

Expertise und Engagement

Fruchtbare DDG Leitlinienarbeit

BERLIN. Zwei aktualisierte S3-Leitlinien sind im September erschienen – drei weitere werden in der nächsten Zeit folgen. 28 Praxisempfehlungen sollen außerdem die Arbeit der Diabetesteamer erleichtern und verbessern.

Die DDG befindet sich in einer höchst produktiven Phase, und erste Ergebnisse werden nun für alle sichtbar: Neu erschienen sind die Leitlinie „Therapie des Typ-1-Diabetes“ und die Konsultationsfassung der Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter“; die Leitlinien für Gestationsdiabetes,

Diabetes und Straßenverkehr und Diabetes im Alter werden folgen. Außerdem wurde eine Stellungnahme zum Vorbericht des IQWiG zur Aktualisierung des DMP Diabetes mellitus Typ 1 verfasst. Was sagen die Koordinatoren der Leitlinien und der Leitlinienkoordinator der DDG? **3**



Fotos: bizvecto – stock.adobe.com, photobuay – stock.adobe.com

Projektförderung: Jetzt bewerben!

BERLIN. Eine gute Idee für ein Forschungsprojekt, für eine Studie – aber die finanziellen Mittel sind knapp? Geht es um ein Forschungsvorhaben aus dem Bereich der Diabetologie, können sich Wissenschaftler*innen noch bis zum 30. November 2023 um eine Projektförderung der Deutschen Diabetes Gesellschaft für 2024 bewerben. **25**

Insulin-Update

Wie steht es um die Versorgung mit Humaninsulin?

BERLIN. Schon Anfang des Jahres war es bei Insulin, aber auch bei Pen-Komponenten, zu Lieferengpässen gekommen, speziell bei Humaninsulinen des Unternehmens Sanofi, aber auch bei einem Insulin von Lilly (die dz berichtete). Nun hat die DDG

bei den Insulinherstellern nachgehakt: Wie ist die Lage, wie geht es weiter? Die Antwort von Sanofi: Die Herstellung und Lieferung der Humaninsuline weltweit – mit Ausnahme der Insufasate – eingestellt. Begründet wird das mit Engpässen

bei Ausgangsmaterialien, aber auch damit, dass Humaninsuline weltweit, aber auch in Deutschland, nur noch wenig verordnet werden. Wie reagieren Novo Nordisk und Lilly Deutschland darauf? Und was sagt die DDG? Die Fachgesellschaft emp-

fehlt, dass keine Neueinstellungen auf Humaninsuline von Sanofi mehr vorgenommen werden sollten. Die DDG macht aber keine konkreten Vorschläge, welche Insuline für die Umstellung infrage kommen, sondern verweist auf die Leitlinien. **8**

Klinik-Atlas als Trojanisches Pferd

BERLIN. Der Entwurf des Krankenhaustransparenzgesetzes hat etliche klare Kommentierungen provoziert. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft spricht von einem Trojanischen Pferd zur Entmachtung der Länder, weil damit die Level eingeführt werden. Die DDG hat in ihrer Stellungnahme die Mindeststandards für die Diabetologie definiert. **4**

MedTriX^{Group}

Zertifizierte Zusatzkompetenzen

Module stärken die Qualität der Versorgung und machen sie sichtbar

BERLIN. Der Ausschuss Qualitätssicherung, Schulung und Weiterbildung der DDG hat zum 1. Juli 2023 die Zusatzkompetenzen Diabetes & Schwangerschaft sowie Dia-

betes & Psyche auf den Weg gebracht. Einrichtungen können diese optional bei den Anerkennungsverfahren Diabetes Exzellenzzentrum DDG und Diabeteszentrum DDG

erwerben. Sie weisen damit neben hohen Behandlungszahlen spezifische Qualitätskriterien für die Behandlung von Menschen mit Diabetes in besonderen Lebenssitua-

tionen oder mit komplexen Begleiterkrankungen nach. Für Exzellenzzentren wird der Erwerb eines Moduls nach der zweijährigen Pilotphase verpflichtend. **6**

Seite 17 ESC-Leitlinien: 63 neue Empfehlungen

AMSTERDAM. Die Nierenprotektion ist nun ein eigenes Thema. Und: Eine Umstellung der Diabetesmedikation auf Substanzen mit kardiovaskulären Vorteilen wird empfohlen.

Ernährungsminister und Tagungspräsidentinnen



Prof. Rubin und Prof. Bösy-Westphal im Interview (S. 14) | Bundesernährungsminister Cem Özdemir auf der Tagung (S.16) | Highlight-Symposien (S.12) herbsttagung-ddg.de

Seite 21 Pionierinnen haben angepackt

MITTENWALD/DÜSSELDORF. In der Diabetesberatung sind Bettina Brandner und Annegret Lütke Twenhöven prägende Frauen der ersten Stunde – und haben viel zu erzählen.



Stammzelltherapie im Fokus

BERLIN. Immer wieder fragen Menschen mit Diabetes oder ihre Angehörigen beim Diabetesteam oder direkt bei der DDG nach, ob es nicht eine Stammzelltherapie gibt, um die körpereigene Insulinproduktion und -sekretion wieder herzustellen. In einer gemeinsamen Stellungnahme fassen DDG und DZD den aktuellen Stand zusammen und gehen auf wichtige Fragen ein – als Orientierung für Behandlungsteams und Interessierte. **7**

»Auf den Weg gebracht: Leitlinien, Empfehlungen, Module«

Die DDG arbeitet weiter daran, die Diabetesversorgung zu verbessern

News & Fakten

Neue Leitlinien: Typ-1-Diabetes und Kinder & Jugendliche; DDG nennt Qualitätskriterien für Versorgung im Krankenhaus; Stimmen zum Krankenhaustransparenzgesetz, Online-Kampagne #InklusionStattAusgrenzung; Neue Zertifizierungsmodule DDG Psyche und Schwangerschaft; DiE-Jahresbericht; Stellungnahme von DDG und DZD zu Stammzellen; Update zu Insulinen; Leserbrief zu CGM-Schulung; Morbiditätsexpansion bei Jüngeren; Neues aus der Diabetesforschung 3–10

Kongress aktuell

Diabetes Herbsttagung: Highlight-Symposien, Rahmenprogramm; Remission des Prädiabetes; Neue ESC-Leitlinie zum Management kardiovaskulärer Erkrankungen; Krebsrisiko bei Typ-2-Diabetes; Einsatz von Diabetestechnologie in der Pflege; Regelmäßig und offen nach Alkoholkonsum fragen 12, 16–18, 23

Im Blickpunkt

Serie Weiterbildung, Teil 2: Zwei Pionierinnen erinnern sich an die Anfänge; Projektförderungen der DDG: Jetzt bewerben, Ferdinand-Bertram-Preis für PD Dr. Ortwin Naujok; Kolumne: Das Risiko der Einsamkeit; Gesundes Wandern bei Diabetes; NRW-Landesprojekt für Teilhabe in Schule und KitA, Krankenhaus Porz zertifiziert; Steckbrief Ausschuss Ernährung 21, 25–30

Das Interview

Prof. Dr. Diana Rubin und Prof. Dr. Dr. Anja Bosy-Westphal, Präsidentinnen der Diabetes Herbsttagung 14

Medizin & Markt

Nachrichten aus der Industrie 22

Forum Literatur

Zeitgewinn durch Screening auf Typ-2-Diabetes 27

Kurznachrichten

Neu- oder rezertifizierte Kliniken und Arztpraxen; Neue Diabetologinnen und Diabetologen DDG 31

Weiterbildung & Qualifikation

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

Job- & Praxenbörse

Stellenangebote 34–35

Buntes

..... 36

Liebe Leserinnen und Leser,

fünf Leitlinien wurden und werden unter Federführung der Deutschen Diabetes Gesellschaft bearbeitet und aktualisiert, fast 30 Praxisempfehlungen werden zur Herbsttagung erscheinen, zudem wurde auf Basis der Leitlinie zur Therapie des Typ-1-Diabetes eine Stellungnahme für das IQWiG verfasst. Viele Mitglieder unserer Fachgesellschaft engagieren sich und bringen ihre Expertise ein – vielen Dank dafür! Lesen Sie dazu bitte Seite 3.

»Herbsttagung: Bundesernährungsminister hat sich angekündigt«

Auch in dieser Ausgabe können Sie einen Blick auf Highlight-Symposien und -Workshops der Diabetes Herbsttagung in Leipzig werfen – und außerdem im Interview mit den beiden Tagungspräsidentinnen erfahren, welche Veranstaltungen sie selbst während der Tagung auf der Agenda haben und was gesunde Ernährung für sie bedeutet. Angekündigt hat sich außerdem Bundesernährungsminister Cem Özdemir, der zum Symposium „Kinderschutz in der Lebensmittelwerbung: Wird Deutschland vom Schlusslicht zum Vorreiter?“ kommen wird. Alles zur Herbsttagung finden Sie auf den Seiten 12, 14 und 16.

»Stammzelltherapie und Insulin-Update«

Immer wieder fragen Menschen mit Diabetes oder ihre Angehörigen nach einer Stammzelltherapie. DDG und DZD beantworten in einer Stellungnahme die wichtigsten Fragen, damit alle Interessierten auf sichere Informationen zurückgreifen können. Unsicherheit besteht seit einiger Zeit auch bei der Insulinversorgung. Die DDG hat bei den Insulinherstellern nachgefragt. Informieren Sie sich über den aktuellen Stand zu Stammzellen und Humaninsulinen auf den Seiten 7 und 8.



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

»Transparenzgesetz und zusätzliche Zertifizierungsmodule der DDG«

Mitte September hat das Kabinett den Entwurf zum „Transparenzgesetz“ beschlossen. In einer Stellungnahme weist die DDG u.a. darauf hin, dass durch die DDG Zertifikate bereits jetzt eine qualitätsbasierte Suche möglich ist. Genau diese Zertifikate können Diabetes Exzellenzzentren DDG und Diabeteszentren DDG jetzt noch erweitern, denn der Ausschuss Qualitätssicherung, Schulung und Weiterbildung hat mit den jeweiligen Arbeitsgemeinschaften verschiedene Zusatzkompetenzen DDG entwickelt. Erfahren Sie mehr über das geplante Gesetz und die neuen Module auf den Seiten 4 und 6.

»Zukunftsprojekte und gute Anfänge«

Aufmerksam machen möchte ich Sie außerdem auf die Bewerbungsfrist für Projektförderungen der DDG. Wer sich noch bewerben möchte – was bis zum 30. November möglich ist – bekommt dazu Hinweise auf Seite 25. Und alle, die einen Blick in die Vergangenheit werfen möchten, können in der aktuellen Folge unserer Serie „40 Jahre Weiterbildung zur Diabetesberater*in DDG“ nachlesen, was Pionierinnen der Diabetesberatung über die turbulenten Anfänge erzählen – auf Seite 21.

Ganz herzlich Ihr

Prof. Dr. Andreas Fritsche

diabetes
zeitung

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

Verlag: MedTriX GmbH

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

CEO: Oliver Kramer

Geschäftsführung: Stephan Kröck, Markus Zobel

Gesamtreaktionsleitung Deutschland: Günter Nuber

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

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

Redaktion Medizin: Nicole Finkenauer, Gregor Hess

Redaktion Politik: Michael Reischmann (verantwortlich),
Isabel Aulehla

Weitere Mitarbeitende: Cornelia Kolbeck, Angela Monecke,
Antje Thiel

Corporate Publishing: Lena Feil, Katja Popp

Redaktionsbeirat:

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

Vetretung der angrenzenden Fachgebiete:

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

Koordination in der DDG Geschäftsstelle:

Franziska Fey

Produktionsleitung Deutschland:

Ninette Grabinger

Teamleitung Layout:

Christina Mähler, Beate Scholz, Mira Vetter

Objekt- und Medialeitung:

Björn Lindenau

Verkauf:

Josef Hakam, Lukas Koch, Christiane Schlenger

Anzeigen:

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

Telefax: 0611 9746 480-112

E-Mail: mtd-anzeigen@medtrix.group
Anzeigen-Preisliste Nr. 8 vom 1.1.2023

Vertrieb und Abonentenservice:

E-Mail: mtd-aboservice@medtrix.group

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

Bezugsbedingungen:

Einzelpreis € 6, Jahresabonnement € 45, Studenten € 35
(inkl. Porto und MwSt., Ausland zuzüglich Porto)
Konto: HVB / UniCredit Bank AG
IBAN: DE12 7002 0270 0015 7644 62, BIC: HYVEDE3333
ISSN 2367-2579



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

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

Beilagen: diabetesDE, Amrty

www.blauer-engel.de/uz195

Dieses Druckerzeugnis wurde mit dem
Blauen Engel ausgezeichnet



Q85

Zwei neue Leitlinien – und drei weitere in Arbeit

Die Leitlinien zur Therapie des Typ-1-Diabetes und zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes wurden aktualisiert

BERLIN. Zwei aktualisierte S3-Leitlinien sind im September erschienen: die Leitlinie „Therapie des Typ-1-Diabetes“ und die Konsultationsfassung der Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter“.

Was ist neu an diesen Leitlinien? Was sagen die Koordinatoren? Außerdem interessant: Die DDG und weitere Fachgesellschaften haben auf Basis der Typ-1-Diabetes-Leitlinie Stellung genommen zum Vorbericht des IQWiG zur Aktualisierung des DMP Diabetes mellitus Typ 1.

Die neue S3-Leitlinie zur Therapie des Typ-1-Diabetes ist nun bis zum 1. September 2028 gültig, die vorangegangene Version stammte aus dem Jahr 2018. Koordiniert wurde die Arbeit an der Leitlinie von Professor Dr. THOMAS HAAK aus Bad Mergentheim.

➔ Leitlinie Typ-1-Diabetes: Das ist neu

■ In der Überarbeitung sind vor allem die technischen Neuentwicklungen in der Behandlung des Typ-1-Diabetes beschrieben und auf ihre Effektivität geprüft worden. Aufgrund der rasanten Entwicklung auf dem Gebiet der Glukosesensoren und – in Verbindung mit Insulinpumpen – der Automatischen Insulin-Dosiersysteme (AID) sind Studien zum Langzeit-Outcome verständlicherweise fehlend. Es gibt jedoch eine Vielzahl von Studien und die Erfahrung von Expert*innen und Patient*innen zu diesem Thema, die den Vorteil dieser Therapieoptionen eindeutig belegen, betonen die Autor*innen der Leitlinie.

■ Die kontinuierliche Glukosemessung (CGM) ist mittlerweile aufgrund des jederzeit abrufbaren Glukosewertes und der Warnfunktion vor Über- und Unterzucker zum Standard in der Glukoseüberwachung von Menschen mit Diabetes mellitus Typ 1 geworden und damit integraler Bestandteil einer sicheren Therapie unter Vermeidung von Hypoglykämien.

