser im Verlauf der Anwendung auch sinkt. Wobei: Ihnen ging es ja darum zu zeigen, dass die Depression besser wird. Und das konnte gezeigt werden – die Wirkstärke war sogar stärker als bei einer ambulanten Depressionsbehandlung. Hinsichtlich der Diabeteswirksamkeit würden wir uns in den nächsten Jahren weitere Daten wünschen.

Welche Medienformate beinhaltet die digitale Gesundheitsanwendung?

Prof. Schwarz: Das Programm läuft ähnlich einer Psychotherapie: Sie haben einen Psychologen, den Sie ansprechen können. Immer denselben. Dann bekommt der Patient Aufgaben, Videos, Quizze, Challenges im positiven Sinne. Also viele unterschiedliche Zugangswege und Motivationsstrategien, um den Patienten bei der Stange zu halten.

Diabetes und Depression: „Hilfe zu bekommen, ist schwierig“

Prof. Bernd Kulzer (FIDAM Bad Mergentheim): „Nach der Diagnose einer Depression ist es schwierig, rasch psychotherapeutische Unterstützung zu bekommen.“ Er sagt:

- „Digitale Anwendungen können unmittelbar nach der Diagnose einer Depression verschrieben und somit orts- und zeitunabhängig angewendet werden.“
- „Der kurz- und mittelfristige Effekt ist gut und geht auch hinsichtlich der berichteten Effektstärken in die therapeutisch erwünschte Richtung.“
- „Wünschenswert wäre, dass gleichermaßen die diabetesbezogenen Belastungen reduziert werden, da diese oft auslösende Bedingungen für erneute depressive Episoden sind.“ (Mehr dazu plus Interview: Ausgabe 5/2022)

Ist die DiGA eine Innovation?

Prof. Schwarz: Auf alle Fälle! Sie schließt eine Versorgungslücke. Wenn jemand mit Diabetes und depressiven Symptomen erst mal diagnostiziert wird, dann muss er zwölf Monate auf eine Therapie warten. Die Depression hat er aber heute! Wenn man mit der DiGA schon mal beginnen kann und Erfolge hat, dann ist das eine Entlastung der GKV: Die Anzahl der Patienten, die eine klassische Psychotherapie brauchen, wird geringer. Und der Patient kann sofort anfangen. In struktureller Hinsicht ist das eine klare Innovation.

Was kostet die DiGA – und ist der Preis eine Verordnungshürde?

Prof. Schwarz: Nach meiner Kenntnis 599 €. Das mag auf den ersten Blick so aussehen, dass ich als Arzt 80 €/Quartal dafür bekomme, dass ich den Patienten behandle, und die bekommen 600 €! Wenn Sie das aber mit einer Psychotherapie für 90 €/Woche vergleichen, ist die Summe nach 1,5 Monaten aufgebraucht. Im Vergleich zur Psychotherapie ist die DiGA nicht teuer, sondern günstig. Im Vergleich zur Diabetestherapie ist die Anwendung teuer.

Die DiGA braucht kein Erprobungsjahr – sie ist endgültig zugelassen. Wieso?

Prof. Schwarz: Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte hat die DiGA geprüft in puncto Datensicherheit und Wirksamkeit und festgestellt, dass es eine hochwirksame Therapie ist. Dies muss nicht erneut in Studien nachgewiesen werden. Grundsätzlich gibt es bei den digitalen Anwendungen den „Fast Track“, das vorläufige Zulassungsverfahren: Man muss in Studien zeigen, dass man mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Wirksamkeit erwarten kann. In den Prüfunterlagen muss man darlegen, wie man die Wirksamkeit nachweisen will in dem Erprobungsjahr. HelloBetter hat den Fast Track nicht gebraucht, weil die vorhandenen Studiendaten so gut waren, dass das BfArM sie sofort zugelassen hat. Was sie geschafft haben, ist zu zeigen, dass klassische Verfahren der kognitiven Verhaltenstherapie in ein digitales Format umgesetzt werden können. Hier muss ich sagen: Das ist schon cool. Dazu kommt wie gesagt, dass sie eine Versorgungslücke schließen.

Interview: Günter Nuber

nachgefragt

Diabetes und Depression?
Meist müssen Betroffene
ein Jahr warten, bis sie
einen Therapieplatz bekommen.

Foto: iStock/bymuratdeniz

»In struktureller Hinsicht ist das eine ganz klare Innovation«

Mit Diabetes auf Reisen

Die besten Tipps zu Insulin, Hypoglykämien & Co.



Fotos: iStock/Konstantin, iStock/Nastco, iStock/Plisman

DÜSSELDORF. Kanaren oder Karibik, Kolumbien oder Kanada, Kiel oder Konstanz: Reisen mit Diabetes ist grundsätzlich an jeden Ort der Welt möglich. Das A und O ist eine gute Urlaubsvorbereitung. Die besten Reisetipps und Checklisten für Sie und Ihre Patient*innen mit Typ-1- oder Typ-2-Diabetes!

Vor Reiseantritt – am besten vier bis sechs Wochen davor – sollten Menschen mit Diabetes einen Besuch bei ihrem behandelnden Arzt einplanen (Hausarzt*in, Diabetolog*in), empfiehlt Dr. ANDREAS LEISCHKER, Tönisvorst. Auf Basis der Informationen zur Erkrankung (z.B. diabetische Folgekomplikationen) und der Therapie (aktuelle Medikamente) kann die behandelnde Ärzt*in eine ärztliche Bescheinigung ausfüllen (siehe Kasten). Diese ist u.a. wichtig für Handgepäckkontrollen bei Flugreisen oder für Zollkontrollen. Zusätzlich sollten Diabetespatient*innen immer einen Diabetes-Notfallpass dabei haben. Für Reisende mit Diabetes sollten Insulin und Blutzucker-teststreifen in doppelter Menge verordnet werden (siehe Kasten rechts).

Flugreisen

Das gesamte Insulin sollte bei Flugreisen im Handgepäck bleiben: Es kann im Frachtraum einfrieren und

Mit Insulin unterwegs

Insulin ist bei Temperaturen unter 30 Grad Celsius bis zu drei Wochen auch außerhalb des Kühlschranks haltbar.

Bei über 30 Grad verliert es jedoch nach einigen Tagen, bei über 40 Grad sogar schon innerhalb weniger Stunden seine Wirksamkeit. Über 50 Grad können im Auto schnell entstehen, wenn es in der prallen Sonne steht. Insulin sollte deshalb nie (auch wegen Diebstahlgefahr) im geparkten Wagen zurückgelassen werden. Für eine längere Autofahrt, aber auch bei einem Aufenthalt am Strand, bietet sich die Insulinaufbewahrung in einer Kühltasche an.

das Hauptgepäck falsch verladen werden. Während der Flugreise sollten Diabetespatient*innen ihren Blutzucker alle drei Stunden messen. Insulin sollten sie an Bord auch erst spritzen, wenn die Mahlzeit serviert ist – plötzlich auftretende Turbulenzen können das Verteilen des Essens verzögern. Auf Alkohol während des Flugs sollten die Patient*innen wegen des Hypoglykämierisikos komplett verzichten. Mit Diabetes ist es auch empfehlenswert, einen Sitzplatz am Gang („Aisle Seat“) zu buchen. Wegen der größeren Beinfreiheit ist das Thromboserisiko geringer.

Insulin im Koffer? Bloß nicht bei einer Flugreise!



Gefrierfach ist tabu! Insulin darf niemals ins Gefrierfach gelegt werden, da es beim Einfrieren seine Wirksamkeit verliert.

Insulinpumpen: „Leihpumpe“ für den Notfall. Als Patient*in mit Pumpentherapie sollte man auf Flugreisen das Gerät kurz vor dem Start abhängen und bei Erreichen der Reisehöhe wieder anschließen (Druckschwankungen!). Bei einem Wechsel der Zeitzone sollte die Pumpe zunächst auf eine feste Basalrate programmiert werden. In der Regel zwei bis drei Tage nach Ankunft kann man dies wieder

Urlaubsfahrten mit dem Auto

Bei Autofahrten ist eine regelmäßige Glukosekontrolle besonders wichtig, um Hypoglykämien zu vermeiden. Dies gilt für Deutschland, aber besonders für Länder, in denen die Notfall- und Intensivversorgung nicht mit unseren Standards vergleichbar ist. Der Blutzucker muss vor Fahrtantritt und während der Fahrt spätestens alle zwei Stunden kontrolliert und dokumentiert werden (Dokumentation zur „Entlastung“ des Fahrers bei Unfall). Im Fahrzeug sollten immer Zwischenmahlzeiten und schnell resorbierbare Kohlenhydrate (Cola, Limonaden, Fruchtsäfte, Traubenzucker) gut erreichbar verfügbar sein. Bei Symptomen einer Unterzuckerung sollte der/die Fahrer*in sofort (auf dem Parkplatz oder Standstreifen) anhalten und Kohlenhydrate zuführen.

Fußverletzungen

Liegt bei den Betroffenen eine diabetische Polyneuropathie vor, werden kleine Verletzungen der Füße häufig nicht bemerkt (abendliche Fußkontrolle empfohlen). Wegen der Verletzungsgefahr sollten Menschen mit Diabetes das Barfußgehen am Strand oder auf der Wiese möglichst vermeiden. Beim Tragen offener Schuhe wie Sandalen sollte man darauf achten, dass z.B. Riemen nicht einschneiden und keine Steinchen im Schuh sind.

Aufgrund der Infektionsgefahr auf Reisen sollten auch kleine Verletzungen immer desinfiziert und mit einem (Pflaster-)Verband versorgt werden. Bei einer Infektion kann man heute eine Fotoaufnahme des betroffenen Fußes (per Smartphone) an die Hausarzt- oder Schwerpunktpraxis schicken. Bei Infektionszeichen sollte generell frühzeitig eine orale Antibiotikatherapie (z.B. Azithromycin) eingeleitet werden.

Am Zielort

Traubenzucker oder kohlenhydrathaltige Getränke sollten die Patient*innen immer dabei haben und ihren Blutzucker häufiger messen, um Hypoglykämien zu vermeiden. Hitze kann sowohl zu Über- als auch zu Unterzuckerungen führen.

Impfungen bei Diabetes

Menschen mit Diabetes haben ein erhöhtes Infektionsrisiko. Besonders wichtig sind deshalb Impfungen gegen Influenza, Pneumokokken und (reiseunabhängig) Herpes zoster.

Reiseversicherung

Der Abschluss einer Reise- und Reiserückholversicherung („Repatriierungsversicherung“) wird empfohlen. *Angela Monecke*

Vorab-Online-Presskonferenz des CRM Centrum für Reisemedizin anlässlich des 23. Forums Reisen und Gesundheit

variabel handhaben. Wer eine Pumpe nutzt, muss auch in der Lage sein, bei deren Ausfall auf das Spritzen nach dem Basis-Bolus-Prinzip umzusteigen.

Innerhalb der EU bieten die meisten Hersteller den Service an, eine neue Pumpe bei Verlust oder Diebstahl innerhalb von einem Tag an die Urlaubsadresse zu liefern (24-Stunden-Hotline). Bei Reisen außerhalb der EU ist die Mitnahme einer zweiten Insulinpumpe sinnvoll. Die Hersteller bieten hierfür „Leihpumpen“ an. Viele verleihen eine (versiegelte) Ersatzpumpe für bis zu sechs Wochen kostenlos.

www.crm.de

Mit Diabetes auf Weltreise(n)

„Zucker im Gepäck – Reisen mit Diabetes“ heißt der Reiseratgeber von Susanne Löw. In 10 Kapiteln schildert die Hamburger Autorin ihre Erfahrungen mit Typ-1-Diabetes auf Weltreise(n) und gibt hilfreiche Tipps.

1. Auflage 2020, 96 Seiten
14,90 Euro, Kirchheim Verlag
ISBN 978-3-87409-701-7



Reise-Checkliste

Hier eine Checkliste, was im Reisegepäck nicht fehlen darf:

Handgepäck

- Insuline (gekühlt aufbewahren), Blutzucker senkende Tabletten
- Spritzen/Pens (Ersatznadeln)
- Teststreifen (Blutzucker, Azeton, Harnzucker). Tipp: Mehr Streifen mitnehmen als eigentlich für die Reisezeit benötigt!
- Messgerät (Ersatzbatterien)
- Stechhilfe, Lanzetten
- Diabetes-Tagebuch
- Traubenzucker in ausreichender Menge und z.B. Plätzchen oder Obst
- ggf. Glukagon
- Diabetikerausweis mit Übersetzung in Landessprache und einen Diabetes-Dolmetscher
- Attest für Kontrollen am Flughafen / an der Grenze (Notwendigkeit des Mitführens von Insulinspritzen)
- Zwischenmahlzeiten
- bei Inlandsurlaub: Chipkarte der Krankenkasse
- Katheter
- Ersatzbatterien für Insulinpumpe

Hauptgepäck

- Vorräte: Insulin/Blutzucker senkende Tabletten
- Insulinfläschchen U 40 und U-40-Spritzen oder U-100-Spritzen, falls Pen defekt
- Teststreifen (Blutzucker, Azeton, Harnzucker)
- Traubenzucker
- Kohlenhydrat-Austauschtablette
- evtl. Süßstoff

Ansonsten nicht vergessen

- Reiseticket / Autopapiere
- Reisepass / Personalausweis
- Devisen / Reiseschecks / Kreditkarte
- Wörterbuch
- Medikamente gegen Durchfall und Erbrechen
- Sonnenschutzmittel
- Reisekrankenversicherung, die auch diabetische Notfälle einschließt

www.diabetesde.org

Vorlage ärztliche Bescheinigung:

diabetesde.org/system/files/documents/vorlage_diabetesde_flugreise_2019.pdf

Weitere Infos unter:

diabetesde.org/reise-checkliste



»Nebendiagnose, aber keine Nebensache«

RHÖN-KLINIKUM Campus erhält Rezertifizierung DDG

BAD NEUSTADT. Knapp jede fünfte Patient*in im Krankenhaus hat Diabetes. Für die Behandlung von Betroffenen, die nicht wegen, sondern mit einem Diabetes stationär aufgenommen werden, können sich Kliniken von der DDG zertifizieren lassen. Erneut geschafft hat dies das RHÖN-KLINIKUM Campus Bad Neustadt.

Für unsere Kliniken ist das Zertifikat ein zusätzliches Qualitätsmerkmal, für unsere Mitarbeiter*innen eine große Anerkennung für ihre Arbeit und deshalb für uns so wertvoll“, sagt Dr. NAGHAM SODA, Oberärztin, Ernährungsmedizinerin und diabetesversierte Ärztin am RHÖN-KLINIKUM Campus Bad Neustadt im Norden Bayerns.

Bereits 2019 wurden die Akutkliniken am Campus – einer der fünf Standorte der RHÖN-KLINIKUM AG – als „Klinik für Diabetespatienten geeignet“ von der DDG zertifiziert. Für drei Jahre wird diese Anerkennung ausgesprochen, dann muss die Einrichtung einen Rezertifizierungsantrag stellen. Im Februar 2022 gelang ihr die Rezertifizierung der DDG – diesmal aber nicht nur für die Akutkliniken, sondern auch für die Rehakliniken des Campus. Auf einem Klinikgelände ist dort ein Netzwerk an ambulanten und stationären Angeboten zu finden. Rund 20 Fachkliniken arbeiten hier in einem engen Netzwerk zusammen – von der Akutneurologie über

die Kardiologie und Kardiochirurgie bis zur Gefäßchirurgie. Es gibt Rehakliniken, erfahrene Fachärzt*innen und ambulante Angebote. Diabetologisch versierte Ärzt*innen, Diabetesberater*innen und diabetologisch geschulte Pflegekräfte sind jetzt bestmöglich auf den Klinikaufenthalt von Diabetespatient*innen vorbereitet. Damit ist eine ganzheitliche Behandlung unabhängig von der Hauptdiagnose wie Herzinfarkt oder Schlaganfall der Patient*in mit Nebendiagnose Diabetes möglich. „Wir arbeiten interdisziplinär: Diabeteskonsile werden von allen Abteilungen elektronisch bei uns angefordert, diese bearbeiten wir und die Patient*innen werden dann bis zur Entlassung von ihrem Diabetesteam betreut, u.a. bei Therapie, Schulung und Entlassmanagement“, so Dr. Soda.