■ In Bezug auf die Therapieziele in der Behandlung des Typ-1-Diabetes zeigt sich, dass die neuen Messparameter durch CGM gut mit dem

HbA_{1c}-Wert korrelieren und zunehmend in klinischen Outcome-Studien verwendet werden.

■ Die Vermeidung hoher postprandialer Werte und nächtlicher Hypoglykämien sind wichtige Therapieziele. Aber gerade bei älteren Patient*innen ist eine Verringerung der Zeit im Zielbereich (Time in Range, TIR) bei häufigen Hypoglykämien gerechtfertigt. Grundsätzlich hat der Sicherheitsaspekt in der Therapieplanung und -führung einen hohen Stellenwert.

■ Die Einbeziehung von Menschen mit Typ-1-Diabetes in die Diagnostik und Therapie ihrer Erkrankung nimmt einen breiten Raum ein und wird in einem eigenen Kapitel („Partizipative Entscheidungsfindung“) ausführlich dargestellt.

Koordinator Prof. Dr. Haak sieht die Arbeit an der Leitlinie durchweg positiv: „Ich bin richtig stolz, dass wir die Bearbeitung in so kurzer Zeit geschafft haben und so auch noch die Stellungnahme an das IQWiG rechtzeitig rausgehen konnte.“ Er hebt hervor, dass Dr. RALPH ZIEGLER sowohl an der Leitlinie Typ-1-Diabetes als auch an der Leitlinie für Kinder und Jugendliche mit Diabetes beteiligt war: „Das war wichtig, um eine Harmonisierung der beiden Leitlinien zu erreichen.“

➔ Leitlinie für Kinder und Jugendliche: Das ist neu

Leitlinien-Koordinatoren der AG Pädiatrische Diabetologie der DDG für die Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter“ sind Dr. MARTIN HOLDER, Stuttgart, und Dr. Ralph Ziegler, Hannover. Insgesamt waren 36 Personen mit der Erstellung befasst, der gesamte Prozess der Aktualisierung hat fast drei Jahre gedauert. Die Leitlinie liegt derzeit noch in der Konsultationsfassung vor. Als wichtigste Neuerungen werden von Dr. Holder und Dr. Ziegler genannt:

■ Die Leitlinie berücksichtigt alle Besonderheiten und Formen der chronischen Erkrankung Diabetes im Kindes- und Jugendalter. Die Empfehlungen der Leitliniengruppe konzentrieren sich auf das gesamte Spektrum der pädiatrischen Diabetologie, es werden aber auch die Besonderheiten der verschiedenen Altersgruppen berücksichtigt.



Prof. Dr. Thomas Haak
Koordinator der Leitlinie Typ-1-Diabetes

Foto: Diabetes-Klinik Bad Mergentheim



Dr. Martin Holder
Koordinator der Leitlinie Kinder & Jugendliche (zweiter Koordinator: Dr. Ralph Ziegler)

Foto: privat



Prof. Dr. Karsten Müssig
Leitlinienkoordinator der DDG

Foto: Niels-Stensen-Klinik

■ Gedacht sind die Leitlinien für alle Berufsgruppen, die Kinder und Jugendliche mit Diabetes betreuen und unterstützen und mit der Erkrankung befasst sind. Dazu zählen Diabetolog*innen, pädiatrische Diabetolog*innen, Endokrinolog*innen, Pädiater*innen, die Betroffenen und Angehörigen selbst und auch Organisationen wie Krankenkassen, Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Bildungs- und Betreuungseinrichtungen.

■ Abgebildet werden in der Leitlinie die wichtigen Fortschritte u.a. auf den Gebieten der Früherkennung, Stadieneinteilung und Prävention, der Diabetes-Technologie und der Intensivierung der Insulintherapie. Wenn möglich, so die Empfehlung, soll allen Kindern und



Nur im Team möglich: Die Erarbeitung neuer Leitlinien und Empfehlungen.

Foto: Feodora Chiosea/gettyimages

Jugendlichen mit einer Insulinpumpe auch CGM und AID-System angeboten werden. „Ein weiteres wichtiges Aufgabenfeld ist die Integration und Teilhabe

von Kindern mit Typ-1-Diabetes in KiTa und Schule. Und auch in der Diagnostik, Behandlung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit anderen Diabetesformen hat sich seit der letzten Aktualisierung der Leitlinie sehr viel getan. Dies alles wird in der neuen Leitlinie im Gesamten umfassend bearbeitet“, sagen die beiden Leitlinienautoren.

■ Neue Kapitel sind dazugekommen, so Dr. Holder und Dr. Ziegler, z.B. „Telemedizin und Videosprechstunde“, „Inklusion und Teilhabe“, andere Kapitel sind deutlich erweitert worden, z.B. „Risikofaktoren, Früherkennung und Prävention“, „Diabetes und Technologie“ und „Andere Diabetesformen“, einige Themenbereiche haben ein eigenes Kapitel bekommen wie „Ernährungstherapie“ und „Transition“. Zudem wurden wichtige Neuerungen eingeführt, um den gestiegenen Anforderungen und dem vergrößerten Umfang gerecht zu werden: „Zum einen haben wir die Anzahl der Kapitelautoren erweitert. Jedem bisherigen Kapitelautor wurden ein bis zwei ‚neue‘ Autoren zur Mitarbeit hinzugefügt, auch um eine möglichst breite Vielfalt der Expertise abzubilden. Zum anderen haben wir die weiteren Berufsgruppen eines Diabetesteam einbezogen, z.B. Diabetesberatung, Ernährungsberatung und erneut eine Patientenvertreterin (neben selbst betroffenen Autoren).“

➔ Leitlinien, Praxisempfehlungen: Das steht 2023 noch an

Aktuell wurden und werden unter Federführung der DDG fünf Leitlinien

aktualisiert (Therapie des Typ-1-Diabetes; Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter; Gestationsdiabetes; Diabetes und Straßenverkehr; Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Alter). Zudem sind viele Praxisempfehlungen neu entstanden. Dazu Professor Dr. KARSTEN MÜSSIG, neben Professor Dr. MONIKA KELLERER Leitlinienkoordinator der DDG: „Zur Herbsttagung werden nun sogar 28 aktualisierte oder neu entstandene Praxisempfehlungen veröffentlicht werden. Neu hinzugekommen ist die Praxisempfehlung ‚Ernährungsempfehlungen zur Prävention des Diabetes mellitus Typ 2‘ unter Federführung des Ausschusses für Ernährung der DDG.“ „Und“, so Prof. Müssig, „aktuell entsteht eine weitere Praxisempfehlung ‚Diabetes im Krankenhaus, die den Diabetesteam konkrete Hilfestellungen geben möchte.“ All dies ist nicht selbstverständlich: „Die Leitlinien und Praxisempfehlungen haben wir der außerordentlichen Expertise und dem großartigen Engagement der Autorinnen und Autoren zu verdanken.“ Nicole Finkenauer

Registernummern der Leitlinien:

057-013 (Typ-1-Diabetes)

und 057-016 (Kinder und Jugendliche) auf:

register.awmf.org



DMP Diabetes mellitus Typ 1: Stellungnahme der DDG zum Vorbericht des IQWiG

Am 12. September ist die aktualisierte S3-Leitlinie Typ-1-Diabetes unter Federführung der DDG erschienen. Am selben Tag hat die DDG zusammen mit ihrer AG Pädiatrische Diabetologie und weiteren Fachgesellschaften eine Stellungnahme zum Vorbericht des IQWiG abgegeben. Das IQWiG identifiziert in diesem Vorbericht Aktualisierungsbedarf für das DMP Diabetes mellitus Typ 1. Die Aspekte der Stellungnahme resultieren aus dem Abgleich der IQWiG-Leitliniensynopse mit der Leitlinie Typ-1-Diabetes und der aktualisierten Fassung der S3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter“. Als weitere internationale Leitlinie, so heißt es in der Stellungnahme, sollten die ISPAD Guidelines 2022 berücksichtigt werden.

Die Autoren der Stellungnahme nennen als übergeordnete Therapieziele u.a. die partizipative Entscheidungsfindung, gute Lebensqualität, Reduktion des Risikos für die Entstehung von Folgeerkrankungen, Vermeidung von Akutkomplikationen und eine möglichst stabile Stoffwechsellage. Zudem gibt es Ergänzungen und Differenzierungen der IQWiG-Leitliniensynopse, konkret z.B. zum HbA_{1c}-Zielwert, in Bezug auf CGM-abgeleitete Parameter und zur Indikation zur Anwendung von CGM. Aus Sicht der Autoren soll allen Menschen mit Typ-1-Diabetes ein CGM angeboten werden. Geht es um Kinder und Jugendliche mit Diabetes, gehen die Autoren u.a. auf die Therapieziele, die Aufnahme moderner Therapien ins DMP, die Transition und die psychosoziale Betreuung ein.

»Ohne Expertise und großes Engagement keine Leitlinien«

Diabetes-Units sind vorzuhalten

DDG nennt Qualitätskriterien für die Versorgung im Krankenhaus

BERLIN. Die Bundesregierung möchte mit einem „Transparenzgesetz“ die Krankenhausreform flankieren. Das Kabinett hat den Gesetzentwurf Mitte September beschlossen. Die DDG hatte im Vorfeld eine Stellungnahme zu den Plänen für einen „interaktiven Krankenhaus-Atlas“ abgegeben.

Vorgesehen ist, dass das Bundesgesundheitsministerium ab April 2024 im Internet ein Verzeichnis führt, das zeigt „welche Klinik welche Leistungen mit welcher Qualität anbietet“. Anhand dessen sollen sich die Patient*innen valide und gut verständlich informieren können, um im Bedarfsfall künftig ein Krankenhaus nach Qualitäts Gesichtspunkten auszuwählen. Diese Informationen soll das Verzeichnis bieten:

- Fallzahlen von Leistungen (differenziert nach 65 Leistungsgruppen),
- vorgehaltenes ärztliches und pflegerisches Personal/personelle Ausstattung im Verhältnis zum Leistungsumfang,
- Komplikationsraten für ausgewählte Eingriffe,
- Zuordnung der einzelnen Krankenhausstandorte zu Versorgungsstufen (Level).

Die Auflistung der Versorgungsstufen und Leistungsgruppen ist politisch spannend. Denn das sind zentrale Elemente der Krankenhausreform, die mit den Bundesländern aber erst noch gesetzgeberisch zu vereinbaren sind. Der Vorgriff mit dem Transparenzgesetz erscheint deshalb wenig sinnvoll, finden z.B. die Bundesärztekammer und der AOK-Bundesverband. Letzterer meint: „Es drohen Widersprüche zwischen den Leistungsgruppen des Portals, den zukünftig geltenden Leistungsgruppen

»Bedeutung der Gesundheitsfachkräfte klarstellen«

pen und den Zuordnungen auf der Landesebene.“

Die DDG weist in ihrer Stellungnahme zum Gesetzesvorhaben darauf hin, dass ihre Zertifikate Menschen mit Diabetes und möglichen Folge- und Begleiterkrankungen bereits eine qualitätsbasierte Suche nach der passenden Behandlungseinrichtung ermöglichen. Denn personelle und technische Vorhaltungen werden ebenso abgebildet wie Behandlungszahlen und klar definierte Qualitätsmerkmale.

Diabetesfachkräfte sind in den DRG unzureichend abgebildet

Die DDG warnt vor dem bürokratischen Mehraufwand bei der Meldung standortbezogener Informationen an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Die Sinnhaftigkeit einer zu starken Differenzierung des vorhandenen Personals für einzelne Leistungsgruppen sei zu hinterfragen.

Zudem seien die für die Diabetologie essenziell wichtigen Diabetesfachkräfte im heutigen DRG-System nicht bzw. unzureichend abgebildet.

Vergleichsmaß 24/7 Mindestvorhaltung	Level 1	Level 2	Level 3
Qualifikation ärztliche Leitung	Diabetesversierter Arzt mit Kursabschluss „Klinische Diabetologie“ oder Diabetologe LÄK oder Diabetologe DDG auch im Konsildienst, auch durch transektorale Vernetzung mit niedergelassenem Arzt dieser Qualifikation	Diabetologe LÄK oder Diabetologe DDG, Internist mit Teilgebiet Endokrinologie und Diabetologie	Diabetologe LÄK oder Diabetologe DDG, Internist mit Teilgebiet Endokrinologie und Diabetologie An jeder medizinischen Fakultät ein Lehrstuhl für Endokrinologie und Diabetologie mit Direktionsrecht (Level III/IV)
Qualifikation pflegerische Leitung	Diabetes-versierte Pflegefachkraft, z. B. mit Zusatzweiterbildung „Pflegefachkraft Diabetes DDG“ oder „Basisqualifizierung Diabetes Pflege DDG“ oder äquivalente Qualifikation	Diabetes-versierte Pflegefachkraft, z. B. mit Zusatzweiterbildung „Pflegefachkraft Diabetes DDG“ oder „Basisqualifizierung Diabetes Pflege DDG“ oder äquivalente Qualifikation	Pflegerische Leitung mit Train-the-Trainer-Anerkennung „Basisqualifizierung Diabetes Pflege DDG“ oder äquivalente Qualifikation
Diabetesbildung*	Diabetesassistent DDG	mindestens 1 Diabetesassistent oder 1 Diabetesberater DDG	mindestens 2 Diabetesberater DDG
Verfügbarkeit	24/7 Anwesenheit/Erreichbarkeit von mindestens 1 Diabetologe oder diabetesversiertem Arzt sowie diabetesversierte Pflegekräfte krankenhausaufweit	24/7 Anwesenheit/Erreichbarkeit 1 Diabetologe und 1 Diabetesassistent bzw. -berater	24/7 Anwesenheit/Erreichbarkeit 1 Diabetologe und 1 Diabetesberater
Qualifikation der verfügbaren Ärzte und Gesundheitsfachkräfte	1 Diabetologe LÄK oder Diabetologe DDG, 1 Diabetesassistent Pro Station (1/20 Betten) mind. 1 diabetes-versierte Pflegefachkraft	2 Diabetologen (LÄK oder DDG) sowie 2 Diabetesassistenten bzw. -berater DDG	3 Diabetologen LÄK oder DDG sowie mindestens 2 Diabetesberater DDG
Weiterbildungsbefugnis Zusatzweiterbildung		Diagnostik und Therapie von Diabetes und seinen Begleit- und Folgeerkrankungen und Sicherstellen der Weiterbildung, Diabetologe LÄK oder DDG oder Internist mit Teilgebiet Endokrinologie und Diabetologie	Diagnostik und Therapie von Diabetes und seinen Begleit- und Folgeerkrankungen und Sicherstellen der Aus- und Weiterbildung, Diabetologe LÄK oder Diabetologe DDG, Internist mit Teilgebiet Endokrinologie und Diabetologie

Diabetologie der Level 1 bis 3, wie sie die DDG vorgeschlägt.

„Wir erwarten vom Krankenhaus-transparenzgesetz die Klarstellung der Bedeutung dieser Gesundheitsfachkräfte sowie die Verortung dieser auf allen in §135 (4) benannten Leveln“, schreibt die Fachgesellschaft. Die DDG kann auch „keine transparente Rationale der genannten Kriterien nach Leistungsgruppen für die Krankenhauslevel erkennen“. Es schein so, dass diese weder am medizinischen Bedarf noch an qua-

litätssichernden Versorgungsmaßnahmen orientiert seien.

Die DDG fordert für Krankenhäuser ab Level 2 aufwärts das Vorhandensein sog. Diabetes-Units, also Teams mit Diabetolog*innen, Diabetesberater*innen, qualifizierten Pflegenden sowie weiteren Fachdisziplinen wie Physiotherapeut*innen, Diätassistent*innen oder Podolog*innen für die ergänzende Diagnostik, differenzierte Therapie und

individuelle Beratung bzw. Schulung. Ferner müsse sichergestellt werden, dass für Leistungsgruppen anderer Fächer, in denen durch die Behandlung häufig sekundäre Diabetesformen entstehen, eine Diabetes-Unit vorhanden ist. Wie sich die DDG für die Level 1 bis 3 die personellen und technischen Mindestvorhaltungen in der „Leistungsgruppe Diabetologie“ vorstellt, geht aus einer Tabelle in ihrer Stellungnahme hervor (s. Abb.).

Michael Reischmann

»DDG Zertifikate ermöglichen Patient*innen bereits eine qualitätsbasierte Suche«

Die DDG-Stellungnahme zum Krankenhaus-transparenzgesetz:

[t1p.de/sfenz](https://www.diabetes-ddg.de/t1p.de/sfenz)



Keine volle Transparenz bei der Qualität

Akteure des Gesundheitswesens kommentieren den Klinik-Atlas eher kritisch

BERLIN. Die Reaktionen auf den Entwurf zum Krankenhaus-transparenzgesetz fallen sehr unterschiedlich aus. Hier einige Stimmen.

Der **Verband der Universitätsklinika Deutschlands** begrüßt den Kabinettsbeschluss als ersten wichtigen Schritt der Krankenhausreform. „Das Level 3U macht die Universitätsklinika als eigene Versorgungsstufe sichtbar. In Zukunft können Bürgerinnen und Bürger eindeutig erkennen, wo Maximalversorgung erbracht, interdisziplinär behandelt und an Innovationen geforscht wird. Die Zuordnung des Personals zu Fachabteilungen ist ein praktikables und bereits bewährtes Vorgehen.“ Die Darstellung von Ergebnisqualität müsse aber auf einer wissenschaftlich entwickelten, risiko-adjustierten Bewertung beruhen. Sie

dürfe nicht dazu führen, dass Krankenhäuser komplikations- und risikobehaftete Behandlungen meiden.

Die **Deutsche Krankenhausgesellschaft** spricht von einem „Trojanischen Pferd zur Entmachtung der Länder“ und meint damit die „Leveinteilung über die Hintertür“. Die Level sorgten keinesfalls für mehr Transparenz, im Gegenteil: Verfüge eine Klinik über wenig Leistungsgruppen, weise aber bei bestimmten Behandlungen viel

»Sind die Angaben wahr, vollständig und hilfreich?«

Erfahrung auf, so werde sie dennoch ins Level 1 eingeordnet. Die Botschaft für die Patient*innen heiße dann, „dass sie besser ein Krankenhaus eines höheren Levels aufsuchen sollten – obwohl ihnen im Level-1-Haus eigentlich hervorragende Behandlungsqualität geboten worden wäre“. Dieser Eingriff in die Planungshoheit der Länder könne fatale Folgen haben.

Der **Verband der Ersatzkassen** unterstützt die Pläne des Bundesgesundheitsministers. Er bewertet die Einteilung der Krankenhäuser in Versorgungsstufen als Orientierungshilfe für die Patient*innen positiv. Unverständlich sei aber, warum nur ein kleiner Ausschnitt der Daten zur Qualitätsmessung veröffentlicht werden solle. „Außen vor bleibt beispielsweise, ob wirklich alle

Qualitätsvorgaben für die Leistungsgruppen erfüllt wurden oder ob die Länder von den angedachten Ausnahmeregelungen bei den Qualitätskriterien Gebrauch gemacht haben.“ Problematisch sei auch, dass die Meldungen der Kliniken nicht überprüft würden „und sich daher nur schwerlich plausibilisieren lassen.“

Die **Deutsche Krebsgesellschaft** moniert, dass „in der Onkologie etablierten Qualitätskriterien der zertifizierten Zentren im Klinik-Atlas nicht berücksichtigt werden“. Es sei inzwischen nachgewiesen, dass onkologische Patient*innen in zertifizierten Zentren länger lebten. „Die Aussagekraft der Zertifikate ist in der Onkologie somit höher als ein Klinik-Atlas, der mit weitaus weniger Informationen arbeitet.“

Hessens Gesundheitsminister Kai Klose (Grüne) ist „die Prioritätensetzung des Bundesgesundheitsministeriums ein Rätsel“. Das Bundeskabinett habe ein Gesetz beschlossen, das der Einigung mit den Ländern widerspreche. „Zuerst müssen jetzt die zentralen Grundlagen der Krankenhausreform geklärt werden. Darauf muss das Krankenhaus-transparenzgesetz aufbauen und erst dann wird auf einer validen Grundlage veröffentlicht.“

Der **Sozialverband Deutschland** wünscht sich, bei der Ermittlung der Klinikqualität auch die Erfahrungen von Patient*innen zu berücksichtigen. Zudem sollte das Verzeichnis von einer „unabhängigen, staatsfernen und sich allein dem Patienteninteresse verpflichteten Stelle“ veröffentlicht werden. dz

Online-Kampagne #InklusionStattAusgrenzung

Wissenschaftliche Allianz fordert den flächendeckenden Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften

BERLIN. Um mehr öffentliche Aufmerksamkeit auf den Bedarf an Schulgesundheitsfachkräften zu lenken, haben verschiedene Organisationen rund um den Weltkindertag am 20. September die Online-Kampagne #InklusionStattAusgrenzung gestartet.

Die Online-Kampagne wird organisiert von der DDG gemeinsam mit ihrer AG Pädiatrische Diabetologie (AGPD), diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe, der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ), ACHSE, Diabetes-Kids.de, dem Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland (BeKD) und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ). Ziel ist es, zu einem klaren Bekenntnis der Politik für Schulgesundheitsfachkräfte an deutschen Schulen beizutragen.

Entlastung und Hilfe für Familien und Lehrpersonal

Der Hintergrund für die Forderung nach Schulgesundheitsfachkräften: 15 % der Kinder leben mit chronischen körperlichen oder psychischen Erkrankungen. „Lehrkräfte sind zunehmend überfordert. Sie sind für medizinische Themen we-

der ausgebildet noch zuständig“, sagt DDG Past Präsident und Kinderdiabetologe Professor Dr. ANDREAS NEU, Tübingen. Modellprojekte, Erfahrungen anderer Länder und Studien zeigen: Schulgesundheitsfachkräfte entlasten das Schulsystem, Eltern und Kinder erheblich. „Einerseits können sie sich um die einfache medizinische Grundversorgung wie aufgeschlagene Knie oder Nasenbluten kümmern und für Gesundheitsaufklärung sorgen. Andererseits leisten sie einen wertvollen und kompetenten Beitrag für Kinder mit täglichem Unterstützungsbedarf, entlasten somit Familien und Lehrpersonal und verhindern damit die Diskriminierung von chronisch kranken Kindern.“

Von medizinisch ausgebildetem Personal an Schulen profitieren besonders Kinder, die durch ihre chronische Erkrankung besondere Hilfeleistung benötigen. Untersuchungen

»Forderung zum Weltkindertag«

zeigen, dass aktuell fast ein Viertel der Schulkinder eine weitergehende medizinische oder therapeutische Unterstützung benötigt.

Grundschulkindern mit Typ-1-Diabetes sind trotz zunehmender Technologisierung meist überlastet: „Sie können ihren Diabetes nicht

vollständig allein managen, weil sie komplexe Zusammenhänge nicht allein überblicken können – ebenso wenig das Lehrpersonal“, sagt der Naumburger Kinderdiabetologe PD Dr. THOMAS KAPPELEN, Sprecher der AGPD. „Schlimmstenfalls müssen sie entgegen ihren Fähigkeiten auf den Besuch von Regelschulen verzichten, nur weil niemand sich für ihre Gesundheitsfürsorge zuständig fühlt.“ Ist ein Kind an Typ-1-Diabetes erkrankt, wirkt sich das auf die ganze Familie aus, insbesondere auf

die Mütter. Dr. JENS KRÖGER, Diabetologe und Vorstandsvorsitzender von diabetesDE, weist hin auf die AMBA-Studie, nach der 39 % der Mütter von Kindern mit Typ-1-Diabetes ihre Arbeitszeit reduzieren und 10 % ihre Berufstätigkeit ganz aufgeben, um das Kind in Kita und Schule mitzuversorgen. „Es darf nicht sein, dass eine Diabetesdiagnose insbesondere bei Müttern mit Karriereknick und Armutsrisiko einhergeht. Schulgesundheitsfachkräfte würden dies ändern“, so Dr. Kröger. DDG/dz



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

klu

G7

Dexcom G7

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



www.dexcom.com/fachpersonal

Das Dexcom G7 ist in einer mmol/L- und mg/dL-Ausführung verfügbar. | 1 Garg SK, et al. Accuracy and Safety of Dexcom G7 Continuous Glucose Monitoring in Adults with Diabetes. Diabetes Technol Ther. 2022;24(6):373-380. | 2 Zeit im Zielbereich = Time in Range (TIR) | 3 Kompatible Geräte sind separat erhältlich. Eine Liste kompatibler Geräte finden Sie unter www.dexcom.com/compatibility. | Dexcom, Dexcom Clarity, Dexcom Follow, Dexcom One, Dexcom Share, Share sind eingetragene Marken von Dexcom, Inc. in den USA und sind möglicherweise in anderen Ländern eingetragen. © 2023 Dexcom, Inc. Alle Rechte vorbehalten. | www.dexcom.com | +1.858.200.0200 | Dexcom, Inc. 6340 Sequence Drive San Diego, CA 92121 USA | MDSS GmbH, Schiffgraben 41, 30175 Hannover, Germany LBL-1001414 Rev001 / 04. 2023

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

Zertifizierungsmodule in der Pilotphase

Versorgungsqualität stärken und spezifische Kompetenzen zeigen

BERLIN. Der Ausschuss Qualitätssicherung, Schulung und Weiterbildung (QSW) der DDG hat zusammen mit den jeweiligen Arbeitsgemeinschaften Zusatzangebote entwickelt. Mit diesen können zertifizierte Einrichtungen ihre spezifische Kompetenz und ein ausgeprägtes Qualitätsniveau in der Betreuung von Personen mit Diabetes in besonderen Lebenslagen oder mit komplexen Komorbiditäten aufzeigen. Hiervon profitieren außer den Patient*innen auch Angehörige und Zuweiser.

Zum 1. Juli 2023 hat der Ausschuss QSW die Zusatzkompetenzen Diabetes & Schwangerschaft und Diabetes & Psyche auf den Weg gebracht. Diese können im Rahmen der Anerkennungsverfahren Diabetes Exzellenzzentrum DDG und Diabeteszentrum DDG optional erworben werden. In der zweijährigen Pilotphase können Einrichtungen mit noch gültiger Anerkennung auch vorfristig die Zusatzkompetenz beantragen. Langfristig wird eine Synchronisierung angestrebt. Nach Ablauf der Pilotphase wird für „Diabetes Exzellenzzentrum DDG“ der Erwerb eines Zertifizierungsmoduls verpflichtend.

„Menschen mit Diabetes wünschen sich von Ärzt*innen und Behandlungsteams betreut zu werden, die nachweislich besonders gut mit ihren Bedürfnissen und besonderen Fragestellungen vertraut sind. Die Nachfrage nach der richtigen Anlaufstelle ist sehr groß. Mit den Zusatzkompetenzen können wir nun endlich eine klare Orientierungshilfe geben, da mit diesem Zertifikat Einrichtungen ausgezeichnet werden, die neben hohen Behandlungszahlen besondere Qualitätskriterien für die Behandlung von Menschen mit Diabetes in besonderen Lebenssituationen oder mit komplexen Begleiterkrankungen erfüllen“, erläutert MONIQUE SCHUGARDT, Mitarbeiterin der Geschäftsstelle der DDG.

REI

Diabetes & Schwangerschaft

Die Schwangerschaft einer Diabetespatientin oder die Diagnose Gestationsdiabetes stellt eine besondere Herausforderung für Patientinnen und ihre behandelnden Ärzt*innen dar. Die Möglichkeit, in dieser besonderen Lebensphase in einer Einrichtung mit vertiefender Spezialisierung betreut zu werden, sollte jeder Patientin angeboten werden können. Leuchttürme der Diabetologie in der Behandlung von Schwangeren mit Diabetes können ihre spezifische Kompetenz und ihr ausgeprägtes Qualitätsniveau nun mit der Zusatzkompetenz Diabetes & Schwangerschaft sichtbar machen und Patientinnen und Zuweisern eine Orientierungshilfe bieten.

„Mit der Zusatzkompetenz Diabetes & Schwangerschaft soll für Schwangere

mit Diabetes eine qualitativ hochwertige Versorgung gestärkt werden. Erstmals wurde in enger Zusammenarbeit mit Vertreter*innen der AG Diabetes & Schwangerschaft intensiv um aussagefähige Qualitätsparameter gerungen und ein gemeinsamer Konsens definiert“, berichtet Dr. SUSANNE EBERL, Mitglied des Ausschusses QSW, über die Entwicklung der Zusatzkompetenz.

„Für die Einrichtungen bedeutet die Zertifizierung eine Ergebnisdarlegung, die eine Qualitätstransparenz schafft und so eine gute Basis für die Reflexion der Behandlungsqualität darstellt. Die Identifikation von Optimierungspotenzialen ermöglicht darüber hinaus eine kontinuierliche Weiterentwicklung“, so Dr. Eberl.



Diabetes & Psyche

Psychische Probleme im Zusammenhang mit Diabetes sind in der Praxis sehr häufig. So hat etwa jeder dritte Mensch mit Diabetes erhöhte diabetesbezogene Belastungen, jede*r achte Patient*in eine komorbide Depression. Mit der Zusatzkompetenz Diabetes & Psyche wird ein erster Schritt gemacht, die Behandlung dieser Personengruppe zu verbessern.