5.000 Typ-2-Patient*innen, 50 Erstdiagnosen

Knapp 29.000 Patient*innen wurden in den Akutkliniken im Jahr 2021 betreut, über 5.000 von ihnen mit der Nebendiagnose Diabetes. Die meisten haben Typ-2-Diabetes, aber auch Patient*innen mit Typ-1-Diabetes werden dort behandelt. Im zurückliegenden Jahr wurden etwa 50 Fälle mit Typ-2-Diabetes neu entdeckt.

„Am Anfang dachten wir: Das ist eine ‚Monsteraufgabe‘ mit dem Zertifikat und fragten uns, wie wir es in mehreren Kliniken und mit mehreren Abteilungen überhaupt etablieren könnten“, erinnert sich Dr. Soda. „Allein das Team eines großen Krankenhauses davon zu überzeugen: Warum wollen wir das machen? Das bedeutet für jede Abteilung erstmal viel mehr Arbeit.“

Vor allem mit einem Argument sei ihnen das gelungen, „dass die Diabetesversorgung schon immer ein Teil der Therapie von kardiovaskulären Erkrankungen ist“. Eine Grundvoraussetzung für den Zertifizierungs-

antrag müsse laut der Ernährungsmedizinerin unbedingt erfüllt sein: „Es ist eine interdisziplinäre Arbeit. Alle müssen mitziehen: der Geschäftsführer, das Qualitätsmanagement, die Ärzt*innen, das Pflege-

personal, einfach alle Kolleg*innen. Jede/r muss seinen/ihren Teil beitragen“. Dies erfordere „viel Kraft und Durchhaltevermögen“, betont sie. Heute arbeiten am Campus sechs diabetesversierte Ärzt*innen, drei Diabetesberater*innen und zwei diabetesversierte Pflegekräfte auf jeder Station. „Es läuft alles viel strukturierter als vorher – die Patient*innen mit Nebendiagnose Diabetes werden bei uns von der Aufnahme bis zum Entlassmanagement qualifiziert betreut“, sagt sie.

Aus- und Fortbildung der Pflegekräfte kostet Zeit

Die Voraussetzungen dafür geben die Richtlinien der DDG für die Zertifizierung vor. Die klinikweite Einhaltung der hohen Qualitätskriterien sei allerdings nicht einfach, weiß die Ärztin. Als problematisch in der Umsetzung beschreibt sie etwa die Aus- und Fortbildung der Pflegekräfte. „Die Ausbildung einer Krankenschwester zur diabetesversierten Pflegekraft dauert zwei Tage. In dieser Zeit fehlt sie auf Station.“ Jedes Jahr müssten zudem mindestens vier Stunden für deren Fortbildung investiert werden.

Ein Fallstrick am Campus Bad Neustadt, wie in anderen Kliniken in den letzten Jahren: das Thema Corona. „Die Pandemie hat die ganze Sache erschwert. Wir sind dann auf Online-Schulungen umgestiegen und haben alles gut hinbekommen“, erläutert sie. Fast drei Jahre dauerte die Vorarbeit für die Zertifizierung. 2021 konnte endlich der Antrag gestellt werden. Dr. Soda: „Ich denke, dass die Kliniken in Zukunft keine andere Wahl haben. Sie müssen sich auf vielen Ebenen zertifizieren lassen, weil unsere Patient*innen und deren Angehörige aufgeklärt und interessiert sind. Bei uns fragen sie oft im Voraus, ob z.B. unsere Klinik für Diabetespatient*innen geeignet ist.“ Das ist sie in jedem Fall ...

Angela Monecke



Foto: RHÖN-KLINIKUM Campus Bad Neustadt / Katrin Maria Schmitt

Inkretin-Effekt

SIE KENNEN GLP-1. ABER WAS KANN GIP*?

gip-effekt.de

* GIP = Glukoseabhängiges Insulinotropes Peptid

Lilly

PP-10-05-3559 Januar 2022

»Große Anerkennung, zusätzliches Qualitätsmerkmal«

AOK setzt ViDiKi fort

Telemedizinprojekt für Kinder und Jugendliche hat überzeugt

KIEL. Als Innovationsfondsprojekt ist die „Virtuelle Diabetesambulanz für Kinder und Jugendliche“ (ViDiKi) beendet. Nun haben das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein und die AOK NordWest die Fortführung der Videosprechstunde vereinbart.

Der Innovationsausschuss beim DG-BA hatte 2021 für ViDiKi zwar keine Empfehlung zur Überführung in die Regelversorgung ausgesprochen. „Aufgrund der in

den Teilergebnissen erkennbaren positiven Tendenzen“ wurde aber der Unterausschuss DMP informiert, damit dieser die Erkenntnisse ggf. bei einer Überarbeitung des DMP Diabetes Typ 1 berücksichtigt.

Die AOK NordWest hat das nicht abgewartet. Sie hat mit dem UKSH einen Vertrag nach § 140a SGB V geschlossen, der das Telemedizinprojekt in die Versorgung junger AOK-Versicherter überführt. In der Übergangszeit zwischen Projektende

und dem jetzigen Vertragsabschluss hatte das Land die Zwischenfinanzierung für ein Jahr sichergestellt. „Ich freue mich sehr darüber, dass ViDiKi weitergeführt werden kann und hoffe, dass dieses Beispiel Schule

»Beispiel sollte Schule machen«

macht“, äußerte sich Gesundheitsminister Dr. HEINER GARG. In dem Flächenland sind etwa 1.400 Kinder und Jugendliche an Diabetes Typ 1 erkrankt.

Projektleiterin Dr. SIMONE VON SENGBUSCH, Diabetologin am UKSH, bestätigt: „Für die Gesundheitsprognose der Kinder und Jugendlichen wirkte sich die monatliche Videosprechstunde sehr positiv aus. So konnte sich die Stoffwechsellage der Kinder nach zwölf Mo-

naten signifikant verbessern.“ Die höhere Kontaktfrequenz zur Therapieanpassung, die hohe Flexibilität der Termine und die enorme Zeitersparnis waren aus Elternsicht die größten Vorteile des Projekts.

AOK-Landesdirektorin IRIS KRÖNER hofft, „dass viele Kinderdiabetologen und geeignete Krankenhäuser aus Schleswig-Holstein dieses Angebot ebenfalls nutzen und sich unserem Vertrag bald anschließen.“ dz

Pressemitteilung der AOK NordWest

Auf den Einzelfall kommt es an

Reale und potenzielle Regressrisiken in der Arzneimitteltherapie

BERLIN/FRANKFURT. Dass ein Arzt oder eine Ärztin einen Arzneiregress in sechsstelliger Höhe zahlen muss, kommt nur noch selten vor. Vielmehr sind es Einzelfallregresse, mit denen die Krankenkassen in der Breite Geld zurückholen wollen. Die KBV hätte gerne, dass hier einige Hürden eingezogen werden.

Der GKV-Spitzenverband schätzt, dass den Krankenkassen 2023 rund 17 Mrd. Euro für ihre Ausgaben fehlen werden. Ohne gesetzliche Vorkehrungen würde das den Zusatzbeitrag um 1 bis 1,1 Prozentpunkte klettern lassen. „Man muss kein Prophet sein, um vorherzusagen, dass Kostendämpfungsmaßnahmen in den nächsten Jahren die politische Agenda bestimmen werden“, sagt Dr. STEPHAN HOFMEISTER, stellvertretender Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

Schwemme von Prüfanträgen „über Klein- und Kleinstbeträge“

„Die Krankenkassen suchen nach Möglichkeiten, die Löcher zu stopfen“, informierte Dr. Hofmeister die Vertreterversammlung der KBV Anfang März. „Ein beliebtes Mittel hierfür: Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Regressforderungen.“ Manche KV werde mit Prüfanträgen von Kassen „über Klein- und Kleinstbeträge“ überschwemmt.

»Kassen fordern Kodierung von Subgruppen«

Gemeint ist natürlich die gemeinsame Prüfstelle von KV und Kassen, die den Prüfanträgen nachgeht und ggf. auffällig gewordene Ärzt*innen anschreibt.

Zum klassischen Arzneiregress kommt es nur noch selten

Was sich auf KV-Ebene tut, berichtete jüngst Dr. WOLFGANG LANGHEINRICH, Vorstandsberater Pharmakotherapie der KV Hessen, bei einer ärztlichen Fortbildung. Sein Thema: „Wirtschaftlich verordnen bei Diabetes mellitus Typ 2.“ Schließlich sind Antidiabetika mit einem Umsatz von über 2,6 Mrd. Euro hierzulande die viertstärkste Arzneimittelgruppe.

Obwohl die Vertragsärzt*innen in Hessen bei den Verordnungskosten im Ranking der Kassenärztlichen Vereinigungen mit 472 Euro pro Versicherten im September 2021 auf Platz 2 standen (Bundesdurchschnitt: 526 Euro, teuerste KV: 677 Euro), machen sich auch hier die Kassen bemerkbar.

Dabei sind die Richtgrößen- bzw. Durchschnittswertprüfungen kein großes Thema mehr. So gab es z.B. 2019 bei 18 eröffneten Arzneimittel-Verfahren nur noch einen Regress in Hessen (dito: 2018). Allerdings fielen in den Jahren 2016 bis 2021 bis zu 1.800 Einzelregressverfahren pro Quartal an. Nach zunächst fallender

Tendenz drehte der Trend im 1. bis 3. Quartal 2021 wieder nach oben. Für Einzelanträge von Krankenkassen kommen laut Dr. LangHeinrich folgende Anlässe in Betracht:

- Verstöße gegen die Arzneimittel-Richtlinie oder gegen sonstige Richtlinien des G-BA
- Echter und formaler Off-Label-Use
- Arzneimittel oder Arzneisubgruppen ohne Zusatznutzen (Sonderfall frühe Nutzenbewertung)
- „Sonstiger Schaden“ (nicht genehmigter Arzt, Unterschriftenstempel auf der Verordnung)

Dass die Kassen empfindlicher reagieren, stellt der KV-Berater auch anhand eines Schreibens der Ersatzkassen vom Januar 2022 fest. Darin kündigen diese an, dass sie sich „die Prüfung der Wirtschaftlichkeit im Einzelfall“ vorbehalten, wenn die Vertragsärzt*innen nicht die Blutzuckerteststreifen ihrer Rabattvertragspartner verordnen. Die Bindung an Rabattvertragsprodukte könne für Patient*innen bedeuten, dass sie ein neues Blutzuckermessgerät und eine Schulung darin benötigen, kommentiert Dr. LangHeinrich. Ähnliche Schreiben wie zu den Blutzuckerteststreifen gebe es für mehr als zehn Arzneimittel bzw. Arzneigruppen.

Ein neues Feld für Prüfanträge könnte sich aus den AMNOG-Bewertungen von Diabetespräparaten ergeben, warnt Dr. LangHeinrich. Dabei geht es um unwirtschaftliche Verordnungen in Patientensubgruppen, bei denen der Gemeinsame Bundesausschuss keinen Zusatznutzen



Antidiabetika kosten die GKV mehr als 2 Mrd. Euro pro Jahr.

Foto: iStock/peterschreibermedia

»Nur Teststreifen mit Rabatt«

zeigt Dr. LangHeinrich auf, dass die Kosten einer Mono- oder Kombitherapie bei Subgruppen mit nicht belegtem Zusatznutzen bis zu fünfmal höher sind als die zVT. Bei Dulaglutid und Sitagliptin gibt es ebenfalls Subgruppen mit Regresspotenzial. Dr. LangHeinrich weist noch auf ein weiteres mögliches Konfliktfeld hin: So ist z.B. die Verordnung von Lantus® (Insulin glargin) aufgrund von Rabattverträgen der Krankenkassen eigentlich wirtschaftlich. Die Vorgabe des G-BA lautet jedoch: Wenn ein Biosimilar vorhanden ist, dann ist nur die Verordnung des Biosimilars anstelle des Referenzarzneimittels bei Ersteinstellung wirtschaftlich. Das findet sich auch in den Wirtschaftlichkeitszielen der KVen wieder, z.B. in Hessen, wo 80 % der Neueinstellungen auf ein biologisches Arzneimittel mit einem vorhandenen Biosimilar erfolgen soll.

Aufwandsentschädigung für folgenlose Prüfanträge

Die KBV hat übrigens Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach (SPD) angeschrieben und ihm Vorschläge für eine Neuordnung der Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung gemacht. Unter anderem spricht sich die KBV für eine Bagatellgrenze von 200 Euro pro Kasse, Quartal und Praxis aus, bis zu der nichts passieren soll. Für zweckmäßig hält sie auch die Einführung einer Aufwandsentschädigung von 300 Euro für Prüfanträge, die zu keiner Maßnahme führen. Dieser Betrag entspreche den durchschnittlichen Bearbeitungskosten eines Prüfantrags und solle gewährleisten, dass die Kassen eine Vorabprüfung durchführen, ehe sie einen Prüfantrag einreichen. Überhaupt solle jede Kasse nur noch einmal pro Quartal und Praxis Prüfanträge stellen können, um Mehraufwände zu vermeiden. Ferner fordert die KBV, den Grundsatz „Beratung vor Regress“ auch bei Einzelfallprüfungen gelten zu lassen.

Michael Reischmann

KBV-Vertreterversammlung, Veranstaltung der Fördervereine für ärztliche Fortbildung Hessen und Rheinland-Pfalz zur Versorgungsleitlinie des Diabetes Typ 2

Kartensuche

Famulatur- und PJ-Börse

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

Ergebnisse verfeinern >

- Diabeteszentrums Dres. med. Nabil Hussein und Kollegen
Wehagen 18-24
43679 Gelsenkirchen
Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
- Evangelisches Krankenhaus Herne
Klinik für Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie
Wiescherstr. 24
44623 Herne
Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
- Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe
Gastroenterologie / Diabetologie
Kladower Damm 221
14099 Berlin
Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG

zen des neuen Arzneimittels gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie (zVT) festgestellt hat.

Vergleichstherapie ist zum Teil deutlich billiger

Bislang hatten unterschiedliche Zusatznutzenurteile für einen Wirkstoff lediglich die Folge, dass ein Mischpreis für den Wirkstoff ermittelt wurde. Die Verordnung in einer Subgruppe ohne Zusatznutzen ist aber dennoch unwirtschaftlich. „Wegen fehlender Kodierungsmöglichkeiten zu Arzneimittelsubgruppen sind Regressverfahren zurzeit nur eingeschränkt möglich“, sagt Dr. LangHeinrich. „Die Krankenkassen fordern aber vehement die Einführung der Kodierung von Subgruppen.“

Folgen haben könnte das z.B. für bestimmte Verordnungen von Empagliflozin in Mono- wie Kombitherapie. Die DDD-Kosten der zVT betragen hier zum Teil nur ein Zehntel. Auch bei Dapagliflozin

Schiedsamt muss über Rahmenvereinbarung entscheiden

Im Mai rechnet die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit einer Entscheidung des Bundesschiedsamts zu den Rahmenvorgaben bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen. Im Frühjahr 2021 hatte der GKV-Spitzenverband diese Vereinbarung mit Wirkung zum 31. Oktober gekündigt. Neuverhandlungen im November scheiterten. Darum muss nun das Bundesschiedsamt für Klärung sorgen. Laut KBV-Vize Dr. Stephan Hofmeister geht es insbesondere darum, dass Ärzt*innen bei Regressen nur den Differenzbetrag zwischen der wirtschaftlichen und der tatsächlich verordneten sowie als unwirtschaftlich erachteten Leistung zurückzahlen müssen.



Weitere Informationen finden Sie unter:

<https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung/famulatur-und-pj-boerse>





Mit Mehrweg und Recycling die Müllberge reduzieren

Patient*innen sehen vor allem die Diabetesindustrie in der Verantwortung

WIESBADEN. Abstriche in puncto Hygiene oder Sicherheit möchte natürlich niemand machen, wenn es um das Verbrauchsmaterial für die Diabetestherapie geht. Doch vielen Menschen mit Diabetes ist zumindest unbehaglich zumute, wenn sie die Müllmengen sehen, die sie durch ihre Behandlung verursachen. „Das muss doch auch irgendwie anders gehen“, glauben sie.