„Die Zusatzkompetenz Diabetes & Psyche will Menschen mit Diabetes wie auch den Behandlern transparent machen, in welchen Einrichtungen eine besondere Expertise in der Behandlung von diabetesassoziierten psychischen Problemen wie etwa diabetesbezogene Belastungen, Motivationsprobleme oder komorbide Erkrankungen wie Depressionen, Angst- und Essstörungen, vorhanden ist“, erklärt Prof. Dr. BERNHARD

KULZER, Mitglied des Ausschusses QSW und Vorsitzender der AG Diabetes & Psychologie.

Die Einrichtungen mit der Zusatzkompetenz haben eine definierte Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in Bezug auf die Therapie von Menschen mit Diabetes, die Schwierigkeiten im Umgang mit dem Diabetes und dessen mannigfachen Anforderungen und den Auswirkungen auf die verschiedensten Aspekte ihres Lebens haben. „Wir hoffen, dass diese Maßnahme einen wichtigen Schritt darstellt, die bisher noch suboptimale psychologische Betreuung von Menschen mit Diabetes zu verbessern“, fasst Prof. Kulzer zusammen.



Diabetes & Fuß

Zum aktuellen Zeitpunkt erfolgt eine Äquivalenzanerkennung der Zusatzkompetenz Diabetes & Fuß für alle Fußbehandlungseinrichtungen DDG, die zugleich als Diabeteszentrum DDG oder als Diabetes Exzellenzzentrum DDG anerkannt sind. Auf Wunsch kann die Urkunde für die

Zusatzkompetenz Diabetes & Fuß bereits jetzt über die Geschäftsstelle der DDG angefordert werden.



Weitere Zusatzmodule in der Planung

„Neben dem Fokus auf das Benchmarking zielen die Zusatzkompetenzen auch auf die optimale Qualifizierung des diabetologischen Nachwuchses in

der gesamten Breite des Faches durch gezielte Hospitationen und Kooperationen sowie eine Stärkung der Vernetzung der zertifizierten Einrichtungen“,

hebt Professor Dr. DIRK MÜLLER-WIELAND, Vorsitzender des Ausschusses QSW, hervor. Weitere Zusatzkompetenzen sind in Planung.

Alle Informationen zu den Zusatzkompetenzen: t1p.de/xn3zk



Ernährungsforschung in attraktiver Verpackung

DIfE-Jahresbericht für die Jahre 2021 und 2022 erschienen

POTSDAM-REHBRÜCKE. Der neue Jahresbericht des Deutschen Instituts für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke (DIfE) informiert im Magazinstil über Forschungshighlights und die Institutsaktivitäten 2021 und 2022.

Im Mittelpunkt stehen die drei DIfE-Forschungsschwerpunkte, in denen die wissenschaftlichen Gruppen ihre Highlights präsentieren. Neu sind dabei die populärwissenschaftlich aufgearbeiteten Leitthemen, die diese Schwerpunkte einleiten: „Chrono-

nutrition: Essen im Einklang mit der inneren Uhr“, „Gesunde Ernährung und Bewegung sind keine Frage des Alters“ sowie „Der Einfluss der Ernährung auf unser Wohlbefinden während der Pandemie“.

Infografiken und neue Rubrik „Alltagsfragen“

Ein weiterer Themenschwerpunkt ist die Vorstellung des im September 2021 eröffneten Gerty-Cori-Hauses. Anhand einer Infografik erfahren die Leser*innen u.a., wie

Proband*innen einen Untersuchungstag im Humanstudienzentrum des DIfE erleben. Weiterhin wird am Beispiel der DIfE-Risiko-Tests verdeutlicht, wie die gewonnenen Studien-daten, die das Risiko für Typ-2-Diabetes und kardiovaskuläre Erkrankungen ermitteln, Anwendung in der Praxis finden.



Mitarbeit: Designstudio Synchronschwimmer und Fotograf David Ausserhofer. Foto: DIfE

Im Kapitel Nachwuchsförderung berichten zwei junge Forschende von ihren Karrierewegen und Zukunftsplänen. Der Ausblick des DIfE-Vorstandes auf bevorstehende Aufgaben und Herausforderungen rundet den Bericht ab. „Mit unserem Jahresbericht wollen wir allen Interessierten unsere Forschung allgemeinverständlich

und anschaulich näherbringen“, sagt Dr. INA HENKEL, Leiterin der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. Zudem gibt es in der neuen Rubrik „Alltagsfrage“ Antworten der leitenden DIfE-Wissenschaftler*innen auf Fragen rund um die Ernährung. Um Ressourcen zu schonen, wurde der Jahresbericht in begrenzter Stückzahl gedruckt. DIfE/dz

Digitale Version: is.gd/MObKCT



Was können Stammzellen heute?

Immer wieder gibt es Fragen zur Stammzelltherapie – Antworten gibt eine Stellungnahme der DDG

BERLIN. Oft fragen Menschen bei Ärzt*innen oder der DDG nach: Können bei Diabetes inzwischen Stammzellen eingesetzt, so die körpereigene Insulinproduktion und -sekretion wiederhergestellt und der Diabetes „geheilt“ werden? In einer gemeinsamen Stellungnahme fassen DDG und DZD den aktuellen Stand zusammen.

Auch 2023 ist die Stammzellbehandlung für Typ-1-Diabetes noch im Frühstadium der Forschung, jedoch sind in den letzten Jahren einige Fortschritte erzielt worden: 2022 sind erstmals Daten aus klinischen Studien von wenigen Patienten publiziert worden, welche aus Stammzellen generierte insulinproduzierende Zellen, die von den Biotechnologiefirmen ViaCyte und Vertex hergestellt wurden, implantiert bekommen hatten. Bei zwei berichteten Patienten hatte ein Patient 270 Tage nach Transplantation die Zeit der Glukose im Zielbereich von 40 % auf über 99 % erhöhen können. Er konnte die Insulinbehandlung stoppen, musste jedoch immunsuppressive Medikamente einnehmen.

Dennoch zeigt dies, dass die Stammzelltherapie zumindest in klinischen Studien zur Behandlung des Typ-1-Diabetes bei ausgewählten Patienten angekommen ist. Weitere Studien werden derzeit mit verkapselten (ohne Immunsuppression) und unverkapselten (plus Immunsuppression) Stammzelltransplantaten in den USA und in Kanada durchgeführt – europäische Zentren werden voraussichtlich noch 2023 dazukommen. Noch ist nicht abzusehen, ob mit diesen Zellen eine zumindest funktionelle Heilung des Diabetes mit Insulinfreiheit erzielt werden kann, wie lange der Effekt anhält und welche Nebenwirkungen auftreten.

1 Die DDG sieht in der Beta-zell-Ersatztherapie aus differenzierten pluripotenten oder embryonalen Stammzellen eine Perspektive für die Therapie des insulinpflichtigen Diabetes mellitus. Die aktuellen Forschungsergebnisse auf diesem Gebiet insbesondere in den letzten Jahren sind ermutigend und haben das Stadium von klinischen Studien erreicht.

2 Noch ist festzustellen, dass sich die Forschung zu stammzellgenerierten insulinproduzierenden Betazellen noch in einem sehr frühen klinischen Stadium befindet und keine zugelassene Behandlungsoption für die Behandlung des Diabetes mellitus darstellt. Dies gilt sowohl für embryonale wie auch für adulte induzierte Stammzellen unter Beachtung der in Deutschland geltenden Rechtsnormen.

3 Nach aktuellem Stand der Wissenschaft ist nach Einschätzung der DDG eine Stammzelltherapie des Diabetes mellitus in keiner Form etabliert und die Anwendung von Stammzellen am Menschen zur Diabetesbehandlung sollte derzeit nur im Rahmen kontrollierter klinischer Studien erfolgen.

4 Derzeit werden klinische Studien in einem experimentellen Anfangsstadium in den USA und in Kanada durchgeführt, europäische Zentren werden dieses Jahr hinzukommen.

5 Die DDG warnt ausdrücklich vor Berichten über nicht wissenschaftlich belegte erfolgreiche Behandlungsergebnisse bei Diabetes mellitus unter Verwendung von Stammzellen. Die DDG wird die kommerzielle Bewerbung der

»Frühstadium – aber Fortschritte«

Stammzelltherapie des Diabetes mellitus kritisch kommentieren und bei gegebener Notwendigkeit die zuständigen Ärztekammern informieren.

6 Die DDG unterstützt die Durchführung qualitativ hochwertiger kontrollierter klini-

scher Studien zum Einsatz einer Stammzelltherapie bei Diabetes mellitus und wird deren Ergebnisse nach Verfügbarkeit kontinuierlich interpretieren und klinisch einordnen.

7 Patient*innen und deren Angehörige, die sich über den gegenwärtigen Stand und die Perspektiven der Stammzelltherapie informieren möchten, sollten dies über ihre betreuenden diabetologisch-schulenden Ärzt*innen tun. Die DDG verfolgt und analysiert alle

aktuell laufenden Stammzellstudien und wird darüber informieren, sobald eine effiziente und sichere zellbasierte Behandlungsmethode zur Verfügung steht. *DDG/dz*

Vollständige Stellungnahme inkl. Ansprechpartner*innen zum Thema:
www.ddg.info.de/politik/stellungnahmen



DIE GESUNDHEIT ÄLTERER ERWACHSENER IST KEIN SPIEL.

RSV KÜMMERT DAS NICHT.



- Das Respiratorische Synzytial-Virus (RSV) ist verbreitet und infektiös.¹
- Weltweit werden jährlich hunderttausende ältere Erwachsene mit RSV im Krankenhaus behandelt.²
- Die Sterblichkeit bei diesen Personen liegt bei 4–8%.^{3–6}
- Ein erhöhtes Risiko einer RSV-Infektion besteht für ältere Erwachsene (60+ Jahre; auch ohne Grunderkrankung), insbesondere bei geschwächtem Immunsystem, sowie chronischen Atemwegs- oder Herzerkrankungen.^{3,7,8,9}



Erfahren Sie mehr auf www.impfakademie.de/rsv

*chronische Atemwegs- und Herzerkrankungen, wie z. B. COPD, Asthma oder Herzinsuffizienz; COPD = chronic obstructive pulmonary disease (Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung)

Referenzen: 1. Mesa-Frias M et al. J Manag Care Spec Pharm 2022; 28(7):753-765. 2. Shi T et al. J Infect Dis 2020; 222:5577-583. 3. Pastula ST et al. Open Forum Infect Dis 2017; 4:ofw270. 4. Colosia AD et al. PLoS One 2017; 12:e0182321. 5. Falsey AR et al. N Engl J Med 2005; 352:1749-1759. 6. Binder W et al. Am J Emerg Med 2017; 35:1162-1165. 7. RKI-Ratgeber RSV (https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_RSV.html, Stand: Sept. 2022). 8. Branche AR et al. Clin Infect Dis 2021; cjab595. 9. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2018. RSV in older adults and adults with chronic medical conditions. <https://www.cdc.gov/rsv/high-risk/older-adults.html> (Stand Oktober 2022).



CGM-Nutzung ohne Schulung?

Leserbrief zu diabetes zeitung 9/2023

BERLIN. In der letzten Ausgabe ging es in zwei verschiedenen Artikeln um die Nutzung von CGM-Systemen. Diabetologe Dr. Thomas Scholz nimmt dazu in einem Leserbrief Stellung.

Im Artikel „Technische Einweisung vs. Schulung“ auf Seite 6 von Ausgabe 9/2023 ging es um die Abgrenzung zwischen technischer Einweisung, Anleitung zur Selbstanwendung und Schulung am Beispiel von rtCGM. Explizit wurde darauf hingewiesen, dass nur Krankenkassen als Kostenträger ein Schulungsprogramm wie Spectrum zur Akkreditierung einreichen. Basis für den Artikel war eine Stellungnahme von DDG und ihrer Arbeitsgemeinschaft Diabetes & Technologie.

Auf Seite 16 wurde Bezug genommen auf den Barmer-Hilfsmittelreport, in dem es um die Kosten von kontinuierlicher Glukosemessung und ihren Zusatznutzen geht.

LESERBRIEF:

von Dr. Thomas Scholz

Die Artikel „Technische Einweisung vs. Schulung“ und „Es gibt eigentlich nichts zu diskutieren – Barmer-Report zu CGMS“ beleuchten zwei Seiten der gleichen Medaille. Auf der einen Seite haben wir den unbestreitbaren großen Nutzen dieser Innovation für die meisten Diabeteserkrankten, auf der anderen Seite kennen wir jede Menge Patienten, bei denen der Einsatz des kontinuierlichen Glukosemonitors Verschwendung von Versicherungsgeldern ist. Das ist nicht der Methode anzulasten, sondern der ungenügenden Schulung. Es ist äußerst kurzsichtig von den Krankenkassen, für den Einsatz von CGM-Systemen nicht verpflichtend die Durchführung der Spectrum-Schulung im DMP vorzusehen. Nahezu täglich tauchen in der Schwerpunktpraxis Patienten mit einer „Schaukeltherapie“ auf. Mangels besseren Wissens spritzen sie erschrocken in den postprandialen Zuckeranstieg zusätzliches Insulin, das später zu zu tiefen Werten führt u.Ä. Etliche wursteln sich durch, bis endlich in der DSP interveniert und geschult wird. Andere wollen genervt vom CGM-Systemen nichts mehr wissen, nachdem bereits viel Geld für Sensoren versenkt wurde. All das wäre vermeidbar, wenn gerade hier regelmäßige Basis- und weiterführende Schulungen implementiert würden. Mit Sicherheit ist das für die Kostenträger wirtschaftlicher. Ein Umdenken ist da überfällig.



Update zu den Insulinen

Was die DDG hinsichtlich notwendiger Um- und Neueinstellungen empfiehlt

BERLIN. Lieferengpässe beim Insulin traten in den zurückliegenden Monaten immer wieder auf. Sind hier weitere Probleme zu erwarten, wie bei der Belieferung von Krankenhäusern, der Versorgung mit speziellen Applikationen wie Pumpeninsulin, Fertiginulinspens, Kartuschen für wiederbefüllbare Pens? Die DDG hat bei den Insulinherstellern nachgehakt.

Sanofi beklagt etwa, dass „Ausgangsmaterialien“ wie für Pens teilweise knapp seien und Komponenten für die Abfüllanlagen zeitweise nicht geliefert werden könnten, was zu einer „andauernden, komplexen und angespannten Situation in der Insulinversorgung“ führe. Einer der Gründe, warum die Herstellung und Lieferung der Humaninsuline weltweit – mit Ausnahme der Infusate – eingestellt werde, so der Hersteller. Insuman Infusat werde also weiter produziert und damit vor allem Patient*innen versorgt sind, die das Insulin nur bei direkter intraperitonealer Gabe vertragen und für die es keine Alternativen gibt. Für die übrigen Insuman-Präparate von Sanofi (Rapid, Basal und Comb) seien alternative Produkte möglich, betont das Unternehmen.

Humaninsulin immer weniger verordnet

Humaninsuline hätten weltweit, und mittlerweile auch in Deutschland nur noch einen untergeordneten therapeutischen Stellenwert, hieß es weiter. So beschreibt der Arzneiverordnungs-Report 2022 einen „stetigen und deutlichen Rückgang“ der verordneten Humaninsulin-DDD (definierte Tagesdosen). Wurden 2012 noch 424 Mio. DDD Humaninsulin verschrieben, waren es 2021 nur noch 158 Mio., was einem Rückgang von mehr als 60 % in weniger als einem Jahrzehnt entspricht. Auch die von Sanofi produzierten Humaninsuline hätten „nur noch geringe

re Verschreibungsanteile in diesem stark rückläufigen Humaninsulinmarkt“, erklärt der Insulinhersteller. Der Anteil von Insuman Rapid liege nur noch bei 22, von Insuman Basal bei 17 und von Insuman Comb bei 20 Prozent der Humaninsuline. Klar priorisiert bei den Verschreibungen würden die Analoginsuline. Sie machen laut Arzneiverordnungs-Report rund 80 % aus. Das heißt: Acht von zehn Rezepten gehen auf das Konto der Analoginsuline, nur zwei von zehn auf das der Humaninsuline – und der Anteil fällt weiter.

Novo Nordisk geht davon aus, dass sich beim Insulin „unvorhersehbare Verschiebungen im Markt, wie der Rückzug bei den Humaninsulinen durch Sanofi, in allen Bereichen auswirken“ könne, da es „keine sichere Basis für eine Bedarfskalkulation“ gebe. Sollten sich Probleme bei einzelnen Darreichungsformen ergeben, werde das Unternehmen rechtzeitig darüber informieren. Lilly Deutschland erklärt, dass es zeitweise zu Engpässen bei der Lieferung von Insulin in Durchstechflaschen (z. B. zur Verwendung in Pumpen) gekommen sei. Die Produktion von Insulinfläschchen wurde daher erhöht. Der Hersteller geht davon aus, dass sich die Versorgungslage bis Jahresende somit verbessert habe und 2024 wieder auf ein normales Niveau zurückkehre. Möglicherweise auftretende Engpässe werde man „transparent machen“.

Eine klare Empfehlung spricht die DDG dahingehend aus, dass Ärzt*innen ab sofort keine Neueinstellungen auf Humaninsuline von Sanofi mehr vornehmen sollten – ausgenommen Insuman Infusat, da es weiterhin vertrieben werde.

DDG bedauert Entscheidung zum Humaninsulin

Die Fachgesellschaft empfiehlt dagegen nicht, auf welches Insulin konkret umgestellt werden sollte und verweist auf Aktualisierungen der Diabetes-Leitlinien. Die Marktrücknahme der Humaninsuline von Sanofi bedauert die DDG, da „eine Umstellung bewährter Therapieoptionen immer auch mit Risiken verbunden sei“. *Angela Monecke*

Informationen zu Lieferengpässen auf anwendungen.pharmnet-bund.de Registrierung erforderlich

Insulinarten – Wirkeigenschaften bei subkutaner Gabe

	Wirkung			Anwendung in der Regel
	Eintritt	Maximum	Dauer	
Humaninsuline				
NPH-Insulin	1–2 h	6–7 h	14 h	zweimal täglich
Normalinsulin	30–60 min	3 h	8 h	0–30 min vor den Mahlzeiten
Mischinsulin NPH (70)/Normal (30)	30–60 min	3–3,5 h	14 h	vor Frühstück und Abendessen
Insulin-Analoga				
Degludec	1–2 h	8–14 h Geringes Maximum	> 42 h	einmal täglich
Detemir	1 h	7–9 h	19–26 h	ein- oder zweimal täglich
Glargin U100	1 h	8–12 h	20–27 h	ein- oder zweimal täglich
Glargin U300	1–6 h	12–16 h geringes Maximum	30–32 h	einmal täglich
Aspart	20–25 min	120–150 min	4–5 h	0–15 min vor den Mahlzeiten
Glulisin	20–25 min	120–150 min	4–5 h	0–15 min vor den Mahlzeiten
Lispro	20–25 min	120–150 min	4–5 h	0–15 min vor den Mahlzeiten
Ultra rapid Lispro	15–20 min	120 min	4 h	unmittelbar vor den Mahlzeiten
Faster Aspart	15–20 min	120–150 min	3–4 h	0–10 min vor den Mahlzeiten
Mischinsulin protamin. Aspart (70)/Aspart (30); protamin. Lispro (70), Lispro (30)	20–25 min	2–3 h	10–14 h	0–15 min vor Frühstück und Abendessen
Kombinationsinsulin Degludec (70)/Aspart (30)	20–25 min	2–3 h	> 30 h	0–15 min vor einer oder vor zwei Hauptmahlzeiten

Quelle: S3-Leitlinie Therapie des Typ-1-Diabetes, DDG 2023

»Insuman infusat wird weiter produziert«

Jüngere Generation häufiger und früher krank

Eine Herausforderung für Gesundheitssystem, Wirtschaft – und jeden einzelnen Menschen

HANNOVER. Von der Verbesserung der Lebensbedingungen, dem medizinischen Fortschritt und dem allgemeinen Wissen um eine gesunde Lebensweise profitiert vor allem die ältere Generation. Jüngere Jahrgänge werden wieder früher und häufiger krank. Welche Folgen hat die Morbiditätsexpansion, z.B. bei Typ-2-Diabetes?

Wer heute in Rente geht, hat statistisch gesehen weitaus mehr Lebensjahre vor sich als seine Großeltern. Die ältere Generation profitiert von den verbesserten Lebensbedingungen nach dem Zweiten Weltkrieg: „Bereits Anfang der 1980er-Jahre stellte der amerikanische Mediziner JAMES FRIES die These auf, dass aufgrund der insgesamt besseren Lebensumstände die Erkrankungsraten sinken und das Auftreten von Krankheiten und Behinderungen sich nach hinten in spätere Lebensphasen verschiebt“, erklärt Professor Dr. SIEGFRIED GEYER, Leiter der Medizinischen Soziologie der MH Hannover. Von dieser positiven Perspektive ausgehend untersuchten Prof. Dr. Geyer und seine Arbeitsgruppe, wie sich der Gesundheitszustand unterschiedlicher Altersgruppen entwickelte. Das Team beschäftigt sich bereits seit 2014 mit dem Thema „Kompression und Expansion der Morbidität“.

Ältere: bessere Gesundheit und längeres Leben

Die Übersichtsarbeit zeigt, dass der Gesundheitszustand der heutigen älteren Generation (alle, die bis in die 1950er- und 1960er-Jahren geboren wurden) sich deutlich verbessert hat: Alle Arten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nahmen ab oder verschoben sich in ein höheres Lebensalter. Das Gleiche gilt für Schlaganfälle und Lungenkrebs, primär bei Männern. Mit dem Rückgang des Nikotinkonsums verringerte sich von 2006 bis 2017 die Lungenkrebsrate bei Männern um 31 %. Auch demenzielle Erkrankungen treten seltener oder später auf. Für diese Erkrankungen fand bei dieser Generation also eine deutliche Morbiditätskompression statt, trotz bildungs- und einkommensabhängiger Unterschiede. Zu den Erkrankungen, deren Rate über alle Altersgruppen hinweg stieg, gehört Typ-2-Diabetes. Hier stellten die Wissenschaftler*innen eine Morbiditätsexpansion fest. Besorgniserregend ist, dass die Erkrankung immer häufiger schon im

frühen Erwachsenenalter auftritt, verbunden mit einer verlängerten Erkrankungsdauer und einem erhöhten Risiko für Komorbiditäten. Das zeige sich bereits in den Altersgruppen der 18- bis 45-Jährigen. Zudem hat sich der Anteil adipöser Menschen im Alter zwischen 25 und 55 Jahren im Zeitraum von 2004 bis 2020 fast verdoppelt. Er stieg von insgesamt 12,7 auf 23,4 %. Adipositas begünstigt wiederum Erkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 2,

Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall und Fettleber.

Herausforderungen für die Gesellschaft

Der schlechtere Gesundheitszustand gehe zudem einher mit einer demografischen Verkleinerung der Gruppe jüngerer Menschen. Dies könne enorme Auswirkungen auf die sozialen Sicherungssysteme und die Wirtschaft haben. „Die Krankheitsfälle werden zukünftig zunehmen



Foto: Svitlana – stock.adobe.com

und die Gesundheitskosten steigen“, befürchtet Medizinsoziologe Geyer. Deshalb müssten die Arbeitsbedingungen einzelner Berufsgruppen stärker ins Blickfeld rücken: Früher galten hauptsächlich körperliche Belastungen und Schadstoffexpositionen als Gesundheitsrisiko. Heute ergeben sich Risiken aus überwiegend sitzender Tätigkeit und ungesunder Ernährung. *MH Hannover/dz*

Geyer S, Eberhard S. Dtsch Arztebl Int 2022; 119: 810–815; doi: 10.3238/arztebl.m2022.0324

ZUR BEHANDLUNG VON ERWACHSENEN MIT UNZUREICHEND EINGESTELTLEM TYP-2-DIABETES

Die Aussicht? Erste Klasse!^{1,a}

1 x wöchentlich

mounjaro[®]
Tirzepatid

Coming Soon



Ein einzelnes Molekül, das sowohl **GIP-** als auch **GLP-1-** Rezeptoren aktiviert¹



Überlegene HbA_{1c}-Reduktion **bis zu -2,5 %** mit Mounjaro[®] 15 mg nach 40 Wochen^{1,2,c}



Überlegene Gewichtsreduktion **bis zu -13 %** mit Mounjaro[®] 15 mg nach 40 Wochen^{1,2,c}

Kompression und Expansion

■ Morbiditätskompression:

Krankheiten oder Behinderung insgesamt treten seltener oder im Lebensverlauf später auf – so wird gesunde Lebenszeit gewonnen.

■ Morbiditätsexpansion:

Erkrankung oder Behinderung treten insgesamt häufiger oder im Laufe des Lebens früher auf – gesunde Lebenszeit geht verloren; die Menschen leben dann mehr Lebensjahre mit Beeinträchtigungen und Behandlungsbedürftigkeit.

a) Mounjaro[®] ist der erste und einzige zugelassene GIP/GLP-1-Rezeptor-Agonist; WHO ATC-Code: A10BX16. b) In den Zulassungsstudien SURPASS-1 bis SURPASS-5 wurde die überlegene Wirksamkeit von Mounjaro[®] durch den direkten Vergleich gegenüber Placebo, Semaglutid 1 mg, Insulin degludec 100 E/ml sowie Insulin glargin 100 E/ml (p < 0,001 für Überlegenheit, adjustiert für Multiplizität) nachgewiesen.¹⁻⁶ c) Mounjaro[®] (Tirzepatid) ist angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen mit unzureichend eingestelltem Typ-2-Diabetes.¹ Die Veränderung des Körpergewichts war ein sekundärer Endpunkt in den klinischen Studien.¹

1. Fachinformation Mounjaro[®] (aktueller Stand). 2. Frias JP, et al. N Engl J Med. 2021 Aug 5; 385(6): 503–515. 3. Rosenstock J, et al. Lancet. 2021 Jul 10; 398(10295): 143–155. 4. Ludvik B, et al. Lancet. 2021; 398(10300): 583–598. 5. Del Prato S, et al. Lancet. 2021 Nov 13; 398(10313): 1811–1824. 6. Dahl D, et al. JAMA. 2022 Feb 8; 327(6): 534–545.

Bezeichnung der/s Arzneimittel/s: Mounjaro[®] 2,5 mg Injektionslösung in einem Fertigpen. Mounjaro[®] 5 mg Injektionslösung in einem Fertigpen. Mounjaro[®] 7,5 mg Injektionslösung in einem Fertigpen. Mounjaro[®] 10 mg Injektionslösung in einem Fertigpen. Mounjaro[®] 12,5 mg Injektionslösung in einem Fertigpen. Mounjaro[®] 15 mg Injektionslösung in einem Fertigpen. **Zusammensetzung:** arzneilich wirksamer Bestandteil: Jeder Fertigpen enthält 2,5 mg, 5 mg, 7,5 mg, 10 mg, 12,5 mg oder 15 mg Tirzepatid in 0,5 ml Lösung; sonstige Bestandteile: Dinatriumhydrogenphosphat 7 H₂O, Natriumchlorid, Konzentrierte Salzsäure (zur pH-Wert Einstellung), Natriumhydroxid (zur pH-Wert Einstellung), Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Mounjaro ist angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen mit unzureichend eingestelltem Diabetes mellitus Typ 2 als Ergänzung zu Diät und Bewegung • als Monotherapie, wenn die Einnahme von Metformin wegen Unverträglichkeiten oder Kontraindikationen nicht angezeigt ist, • zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Diabetes mellitus. Studienergebnisse hinsichtlich Kombinationen, Auswirkungen auf die glykämische Kontrolle, sowie auf die untersuchten Populationen, sind in den Abschnitten 4.4, 4.5 und 5.1 zu finden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder gegen einen der genannten sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Hypoglykämie* bei Anwendung mit Sulfonylharnstoffen oder Insulin; Übelkeit, Diarrhoe. *Häufig:* Überempfindlichkeitsreaktionen; Hypoglykämie* bei Anwendung mit Metformin und SGLT2-Inhibitoren, verminderter Appetit; Bauchschmerzen, Erbrechen, Dyspepsie, Verstopfung, Blähungen, Aufstoßen, Flatulenz, gastroösophageale Refluxkrankheit; Fatigue (umfasst die Begriffe Müdigkeit, Asthenie, Unwohlsein und Lethargie), Reaktionen an der Injektionsstelle; erhöhte Herzfrequenz, erhöhte Lipase- und Amylasewerte. *Gelegentlich:* Hypoglykämie* bei Anwendung mit Metformin, Gewichtsverlust; Cholelithiasis, akute Pankreatitis; erhöhter Calcitonin-Wert [* Klinisch signifikante Hypoglykämien (Blutzucker < 3,0 mmol/l (< 54 mg/dl) oder schwere Hypoglykämien (die Hilfe einer anderen Person erfordern))]. **Warnhinweise:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren, weitere Warnhinweise siehe Fachinformation. Verschreibungspflichtig. **Zulassungsinhaber:** Eli Lilly Nederland B.V., Papendorpseweg 83, 3528 BJ Utrecht, Niederlande. **Ansprechpartner in Deutschland:** Lilly Deutschland GmbH, Werner-Reimers-Str. 2-4, D-61352 Bad Homburg. **Stand der Information: März 2023**



Mehr Infos



Mit Forschung Grenzen verschieben

Forschende des DZD gehen voran – und finden Lösungen

NEUHERBERG. Die Expressionsmuster von Schlüsselrezeptoren bestimmter Peptidhormone genauer anschauen. Nach einem leicht messbaren Biomarker für das Diabetesrisiko suchen. Fachliche Grenzen überwinden und gemeinsam mit Forschenden anderer Fachgebiete ein Projekt zur Gen- und Zelltherapie voranbringen: All das tun DZD-Forschende. Und drei von ihnen sind sogar während des EASD-Kongresses mit Preisen ausgezeichnet worden.