Den gesamten Monat Februar hindurch hat SUSANNE THIEMANN ihren Diabetesmüll gesammelt. Die 60-jährige Münsteranerin lebt seit 22 Jahren mit Typ-1-Diabetes und gehört seit gut drei Jahren zur Looper-Community – sprich jenen Menschen mit Diabetes, die regulär erhältliche Insulinpumpen und CGM-Systeme per selbstprogrammierter Smartphone-App zu einem AID-System Marke Eigenbau kombinieren. Mit ihrem „Loop“ als solchem ist sie zufrieden. Doch sie stört sich an den Müllmengen, die durch die vielen Einwegprodukte und die dazugehörigen Verpackungen anfallen. Ein ganzer Berg aus Kunststoff (Setzhilfen, Schläuche), beschichtetem Papier (Alkoholtupfer), Glas (Insulinampullen) und Papier (Kartons, Beipackzettel, mehrsprachige Bedienungsanleitungen) türmt sich da Monat für Monat auf. Bei den einzelnen Komponenten handelt es sich um Materialien, die man eigentlich separat entsor-

gen müsste. „Ich würde meinen Diabetesmüll konsequent trennen, wenn die Materialien denn klar gekennzeichnet wären“, sagt Thiemann. Doch während man mittlerweile auf nahezu jeder Lebensmittelpackung Hinweise zur korrekten Entsorgung findet, sucht man dergleichen bei den Bausteinen einer modernen Diabetestherapie vergeblich.

Niemand möchte wieder Glasspritzen auskochen

Auch die schiere Masse der Einwegkomponenten findet Thiemann bedenklich: „Die Dexcom-Setzhilfe etwa kommt ja als halbes Ufo daher! Es ist schade, dass gerade die führenden Anbieter so bei der Nachhaltigkeit versagen.“ Die wachsenden Müllmengen haben in erster Linie mit dem medizinisch-technischen Fortschritt zu tun, der Menschen mit Diabetes in den vergangenen Jahrzehnten Insulinpumpen, CGM-Systeme, Smartpens und AID-Systeme beschert hat. Die

Green Diabetes: Es geht weiter mit unserer Serie in der diabetes zeitung

Unser Bericht von der DiaTec 2022 in Ausgabe 1-2/22 war der Startschuss für eine Beitragsreihe zur Nachhaltigkeit in der Diabetologie. Heute beleuchten wir das Thema aus Sicht der Patient*innen, in den folgenden Ausgaben die Perspektiven von Pharma- und Hilfsmittelindustrie, Praxen, Behörden und Gesetzgeber sowie Kostenträger.

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

Vorzüge dieser Innovationen möchte wohl kaum jemand missen: „Ich möchte nicht zurück in die Zeit, als Menschen mit Diabetes ihre Glasspritzen auskochen mussten – auch wenn das aus ökologischer Sicht vermutlich nachhaltiger war“, betont Thiemann.

Mit dieser Haltung steht die Looperin nicht allein da: Viele Menschen mit Diabetes haben zumindest ein mulmiges Gefühl angesichts der wachsenden Müllmengen, die mit ihrer Diabetestherapie einhergehen. Doch ökologische Nachhaltigkeit ist nicht das entscheidende Kriterium, wenn es um die Wahl von Diabetesutensilien geht. Dies zeigt der jüngst erschienene D.U.T-Report 2022 ebenso wie eine Facebook-Umfrage unter Menschen mit Typ-1-Diabetes (siehe Sprechblasen).

Auf manche wirkt das Stichwort „Diabetesmüll“ sogar regelrecht polarisierend, wie Thiemann erleben musste, als sie Bilder des Abfallhaufens eines Monats auf Instagram postete: „Vielen Menschen wird im Alltag schon oft genug ein schlechtes Gewissen wegen ihres Diabetes eingeredet, da möchten sie sich nicht auch noch für ihren Müll rechtfertigen müssen“, vermutet Thiemann. Zumal sich Einwegprodukte aus Gründen der Produktsicherheit und Hygiene auch nur begrenzt durch Mehrwegalternativen ersetzen lassen.

Dennoch könnten sich die Hersteller aus Patientensicht deutlich mehr für die Müllvermeidung einsetzen: Sie sollten genaue Entsorgungshinweise auf ihren Produktkomponenten anbringen, mehrfach verwendbare oder zumindest deutlich kleinere Setzhilfen und Applikatoren anbieten und benutzte Einwegprodukte zurücknehmen.

Umstieg von Einwegpens auf Mehrwegpens reduziert Müll

Doch auch die Kompatibilität von Pumpenzubehör könnte Patient*innen dabei helfen, ihr Müllaufkommen zu verringern. „Aktuell ist man festgelegt auf genau das Zubehör, das zur eigenen Insulinpumpe passt, aber ggf. viel mehr Müll macht als andere Produkte“, kritisiert Thiemann, „es wäre gut, wenn man die einzelnen Komponenten frei konfigurieren und dann z.B. Zubehör auswählen könnte, das weniger Müll produziert. Das wäre nebenbei auch in Bezug auf andere Faktoren wie Pflastergröße oder Hautverträglichkeit ein echter Pluspunkt.“ Manche der Ideen zur Vermeidung von Diabetesmüll – etwa den Umstieg von Einweg- auf Mehrwegpens in der intensivierten Insulintherapie (ICT) – können sie zusammen mit ihrer Diabetespraxis recht einfach selbst umsetzen. In anderen Punkten dagegen ist in erster Linie die Industrie gefragt. *Antje Thiel*

Alles in allem ist mir eine gute, alltagstaugliche Therapie wichtig. Wenn es um Versorgung vs. Müllvermeidung geht, werde ich mich immer für die Versorgung entscheiden.

Wenn der Einwegpen leer war, ging das ganze Ding ab in die Tonne ... schrecklich. Nun benutze ich wieder einen Pen mit Nachfüll-Patronen. Ist vielleicht nur ein Fliegenschiss beim Müllsparen, aber ich fühle mich damit besser.

Ganz doof ist es, wenn sowohl Sensor als auch Katheter und Reservoir gleichzeitig gewechselt werden müssen. Dann sitze ich mit einem schlechten Gewissen vor dem Müllberg. Ich versuche zwar, alles so gut wie möglich zu trennen, aber damit kommt man leider nicht weit.

Viel Elektroschrott ließe sich vermeiden, wenn nicht immer noch wahllos Blutzuckertestgeräte gratis von den Unternehmen verteilt würden, nur um das größte Stück vom Teststreifen-Kuchen abzukriegen.

Ich würde mir wünschen, dass es für die Setzhilfen der Sensoren eine vernünftige Verwertung oder Mehrweglösung gibt.



Eine Pumpentherapie macht mehr Müll als eine ICT, doch auch Pennadeln fallen ins Gewicht.





Prävention beim Diabetes mehr Raum geben

Ärztin kämpft dafür, Wunden erst gar nicht entstehen zu lassen

ESSEN. Für Dr. Anna Katharina Trocha hat der Ausbau der Prävention zur Verhinderung diabetischer Folgeschäden einen mindestens so hohen Stellenwert wie die Behandlung der Diabetespatient*innen. Eine frühzeitige Risikoidentifizierung und Aufklärung spielen dabei für sie die zentrale Rolle.

Patienten gut zu behandeln, ist das eine. Strukturen zu verändern, um die Versorgung durch eine optimierte Prävention langfristig zu verbessern, ist das andere“, sagt Dr. ANNA KATHARINA TROCHA, Chefärztin der Klinik für Diabetologie im Elisabeth-Krankenhaus Essen, einer der größten Einrichtungen dieser Art in der Ruhr-Region mit einer knapp 40-jährigen diabetologischen Erfahrung.

Deswegen kämpft die Internistin und Diabetologin schon seit Jahren dafür, der Prävention von diabetischen Folgeschäden, allen voran der Entwicklung des diabetischen Fußsyndroms, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich mehr Raum zu geben.

Denn die Verhinderung eines Erstulkus komme bei der Betreuung von Diabetespatient*innen noch immer zu kurz, obwohl sich in der Diabetologie in den letzten Jahren bereits sehr viel getan habe, so Dr. Trocha, die nicht nur Chefärztin, sondern zugleich Stellvertretende Leiterin eines diabetologischen MVZ in Essen ist.

Auch in ihrem Versorgungsalltag habe die Behandlung des Diabetes mellitus und dessen Folgeschäden noch immer einen größeren Stellenwert als die Prävention, räumt sie freimütig ein, was den etablierten Strukturen geschuldet sei. Sie ist allerdings optimistisch, dass sich dies in den nächsten Jahren ändern wird und hofft, auf diesem Weg auch weitere Kolleginnen und Kollegen in Deutschland mitnehmen zu können.

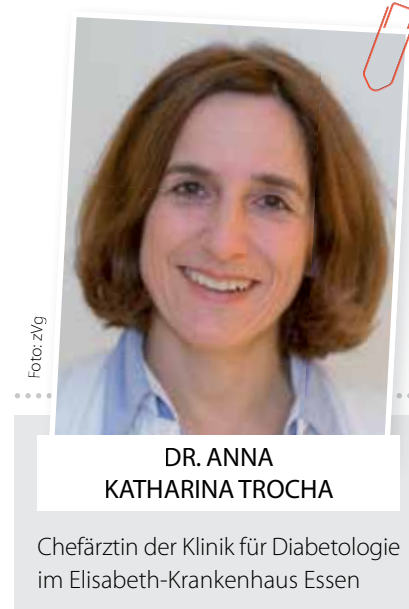
„Herkömmliche Schulungen reichen nicht aus“

Im Mittelpunkt steht dabei für sie die Frage: Mit welchen Maßnahmen kann man Patient*innen dazu anleiten, ihre Prognose zu verbessern, um Folgeschäden wie einen Ulkus von vornherein zu verhindern. „Die herkömmlichen Schulungen reichen hierfür nicht aus“, meint Dr. Trocha. Ihren Ansatz von einer frühzeitigen und umfassenderen Intervention untermauern will sie mithilfe wissenschaftlicher Daten. Hierfür hat sie auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene gleich mehrere Forschungsprojekte mit angesto-

ßen, die unter anderem den Fragen nachgehen, welche Risikofaktoren neben einer Neuropathie mit und ohne Schmerzempfinden hinzukommen müssen, damit sich bei einem Patienten oder einer Patientin mit Diabetes mellitus ein Erstulkus bildet, und wie lange es im Schnitt dauert, bis ein derartiger Folgeschaden eintritt.

„Zwar ist hinlänglich bekannt, dass Patienten mit einer Neuropathie ein erhöhtes Risiko haben, an einem diabetischen Fußsyndrom zu erkranken. Allerdings entwickeln nicht alle diese Patienten eine Wunde“, betont Dr. Trocha. Die Ergebnisse dieser Studien, so ihre Erwartung, könnten entscheidend dazu beitragen, die Hochrisikogruppen künftig im Versorgungsalltag frühzeitig herauszufiltern und so bei den Betroffenen einen Erstulkus zu verhindern. Die Einbindung des ambulanten Sektors und weiterer medizinischer Fachberufe ist aus ihrer Sicht dabei ein Muss. An dem von der AG Fuß der DDG und dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung geförderten nationalen Forschungsprojekt beispielsweise nehmen bereits 200 Hausarzt*innen teil. In einem nächsten Schritt sollen niedergelassene Diabetolog*innen hinzukommen.

Darüber hinaus finden auf Initiative von Dr. Trocha in Essen regelmäßige „Präventionsstammtische“ zur Fortbildung von Orthopädieschuhmachermeister*innen und Podolog*innen statt, die vom ambulanten Diabetesschulungsverein organisiert werden.



DR. ANNA
KATHARINA TROCHA

Chefärztin der Klinik für Diabetologie
im Elisabeth-Krankenhaus Essen

„Insbesondere Podologen bauen zumeist eine sehr enge Beziehung zu ihren Patienten auf, was für die Prävention und Behandlung des diabetischen Fußsyndroms von unschätzbarem Wert ist“, begründet Dr. Trocha ihr Engagement in dieser Sache.

Auch bei den Angehörigen ist Aufklärung notwendig

In Vorbereitung befindet sich außerdem ein Projekt zur Wirksamkeit einer Ulkus-Schulung in Kombination mit einer Forschungsgruppe um Prof. Dr. Andrea Icks vom Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie der Universität Düsseldorf und Prof. Dr. phil. Bernhard Kulzer vom Forschungsinstitut FIDAM in Bad Mergentheim. Ebenso bedeutsam für die Prävention ist es aus Sicht von Dr. Trocha, mehr Aufklärung nicht nur bei den Diabetespatient*innen selbst, sondern auch bei deren Angehörigen zu betreiben.

„In unserem MVZ und in der Klinik finden solche Gespräche unter Einbeziehung von Partnern, Geschwistern und Kindern bereits seit einigen Jahren statt, auch wenn dies in der Vergütung nicht entsprechend abgebildet wird“, so Dr. Trocha. „Auf diese Weise wollen wir aber zum einen das Selbstmanagement der Patienten stärken und zugleich ein Bewusstsein dafür schaffen, wer von den Angehörigen aufgrund erblicher Faktoren oder

»Eine Art
Kehrtwende in
meinem Kopf«

seiner Lebensführung ein erhöhtes Risiko trägt, ebenfalls einen Diabetes zu entwickeln und wie sich dies durch Maßnahmen wie eine Ernährungsumstellung und mehr Bewegung verhindern lässt.“

Das Thema diabetische Folgeschäden begleitet Dr. Trocha bereits ihre gesamte berufliche Karriere. „Seit meiner Doktorarbeit Mitte der 1990er-Jahre bin ich mit der Behandlung von Folgeschäden des Diabetes befasst. Im letzten Jahrzehnt fand – angeregt durch Prof. Ernst Chantelau – in meinem Kopf aber eine Art Kehrtwende statt“, so Dr. Trocha. Wunden zu verhindern, galt dann ihr Hauptaugenmerk. Fortan richtete sie ihren wissenschaftlichen und klinischen Fokus daher mehr und mehr auf den Präventionsgedanken.

Inzwischen hat sie sich europaweit einen Namen als Expertin für die Prävention und Behandlung des Diabetischen Fußes gemacht. Ihre Expertise bringt sie unter anderem bereits seit mehr als zehn Jahren in der AG Diabetischer Fuß der DDG sowie in einem von ihr vor rund fünf Jahren mit initiierten Arbeitsausschuss Prävention des Erstulkus ein. Darüber hinaus engagiert sie sich im Vorstand der Studiengruppe „Diabetischer Fuß“ der Europäischen Gesellschaft für die Studien des Diabetes (DFSG) und ist stellvertretende Vorsitzende der größten Studiengruppe innerhalb der Europäischen Gesellschaft für die Studien des Diabetes (EASD).

Für ihr Engagement opfert Dr. Trocha viel Freizeit. Nicht-universitäres wissenschaftliches Arbeiten ist in Deutschland, wie sie sagt, vor allem ein Ehrenamt, für das man eine große Portion Idealismus und einen langen Atem benötigt. An beidem scheint es ihr jedoch nicht zu fehlen. Und die Tatsache, dass sich für die Patient*innen bereits einiges getan hat und auch die Kostenträger offen für neue Ideen zu sein scheinen, gibt ihr die Kraft, weiter zu forschen und etablierte Strukturen infrage zu stellen. *Petra Spielberg*

»Verhinderung eines Erstulkus kommt bei der Betreuung noch immer zu kurz«



Auf der Herbsttagung der DDG in Wiesbaden im November 2018 fand ein erstes Arbeitstreffen des Arbeitsausschusses Prävention des Erstulkus der AG Diabetischer Fuß statt. Fotos: DDG/Dirk Deckbar, iStock/artdesigner88

Wahre Größen der Diabetologie gesucht

Die diabeteszeitung möchte in weiteren Ausgaben Menschen vorstellen, die für die Versorgung von Patient*innen mit Diabetes bzw. für die Diabetologie Besonderes und Berichtenswertes geleistet haben. Melden Sie sich bitte bei Interesse bei uns oder schlagen Sie jemanden für ein Porträt vor:

diabeteszeitung@medtrix.group

HbA_{1c}-IGeL mit »unklarem« Nutzen?