DZD
Deutsches Zentrum
für Diabetesforschung

Möglicher Biomarker für Typ-2-Diabetes entdeckt

Um einen frühzeitig und leicht messbaren Biomarker für das Diabetesrisiko zu finden, untersuchten die Forschenden der DZD-Partner Deutsches Institut für Ernährungsforschung (DIfE) und Helmholtz Munich sowie des assoziierten Partners in Lübeck zunächst die DNA von adipösen Mäusen. Dabei war eine Gruppe Mäuse diabetesresistent, die andere Gruppe war besonders anfällig für Diabetes.

Eine Analyse der DNA-Expression und -Methylierung in den Lebern der Nager ergab, dass das Gen HAMP in den Lebern der diabetesanfälligen Mäuse um 52 % weniger stark exprimiert wurde als bei diabetesresistenten Mäusen. Als Ursache für die verringerte Expression stellte sich eine verstärkte DNA-Methylierung an mehreren Stellen im Promotor des Gens heraus. HAMP kodiert für das eisenregulierende Hormon Hepcidin, welches sich in den Lebern von diabetesanfälligen Mäusen in geringerer Konzentration fand. Die Forschenden analysierten außerdem Gewebeproben aus den Lebern von

adipösen, insulinresistenten Frauen. Sie stellten fest, dass auch bei ihnen die Expression des HAMP-Gens signifikant herunterreguliert war und der Promotor an der zum Tiermodell homologen Stelle methyliert war.

Ein leicht zu messender Biomarker sollte allerdings auch leicht zugänglich sein, etwa durch eine Blutabnahme. Deshalb analysierten die Forschenden auch noch die DNA-Methylierung des HAMP-Gens in Blutzellen, die etwa vier Jahre vor der Diabetesdiagnose von Teilnehmenden der prospektiven EPIC-Potsdam-Kohorte entnommen wurden. Es zeigte sich, dass auch hier eine robuste Assoziation zwischen der Methylierung an bestimmten CpG-Stellen des HAMP-Gens und dem Risiko für eine Diabetes-Neuerkrankung bestand. Somit konnten die Forschenden zeigen, dass HAMP beziehungsweise dessen epigenetische Veränderungen als früher Marker für einen bevorstehenden Typ-2-Diabetes dienen könnten. *DZD/dz*

Meriem O et al. Mol Metab 2023; doi: 10.1016/j.molmet.2023.101774



Fachliche Grenzen überwinden

So würde die ideale Medizin aussehen: Ärzt*innen könnten im Körper molekulare Prozesse in erkrankten Zellen gezielt verändern und Patient*innen damit ursächlich heilen. Dieses Ziel verfolgen die Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung (DZG) in dem Projekt „Cell type specific targeting for future in vivo delivery in cell and gene therapy“. Die Fördermittel stammen aus dem DZG Innovation Fund.

Obwohl molekulargenetische Vorgänge immer besser verstanden sind, bleibt es schwierig, gezielt einzelne Zellen oder Gewebe im Körper zu verändern. „Die Forschungsarbeiten dazu sind in den Disziplinen zersplittert“, sagt der Projektkoordinator Professor Dr. TOBIAS FEUCHTINGER vom Deutschen Zentrum für Infektionsforschung (DZIF)/LMU München. „Die einen konzentrieren sich auf Umbauprozesse nach einem Herzinfarkt, Onkologen schauen auf die Vorgänge rund um Tumore. Mit dem DZG-übergreifenden Projekt wollen wir diese

fachlichen Grenzen überwinden.“ Denn alle Zentren stünden vor der Herausforderung, molekulare Heilungsmechanismen in vivo an das Gewebe und den Ort der Krankheit zu bringen. Und wenn ein Forscherteam zum Beispiel eine Strategie entwickle, Nanopartikel gezielt in Leberzellen einzubringen, ließe sich das Prinzip auch auf andere Gewebe übertragen, so der Onkologe.

Beteiligt an diesem Projekt sind fünf Forschungszentren, darunter das Deutsche Zentrum für Diabetesforschung; verantwortlich sind Professor Dr. HEIKO LICKERT und Dr. GERHARD PRZEMECK, beide vom Helmholtz Zentrum München. Außerdem mit dabei: Deutsches Zentrum für Infektionsforschung (DZIF), Deutsches Zentrum für Lungenforschung (DZL); Deutsches Zentrum für Herz-Kreislauf-Forschung (DZHK) und das Deutsche Konsortium für Translationale Krebsforschung (DKTK). Mehr über das gemeinsame Projekt der Zentren unter deutschezentren.de. *DZG/dz*



Expressionsmuster aufgedeckt

Im Mausmodell hat das Team um Dr. Rachel Lippert, Leiterin der Nachwuchsgruppe Neuronale Schaltkreise am DIfE, drei Hauptrezeptoren für Peptidhormone aus dem Darm und ihre Regulierung im Hypothalamus von Mäusen während der ersten drei Lebenswochen untersucht.

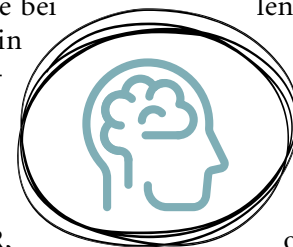
Diese Entwicklungsphase bei Mäusen entspricht in etwa dem letzten Trimester der Schwangerschaft im Zusammenhang mit der Gehirnentwicklung beim Menschen. Alle drei Rezeptoren (GIPR, GLP1R und CCK2R) spielen eine wichtige Rolle bei der Glukosehomöostase, der Nahrungsaufnahme und der Energiebilanz. Zudem haben sie als potenzielle therapeutische Ziele für die Behandlung von Fettleibigkeit und Diabetes an Popularität gewonnen. Entgegen der Erwartungen der Forscherinnen zeigte die GIPR-Expression einen signifikanten Abfall während der Entwicklung. Im Gegensatz dazu nahm die GLP1R-Expression während der frühen postnatalen Entwicklung stetig zu. Bei der Expression von CCK2R während der postnatalen Periode erkannten die Wissenschaftlerinnen ein geschlechtsspezifisches Muster. Während die CCK2R-

Expression bei männlichen Mäusen im Laufe der Entwicklung signifikant anstieg, blieb sie bei weiblichen Mäusen nahezu konstant. Das deutet auf eine unterschiedliche Rolle dieses Rezeptors bei den Geschlechtern hin.

In einem weiteren Schritt untersuchten die Wissenschaftlerinnen die potenziellen Zusammenhänge zwischen der Rezeptorexpression und physiologischen Parametern wie Körpergewicht und Blutzuckerspiegel. Während sich beim Blutzuckerspiegel keine signifikanten Korrelationen nachweisen ließen, zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen Rezeptorexpression und Körpergewicht. Sowohl GLP1R als auch CCK2R waren positiv mit dem Körpergewicht korreliert, während die GIPR-Expression eine signifikante negative Korrelation aufwies.

„Unsere Erkenntnisse tragen dazu bei, dass wir zukünftig den Einfluss ungesunder Ernährungsweisen der Mutter auf die Zirkulation der Peptidhormone aus dem Darm auf das Wachstum und die Gehirnentwicklung des Nachwuchses untersuchen können“, erklärt Dr. RACHEL LIPPERT. *DZD/dz*

Cantacorps L et al. PLoS One 2023; 18 (8): e0290043; doi: 10.1371/journal.pone.0290043



EASD-Preis für DZD-Forschende

Große Ehre für drei Forschende des DZD – sie wurden während des EASD-Kongresses Anfang Oktober in Hamburg ausgezeichnet.

In Hamburg ausgezeichnet wurden:

- Professor Dr. STEPHAN HERZIG bekam den Camillo-Golgi-Preis (Unterstützer des Preises: Novo Nordisk). Der Preis wird vergeben für herausragende Beiträge auf dem Gebiet der Histopathologie, Pathogenese, Prävention und Behandlung der Komplikationen des Diabetes mellitus. Prof. Dr. Herzig ist Forschungsdirektor bei Helmholtz Munich, Direktor und wissenschaftlicher Leiter des Helmholtz Diabetes Centers und Direktor des Instituts für Diabetes und Krebs.
- PD Dr. TIMO MÜLLER wurde der Minikowski-Preis (Unterstützer des Preises:

Lilly) verliehen. Der Preis ehrt Forschende, die mit ihrer Arbeit zur Erweiterung des Wissens über Diabetes mellitus beigetragen haben. Dr. Müller leitet die Abteilung für Molekulare Pharmakologie am Institut für Diabetes und Adipositas (IDO) bei Helmholtz Munich und ist zudem Direktor des IDO.

■ Dr. THERESA SARABHAI bekommt als vielversprechende und innovative junge Forscherin den Rising Star Award (Unterstützer: Novo Nordisk). Sie ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Diabetes-Zentrum und der Klinik für Endokrinologie und Diabetologie des Universitätsklinikums Düsseldorf.

In der kommenden Ausgabe der diabeteszeitung wird ausführlicher über die Preisträger*innen berichtet. *dz*



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



1923

Driving change for generations

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

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



Foto: 2199_de – stock.adobe.com



DIABETES HERBSTTAGUNG 2023 DDG



Diskussionen erwünscht

Die Tagung bietet viele Gelegenheiten, ins Gespräch zu kommen

LEIPZIG. Positionen austauschen, von den Erfahrungen der anderen Teilnehmenden hören und profitieren und ins Gespräch kommen: Dafür bietet die Diabetes Herbsttagung ein ideales Forum. Dieses Mal stellt sich auch Bundes-

ernährungsminister Cem Özdemir in einem Symposium der Diskussion. In den Workshops geht es eher in die Praxis – z.B. zu Verbandstechniken. Sie haben noch Fragen zur Tagung? Auch dafür gibt es eine Anlaufstelle.

Workshops während der Diabetes Herbsttagung

Während der Tagung werden **18 Workshops** angeboten; zwei davon werden hier näher vorgestellt. Teilnehmen können jeweils maximal 32 Personen. Informationen zu allen Workshops und zur Anmeldung finden Sie unter herbsttagung-ddg.de/programm/#workshops. Die Teilnahmegebühr pro Workshop beträgt 40 Euro.

Workshop

Verbandstechniken und Dokumentation beim DFS

Leitung: Anna Edel, Iserlohn
Freitag, 17. November 2023, 8.30–9.00 Uhr

Die Leiterin des Workshops arbeitet als Ärztin im Overweg Praxis Zentrum, u.a. in der Fußambulanz, und gibt ihre Erfahrung auf diesem Gebiet an die Teilnehmenden weiter.

Workshop

Workshopreihe: Wundmanagement beim DFS (bestehend aus 3 Teilen)

Leitung: Elisabeth Dalick, Aachen, und Anna Edel, Iserlohn, Claudia Fischer, Köln, und Lars Selig, Leipzig
Samstag, 18. November, 9.00–10.30 Uhr, 10.45–12.15 Uhr und 14.15–14.45 Uhr

Die Arbeitsgemeinschaft Diabetischer Fuß der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) präsentiert während der Herbsttagung eine Workshopreihe zum Diabetischen Fußsyndrom. Alle Podolog*innen und interessierte Berufsgruppen sind herzlich eingeladen. Für die diesjährige Workshopreihe konnten drei ausgewiesene Expert*innen aus dem Bereich der Fuß-Chirurgie, der zertifizierten Fußambulanz und der Ernährungstherapie als Referent*innen gewonnen werden. Sie werden aus ihrem Fachgebiet zum Leitthema, dem Wundmanagement, jeweils ihre Schwerpunkte vorstellen.

Assistenzärztin Anna Edel gibt einen Einblick zur Diagnostik des DFS und welche Verbände sich in Akutsituationen und auch in der weiteren Behandlung gut eignen.

Fuß- und Gefäßchirurgin Claudia Fischer stellt die Frage in den Vordergrund, wie gefäßkranken, multimorbiden Menschen am besten, schnellsten und altersadjustiert geholfen werden kann, ohne sie aus ihrem gewohnten Umfeld zu reißen. Diätassistent und Medizinpädagoge Lars Selig stellt die gesonderten Herausforderungen einer Mangelernährung bei chronischen Wunden und deren unterschätzte Problematik bei der Wundheilung vor.

Themen der Workshops im Überblick:
(1) Wundmanagement in der gefäß- und fußchirurgischen ambulanten Praxis
(2) Diagnostik und Therapie beim Erstkontakt
(3) Die Herausforderungen der Ernährungstherapie bei chronischen Wunden

Tagungsinformationen von A bis Z

Los geht es mit dem Stichwort „App“, das Ende bildet das Stichwort „Zertifizierung Sächsische Landesärztekammer“. Dazwischen finden Sie Informationen zu vielen Fragen rund um die Herbsttagung.

herbsttagung-ddg.de/teilnahme-infos/#infos_a-z



Foto: Maksim – stock.adobe.com

Die Themenschwerpunkte der Diabetes Herbsttagung

Tsunami Adipositas: unaufhaltsam oder wirksam therapierbar?; Diabetes im Krankenhaus: intensiv, operativ, interdisziplinär; Wunderwaffen im Einsatz? Appetit auf neue Therapieoptionen und Ernährungsansätze;

Nicht nur das Auge isst mit – Komplikationen und Folgeerkrankungen; Zukunftsvision Planetary health diet – nachhaltig, ökologisch, gesund?; Appetit auf Bewegung & Ernährung; Hungrig nach Digitalisierung

Politik & Querschnittsthemen

Aktuelle Aspekte des Diabetes in der Schwangerschaft

Vorsitzende: Prof. Dr. Tanja Groten, Jena, und Dr. Jens Stupin, Berlin
Freitag, 17. November 2023, 16.30–18.00 Uhr

Den Anfang macht die Diabetesassistentin und Diätassistentin Johanna Karapinar aus Osnabrück. Sie spricht

über kultursensible Ernährungsberatung bei Frauen mit Gestationsdiabetes. Prof. Dr. Tanja Groten referiert über „Das makrosome Kind – Diabetes ist nur die halbe Wahrheit“; Prof. Dr. Ute Schäfer-Graf, Berlin, informiert über die Betreuung bei Schwangerschaft nach bariatrischer Chirurgie.

Politik & Querschnittsthemen

Kinderschutz in der Lebensmittelwerbung: Wird Deutschland vom Schlusslicht zum Vorreiter?