DDG widerspricht dem Screening-Urteil des Medizinischen Dienstes

ESSEN. Seit zehn Jahren nimmt der Medizinische Dienst Bund Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) unter die Lupe und informiert online über Nutzen und Schaden. Wie schon 2012 urteilen die IGeL-Prüfer auch dieses Jahr wieder: Der Patientenutzen einer Bestimmung des HbA_{1c}-Wertes als Früherkennungsuntersuchung sei „unklar“. Die DDG sieht das anders.

Auf der Webseite igel-monitor.de informiert das Team des Medizinischen Dienstes über 55 IGeL – von „Akupunktur in der Schwangerschaft“ bis „Ultraschall zur Früherkennung von Prostatakrebs“. Es schaut sich die Studien zu den Selbstzahlerleistungen an und gleicht seine Ergebnisse mit internationalen Leitlinien ab. Meistens heißt es „der potenzielle Schaden überwiegt den möglichen Nutzen“ oder das abwägende Urteil lautet „unklar“. Nur zwei IGeL werden „tendenziell positiv“ bewertet.

IGeL-Prüfer finden keine Studien zu Nutzen und Schaden

„Ob der HbA_{1c}-Test helfen kann, Typ-2-Diabetes früher zu entdecken und durch die nachfolgende Therapie den Verlauf günstiger zu beeinflussen als der Nüchternblutzuckertest, lässt sich anhand der vorliegenden Studien nicht beurteilen“, heißt es beim IGeL-Monitor. Ebenso wenig lasse sich aufgrund der fehlenden Studien der Nutzen oder Schaden des Screenings mit HbA_{1c}-Bestimmung in Kombination mit der Nüchternplasmaglukose zur Detektion von Diabetes im Vergleich zu einem Screening mit alleiniger Nüchternplasmaglukose ableiten.

Als Teil des „Check-ups“ ist der Nüchternblutzuckertest eine Kassenleistung. Häufig werde in Praxen jedoch „alternativ dazu oder zusätzlich“ der HbA_{1c}-Test zur Früherkennung für 12 bis 15 Euro angeboten. „Die DDG sieht, wie andere Fachgesellschaften auch, durchaus einen eindeutigen Nutzen in der HbA_{1c}-Bestimmung zur Detektion von Diabetes“, kommentiert Prof. Dr. BAPTIST GALLWITZ, Leiter der Kommission gesundheitspolitische und wissenschaftspolitische Fragen der DDG, das Votum des IGeL-Monitors. In ihren Praxisempfehlungen rät die Fachgesellschaft zu einem Screening bei vorhandenen Risikofaktoren wie Übergewicht, Verwandte ersten Grades mit Diabetes, Hypertonie, Dyslipidämie oder nicht-alkoholischer Fettleber. Zusätzlich sollte den zu untersuchenden Personen ein standardisierter Selbsttest-Fragebogen ausgehändigt werden, der in Deutschland bezüglich der Identifizierung von Menschen mit erhöhtem Diabetesrisiko evaluiert ist. Gemeinsam mit Prof. Dr. Lutz Heinemann und Prof. Dr. Rüdiger Landgraf von der Kommission Labordiagnostik in der Diabetologie der DDG & DGKL hat sich Prof. Gallwitz den Stand der wissenschaftlichen Emp-

fehlungen genau angeschaut. Die Experten verweisen u.a. auf eine Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Darin heißt es: „Die DGIM empfiehlt, im Rahmen des Check-up 35 strukturiert (entsprechend der jährlich aktualisierten Praxisempfehlungen der DDG) auf Risiken für eine diabetische Stoffwechsellage zu befragen und zu untersuchen. Bei vorhandenen Risikofaktoren sollten der HbA_{1c}-Wert und die Glukose aus venösem Plasma bestimmt werden, um so früh wie möglich einen Diabetes mellitus zu erkennen und entsprechende Interventionen einzuleiten.“

Internationale Empfehlungen zur (Prä-)Diabetes-Testung

Prof. Gallwitz moniert: „Im IGeL-Monitor wurden die aktuelle Entwicklung der Diabetesinzidenz und die Problematik der hohen Dunkelziffer an unerkanntem Typ-2-Diabetes nicht vollständig berücksichtigt und auch die Literatur, die zu den internationalen Empfehlungen geführt hat, nicht ausreichend zusammengestellt und gewürdigt.“ Jährlich erkranken hierzulande mehr als eine halbe Million Men-

»Literatur nicht ausreichend gewürdigt«

schen an Typ-2-Diabetes, die Dunkelziffer wird auf mindestens zwei Millionen geschätzt. „Da sich ein Typ-2-Diabetes langsam über eine gestörte Glukosetoleranz entwickelt, könnte eine frühe Diagnosestellung bei asymptomatischen Patienten das kardiovaskuläre Erkrankungsrisiko durch eine rechtzeitige Änderung des Lebensstils senken. Hierfür gibt es Evidenz.“

Die United States Preventive Services Task Force (USPSTF) empfiehlt ein populationsbasiertes Screening zwischen 40 bis 70 Jahren, beschränkt auf übergewichtige (BMI > 25 kg/m²) bzw. adipöse (BMI > 30 kg/m²) Menschen. Eine erneute Testung sollte bei übergewichtigen Patienten mit normalen Glukose-Parametern nach drei Jahren erfolgen. Die Amerikanische Diabetesgesellschaft (ADA) empfiehlt eine

Testung Diabetes/Prädiabetes bei über 35-Jährigen mit einem BMI ≥ 25 kg/m² und einem oder mehr Risikofaktoren wie HbA_{1c} ≥ 5,7 %, Verwandten ersten Grades mit Diabetes, hohem ethnischen Risiko, anamnestisch Gestations-Diabetes, kardiovaskulärer Erkrankung, Bluthochdruck oder Dyslipidämie. Eine erneute Testung sollte bei normwertigen Parametern nach drei Jahren erfolgen.

Die Canadian Task Force on Preventive Health Care rät zur Diabetesrisiko-Ermittlung bei allen Erwachsenen im Abstand von drei bis fünf Jahren mittels FINRISK oder CANRISK Scores, ggf. dann ein Screening alle drei bis fünf Jahre mittels HbA_{1c}-Bestimmung (≥ 6,5 %).

„Die DDG plädiert nachdrücklich für die hier geschilderte Vorgehensweise und die Bestimmung von Nüchternglukose und HbA_{1c} als Screeningparameter für die Diagnose eines Typ-2-Diabetes“, stellen die Vertreter der Fachgesellschaft klar. REI

Literaturverzeichnis:

www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/politik/stellungnahmen

Einen HbA_{1c}-Test zur Detektion von Typ-2-Diabetes zahlt die Kasse nicht.

Foto: Aleksandra Gigowska – stock.adobe.com



Gefahr erkannt, aber nicht gebannt ...

Prädiabetes: Metformin und gesunder Lebensstil können das Mortalitätsrisiko nicht mindern

BETHESDA. Erwachsene mit einem Prädiabetes entwickeln seltener einen manifesten Typ-2-Diabetes, wenn sie Metformin einnehmen oder sich mehr bewegen und Gewicht verlieren. Weder das Medikament noch die gesündere Lebensweise können allerdings das Sterberisiko senken, wie aus einer aktuellen US-Studie hervorgeht.

Eine gestörte Glukosetoleranz prädisponiert für kardiovaskuläre und für Krebserkrankungen. Gleichzeitig erhöht sich sowohl das jeweilige krankheitsspezifische als auch das Gesamtsterberisiko, so die aktuelle Datenlage. Professor Dr. CHRISTINE G. LEE vom National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases der National Institutes of Health in Bethesda ging nun gemeinsam mit weiteren Forschenden der Frage nach, ob Personen mit hohem Risiko für Typ-2-Diabetes im Hinblick auf die Mortalität von einer Lebensstilumstellung bzw. von der Behandlung mit Metformin profitieren.

Das Studienkollektiv bildeten 3.234 Erwachsene, die zwischen 1996 und 1999 im Alter von mindestens 25 Jahren (Durchschnitt: 50,6 Jahre) in das Diabetes Prevention Program (DPP) eingeschlossen worden waren. Die Studie sollte klären, ob Metformin bzw. eine Lebensstilumstellung den Übergang vom Prädiabetes in einen manifesten Typ-2-Diabetes verhindern können. Alle Teilnehmenden hatten ein erhöhtes Risiko für Typ-2-Diabetes: BMI ≥ 24 kg/m², Nüchternblutzucker von 95–125 mg/dl und/oder Zweistundenwert im oralen Glukosetoleranztest (OGTT) von 140–199 mg/dl. Die Studienteilnehmenden wurden in drei verschiedene Gruppen randomisiert: 1.079 Personen nahmen

an einem intensiven Lebensstilprogramm teil, das eine Steigerung der körperlichen Aktivität auf mindestens 150 Minuten pro Woche sowie eine Gewichtsabnahme um mindestens 7 % des Körpergewichts vorsah, weitere 1.073 nahmen zweimal täglich ein Placebo ein und erhielten die üblichen Diät- und Bewegungsempfehlungen.

Kein signifikanter Effekt auf Mortalität jeglicher Ursache

Die übrigen 1.082 nahmen zweimal täglich ein Placebo ein und erhielten ebenfalls eine Standard-Lebensstilberatung. Die verblindete Interventionsphase der Studie endete im Jahr 2001, nachdem der primäre Studienendpunkt, die Diabetesprävention, erreicht worden war. Ab diesem Zeitpunkt wurde allen Studienteilnehmenden ein Lebensstilprogramm angeboten. Die Personen der Metformin-Gruppe nahmen das Medikament weiter ein. Ein Teil der DPP-Teilnehmenden wurde an-

schließend im Rahmen der Diabetes Prevention Program Outcomes Study (DPPOS) weiter betreut. Im Verlauf von durchschnittlich 21 Nachbeobachtungsjahren verstarben 453 (14 %) der Studienteilnehmenden. Die häufigste Todesursache in der Studienpopulation stellten Krebserkrankungen (37 %) dar, gefolgt von kardiovaskulären Komplikationen (29 %). Im Vergleich zu Placebo hatte weder die Einnahme von Metformin noch die Umstellung des Lebensstils einen signifikanten Effekt auf die Mortalität aufgrund jeglicher Ursache, auf die kardiovaskuläre Mortalität, die Krebssterblichkeit oder das Sterberisiko aufgrund anderer Ursachen. Eine multivariate Analyse zur allgemeinen Mortalität, bei welcher die Forschenden den Diabetesstatus, die Diabetesdauer, die Veränderung des BMI, die kumulative glykämische Exposition sowie das kardiovaskuläre Risiko berücksichtigten, kam zu ähnlichen Ergebnissen.

Die Haupttodesursachen von Erwachsenen mit einem hohen Risiko für Typ-2-Diabetes, so das Fazit der Wissenschaftler*innen, sind in der Studie demnach Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die Forschung muss nun ihrer Ansicht nach unter anderem prüfen, welche Maßnahmen die krebserkrankungsbedingte Übersterblichkeit bei Prädiabetes – wie sie auch in früheren Untersuchungen festgestellt wurde – wirksam bekämpfen können. JL

Lee CG et al. Diabetes Care 2021; 44: 2775-2782; doi: 10.2337/dc21-1046

Die DPP-Studienpopulation bei Studienbeginn

- Durchschnittsalter 50,6 ± 10,7 Jahre
- durchschnittlicher BMI 34,0 ± 6,7 kg/m²
- 68 % Frauen
- 55 % Weiße
- 41 % ehemalige oder aktuelle Raucher
- 29 % Hypertonie
- 69 % Hyperlipidämie

»Krebs häufigste Todesursache«

Rätselraten um steigende Inzidenzen

Können Begleitumstände der COVID-19-Pandemie indirekt Typ-1-Diabetes auslösen?

GIESSEN. Jeweils rund drei Monate nach den ersten drei Coronawellen in Deutschland stieg auch die Zahl der Kinder und Jugendlichen mit neu diagnostiziertem Typ-1-Diabetes. Das ergab eine Analyse des DPV-Registers. Antikörper-negative Fälle traten dabei allerdings nicht gehäuft auf.

Während der ersten Welle der COVID-19-Pandemie in Deutschland, von Mitte März bis Mitte Mai 2020, beobachteten Forschende noch keinen Anstieg bei den Erstmanifestationen mit Typ-1-Diabetes. Jetzt präsentierte dieselbe Gruppe an Autor*innen Daten mit einer Nachbeobachtungszeit von anderthalb Jahren. Die Auswertungen zeigen, dass während der Pandemie signifikant mehr Kinder an Typ-1-Diabetes erkrankten als erwartet. Als Datenquelle nutzte das Team um Privatdozent Dr. CLEMENS KAMRATH, Justus-Liebig-Universität Gießen, die Diabetes-Patienten-Verlaufsdokumentation (DPV-Register). Darin werden deutschlandweit u.a. die Neudiagnosen des Typ-1-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 Monaten bis 18 Jahren erfasst. Als Kontrolle dien-

ten DPV-Registerdaten von knapp 23.000 Kindern und Jugendlichen aus den Jahren 2011 bis 2019. Auf deren Basis berechnete man die zu erwartenden Fallzahlen für die Jahre 2020 und 2021. Im Analysezeitraum vom 1. Januar 2020 bis zum 30. Juni 2021 wurden im DPV-Register insgesamt 5.162 Kinder und Jugendliche mit neu diagnostiziertem Typ-1-Diabetes registriert. Dies entspricht einer Inzidenz von 24,4 Fällen pro 100.000 Patient*innenjahren (95%-KI 23,6–25,2) und lag

»DPV-Registerdaten von knapp 23.000 Kindern«

damit signifikant über dem erwarteten Wert von 21,2 Fällen pro 100.000 Patient*innenjahren (95%-KI 20,5–21,9). Auf einzelne Monate bezogen war das Inzidenzratenverhältnis im Juni 2020, Juli 2020, März 2021 und Juni 2021 signifikant gegenüber den modellierten Erwartungswerten erhöht.

Mehr Neumanifestationen als laut Register zu erwarten war

Damit folgten die höchsten Zahlen jeweils etwa drei Monate auf die Gipfel der COVID-19-Infektionswellen. Während die Diabetes-häufigkeit im Kontrollzeitraum vor allem bei den 12- bis 17-Jährigen zunahm, überstieg die Inzidenz während der Pandemie die Erwartungswerte signifikant in den Altersgruppen unter 6 Jahren und von 6 bis 11 Jahren. Für die 12- bis 17-Jährigen unterschied sie sich nicht von der modellierten Prognose. Es ergab sich für unter 12 Jahre alte Kinder eine signifikant gesteigerte Diabetesinzidenz im Juni bis September 2020 und März bis Juni 2021. Für Jugendliche unter 12 Jahren übertraf sie die Erwartungswerte nur von Juni bis September 2020.



Während der Pandemie hatten Kinder seltener Infekte – begünstigt das Typ-1-Diabetes?

Fotos: iStock/Colorfuel Studio

»Zytotoxische Wirkung«

Frequenz Autoantikörper-negativer Erkrankungen festgestellt wurde, so die Autor*innen. Der autoimmunvermittelte Typ-1-Diabetes wiederum entwickle sich in der Regel über lange Zeiträume hinweg. Der Abstand von drei Monaten zwischen den COVID-19-Wellen und vermehrter Diabetesmanifestation lasse daher eher indirekte Auslöser bei Personen mit Vorstufen eines Typ-1-Diabetes in Form einer Inselautoimmunität vermuten, schlussfolgert das Team um Dr. Kamrath. Zum Beispiel die verringerte Häufigkeit anderer Infektionskrankheiten im Kindesalter oder psychische Belastungen infolge der pandemiebedingten Isolation. Beides wurde bereits mit dem Erkrankungsbeginn des Typ-1-Diabetes in Verbindung gebracht.

Dr. Moyo Grebbin

Kamrath C et al. Diabetes Care 2022; dc210969; doi: 10.2337/dc21-0969 y

Die Raten an Antiautokörper-Negativität unter den Diabetes-Neudiagnosen in 2020/2021 unterschieden sich nicht von den Raten aus 2018/2019 – auch nicht während der Perioden mit erhöhter Diabetesinzidenz.

Aus welchem Grund in der Pandemie mehr Kinder an Typ-1-Diabetes erkrankten, ist unbekannt. Ein potenzieller direkter Diabetesauslöser wäre eine in Publikationen beschriebene zytotoxische Wirkung von SARS-CoV-2 auf die Betazellen der Bauchspeicheldrüse – ohne eine Autoimmunität. Dagegen spreche jedoch u.a., dass in der vorliegenden Untersuchung keine erhöhte

INFOBOX ■ Insulintherapie

Postprandiale Blutzuckerspitzen besser im Griff

Durch Wahl der passenden Therapie zu einem ausgeglichenen Glukoseprofil

Wenn der Blutzucker nach dem Essen rasant in die Höhe steigt, sind Menschen mit Diabetes vielfach beunruhigt. Eine Lösung kann der Wechsel zu einem modernen Mahlzeiteninsulin sein, mit dem postprandiale Spitzen dank eines schnellen Wirkeintritts effektiv reduziert werden können.

Der 58-jährige Jürgen hat seit zehn Jahren Typ-2-Diabetes und erhält seit vorigem Jahr eine Therapie mit Mahlzeiteninsulin. Der Bauleiter mit der kräftigen Statur ist beruflich stark eingespannt und ständig unterwegs. Regelmäßige Mahlzeiten gibt es bei ihm daher nur selten. Das spontane Essen in den kurzen Verschnaufpausen fordert seinen Tribut: Oft schafft Jürgen es nicht, bei der Injektion seines Insulins einen Spritz-Ess-Abstand einzuhalten und so zeigt sein FGM häufig einen

deutlich erhöhten Blutzucker nach dem Essen an, der sich nur langsam normalisiert. Die überhöhten Werte beunruhigen ihn und führen dazu, dass er am Sinn und Nutzen der Therapie zu zweifeln beginnt. Wie kann man Jürgen wieder motivieren?

Nah an der physiologischen Insulinwirkung

Das schnell wirksame Insulin lispro Lyumjev®^{a,1} kann für Jürgen eine passende Option sein. Es zeichnet sich durch eine besonders große Nähe zur physiologischen Insulinwirkung aus.¹ Der im Vergleich zu herkömmlichem Insulin lispro beschleunigte Wirkeintritt kann Blutzuckerspitzen nach dem Essen wirksam reduzieren, wie in Studien nachgewiesen wurde.² Auf einen Spritz-Ess-Abstand kann



bei diesem Insulin deshalb verzichtet werden, sodass man gleich nach der Injektion mit dem Essen beginnen kann.¹ Damit hat Jürgen die Chance, ein ausgeglicheneres Glukoseprofil zu erreichen, was sich bei ihm auch positiv auf die Motivation zu einem adhärenten Diabetesmanagement auswirkt.

Bei welchen weiteren Patiententypen das schnell wirksame Insulin lispro eine bedarfsgerechte Lösung bieten kann, ist hier zu sehen: <https://bit.ly/3fJjRAT>



^a Lyumjev® ist angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen mit Diabetes mellitus
1. Fachinformation Lyumjev®; aktueller Stand
2. Blevins T et al. Diabetes Care. 2020, 43 (12) 2991-2998

Schlaf gut, Süßer!

Gesunde Nachtruhe hält Blutzucker in Schach

MALMÖ. Schlafhygiene ist Teil eines gesunden Lebensstils. Unklar war bislang, welche Auswirkungen ein entspannter Schlummer auf die postprandialen Blutzuckerwerte hat.

Der Zusammenhang zwischen Schlafqualität und gesundheitlichen Beeinträchtigungen wie kardiovaskulären Erkrankungen, Adipositas oder Typ-2-Diabetes ist schon lange bekannt, berichten NELI TSERETELI von der Universität Lund in Malmö und Kolleg*innen. Das Team untersuchte nun, ob sich der Nachtschlaf auch unmittelbar auf den Blutzucker nach dem Frühstück auswirkt. Dazu werteten sie die Daten von 953 gesunden Erwachsenen aus, die im Rahmen der Ernährungsstudie PREDICT über 14 Tage lang ihr Frühstück durch standardisierte isoenergetische Testmahlzeiten ersetzt hatten. Die postprandiale Blutzuckerantwort war mithilfe eines CGM-Systems gemessen worden. Zusätzlich trugen alle Proband*innen im Überwa-

chungszeitraum einen Beschleunigungssensor, mit dessen Hilfe die Forscher*innen verschiedene Schlafparameter objektivierten. Heraus kam, dass eine lange Gesamtschlafdauer sowohl bei einem kohlenhydrat- als auch bei fettreichem Frühstück mit signifikant niedrigeren postprandialen Blutzuckerwerten einherging. Auch die Schlaffeffizienz, also das Verhältnis der im Bett verbrachten zur tatsächlich geschlafenen Zeit, korrelierte mit dem Glukosehaushalt: So war eine hohe Effizienz mit besserer Blutzuckerkontrolle assoziiert. Auch die intrapersonelle Datenauswertung zeigte Zusammenhänge. Wechsel im persönlichen Schlafmuster beeinträchtigten die Blutzuckerwerte am Folgemorgen ebenfalls. Wer etwas für seinen Blutzucker tun möchte, sollte also früh zu Bett gehen und möglichst lange und ungestört schlafen, so das Fazit der Forschenden. JL

Tsereteli N et al. Diabetologia 2021; doi: 10.1007/s00125-021-05608-y

Medizin & Markt

Digitalisierung zwischen Wunsch und Wirklichkeit

D.U.T-Report zeigt Status quo – bytes4diabetes-Awards weisen in die Zukunft

➔ Symposium – Berlin-Chemie

BERLIN. Es gibt viele digitale Tools, die Erleichterungen beim Diabetesmanagement oder ein weitestgehend normales Leben versprechen. Ob sie ihr Potenzial entfalten und die in sie gesetzten Erwartungen erfüllen, kann man auch in diesem Jahr im aktuellen D.U.T-Report nachlesen, für den Diabetolog*innen und Menschen mit Diabetes befragt wurden.

AID-Systeme, Interoperabilität und Analysesoftware für Glukosdaten sind demnach die aktuellen Topthemen. Die Befragten glauben, dass

Diabetestechnologien bestehende Belastungen aufgrund des Diabetes reduzieren können, wenngleich z. T. auch neue Belastungen – etwa aufgrund von Überforderung durch die Technik, störende Alarmerhöhten Schulungsaufwand – entstehen können. Neu in den D.U.T-Report aufgenommen wurden Fragen nach ökologischen Aspekten der Diabetestherapie. Demzufolge macht sich gut die Hälfte der Befragten um Verpackungsmüll Gedanken, zwei Drittel wünschen sich mehr wiederverwertbare Utensilien. Allerdings sind ökologische Faktoren bis dato

noch kein ausschlaggebendes Kriterium für die Wahl einer bestimmten Diabetestechnologie. In die Zukunft der Digitalisierung weisen die mit einem bytes4diabetes-Award prämierten Initiativen. Platz 1 teilten sich in diesem Jahr zwei Projekte. Einmal SmartDiabetesCare, ein Programm zum systematischen Diabetesscreening bei stationären Aufenthalten. „Ich hoffe, dass die Prämierung die Vernetzung und Weiterentwicklung des Projekts fördert, denn es ist eine gute Lösung für ein drängendes und allgegenwärtiges Problem“, lobte NICO RICHTER von der DAK Gesundheit in seiner Laudatio. Ebenfalls auf Platz 1 landete die App diafy, deren selbstlernende Künstliche Intelligenz die korrekte Insulindosis berechnet und für die auch ein Smartpen und ein eigener Glukose-sensor entwickelt wurden. Laudatorin LISA SCHÜTTE erklärte: „Nicht alle möchten oder können eine Pumpe tragen. diafy erreicht diese Menschen und bringt auch sie ohne Pumpe einem AID-System näher.“ *thie*

Symposium „Die digitalisierte Diabetespraxis – schon im Zielbereich?“ im Rahmen der DiaTec 2022; Veranstalter: Berlin-Chemie

KI-Unterstützung bei der Berechnung der Insulindosis gibt es nun auch für die Therapie mit Pens.

Foto: iStock/agrobacter



Erleichtertes Selbstmanagement – weniger Unsicherheit und Erfolgsdruck

Vernetzung von rtCGM mit Smartpen und Insulinpumpe

➔ Symposium – Dexcom

WIESBADEN. Neuerdings lassen sich nicht nur Insulinpumpen, sondern auch Smartpens mit Systemen zur kontinuierlichen Glukosemessung in Echtzeit (rtCGM) verbinden. Damit steht nun eine attraktive Option für insulinbehandelte Patient*innen mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes zur Verfügung.

Die t:slim X2™ Insulinpumpe mit Control-IQ™ und Dexcom G6® als rtCGM-System lassen sich zu einem Hybrid-Closed-Loop-System vernetzen, das die Basalrate steuert. Wie Dr. DIETRICH TEWS, niedergelassener Diabetologe aus Gelnhausen, berichtete, profitieren davon sowohl Kinder als auch Erwachsene mit Typ-1-Diabetes. In einer Pilotstudie an Kindern im

Alter von zwei bis knapp sechs Jahren erhöhte sich der Anteil derer, die das therapeutische Ziel erreichten, von 33 % auf 83 %.¹

Die rtCGM-Technologie ist beim Typ-1-Diabetes im Alltag angekommen, aber auch bei insulinbehandelten Menschen mit Typ-2-Diabetes zeigen erste Studien einen Benefit mit Blick auf die erzielte Zeit im Zielbereich (TiR) und das Hypoglykämierisiko. Durch Vernetzung von rtCGM und Insulinpumpe bzw. Smartpen entstehen Systeme, die den Patient*innen das Selbstmanagement sehr erleichtern können. „Viele insulinbehandelte Menschen mit Diabetes erleben im Alltag Erfolgsdruck und Unsicherheiten“, so Dr. Dipl. oec. troph. ASTRID TOMBEK, Diabetesberaterin im Diabetes Zentrum Mergentheim. Nicht selten kom-

men Patient*innen mit den Bolusinjektionen durcheinander. Auch in dieser Hinsicht kann die Nutzung des neuen Smartpens (NovoPen® 6 bzw. NovoPen Echo® Plus), der ebenfalls mit dem Dexcom G6® kompatibel ist, von Vorteil sein: In einer schwedischen Studie verringerte sich durch die Anwendung von rtCGM-System und Smartpen bei Menschen mit Typ-1-Diabetes die Zahl verpasster Bolusinjektionen um mehr als 40 %. Die TiR erhöhte sich im Mittel um fast zwei Stunden.²

Einsatzmöglichkeiten für die Kombination aus rtCGM-System und Smartpen sieht Dr. Tombek bei Typ-1- und bei Typ-2-Diabetes, hier sowohl bei intensiver Insulintherapie (ICT) als auch bei basal unterstützter oraler Therapie (BOT). Entsprechend geschult, kämen auch ältere Menschen gut mit der Technologie zurecht. *vie*

1. Ekhalspour L et al. Diabetes Technol Ther 2021; 23 (5): 384-391; 2. Adolfsson P et al. Diabetes Technol Ther 2020; 22 (10): 709-718

Symposium „Ein modernes Diabetesmanagement beginnt mit rtCGM“ im Rahmen der Diabetes Herbsttagung 2021; Veranstalter: Dexcom

NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

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



Foto: iStock/AzmanJaka

Progression von Schäden an den Nieren verzögern

Dapagliflozin bei CKD mit und ohne Diabetes

➔ Symposium – AstraZeneca

WIESBADEN. Als orales Antidiabetikum für Menschen mit Typ-2-Diabetes ist Dapagliflozin (Forxiga®) etabliert. 2020 wurde der SGLT2-Hemmer zum Einsatz bei chronischer Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion zugelassen. 2021 erhielt er außerdem die Zulassung zur Behandlung der chronischen Niereninsuffizienz (CKD). Die Indikationen zur Herzinsuffizienz und zur CKD sind unabhängig davon, ob auch ein Diabetes vorliegt oder nicht.

Den Nutzen von Dapagliflozin bei CKD belegt unter anderem die DAPA-CKD-Studie. Verglichen wurde bei CKD-Patient*innen die Zugabe von Placebo vs. Dapagliflozin jeweils zur Standardtherapie. Im Vergleich zu Placebo konnte Dapagliflozin die Krankheitsprogression verzögern und das Überleben signifikant verlängern. Erfasst wurde auch der Nutzen für CKD-Patient*innen mit und ohne Typ-2-Diabetes anhand der mittleren Änderung der Urin-Albumin-Kreatinin-Ratio (UACR), erklärte Prof. Dr. Julia WEINMANN-MENKE von der Universität Mainz. Demnach profitierten

beide CKD-Gruppen gegenüber Placebo von einer raschen, anhaltenden UACR-Senkung (CKD mit Typ-2-Diabetes: -35,1 % / CKD ohne Typ-2-Diabetes: -14,8 %/36 Monate; jeweils p < 0,001). Prof. Weinmann-Menke misst als Marker UACR und eGFR. Aber schon die Albuminurie allein ist riskant, mahnte die Nephrologin: „Wenn ständig Eiweiß durch die Niere läuft, werden die Tubuli geschädigt und es kommt zum Progress der Nierenkrankheit!“ In Deutschland ist bei rund zehn Millionen Menschen die Nierenfunktion eingeschränkt. Aber die Diagnose-lücke ist riesig: 72 % der Betroffenen wissen nichts davon. Sofern die Nierenfunktion nicht besonders schnell abfällt, bemerken CKD-Patient*innen den Funktionsverlust oft lange nicht. Jedoch steigen die Risiken für kardiovaskuläre Ereignisse und Mortalität. Frühes Erkennen und gezielte nephrologische Therapie sind also wichtig, um die CKD-Progression zu verlangsamen. *her*

Symposium „Herz und Niere – wie beeinflussen sie sich gegenseitig? Interdisziplinär & praxisnah“ im Rahmen der Diabetes Herbsttagung 2021; Veranstalter: AstraZeneca

Stabile Glukosewerte in der Schwangerschaft

➔ Pressemitteilung – Novo Nordisk

Wie das Unternehmen mitteilt, können Frauen mit Diabetes, die schwanger sind oder eine Schwangerschaft planen, nach einer Erweiterung der Fachinformation durch die Europäische Kommission nun auch auf Insulin degludec (Tresiba®) zurückgreifen. Martin Holst Lange, Novo Nordisk, begrüßt diese neue Option: „Für Frauen, die mit Diabetes leben, ist eine gute glykämische Einstellung vor und während der Schwangerschaft ein zentrales Anliegen.“ Denn eine unzureichende Glukoseeinstellung in dieser Phase sei eine der Hauptursachen für ein erhöhtes Risiko für mütterliche und kindliche Schwangerschaftskomplikationen. Insulin degludec könne zu einer guten Glukoseeinstellung in dieser Lebensphase beitragen, wie u.a. Ergebnisse der Studie EXPECT gezeigt hätten. Darin wurde die Wirksamkeit und Sicherheit von Insulin degludec im Vergleich zu Insulin detemir, jeweils in Kombination mit Insulin aspart (NovoRapid®), bei Frauen mit Typ-1-Diabetes untersucht, die schwanger waren oder eine Schwangerschaft planten. Insulin degludec erwies sich als ebenso wirksam und sicher wie Insulin detemir, auch in puncto Schwangerschaftsendpunkte gab es keine klinisch relevanten Unterschiede.

Neun Regeln für die tägliche Fußpflege

➔ Pressemitteilung – Eduard Gerlach

Mehr als ein Drittel der Menschen mit Diabetes wissen nicht, dass sie auf ihre Füße besonders achten müssen. Das geht aus dem GEHWOL Diabetes-Report 2021 hervor. Die Eduard Gerlach GmbH hat daher neun einfache Regeln zusammengestellt, mit denen sich Fußprobleme rechtzeitig erkennen bzw. verhindern lassen: 1. Füße regelmäßig auf Verletzungen untersuchen, ggf. mit einem Spiegel; 2. Bei intakter Haut behutsam Füße baden; 3. Nach dem Fußbad Füße und Zehenzwischenräume sorgfältig abtrocknen; 4. Insbesondere bei Arhidose infolge einer Polyneuropathie mit Fett und Feuchtigkeit pflegen; 5. Keine scharfen oder spitzen Instrumente zur Nagelpflege oder Hornhautentfernung verwenden; 6. Hühneraugen nur vom Profi behandeln lassen; 7. Passgenaue, atmungsaktive Lederschuhe mit geringer Absatzhöhe tragen; 8. Beim Shopping Schuhe lieber nachmittags anprobieren und 9. Durch häusliche Fußgymnastik für stabiles Gewebe und gute Durchblutung sorgen.