Vorsitzende: Barbara Bitzer, Berlin, und Oliver Huizinga, Berlin
Samstag, 18. November 2023, 10.45–12.15 Uhr

Seit Bundesernährungsminister Cem Özdemir Anfang des Jahres seine Pläne für Kinderschutz in der Lebensmittelwerbung vorgestellt hat, kommt die Debatte nicht zur Ruhe. Verbraucherschützer, Kinderrechtsorganisationen, medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaften und Krankenkassen unterstützen das Vorhaben. Verbände der Lebensmittel- und Werbeindustrie hingegen sorgen für heftigen Gegenwind – und bekommen Beistand von der FDP.

Wie steht es um das Kinder-Lebensmittel-Werbe-gesetz? Welche Regelungen soll es beinhalten? Welche Evidenz

liegt über den Einfluss der Werbung auf Kinder und Jugendliche vor? Was können wir von anderen Staaten lernen? Welche Taktiken wendet die Lebensmittelindustrie an, um das Vorhaben zu torpedieren? Diese Fragen stehen im Fokus des DANK-Symposiums.

Im Rahmen des Symposiums wird Cem Özdemir, Bundesminister für Ernährung und Landwirtschaft, über die Pläne seines Ministeriums zum Kinderschutz in der Lebensmittelwerbung sprechen. Emma Boyland, Professorin für „Food Marketing and Child Health“ an der Universität Liverpool, wird über „Impact of Food Marketing on Children and key factors for effective policy design“ referieren, Oliver Huizinga von der Deutschen Adipositas-Gesellschaft darüber, wie die Lebensmittelindustrie Regeln zum Kinderschutz torpediert. Nach jedem Vortrag ist Gelegenheit, zu diskutieren.

Mit dem Bundesgesundheitsminister!

Gemeinsame Symposien DDG und DGEM

Bewegung und Ernährung – ein unschlagbares Duo

Vorsitzende: Dr. Ulrike Becker, Bonn, und Professor Dr. Diana Rubin, Berlin
Samstag, 18. November, 14.15–15.45 Uhr

Bewegung und Ernährung sind zwei der wichtigsten Einflussfaktoren, wenn es um die körperliche Gesundheit geht, einschließlich der Vorbeugung von Adipositas und Diabetes. In dieser Sitzung wird erläutert, inwieweit Sport beziehungsweise Bewegung das Mittel der Wahl zur Kontrolle des Körpergewichts ist (Referent: Dr. Dominik Pesta, Köln).

Zahlreiche Studien belegen, dass Ernährung ebenfalls eine wichtige Rolle bei der Prävention von Adipositas und Diabetes spielt. Es bleibt jedoch die Frage offen, welche Ernährungsweisen einen positiven Effekt auf das Diabetesmanagement haben. Hierfür wird der aktuelle

Stand der Studien systematisch dargestellt und die Vertrauenswürdigkeit der Ergebnisse geprüft (Referentin: Edyta Szczerba, Düsseldorf).

Eine Änderung des Lebensstils wäre demnach die optimale Lösung, um metabolischen Erkrankungen vorzubeugen und ihren Verlauf zu verbessern. Dennoch wird eine Verhaltensänderung nicht von allen Personen erfolgreich umgesetzt.

Der zweite Teil der Sitzung wird sich auf die Identifizierung von Risikofaktoren für die Nichtbefolgung von Lebensstiländerungen (Non-Compliance) konzentrieren (Referent: Dr. Stefan Kabisch, Berlin). Darüber hinaus wird in dieser Session erörtert, ob es Personen gibt, die Lebensstiländerungen zwar befolgen, diese aber nicht bei ihnen wirksam sind (Nicht-Responder). Referent ist Professor Dr. Robert Wagner, Düsseldorf.

Diabetes in Balance halten

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

Insuline aus dem Sanofi-Portfolio



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

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

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

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

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

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

© Sanofi 2023. Alle Rechte vorbehalten.

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

Appetit auf Gesundheit – und Ernährungsmedizin

Was bringt die Herbsttagung?

DIABETES
HERBSTTAGUNG
2023 DDG



Foto: HejPrint – stockadobe.com

BERLIN/KIEL. „Appetit auf Gesundheit“ lautet sehr treffend das Motto der Diabetes Herbsttagung, denn die DDG kooperiert mit der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM). Was erwartet die Besucher*innen – und wie sieht eine gesunde Ernährung an einem langen Tag auf der Tagung aus? Antworten gibt es von den beiden Tagungspräsidentinnen.

Nein gemeinsame Symposien bieten DDG und DGEM während der Diabetes Herbsttagung an. Das zeigt, wie eng Diabetologie und Ernährungsmedizin miteinander verzahnt sind.

? „Appetit auf Gesundheit“ – so ist die Herbsttagung überschrieben. Welchen Anteil hat die Ernährung an der Gesundheit, Frau Professor Rubin und Frau Professor Bosy-Westphal?

Prof. Rubin: Eine gesunde und ausgewogene Ernährung hat natürlich für sehr viele Krankheitsbilder eine Bedeutung und ist der Grundstein zur Verhinderung von chronischen Erkrankungen wie Diabetes, aber auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen. Man geht ja davon aus, dass 50 bis 60 % der chronischen Erkrankungen durch ausgewogene Ernährung und Bewegung beeinflusst werden können. Leider sind wir in der Bevölkerung noch relativ weit entfernt von einer optimalen Ernährung.

Prof. Bosy-Westphal: Gesunde Ernährung leistet einen entscheidenden Beitrag zur Prävention von nicht übertragbaren Erkrankungen. Nach der Global Burden of Disease Study ist eine schlechte Ernährung die zweithäufigste Todesursache in Deutschland! Und eine ungesunde Ernährung beeinträchtigt nicht nur die Gesundheit und Lebensqualität von Einzelpersonen, sondern führt auch zu einer großen wirtschaftlichen Belastung für unsere Gesundheitssysteme.

? Wie kann es gelingen, den Appetit auf Gesundheit zu wecken?

Prof. Bosy-Westphal: Eine moderne gesunde, ausgewogene Ernährung bedeutet nicht Verzicht und Einschränkung, sondern ganz im Gegenteil eine Steigerung der Lebensqualität durch Genuss, kulinarische und

soziokulturelle Erlebnisse. Sie ist Bestandteil eines gesunden Lebensstils, individuell und identitätsstiftend. Dazu gehört auch, dass wir uns wieder mehr mit unseren Lebensmitteln, deren Herkunft und Zubereitung beschäftigen. Hier ist viel Wissen verloren gegangen. Wir müssen diese Kenntnisse im Sinne der Food Literacy oder auf Deutsch „Ernärungskompetenz“ neu vermitteln. Hierbei geht es nicht nur um Ernährungswissen, sondern vor allem auch um die Fähigkeit, dieses Wissen in praktische Fertigkeiten umzusetzen und im Alltag anzuwenden. Dann wird es auch gelingen, den Konsum von Fertigprodukten und hoch verarbeiteten Lebensmitteln zu reduzieren.

Prof. Rubin: Natürlich gehört es zu unseren Aufgaben als Ärztinnen und Ärzte, den Patientinnen und Patienten auch präventive Ernährungsthemen zu vermitteln. In das

Tagungsprogramm aufgenommen haben wir deshalb auch das Thema Planetary Health Diet, es gibt dazu ein gemeinsames Symposium von DDG und DGEM, in dem es auch um die Diabetesprävention durch pflanzenbetonte Ernährung geht. Aber ganz besonders bedeutend ist, Menschen Appetit auf Gesundheit zu machen, bei denen eine Ernährungstherapie den Therapieerfolg beeinflussen oder vielleicht sogar die eigentliche Therapie sein kann. Und darum soll es auch auf der Herbsttagung gehen, Stichwort Remission des Typ-2-Diabetes.

? Was sind Ihre ganz persönlichen Kongress-Highlights?

Prof. Bosy-Westphal: Das Symposium über neue Subtypen „Ist es Zeit für eine neue (Prä-)Diabetes-Klassifikation?“ interessiert mich besonders. Ich bin gespannt, ob die Forschungsergebnisse bereits klinische Implikationen haben.

Prof. Rubin: Bei mir sind es zwei Themenbereiche: Zum einen interessieren mich die Symposien, in denen es um Diabetes im Krankenhaus geht, z.B. das gemeinsame Symposium von DDG und DGEM „Diabetes und Ernährung im Krankenhaus“. Ich denke, da können wir auf jeden Fall noch voneinander lernen und von der Tagung profitieren. Und dann interessieren mich natürlich auch die klassischen ernährungsmedizinischen Themen wie im

Symposium „Ernährung aktuell“. Außerdem möchte ich die Symposien „Technologische Chancen im Alltag mit Diabetes“ und „Aktuelle Aspekte des Diabetes in der Schwangerschaft“ besuchen.

? Was sollen die Besucher*innen idealerweise mitnehmen von einer Tagung, bei der die Ernährungsmedizin im Vordergrund steht?

Prof. Rubin: Ernährungstherapie sollte ein wichtiger Therapiebestandteil sein, sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Diabetestherapie. Und getreu dem Motto sollten die Kolleginnen und Kollegen richtig Appetit darauf bekommen, die Ernährungstherapie umzusetzen. Man sollte ein Handwerkszeug mitbekommen, wie man Diabetologie und Ernährungsmedizin in der eigenen Praxis verknüpfen kann. Das ist mein Hauptwunsch.

Prof. Bosy-Westphal: Wer die Tagung besucht, sollte mitnehmen, dass eine gesunde Ernährung auch bei Patienten mit Diabetes individuelle Bedürfnisse und Vorlieben erfüllt. Sie dient nicht nur zur besseren Einstellung des Blutzuckers oder der Reduktion des kardiovaskulären Risikos, sondern fördert gleichzeitig die Gesundheit der Umwelt und trägt zum Erhalt der Lebensqualität bei.

? Ein langer Kongress steht bevor. Wie sieht eine gute Ernährung aus, wenn es lang und hektisch wird?

»Die Tagung sollte Handwerkszeug für die Praxis vermitteln.«



PROF. DR. MED.
DIANA RUBIN

- Diabetologin und Ernährungsmedizinerin
- Mitglied im Ausschuss Ernährung der DDG
- Chefärztin am Zentrum für Ernährungsmedizin am Vivantes Klinikum Spandau in Berlin
- Schwerpunkte: Ernährungsmedizin, Diabetologie, Gastroenterologie und Innere Medizin



PROF. DR. OEC. TROPH. DR.
MED. ANJA BOSY-WESTPHAL

- Ökotrophologin und Ernährungsmedizinerin
- Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin
- Leiterin des Instituts für Humanernährung und Lebensmittelkunde an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
- Schwerpunkte: Forschung u.a. zu Adipositas, Energiestoffwechsel und Energiehaushalt

Prof. Rubin: Die wichtigste Basis ist für mich ein gutes Frühstück, am besten mit gesunden, komplexen Kohlenhydraten. Ich esse gerne Haferflocken mit Naturjoghurt und frischem Obst.

Die Kongresstage selbst halte ich nach wie vor für sehr schwierig. Da habe ich leider auch noch keine Patentlösung, weil das, was angeboten wird, meistens nicht besonders gesundheitsförderlich ist. Aber vielleicht entwickeln wir ja für die Zukunft mal ein Konzept, wie das besser gelöst werden kann, damit eben die Kolleginnen und Kollegen nicht mehr verzweifelt auf der Suche sind nach Lebensmitteln jenseits von Gummibärchen und Brezeln.

Prof. Bosy-Westphal: Ich hoffe auf ein Wiedersehen mit alten Bekannten und Kolleg*innen und den Austausch beim Essen. Und sollte es zeitlich eng werden, habe ich immer eine Packung Studentenfutter für den Notfall dabei.

Interview: Jochen Schlabing und Nicole Finkenauer

nachgefragt



Der Podcast für
Diabetesexpert:innen

Neugierig
auf mehr?

Mehr über die Herbsttagung und nachhaltige Ernährung, aber auch über Wirkstoffe wie Semaglutid und die Bewertung von leichtem Übergewicht erzählt Prof. Dr. Rubin im Podcast O-Ton Diabetologie – der Podcast für Expert*innen. Zugriff auf alle Folgen haben Sie auf medical-tribune.de und auf allen gängigen Podcast-Plattformen. Auch ein weiterer Podcast mit Prof. Dr. Rubin ist darüber erreichbar.



»Gesunde Ernährung bedeutet Genuss«

Neue Webinare. Neue Punkte. Neues Format.

Hybrid: Die zertifizierten Fortbildungen als Webinar und in Präsenz

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

Modular: 8 Themen-Schwerpunkte in 4 möglichen Kombinationen

Mehrfache Teilnahme, mehrfache Punktechance!

Diese Themen erwarten Sie dieses Mal:

- **Digitale Praxis 2023**
Wegweiser durch den juristischen und praktischen Dschungel
- **Insulinpumpen und AID**
Der große Überblick – Systeme auf dem Prüfstand
- **AID im Praxistest**
Vorstellung eines Systems
- **Der digitale Patient**
Ein Kompass für die digitalen Möglichkeiten (DiGA, Apps und Blogs)

Nächstes Webinar
am 25.10.2023
ab 15:30 Uhr

**4
CME Punkte
kostenfrei
sichern!**

Weiteres Webinar

22.11.2023

Unsere Expert:innen



Claudia Sahn,
Diabetesberaterin
(DDG),
Diabeteszentrum
Ammersee
Herrsching



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



**Dr. Andreas
Thomas,**
Pirna



**Dr. med.
Jens Kröger,**
Facharzt für Innere
Medizin und
Diabetologie,
Diabetologe DDG
Vorstandsvorsitzender
diabetesDE



**Hier mehr erfahren und
online anmelden:**

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

Sehen Sie
sich jetzt den
Trailer zum
Webinar an!



Organisation:

MedTriX Group

Mit freundlicher Unterstützung:

dexcom

omnipod
leichter leben™

eviVamed
DEDICATED TO SELF CARE

Abbott

Bundespolitische Prominenz auf der Herbsttagung

Bundesernährungsminister Cem Özdemir spricht in Leipzig zu Werbebeschränkungen

LEIPZIG. Die Diabetes Herbsttagung hat auch in diesem Jahr wieder viel zu bieten. Werfen Sie schon jetzt einen Blick auf die Highlights am 17. und 18. November!

Eröffnungsveranstaltung: Appetit auf Frauenpower

Den Auftakt der Diabetes Herbsttagung macht am Freitag um 10.30 Uhr traditionell die Eröffnungsveranstaltung – die perfekte Einstimmung auf zwei ereignisreiche Tage. Erstmals begrüßen mit Professor Dr. Diana Rubin für die Deutsche Diabetes Gesellschaft und Professor Dr. Dr. Anja Bony-Westphal für die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin zwei Tagungspräsidentinnen die rund 4.500 Teilnehmenden und erörtern, warum Diabetologie und Ernährungsmedizin stets zusammen gedacht werden sollten – von der Prävention bis hin zur Therapie des Diabetes und seiner Folge- sowie Begleiterkrankungen. Ein Interview mit den beiden Tagungspräsidentinnen lesen Sie auf Seite 16.