Jetzt abonnieren!

diabetes zeitung

Der ansprechende Fachtitel – herausgegeben von der Deutschen Diabetes Gesellschaft in Kooperation mit Medical Tribune. Es erwartet Sie ein breites inhaltliches Spektrum zum Thema „Diabetes mellitus“, visuell ansprechend verpackt im bewährten Medical-Tribune-Zeitungsformat.

Sichern Sie sich jetzt Ihr persönliches Exemplar im Jahresabonnement.

diabetes zeitung

- Ja, ich abonniere** „diabetes zeitung“ für 1 Jahr (10 Ausgaben) inkl. Zustellung in Deutschland und MwSt.

für Ärzte € 45,00 p.a. für Stud. med. € 35,00 p.a. (Nachweis anbei)

Das Abonnement gilt zunächst für ein Jahr und verlängert sich um ein weiteres Jahr, falls es nicht sechs Wochen vor Ablauf des Bezugszeitraumes schriftlich gekündigt wird.

Bestellungen bitte per Fax: 0611 9746 480-288

E-Mail: mtd-aboservice@medtrix.group oder per Post

MedTriX GmbH
Vertriebsabteilung
Unter den Eichen 5
D-65195 Wiesbaden

DDG 4/2022

Name, Vorname

Fachrichtung

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Datum, Unterschrift

Datenschutzhinweis: Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der personenbezogenen Daten erfolgt auf Grundlage der DSGVO und dient der Erfüllung des Auftrages und zu Direktmarketingaktionen für unsere Produkte und Dienstleistungen. Sie können jederzeit Auskunft über Ihre gespeicherten Daten verlangen und/oder der Speicherung und/oder Nutzung Ihrer Daten mit Wirkung für die Zukunft widersprechen und die Löschung bzw. Sperrung Ihrer personenbezogenen Daten verlangen. Senden Sie dazu eine E-Mail an 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/

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

Neu- oder re-zertifizierte Kliniken und Arztpraxen

(im Zeitraum 22.02. bis 28.03.2022)

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 1		
Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge, Klinik für Innere Medizin I – Angiologie, Diabetologie, Kardiologie	10365 Berlin	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Helios Klinikum Emil von Behring, Klinik für Innere Medizin II/Station 21	14165 Berlin	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
PLZ 2		
Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg, Klinik für Diabetologie	20259 Hamburg	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Diabetespraxis Langenhorn	22419 Hamburg	Zertifiziertes Diabetologikum DDG
PLZ 3		
Klinikum Herford, Med. Klinik 1	32049 Herford	Klinik für Diabetespatienten geeignet DDG
Kurparkklinik Dr. Lauterbach-Klinik GmbH, Diabetologie	36448 Bad Liebenstein	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 4		
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dres. M. Gumprich/U. Nühlen/K. Rave	42275 Wuppertal	Zertifiziertes Diabetologikum DDG
HELIOS Klinikum Wuppertal, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin	42283 Wuppertal	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Augusta-Kranken-Anstalt gGmbH Bochum/Hattingen, Diabeteszentrum Ruhrgebiet	44791 Bochum	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
PLZ 6		
Diabeteszentrum Dr. Tews, BAG Dr. Dietrich Tews & Partner	63571 Gelnhausen	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
PLZ 9		
Klinikum Bayreuth GmbH, Med. Klinik I Gastroenterologie - Abteilung Diabetologie	95445 Bayreuth	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG

DDG startet Kooperation mit AMBOSS




Attraktive Vorteile für DDG Mitglieder

Leitlinien-Telegramm ergänzt das Informationsangebot der DDG

Die DDG und die medizinische Wissensplattform AMBOSS arbeiten ab sofort gemeinsam daran, Ärztinnen und Ärzten einen einfachen und schnellen Zugang zu evidenzbasierten Behandlungsempfehlungen zu bieten. Als eine von mehreren Fachgesellschaften wirkt die DDG aktiv am AMBOSS-Leitlinien-Telegramm mit – einem kostenfreien Newsletterformat, in dem regelmäßig die wichtigsten, klinisch relevanten Empfehlungen einer neuen oder aktualisierten Leitlinie zusammengefasst und per E-Mail versandt werden.

DDG Mitglieder profitieren im Rahmen der Kooperation von einem zusätzlichen Mitgliedervorteil: Sie können AMBOSS drei Monate kostenfrei nutzen und jederzeit auf alle fachgebietsübergreifenden Behandlungsempfehlungen und Fortbildungsmöglichkeiten zugreifen – inklusive der Wissen-App.

Weitere Informationen und Anmeldung:
 <https://go.amboss.com/ddg-vorteil>

Noch kein DDG Mitglied?

Überzeugen Sie sich von den Vorteilen!

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

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

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

Mitgliedsantrag auch online



Ihre Ansprechpartnerin in der Geschäftsstelle:
Steffi Rudloff

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

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

Gülnur Coban, Frankenthal
 Nicola Wiczorek, Köln
 Dr. med. Birgit Cornel, Frankfurt am Main
 Dr. med. Katharina Haug, Hamburg
 Dr. med. Saskia Roop, Berlin
 Dr. med. Franziska Michels, Freiburg im Breisgau
 Thomas Domagala, Bad Lauterberg
 Dr. med. Anja Hieronimus, Tübingen
 Jolanta Bicep, Durbach

Forschung 

Forschungsnetzwerk Diabetes



BERLIN. Gemeinsam mit dem DZD hat die DDG das „Forschungsnetzwerk“ etabliert. Wir laden Sie herzlich ein, sich über aktuelle Forschungsaktivitäten zu informieren und mit Kolleg*innen für neue Projekte, Initiativen oder Kooperationen in Kontakt zu treten.




Eine Initiative von:
DDG Deutsche Diabetes Gesellschaft
DZD Deutsches Zentrum für Diabetesforschung

Weitere Informationen finden Sie unter:
<https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/forschung/forschungsnetzwerk-diabetes>



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.

Neue Möglichkeit zur Qualifizierung im Train-the-Trainer-Seminar zur BASISQUALIFIKATION DIABETES PFLEGE DDG am 28.05.2022 auf dem Diabetes Kongress

<https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/baq-train-the-trainer-seminar-07>

➔ Diabetesberater*in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
236	Diabetes-Akademie Südostbayern Bürgerwaldstr. 1, 83278 Traunstein ☎ Tel.: 0861 20401041, 📠 Fax: 0861 909807 68 info@diabetesakademie.net www.diabetesakademie.net	1. Block: 21.07. – 06.08.2022 2. Block: 03.10. – 15.10.2022 3. Block: 05.12. – 17.12.2022 4. Block: 13.03. – 25.03.2023 5. Block: 03.07. – 14.07.2023
237	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941 5696-22, 📠 Fax: 0941 5696-38 info@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	1. Block: 10.10. – 21.10.2022 2. Block: 16.01. – 27.01.2023 3. Block: 20.03. – 31.03.2023 4. Block: 02.05. – 12.05.2023 5. Block: 03.07. – 14.07.2023 6. Block: 11.09. – 22.09.2023
238	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108, 📠 Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	<i>Aufbauqualifikation für Diabetesassistent*innen</i> 1. Block: 24.10. – 04.11.2022 2. Block: 21.02. – 04.03.2023 3. Block: 12.06. – 23.06.2023 4. Block: 25.09. – 06.10.2023
239	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108, 📠 Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 21.11. – 02.12.2022 1. Block: 16.01. – 27.01.2023 1. Block: 11.04. – 22.04.2023 1. Block: 26.06. – 07.07.2023 1. Block: 21.08. – 01.09.2023 1. Block: 06.11. – 17.11.2023
240	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941 5696-22, 📠 Fax: 0941 5696-38 info@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	1. Präsenzwoche: 12.09. – 16.9.2022 (Regensburg) 2. Onlineweche: 04.10. – 08.10.2022 (Bad Mergentheim) 3. Präsenzwoche: 07.11. – 11.11.2022 (Regensburg) 4. Onlineweche: 14.11. – 19.11.2022 (Rheine) 5. Präsenzwoche: 09.01. – 13.1.2023 (Regensburg) 6. Onlineweche: 06.02. – 11.02.2023 (Trier) 7. Präsenzwoche: 27.02. – 03.03.2023 (Regensburg) 8. Onlineweche: 27.03. – 31.03.2023 (Jena) 9. Präsenzwoche: 15.05. – 19.05.2023 (Regensburg) 10. Onlineweche: 22.05. – 27.05.2023 (Rheine) 11. Onlineweche: 31.07. – 04.08.2023 (Traunstein) 12. Präsenzwoche: 25.09. – 29.09.2023 (Regensburg)
242	Diabetes Zentrum Thüringen e.V. Am Klinikum 1, Gebäude A, 07740 Jena ☎ Tel.: 03641 9324346, 📠 Fax: 03641 9324347 nadine.kuniss@med.uni-jena.de www.diabetes-thueringen.de	1. Block: 09.01. – 20.01.2023 2. Block: 13.03. – 24.03.2023 3. Block: 26.06. – 07.07.2023 4. Block: 21.08. – 01.09.2023 5. Block: 16.10. – 27.10.2023 6. Block: 08.01. – 19.01.2024
243	Wannsee-Akademie Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin ☎ Tel.: 030 80686-040, 📠 Fax: 030 80686-404 akademie@wannseeschule.de www.wannseeakademie.de	1. Block: 16.01. – 27.01.2023 2. Block: 13.03. – 24.03.2023 3. Block: 02.05. – 15.05.2023 4. Block: 04.09. – 22.09.2023 5. Block: 13.11. – 24.11.2023 6. Block: 19.02. – 01.03.2024
244	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108, 📠 Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 01.02. – 10.02.2023 2. Block: 20.03. – 27.03.2023 3. Block: 01.06. – 10.06.2023 4. Block: 09.10. – 20.10.2023 5. Block: 04.12. – 15.12.2023 6. Block: 22.01. – 02.02.2024

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

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
245	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941 5696-22, 📠 Fax: 0941 5696-38 info@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	<i>Aufbauqualifikation für Diabetesassistent*innen</i> 1. Block: 06.02. – 17.02.2023 2. Block: 17.04. – 28.04.2023 3. Block: 17.07. – 28.07.2023 4. Block: 04.12. – 15.12.2023
246	Diabetes-Akademie Bad Mergentheim e.V. Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim ☎ Tel.: 07931/594 165, 📠 Fax: 07931/77 50 boehm@diabetes-zentrum.de www.diabetes-akademie.de	Start ab 28.02.2023 weitere Kursdaten folgen
247	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108, 📠 Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 24.04. – 06.05.2023 2. Block: 10.07. – 21.07.2023 3. Block: 16.10. – 27.10.2023 4. Block: 08.01. – 19.01.2024 5. Block: 26.02. – 08.03.2024 6. Block: 15.04. – 26.04.2024
248	Diabetes-Akademie Südostbayern Bürgerwaldstr. 1, 83278 Traunstein ☎ Tel.: 0861 20401041, 📠 Fax: 0861 909807 68 info@diabetesakademie.net www.diabetesakademie.net	1. Block: 01.06. – 17.06.2023 2. Block: 04.09. – 16.09.2023 3. Block: 20.11. – 02.12.2023 4. Block: 26.02. – 02.03.2024 5. Block: 08.04. – 20.04.2024 6. Block: 03.06. – 07.06.2024
NN Trier	Mutterhaus der Borromäerinnen e.V. OA Feldstraße 16, 54290 Trier ☎ Tel.: 0651 947-3160, 📠 Fax: 0651 947-2205 schule@mutterhaus.de www.mutterhaus.de	1. Block: 06.11. – 18.11.2023 2. Block: 15.01. – 27.01.2024 3. Block: 15.04. – 27.04.2024 4. Block: 01.07. – 13.07.2024 5. Block: 16.09. – 28.09.2024 6. Block: 09.12. – 21.12.2024
NN Rheine Aufbau	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108, 📠 Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	<i>Aufbauqualifikation für Diabetesassistent*innen</i> 1. Block: 23.10. – 03.11.2023 2. Block: 05.02. – 16.02.2024 3. Block: 03.06. – 14.06.2024 4. Block: 30.09. – 11.10.2024
NN Regensburg	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941 5696-22, 📠 Fax: 0941 5696-38 info@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	weitere Termine folgen
NN Rheine 4	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108, 📠 Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 20.11. – 01.12.2023 2. Block: 04.03. – 15.03.2024 3. Block: 21.05. – 01.06.2024 4. Block: 01.07. – 12.07.2024 5. Block: 26.08. – 06.09.2024 6. Block: 04.11. – 15.11.2024

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

Anmeldeverfahren: Bitte senden Sie die Unterlagen an: Deutsche Diabetes Gesellschaft, Abteilung Weiterbildung, Albrechtstraße 9, 10117 Berlin, Tel.: 030/3 11 69 37-18 oder an weiterbildung@ddg.info

Weitere Informationen finden Sie auf

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

➔ Fit für die Weiterbildung – Vorbereitungsseminar des VDBD

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

ACHTUNG Online-Angebot

Weitere Informationen finden Sie auf

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

➔ Diabetesassistent*in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine	Kosten
27	Diabeteszentrum Sinsheim Hauptstr. 71, 74889 Sinsheim ☎ Tel.: 07261-92440, 📠 Fax: 07261 - 8668 g.buchholz@daikeler.de, www.daikeler.de	1. Block: 02.05. – 07.05.2022 2. Block: 11.07. – 16.07.2022 3. Block: 18.10. – 22.10.2022 4. Block: 05.12. – 08.12.2022	1.450,- € zzgl. MwSt.
31	Diabeteszentrum Leipzig e.V. Westbad Marktstr. 2-6, 04177 Leipzig ☎ Tel.: 0162/2182893, 📠 Fax: 0341 442 48 52 diabeteszentrum.leipzig@web.de	1. Block: 02.05. – 13.05.2022 2. Block: 07.11. – 18.11.2022	1.475,- €*
37	Akademie der Kreiskliniken Reutlingen Steinenberg Straße 31, 72764 Reutlingen ☎ Tel.: 07121/200 39 79, 📠 Fax: 07121/200 44 58 schroeder-laich_d@klin-rt.de, www.akademie-reutlingen.de	1. Block: 02.05. – 20.05.2022 2. Block: 02.09. – 16.09.2022	1.545,- €*
11	Diabetes Zentrum Thüringen e.V. c/o Universitätsklinikum Jena Am Klinikum 1, Gebäude A, 07740 Jena ☎ Tel.: 03641 9324346, 📠 Fax: 03641 9324347 nadine.kuniss@med.uni-jena.de, www.diabetes-thueringen.de	1. Block: 13.06. – 24.06.2022 2. Block: 28.11. – 09.12.2022	1.300,- €*

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine	Kosten
104	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108 ☎ Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de, www.afg-rheine.de	1. Block: 05.09. – 16.09.2022 2. Block: 28.11. – 09.12.2022	1.665,- €*
27	Diabeteszentrum am Elisabeth-Krankenhaus Klara-Kopp-Weg 1, 45138 Essen ☎ Tel.: 0208/30542818 ☎ Tel.: 0202/897 4592 a.meier@contilia.de www.contilia.de/karriere/contilia-akademie/aktuelle-lehrgaenge.html	1. Block: 19.09. – 30.09.2022 2. Block: 09.01. – 21.01.2023	1.550,- €*
105	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108 ☎ Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de, www.afg-rheine.de	1. Block: 17.04. – 28.04.2023 2. Block: 24.07. – 04.08.2023	1.655,- €
106	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108 ☎ Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de, www.afg-rheine.de	1. Block: 28.08. – 08.09.2023 2. Block: 27.11. – 08.12.2023	1.655,- €

* inkl. Prüfungs- und Zertifikatsgebühr

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

Weitere Informationen finden Sie auf www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung-diabetesassistentin-ddg/-diabetesassistent

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

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
7	City Cube Berlin (DDG Kongress)	28.05.2022


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

➔ Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
BaQ MK_02	DSP Dr. Ulrich Kluger Ort: Kloster Neustadt/Weinstraße Marktstr. 43, 67487 Maikammer ☎ Tel.: 06321 5680 p.hornung@mai-med.de	20.05. + 03.06.2022
BaQ HE_01	Innerbetriebliche Fortbildung Evangelische Krankenhausgemeinschaft Herne Castrop-Rauxel Wiescherstr. 24, 44623 Herne ☎ Tel.: 02323/498/2311 k.stefanides@evkhg-herne.de	30.05. + 01.06.2022
BaQ RB_09	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ort: Ostengasse 27, 93047 Regensburg Frau A. Deml ☎ Tel.: 0941 569622 ☎ Fax: 0941 569638 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	20.06. + 21.06.2022
BaQ BW_06	Asklepios Bildungszentrum Nordhessen Ort: Asklepios Klinikum Schwalmstadt, Diabetes Schulungsraum Julia Steklow, Laustraße 37, 34537 Bad Wildungen ☎ Tel.: 05621 795 24 13 j.steklow@asklepios.com	16.11. + 17.11.2022

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

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

 weiterbildung@ddg.info

Weitere Informationen finden Sie auf

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

➔ Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Klinik)

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine	Kosten
9	RED Institut für medizinische Forschung und Fortbildung GmbH Markt 15, 23758 Oldenburg in Holstein ☎ Tel.: 04361 50630 130 ☎ Fax: 04361 50630 460 hecht@red-institut.de, www.red-institut.de	1. Block: 20.06. – 24.06.2022 2. Block: 26.09. – 30.09.2022	990,- € zzgl. Gebühren für Anmeldung, Prüfung, Material 260,- €
13	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108 ☎ Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 20.03. – 24.03.2023 2. Block: 22.05. – 26.05.2023	990,- € zzgl. Gebühren für Anmeldung, Prüfung, Material 260,- €

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

Weitere Informationen finden Sie auf www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung/fuer-medizinisches-assistenzpersonal/diabetes-pflegefachkraft-ddg-klinik

➔ Wundassistent*in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
23	Diabetes Zentrum Thüringen e.V. (Universitätsklinikum Jena, Klinik für Innere Medizin III, FB Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen) Am Klinikum 1, Gebäude A, 07743 Jena ☎ Tel.: 03641 9324346, ☎ Fax: 03641 9324342 nadine.kuniss@med.uni-jena.de, www.diabetes-thueringen.de	1. Block: 11.05. – 13.05.2022 2. Block: 18.05. – 20.05.2022
50	CID Centrum für integrierte Diabetesversorgung Kursort: St. Vinzenz-Hospital, Merheimer Str. 221-223, 50733 Köln Anmeldung: ☎ Tel.: 0221/9349461 schulung@cid-direct.de, www.cid-direct.de	16.05. – 20.05.2022
16	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941 5696-22, ☎ Fax: 0941 5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	30.05. – 03.06.2022
51	CID Centrum für integrierte Diabetesversorgung Kursort: St. Vinzenz-Hospital, Merheimer Str. 221-223, 50733 Köln Anmeldung: ☎ Tel.: 0221/9349461 schulung@cid-direct.de, www.cid-direct.de	26.09. – 30.09.2022
24	Diabetes Zentrum Thüringen e.V. (Universitätsklinikum Jena, Klinik für Innere Medizin III, FB Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen) Am Klinikum 1, Gebäude A, 07743 Jena ☎ Tel.: 03641 9324346, ☎ Fax: 03641 9324342 nadine.kuniss@med.uni-jena.de, www.diabetes-thueringen.de	10.10. – 14.10.2022
61	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Rheine Frankenburgstr. 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/421101, ☎ Fax: 05971/421116 www.afg-rheine.de	24.10. – 29.10.2022
19	Karl Borromäus Schule am Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen Feldstraße 16, 54290 Trier ☎ Tel.: 0651 947-0, ☎ Fax: 0651 947-2205 schule@mutterhaus.de, www.mutterhaus.de	07.11. – 11.11.2022
9	Diabetes-Akademie Bad Mergentheim Theodor-Klotzbücher-Str. 12, 97980 Bad Mergentheim ☎ Tel.: 07931/8015, ☎ Fax: 07931/7750 diabetes.akademie@diabetes-zentrum.de, www.diabetes-akademie.de	21.11. – 25.11.2022
17	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941 5696-22, ☎ Fax: 0941 5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	12.06. – 16.06.2023

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

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

Weitere Termine und Infos finden Sie auf www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung-wundassistentin/-wundassistent

➔ Seminare Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung in der Diabetologie

Kurs	Termine	Tagungsort	Kosten
Dr. rer. medic. Nicola Haller medipäd Am Bühl 7 1/2, 86199 Augsburg ☎ Tel.: 0175 4004901 dr.nicola.haller@medi-paed.de www.medi-paed.de	01.07. – 04.07.2022 23.09. – 26.09.2022 25.11. – 28.11.2022	Tagungsräume im Hotel am alten Park Augsburg	Kursunterlagen und Tagungsgetränke im Preis enthalten CME-Punkte > 30, je nach Ärztekammer
willms.coaching Wilhelm-Busch-Str. 19, 37083 Göttingen ☎ Tel.: 0551 7974741 ☎ Fax: 0551 29213514 office@willmscoaching.de www.willmscoaching.de	Online-Termine: 29.04. – 30.04. und 13.05. – 14.05.2022 29.06. – 02.07.2022 13.10. – 14.10. und 27.10. – 28.10.2022 24.11. – 25.11. und 08.12. – 09.12.2022		720,- € Fortbildungspunkte der Ärztekammer werden erteilt
Akademie Luftiku(r)s e.V. Iburger Str. 187, 49082 Osnabrück ☎ Tel.: 0174 619 3869 akademieluftikurs@gmail.com www.akademie-luftikurs.de	29.11. – 02.12.2022	Bischöfliches Priesterseminar Große Domsfreiheit 5, 49074 Osnabrück	600,- € Bei Anmeldung ab 4 Wochen vor dem Termin 30,- € zusätzlich. Verpflegung und Übernachtung sind nicht im Preis enthalten.

➔ Fachpsycholog*in DDG

Aktuelle Termine, Onlineanmeldung und weitere Informationen zu der Weiterbildung zum Fachpsychologen bzw. zur Fachpsychologin finden Sie direkt auf der Webseite www.diabetes-psychologie.de/templates/main.php?SID=792

➔ 80-Std.-Kurs Klinische Diabetologie

Aktuelle Termine, Onlineanmeldung und weitere Informationen zu der Weiterbildung zum 80-Std.-Kurs Klinische Diabetologie finden Sie direkt auf der Webseite www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung/fuer-aerzte-psychologen-apothecker/erkennung-als-diabetologin-ddg/-diabetologe-ddg/kurs-klinische-diabetologie



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



Die DDG Job- und Praxenbörse

Sie suchen eine Stelle, einen Mitarbeiter oder einen Nachfolger bzw. Mieter für Ihre Praxis? Dann nutzen Sie den kostenlosen Service unter <https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung/jobborse>

STELLENANGEBOTE

Hamburg, 05.04.2022

Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin oder für Innere Medizin (m/w/d) in Voll- oder Teilzeit im MVZ für den hausärztlichen Bereich

- Tätigkeit als: Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin oder für Innere Medizin (m/w/d) in Voll- oder Teilzeit im MVZ für den hausärztlichen Bereich
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: MVZ Diabeteszentrum Dr. Marks
- Adresse: Manshardtstrasse, 113, Hamburg
- Ansprechpartner/in: Dorothea Styp, 01747066731, styp@diabeteszentrum-marks.de
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Das bringen Sie mit:
 - Sie sind Facharzt für Innere Medizin oder Allgemeinmedizin (m/w/d)
 - Interesse an der Arbeit im ambulanten Bereich
 - Hohe Motivation sowie Teamfähigkeit
 - Engagement, Aufgeschlossenheit und freundliche Umgangsformen
 - Teamfähigkeit, Leistungsbereitschaft und Freude am selbstständigen Arbeit
 - Organisatorische Fähigkeiten und EDV-Kenntnisse. Das erwartet Sie
 - Versorgung der ambulanten Patienten*innen
 - Teamarbeit in offener und vertrauensvoller Atmosphäre mit flachen Hierarchien im Team
 - Ein spezialisiertes und anspruchsvolles Arbeitsumfeld
 - Teilnahme an innerbetrieblichen und externen Fort- und Weiterbildungen
 - Platz für Ideen und die Möglichkeit der aktiven Mitgestaltung
 - abwechslungsreiches medizinisches Tätigkeitsgebiet
 - ein hohes Maß an Eigenverantwortung, therapeutische und konzeptionelle Gestaltungsmöglichkeiten
 - ein eingespieltes und motiviertes Team
 - fachliche Weiterentwicklung und Fortbildungen
 - eine unbefristete Anstellung mit geregelten Arbeitszeiten ohne Nacht- und Wochenenddiensten

Hamburg, 05.04.2022

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

- Tätigkeit als: Diabetesberater*in oder Diabetesassistent*in (w/m/d)
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: MVZ Diabeteszentrum Dr. Marks
- Adresse: Manshardtstrasse, 113, Hamburg
- Ansprechpartner/in: Dorothea Styp, 01747066731, styp@diabeteszentrum-marks.de
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet:
 - Einzel- und Gruppenschulungen für Patienten mit Diabetes Typ 1 und Typ 2
 - Betreuung von Pumpenpatienten
 - Beratung und Mitbetreuung von Patienten mit Gestationsdiabetes
- Wir wünschen uns von Ihnen:
 - Qualifikation zur Durchführung von Patienten-Schulungen
 - Vorzugsweise Berufserfahrung und Kenntnisse in sämtlichen Insulintherapien, mitunter Insulinpumpentherapie sowie modernen Diabetestechnologien (rCGM, iscCGM)
 - Erfahrung in den gängigen Schulungsprogrammen
 - Verantwortungsbewusstsein und Freude am Umgang mit komplexen Behandlungssituationen

04.04.2022, Pfullingen

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

- Tätigkeit als: Diabetesberater*in/Diabetesassistent*in (m/w/d)
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Dr. H. Seibold
- Adresse: Klosterstr. 2, Pfullingen
- Ansprechpartner/in: Dr. med. Heike Seibold, 07121-97640, dr.seibold@praxis-diabetes-pfullingen.de
- Webseite: <https://www.praxis-diabetes-pfullingen.de/>
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Kompetentes Diabetesteam sucht Verstärkung für unser motiviertes Team zur Betreuung von Diabetes-Typ-1- und -2- Patienten mit ICT-, CSII-, FGM- und CGM- Therapie, GDM Mitbetreuung, alle Schulungsarten. Wir arbeiten im Kreis Reutlingen, ca. 45 km von Stuttgart entfernt, ortsnah am Fuß der schwäbischen Alb, aber auch mit allen Großstadtangeboten, die Reutlingen, Tübingen und Umgebung bieten kann. Flexible Arbeitszeiten, ein angenehmes Arbeitsklima sowie eine angemessene Bezahlung werden angeboten. Sollten wir Ihr Interesse geweckt haben, dann senden Sie Ihre Bewerbung bitte postalisch oder per E-Mail an: Praxis Dr. H. Seibold, Klosterstr. 2, 72793 Pfullingen, E-Mail: dr.seibold@praxis-diabetes-pfullingen.de



Weitere Angebote unter:

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

Augsburg, 04.04.2022

Internist*in/Diabetolog*in/Endokrinolog*in (w/w/d)

- Tätigkeit als: Internist*in/Diabetolog*in/Endokrinolog*in
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Facharzt für Diabetologie
- Adresse: Vinzenz-Paul-Platz 1, Augsburg
- Ansprechpartner/in: Dr. med. Joachim Weckermann, 0173-9733141, weckermannjoachim@yahoo.de
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Sprechstunde, Versorgung Diabetiker, Visite Belegbetten

04.04.2022, Bielefeld

Diabetesberater*in (m/w/d)

- Tätigkeit als: Diabetesberater*in
- Arbeitsbeginn: 01.04.2022
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Zentrum für Diabetes, Nieren- und Hochdruckkrankheiten MVZ GmbH
- Adresse: Ravensbergerstr. 10H, Bielefeld
- Ansprechpartner/in: Dr. med. Hans-Herbert Echterhoff, 01729111561, nephron@t-online.de
- Webseite: <https://www.dialysezentrum-bielefeld.de/>
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Zur tatkräftigen Unterstützung unseres Teams suchen wir ab sofort für unsere Diabetesambulanz eine kooperative, motivierte Diabetesberater*in mit hoher Eigenständigkeit sowie integrier Persönlichkeit. Es wartet auf Sie eine spannende und herausfordernde Position und Arbeit in einer innovativen Praxis. Es besteht die Möglichkeit der persönlichen Weiterentwicklung und Kompetenzerweiterung (z.B. Diabetes / Niere). Strukturierte Einarbeitung in einem motivierten Team bei wertschätzender und familiärer Arbeitsatmosphäre. Es bieten sich Ihnen gute Verdienstmöglichkeiten durch ein angemessenes Grundgehalt und Entlastung bei den hohen Benzinpreisen. Bei Bedarf Unterstützung beim notwendigen Umzug. Das Zentrum für Diabetes, Nieren- und Hochdruckkrankheiten bietet mit seinen Schwerpunkten Diabetes, Fettstoffwechsel und Nieren- und Hochdruckkrankheiten inkl. aller Dialyseverfahren und der LDL-Apherese ein breites Spektrum der ambulanten medizinischen Versorgung in und um Bielefeld an. Als Diabetes Schwerpunktpraxis bieten wir das gesamte Leistungsspektrum der Diabetologie inklusive der Diagnostik und Behandlung assoziierter Erkrankungen an. Mit dem von uns gegründeten Schulungszentrum kooperieren eine Vielzahl von Hausärzten. Unser Zentrum ist zertifiziert: DDG-zertifiziertes Diabetesteam, DDG-zertifizierte Fußbehandlungs-Einrichtung, DGFF-Kooperationspartner im Kompetenznetz Lipidologie. Teilnahme an klinischen Studien (Diabetologie / Nephrologie/ Kardiologie/ Hypertensiologie) als anerkanntes klinisches Studienzentrum. Es besteht eine Kooperation mit dem Städtischen Klinikum Bielefeld (Niere/Dialyse, Diabetischer Fuß), dem Klinikum Rosenhöhe (Rheumatologie) sowie dem evangelischen Krankenhaus Bethel/Bielefeld. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung. Für Rückfragen kontaktieren Sie uns bitte gerne – am besten per E-Mail (nephron@t-online.de) oder unter 01729111561 (Dr. Echterhoff).

STELLENGESUCHE

Markt Indersdorf, 1.3.2022

Diabetolog*in – Internist*in – Allgemeinmediziner*in (m/w/d)

- Fachrichtung: Diabetolog*in – Internist*in – Allgemeinmediziner*in
- Praxisbezeichnung: Diabetologische Schwerpunktpraxis und hausärztlich-internistische Praxis Dr. Erbel-Nowky
- Adresse: Marktplatz 12, 85229 Markt Indersdorf
- Ansprechpartner/in: Dr. med. Karola Erbel-Nowky, 0177 2733414, dr.erbel-nowky@t-online.de
- Webseite: <https://www.dr-erbel-nowky.de>
- Beschreibung: Nachfolger*in für Diabetologische Schwerpunktpraxis und hausärztlich-internistische Praxis mit Praxisfiliale nordwestlich von München gesucht. Alle Kooperationen sind möglich. Die Praxis liegt in Bestlage am Marktplatz von Markt Indersdorf, die Praxisfiliale in Petershausen. Weitere Informationen finden sie unter www.dr-erbel-nowky.de. Bitte melden Sie sich bei Interesse unter dr.erbel-nowky@t-online.de oder 0177 2733414.

Dieburg, 21.2.2022

Innere Medizin/Diabetolog*in (m/w/d)

- Fachrichtung: Innere Medizin/Diabetolog*in
- Adresse: Dieburg
- Ansprechpartner/in: Norgard Ortwein-Horn, 0171/1730330, horn.th@t-online.de
- Beschreibung: Nephrol. Berufsausübungsgemeinschaft in Südhessen sucht einen Internisten/Diabetologen (m/w/d) ab 01.01.2023 oder später zur Fortführung unserer angeschlossenen Diabeteschwerpunktpraxis in Teil- oder Vollzeit zur Anstellung oder Teilhabe. Interesse an Mitarbeit in der Dialyse wäre wünschenswert. Anstellung ist auch kurz vor Weiterbildungsende möglich, je 12 Monate WB Diabetologie, Nephrologie und Innere Medizin möglich. Wir sind ein aufgeschlossenes, kollegiales Team mit 6 Fachärzten und einer Weiterbildungsassistentin. www.dialyse-darmstadt.de ortweinhorn@dialyse-dieburg.de Mobil 0171/1730330

Garbsen, 03.04.2022

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

- Tätigkeit als: Diabetesberater*in oder Diabetesassistent*in
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetologen und Hausärzte am Planetencenter
- Adresse: Planetenring 37, Garbsen
- Ansprechpartner/in: Dr. med. Martin Böttcher, 0178-3583690, dr-boettcher.martin@arcor.de
- Webseite: <https://pxmblns.de/>
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Wir suchen ab sofort eine/n Diabetesberater*in oder eine/n Diabetesassistent*in mit Wunsch nach Weiterbildung zum/r Diabetesberater*in zur Verstärkung unseres Diabetesteam in Garbsen. Wir sind eine hausärztliche Gemeinschaftspraxis mit diabetologischem Schwerpunkt und Fußambulanz (<https://pxmblns.de/>). Bitte Bewerbung möglichst per Mail: dr-boettcher.martin@arcor.de.

Wolfratshausen, 02.04.2022

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Tätigkeit als: Diabetesberater*in DDG (m/w/d)
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: MVZ DiaMedicum Starnberger See GmbH
- Adresse: Am Floßkanal 7, Wolfratshausen
- Ansprechpartner/in: Dr. med. Guggenberger Georg, 08171-410773, guggenberger@diamedicum.de
- Webseite: <https://starnbergersee.diamedicum.de/>
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Haben Sie Lust, neue Wege in der Diabetologie zu gehen? Haben Sie Spaß daran, sich in einem hochmotivierten Team einzubringen und zu verwirklichen? Dann verstärken Sie unser Team am Starnberger See! Als Diabetesberater*in DDG leiten Sie Menschen mit Diabetes mellitus aller Klassifikationen an, coachen, beraten und schulen. Sie erstellen individuelle Maßnahmenprogramme und unterstützen Diabetesbetroffene in ihrem Diabetes-(Selbst-)Management. Wir suchen Sie zur Verstärkung unseres Teams! Wir stehen für patientenorientierte, individualisierte Behandlung und zeitgemäße Diabetestherapie mit allen modernen Technologien. Bei uns erwartet Sie eine vielseitige und abwechslungsreiche Tätigkeit. Wir freuen uns auf Ihre Anfrage! Bitte senden Sie Ihre Bewerbungsunterlagen online an den Ärztlichen Leiter unseres Zentrums, Herrn Dr. med. Georg Guggenberger: guggenberger@diamedicum.de. Gerne können Sie für Rückfragen auch einfach anrufen unter 08171-410773.

Landshut, 28.03.2022

Diabetesberater*in und/oder Diabetesassistent*in

- Tätigkeit als: Diabetesberater*in und/oder Diabetesassistent*in
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Praxis für Innere Medizin
- Adresse: Luitpoldstr. 17, Landshut
- Ansprechpartner/in: Dr. med. Angelika Sternfeld, info@praxis-sternfeld.de
- Webseite: <https://www.praxis-sternfeld.de/>
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: ... zur Verstärkung unseres Teams eine/n engagierte/n Diabetesberater*in und/oder Diabetesassistent*in (m/w/d) in Teilzeit für unsere etablierte und vielseitige hausärztlich-internistische Gemeinschaftspraxis und Diabetologische Schwerpunktpraxis im Herzen von Landshut. Ihre Hauptaufgabenbereiche sind Einzelberatungen und Gruppenschulungen bei Menschen mit allen Diabetesformen, insbesondere auch Typ-1-Diabetes und Gestationsdiabetes. Wenn Sie bereits Erfahrung in der Diabetesberatung haben, gerne selbstständig arbeiten und Freude am Arbeiten mit Patienten haben, außerdem auch Interesse an den technologischen Möglichkeiten der Diabetesbehandlung – dann sind Sie bei uns genau richtig! Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung, am besten per E-Mail an info@praxis-sternfeld.de.

NACHFOLGE GESUCHT

21.2.2022

FA Innere Medizin – Diabetologie/Endokrinologie

- Tätigkeit als: FA Innere Medizin – Diabetologie/Endokrinologie
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Einsatzort: flexibel, Bay, BW, RP, ...
- Kontakt: diabetologe@gmx.net
- Bemerkungen (Fähigkeiten/Kenntnisse): Su. Praxiseinstieg/-übernahme, Kenntnisse in ambul. Diabetologie, CGM, CSII, AID, Sonographie, Endokrinologie



Weitere Nachfolgesuche jetzt online finden:

www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung/jobborse/nachfolger

STELLENANGEBOTE

Burghausen, 17.03.22

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

- Tätigkeit als: Diabetesassistent*in/Diabetesberater*in (m/w/d)
- Arbeitsbeginn: 01.06.2022
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabeteszentrum Burghausen
- Adresse: Robert-Koch-Straße 26, Burghausen
- Ansprechpartner/in: Dr. med. Markus Braun, 08677914200, info@der-diabetologe.de
- Webseite: <https://www.der-diabetologe.de>
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Diabeteszentrum Burghausen, Diabetologische Schwerpunktpraxis, Ernährungsmedizinische Schwerpunktpraxis, Sport- und Leistungsdiagnostik sowie Akademische Lehrinrichtung der Ludwig-Maximilian-Universität München Zertifizierung Diabetologikum sucht zur Verstärkung der Diabetes-Abteilung Diabetesassistent oder Diabetesberater (m/w/d) zur Teil- oder Vollzeitstellung (30–40 Std./Wo.). Beratungsumfang: Typ 1, Typ 2, Kinder, GD, Pumpe, Sensortechnik. Einzel- und Gruppenschulungen. Ihre schriftliche Bewerbung richten Sie bitte an das Diabeteszentrum Burghausen, Robert-Koch-Straße 26, 84489 Burghausen, Tel.: 08677 914200 - E-Mail: info@der-diabetologe.de, www.der-diabetologe.de

Senden, 15.03.22

Weiterbildungsassistent*in

- Tätigkeit als: Weiterbildungsassistent*in
- Arbeitsbeginn: 01.07.2022
- Voraussichtliche Dauer: befristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: DSP Silke Fröhlich; Senden
- Adresse: Grete-Schütt-Ring 7, Senden
- Ansprechpartner/in: Silke Fröhlich, 025979399044, zucker-froehlich@t-online.de
- Webseite: <https://DSP Silke Fröhlich>
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Wirsuchen für unser Team eine/einen Weiterbildungsassistent*in für minimal 1 Jahr oder länger. Weiterbildungsmöglichkeit für 18 Monate liegt vor. Wir sind eine große diabetologische Schwerpunktpraxis mit ca. 300 Typ-1-Patienten und ca. 1.200 Typ-2-Diabetikern, GDM, haben eine Fussambulanz und können alle neuen Devices bedienen.

Mömbris, 11.03.22

MFA, Diabetesassistent*in oder Diabetesberater*in (m/w/d)

- Tätigkeit als: MFA, Diabetesassistent*in oder Diabetesberater*in (m/w/d)
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Hausärzte Plus
- Adresse: Alzenauer Straße 3c, Mömbris
- Ansprechpartner/in: Dr. med. Gundula Pfälzer, 06029-995770, praxis@hausaeerzte-moembris.de
- Webseite: <https://www.hausaeerzte-moembris.de>
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Für unsere junge Arztpraxis in der Nähe von Alzenau in Unterfranken suchen wir eine MFA, Diabetesassistent*in oder Diabetesberater*in zur Unterstützung unseres Teams. Wir bieten eine moderne hausärztliche Versorgung und Präventionsmedizin. Gemeinsam mit unserer Diabetologin DDG möchten wir zudem eine diabetologische Versorgung etablieren und Diabetes Schwerpunktpraxis werden. In diesem Zusammenhang betreuen wir zukünftig Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und 2 sowie anderen Diabetesformen und Schwangerschaftsdiabetes. Ihre Aufgabe wird die Betreuung und Beratung von Diabetes-Patienten sein sowie die Durchführung der DMPs und Schulungen unter ärztlicher Leitung.
- Wir bieten:
 - einen sicheren Arbeitsplatz in einer modernen Arztpraxis
 - ein interessantes und anspruchsvolles Aufgabengebiet
 - die Zusammenarbeit mit einem netten und hilfsbereiten Team
 - familienfreundliche, geregelte Arbeitszeiten
 - Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten.
- WirsuchenmotivierteMitarbeiter*inmit:
 - erfolgreich abgeschlossener Berufsausbildung zur MFA oder vergleichbarer Qualifikation, gerne mit Berufserfahrung
 - Bereitschaft zur Weiterbildung zur Diabetesberater*in DDG
 - Einfühlungsvermögen im Umgang mit Patienten

Wir freuen uns darauf, Sie kennenzulernen!

Neudenu, 10.03.22

Diabetesberater*in (w/m/d)

- Tätigkeit als: Diabetesberater*in (w/m/d)
- Arbeitsbeginn: 01.05.2022
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Jagsttalpraxis
- Adresse: Untere Brunnengasse 9, Neudenu
- Ansprechpartner/in: Steffen Grüll, 015756617488, bewerbung@jagsttalpraxis.de
- Webseite: <https://www.jagsttalpraxis.de>
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Wir sind 2 Diabetologen und möchten zusammen mit Ihnen eine diabetologische Schwerpunktpraxis gründen. Wir arbeiten in der Nähe von Neckarsulm und sind beide erfahrene Diabetologen. Wir möchten das gesamte Spektrum der Diabetologie anbieten mit Implantation von CGM-Geräten. Die Praxis wurde komplett renoviert und ist technisch und optisch auf dem neuesten Stand. Wir bieten Gehalt nach VHB, bezahlte Fortbildungen und weitere Zusatzleistungen (Näheres im Gespräch). Sie können sich und Ihre Erfahrungen noch voll mit einbringen. Wir besitzen einen Fussraum, einen Schulungsraum und mehrere Behandlungsräume. Bitte melden Sie sich unter bewerbung@jagsttalpraxis.de oder 015756617488.

MedTriX Group

Nur noch wenige Exemplare
– PREIS NOCHMALSD
REDUZIERT!

25,- €

MEDICAL TRIBUNE

Gebühren-Handbuch 2020
von Broglie, Schade et al.

Mit allen Änderungen Stand 1.4.2020!

Gebühren-Handbuch 2020

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

Mit dem Gebühren-Handbuch bieten wir Ihnen einen anerkannten und unverzichtbaren Lotsen für Ihre rechtssichere Abrechnung!

Die aktualisierte Neuauflage bildet den Stand des EBM zum 1.4.2020 ab mit Neuerungen und Änderungen u.a. mit: Konkretisierungen und Ergänzung der Allgemeinen Bestimmungen, Anpassung der Bewertungen und Angaben zu Kalkulations- und Prüfzeiten, Regelungen zur Abrechnung der Behandlungen, die aufgrund einer Terminvermittlung durch die Terminservicestelle (TSS) erfolgen, Integration von Videosprechstunden in die Vergütungssystematik, Informationen zur extrabudgetären Abrechnung zu Covid-19, Aufnahme neuer Methoden der vertragsärztlichen Versorgung, Änderungen aufgrund von Richtlinien-Änderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme, Versorgungsbereich Kinder- und Jugendmedizin, Zweitmeinungsverfahren, ambulante spezialfachärztliche Versorgung, Änderungen bei Labordiagnostik und Humangenetik, Änderungen bei Gebührenordnungspositionen für einzelne Fachgruppen und viele weitere Änderungen bei Leistungsinhalten, Anmerkungen, Ausschlüssen, Präambeln.

Das gut strukturierte und seit Jahren bewährte Nachschlagewerk überzeugt durch einfache Handhabung und inkludiert eine einzigartig kompetente Kommentierung.

Ihr zuverlässiger Wegweiser durch EBM und GOÄ! Bestellen Sie noch heute Ihr persönliches Exemplar!

Bestellungen online unter:
<https://shop.medical-tribune.de/gbh2020>
E-Mail: mtd-aboservice@medtrix.group
Fax: 0611 9746 480-228 oder per Post



- Ja, ich bestelle ____ Ex. Gebühren-Handbuch 2020 zum Preis von € 25,- inkl. Porto/Verpackung gegen Rechnung, zahlbar nach Erhalt. (ISBN-Nr.: 978-3-938748-21-3)

MedTriX GmbH
Vertriebsabteilung
Unter den Eichen 5
D-65195 Wiesbaden

DDG 4/2022

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

Datenschutzhinweis: Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der personenbezogenen Daten erfolgt auf Grundlage der DSGVO und dient der Erfüllung des Auftrages und zu Direktmarketingaktionen für unsere Produkte und Dienstleistungen. Sie können jederzeit Auskunft über Ihre gespeicherten Daten verlangen und/oder der Speicherung und/oder Nutzung Ihrer Daten mit Wirkung für die Zukunft widersprechen und die Löschung bzw. Sperrung Ihrer personenbezogenen Daten verlangen. Senden Sie dazu eine E-Mail an 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/

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, Vertriebsabteilung, Unter den Eichen 5, 65195 Wiesbaden.

BUNTES

Durch die zuckertrübe Brille

Vorher-Nachher-Bilder zeigen die Welt aus Sicht eines Menschen mit Retinopathie

WIESBADEN. Wie fühlt es sich wirklich an, wenn die eigene Sehkraft schwindet, die Außenwelt nur noch verschwommen wahrgenommen wird und das Sichtfeld durch kleine Risse durchzogen ist? Mit einer Reihe von Vorher-Nachher-Bildern kann man der diabetischen Retinopathie nachspüren.

Eine langjährige Diabeteserkrankung macht vor den Augen nicht halt. Durch Schäden an den feinen Blutgefäßen der Netzhaut kommt es zu einer Unterversorgung der Sehzellen. Die Folge: abnehmende Sehkraft. Je nach Studie

ist etwa ein Viertel aller Menschen mit Typ-1-Diabetes bzw. jede fünfte Person mit Diabetes Typ 2 nach längerer Krankheitsdauer von der diabetischen Retinopathie betroffen. Für Nichtbetroffene kann es trotz allen Einfühlungsvermögens mitunter sehr schwer sein nachzuvollziehen, wie es sich anfühlen muss, wenn die



Die „Sicht“ der Betroffenen einzunehmen, kann die Begleitung von Patient*innen erleichtern.



Umgebung verschwommen oder getrübt wahrgenommen wird. Doch gerade bei der Begleitung von Menschen mit Diabetes könnten solche „Einblicke“ helfen, um Verständnis zu fördern und sprichwörtlich zu erleben, was eine Retinopathie für Erkrankte bedeutet.

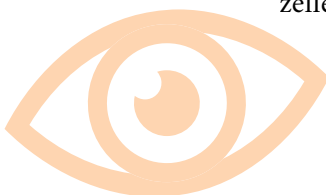
Das Wissensmagazin GEO hat vor nicht allzu langer Zeit einen Beitrag zu dem Thema veröffentlicht, in dem sich anhand einiger Vorher-Nachher-Slides nachempfinden lässt, wie stark die diabetische Folgeerkrankung das Sichtfeld beeinflusst. Dazu hat der Kontaktlinsenhersteller Lenstore

»Symptome visualisiert«



auf insgesamt fünf Bildern berühmte Wahrzeichen Deutschlands wie das Schloss Neuschwanstein oder den Berliner Fernsehturm „eingefärbt“ und so häufige Symptome der Retinopathie visualisiert, z.B. Flimmern oder wellenförmiges Sehen. mf

Zum Beitrag und den Fotos geht es unter: bit.ly/getruebte_welt



Aus den Anfängen des Plagiatsvorwurfs

+++ Die nächste Ausgabe der diabeteszeitung erscheint am 25. Mai +++