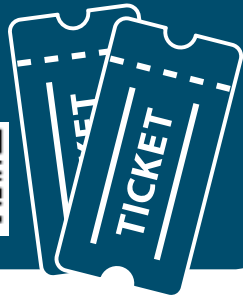
In der Keynote nimmt uns Professor Dr. Hannelore Daniel mit in die vielfältige Welt der Ernährungsphysiologie. Die mehrfach ausgezeichnete Wissenschaftlerin eröffnet spannende Perspektiven auf Stoffwechselprozesse und ordnet in ihrem Vortrag Hypes wie die personalisierte Ernährung nach dem Mikrobiom wissenschaftlich korrekt ein.

Noch kein Tagungsticket? Kein Problem!

Wer noch kein Ticket für die Herbsttagung 2023 hat, kann sich die Teilnahme jederzeit noch sichern.

Alle Informationen zum wissenschaftlichen Programm, den Symposien und Workshops sowie zur Anmeldung gibt's unter:

www.herbsttagung-ddg.de



DANK-Symposium: Wann kommt das Werbeverbot für Ungesundes?

Politisch hochinteressant wird es am Samstag, 18. November, um 10.45 Uhr, im Rahmen des Symposiums der Deutschen Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK). Mit Bundesernährungsminister Cem Özdemir dürfen wir erstmals einen Bundesminister auf der Diabetes Herbsttagung begrüßen. Im Symposium „Kinderschutz in der Lebensmittelwerbung: Wird Deutschland vom

Schlusslicht zum Vorreiter?“ schauen wir auf den aktuellen Stand der politischen Debatte, diskutieren mit der britischen Wissenschaftlerin Professor Emma Boyland die Evidenz von Werbeeinflüssen und blicken auf die Werberegulierungen in anderen Ländern, die bereits erfolgreich umgesetzt werden. Merken Sie sich diesen wichtigen Termin im Saal 3 gern schon vor!



Cem Özdemir
Foto: Sedat Mehder



Verleihung der Medienpreise 2022.

Gute Tradition: DDG Medienpreise werden zum zehnten Mal verliehen

Die Eröffnungsveranstaltung ist erneut auch die Bühne für die Verleihung der DDG Medienpreise, die in diesem Jahr bereits zum zehnten Mal vergeben werden. Die DDG zeichnet erneut drei Journalist*innen aus, die unter dem Jubiläumsmotto „Diabetes von allen Seiten: Leben. Behandlung. Forschung. Prävention“ anschaulich aufzeigen, warum Diabetes und die Menschen, die damit leben und die sie behandeln, so vielfältig sind. Kurzvideos über die Preisträger*innen 2022 finden Sie unter www.ddg.info/pressebereich/medienpreis.

Diabetes Herbsttagung nur in Präsenz, kein Livestream

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

Allerdings werden die Tagungsinhalte on demand zur Verfügung stehen, können also nach der Tagung in der DDG Akademie auf www.ddg.info angeschaut werden.

Rückkehr zur Normalität – so früh wie möglich

Eine Remission bereits des Prädiabetes reduziert das Risiko für Typ-2-Diabetes

BERLIN. Eine Remission des Typ-2-Diabetes ist keine Heilung – analog zu onkologischen Erkrankungen können Rezidive auftreten. Als ein ganz neues Therapieziel wird die Remission des Prädiabetes vorgeschlagen.

Die Typ-2-Diabetes-Remission wird im ADA-Konsensus-Report nicht als ein Zustand, sondern als „Prozess der Rückkehr der Plasmaglukose zu ‚normalen Werten‘“ definiert.¹ Diese Terminologie erkenne an, dass Diabetes nicht immer aktiv fortschreitend sein müsse und berücksichtige die nicht unbedingt anhaltende Dauer der spürbaren Besserung, sagte Professor Dr. ANDREAS BIRKENFELD, Universitätsklinikum Tübingen. Die kohärente Auffassung lautet: Kontinuierliche Unterstützung ist nötig, um einen Rückfall („Rezidiv“) zu vermeiden, so der Ärztliche Direktor der Klinik für Diabetologie, Endokrinologie und Nephrologie.

Intervention am besten schon im Stadium des Prädiabetes

Nachdem durch die DiRECT-Studie eine Remission durch Gewichtsabnahme belegt werden konnte, brachten die 5-Jahres-Daten Ernüchte-

rung: Nur 23 % der remittierten Patient*innen hatten zwei Jahre nach dem Ende der Originalstudie noch kein Diabetes-Rezidiv.² Prof. Birkenfeld meinte dazu: „Für uns bedeutet das: Wir müssen früher intervenieren, bereits beim Prädiabetes.“ Er präsentierte Daten der Post-hoc-Analyse der Prediabetes Lifestyle Intervention Study (PLIS) des DZD: Eine Remission wiesen 128 der 298 Patient*innen mit mindestens 5 % Gewichtsverlust auf. Unabhängig von Körpergewicht und Trainingszustand war bei Prädiabetes-Remission die Insulinsensitivität verbessert, nicht jedoch die Insulinsekretion. Klare Unterschiede zeigten sich beim viszeralen Fettanteil (bei

einem „normalisiertem“ Leberfett < 5,6 %). Eine Prädiabetes-Remission war zwei Jahre nach Studienende mit einer Risikoreduktion um 74 % für die Typ-2-Diabetes-Progression sowie verbesserten Markern für vaskuläre Erkrankungen assoziiert. Aufgrund dieser Daten schlägt der Tübinger Professor ein Konzept der Prädiabetes-Remission vor (NBZ < 5,6 mmol/l, 2h-Wert < 7,8 mmol/l, HbA_{1c} < 5,7 % ohne glukosesenkende Medikation).

Diät und Bewegung, Chirurgie oder Pharmazie?

Nur rund 30 % der Patient*innen befinden sich 15 Jahre nach einem metabolisch-chirurgischen Eingriff weiterhin in einer Typ-2-Diabetes-Remission, berichtete Professor Dr. MATTHIAS BLÜHER, Universitätsklinikum Leipzig. Nach den Worten des Direktors des Helmholtz-Instituts für Metabolismus-, Adipositas- und Gefäßforschung wurden in einer Metaanalyse keine signifikanten Unterschiede zwischen den OP-Verfahren im Hinblick auf die Diabetes-Remission festgestellt.³ Dagegen wurden Alter, BMI, Diabetesdauer und Insulintherapie als

Prädiktoren für eine postoperative Diabetes-Remission identifiziert.⁴ Derzeit sei die bariatrische Chirurgie die letzte Option. „Wahrscheinlich ist das der falsche Ansatzpunkt. Bei Menschen mit einem BMI über 50 und kurzer Diabetesdauer haben wir offensichtlich die besten Chancen für eine Remission.“ Die langfristigen Schattenseiten der OP dürfte man jedoch nicht vergessen (Wiederzunahme, Mangelversorgung mit Mikronährstoffen, Osteoporose, Hautfaltenbildung, psychologische Probleme, erhöhte Suizidalität). Neben „willentlich durchgeführten, therapeutisch unterstützten diätetischen Interventionen“ und bariatrischen Operationen, die entweder nur für einen Teil der Betroffenen geeignet sind bzw. zu lediglich vorübergehenden Erfolgen führen, sei der dauerhafte Einsatz von glukosesenkenden Substanzen, die zugleich eine relevante Gewichtsabnahme induzieren können, eine sinnvolle Option. So sieht es Professor Dr. Dr. MICHAEL NAUCK, Leiter der klinischen Forschung der Diabetologie im St. Josef-Hospital, Bochum. Herauszufinden, ob sich die Prognose hinsichtlich der Diabeteskomplika-



Foto: Matthias Enter – stock.adobe.com

tionen zwischen diesen Verfahren zur Induktion einer Remission unterscheidet von den anderen Wegen wie intensiven Lebensstilmaßnahmen, sei die Aufgabe zukünftiger Forschung. Prof. Naucks persönlicher Standpunkt lautet: „Man sollte vorläufig diese Patienten als separate Kategorie einer Diabetes-Remission führen und sagen: Diese Therapie mit Medikamenten könnte ein legitimer Weg sein, dieselben Profite für die Patienten zu erreichen, wie man es vielleicht ohne Medikamente mit anderen Mitteln erreichen kann.“

Dr. Karin Kreuel

Diabetes Kongress 2023

- Riddle MC et al. Diabetes Care 2021; 64 (11): 2359-2366; doi: 10.1007/s00125-021-05542-z
- Zhyzhneuskaya SV et al. Diabetes Care 2020; 43 (4): 813-820; doi: 10.2337/dc19-0371
- Mirghani H, Altedlawi Albalawi I. Diabetol Metab Syndr 2023; 15 (1): 31; doi: 10.1186/s13098-023-01001-4
- Moradi M et al. BMC Endocr Disord 2022; 22 (1): 260; doi: 10.1186/s12902-022-01171-8

»Medikamente als legitimer Weg«

Screening und kardiovaskuläre Risikostratifizierung bei Diabetes

Neue ESC-Leitlinie zum Management kardiovaskulärer Erkrankungen bei Menschen mit Diabetes erschienen

AMSTERDAM. Die Europäische Gesellschaft für Kardiologie (ESC) hat auf ihrem Jahreskongress Ende August neue Praxisleitlinien zum Management kardiovaskulärer Erkrankungen bei Menschen mit Typ-2-Diabetes vorgestellt. Darin wird der Verkettung beider Erkrankungen durch eine interdisziplinäre, patientenzentrierte Behandlung entsprochen, um Morbidität und Mortalität zu reduzieren und die Lebensqualität zu verbessern.

Professor Dr. NIKOLAUS MARX, Universitätsklinikum Aachen, erläuterte den Hintergrund der neuen Guidelines, die nach seinen Worten „drei Runden Reviews“ durchlaufen hatten: So hätten Menschen mit Typ-2-Diabetes ein zweibis vierfach erhöhtes Risiko für Schlaganfall, koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Vorhofflimmern und PAVK gegenüber Menschen ohne Diabetes. „Und wenn eine kardiovaskuläre Erkrankung auftritt, ist die Prognose schlecht.“ Die Sterblichkeit erhöhe sich für Herzinsuffizienz bei einem begleitenden Diabetes um 50 bis 90 %. Da jedoch bei geschätzt 20 bis 40 % der Patient*innen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen der Diabetes unentdeckt bleibe, raten die neuen Leitlinien zu einem systematischen Screening auf Typ-2-Diabetes. „Diese Personen zu identifizieren, ist ein zentraler Punkt unserer Leitlinie“, betonte Prof. Marx. Für das Screening sollten einfache Methoden wie der Nüchternblutzucker und/oder der HbA_{1c}-Wert genutzt werden.

Neu: Nierenprotektion als eigenes Thema aufgenommen

Für Menschen mit bereits diagnostiziertem Typ-2-Diabetes wird u.a. eine systematische Untersuchung auf Symptome einer Herzinsuffizienz und ein routinemäßiges Screening auf eine Nierenschädigung empfohlen, erläuterte Professor Dr. DIRK MÜLLER-WIELAND, Universitätsklinikum Aachen. Um die Bedeutung der Nierenprotektion beim Typ-2-Diabetes hervorzuheben, habe dieses Thema nun ein eigenes Kapitel in den Guidelines erhalten. Die chronische Nierenerkrankung werde gleichermaßen durch die geschätzte glomeruläre Filtrationsrate (eGFR) als Parameter für die Nierenfunktion und den Albumin-Kreatinin-Quotient im Urin (UACR) als Parameter für Nierenschäden definiert. Man müsse beide Werte mindestens einmal pro Jahr

Umstellung auf Substanzen mit kardiovaskulären Vorteilen

Die neue Leitlinie empfiehlt, blutzuckersenkende Substanzen mit nachgewiesenen kardiovaskulären Vorteilen gegenüber solchen zu priorisieren, für die nur eine CV-Sicherheit bestätigt ist. Als lediglich nachrangig einsetzbar gelten somit Substanzen, für die in Studien kein CV-Benefit oder keine CV-Sicherheit vorliegt.

„Wir empfehlen sogar die Umstellung einer Medikation ohne nachgewiesene kardiovaskuläre Vorteile auf eine mit belegten Vorteilen“, erläuterte Prof. Marx die hochgradig evidenten Empfehlungen.

bestimmen, sagte der Diabetologe, und gegebenenfalls rasch mit einer Therapie beginnen.

Die Einbeziehung von Nephrologen wird laut der neuen Leitlinie (erst) bei ansteigenden Serumphosphatwerten oder anderen Anzeichen für Störungen des Mineral- und Knochenhaushalts (CKD-MBD) sowie renaler Anämie erforderlich. „Warten Sie nicht auf den Nephrologen, behandeln Sie rechtzeitig!“, mahnte Prof. Müller-Wieland eindringlich. Bei gleichzeitigem Vorliegen von Typ-2-Diabetes und chronischer Nierenerkrankung empfiehlt die Leitlinie



Das Herz von Menschen mit Diabetes noch besser zu schützen, ist das Ziel der neuen ESC-Leitlinie. Foto: ruangrit19 – stock.adobe.com

nie bei definierten Nierenparametern sowohl SGLT2-Inhibitoren als auch Finerenon zur Reduktion des Risikos für chronische Nierenerkrankung und Nierenversagen.

SCORE2-Diabetes als Vorhersagemodell gewählt

Mittels des Tools „SCORE2-Diabetes“, das bereits als App verfügbar

ist, soll sich das 10-Jahres-Risiko für tödliche und nicht-tödliche Myokardinfarkte und Schlaganfälle abschätzen lassen. Bisherige Vorhersagemodelle, die das diabetesspezifische Risiko von jenen Patient*innen identifizieren, die am meisten von einer Behandlung profitieren, basieren auf älteren Kohorten-Daten und sind nicht für

»Nierenschäden unbedingt schnell behandeln«

geografische Regionen rekali-
briert, wie Professor Dr. EMANUELE DI ANGELANTONIO, Universität Cambridge, erläuterte.

Der SCORE2-Diabetes wurde kalibriert, um das kardiovaskuläre Risiko im europäischen Raum in vier Kategorien einteilen zu können. Die zugrundeliegenden Algorithmen berücksichtigten zunächst Alter, Geschlecht, Rauchstatus, Diabetes, systolischen Blutdruck sowie Gesamt- und HDL-Cholesterin, erläuterte der klinische Epidemiologe. Für Menschen mit Typ-2-Diabetes wurde der Score durch die Einbeziehung des Alters bei Diabetesdiagnose, HbA_{1c} und eGFR angepasst. Eine externe Validierung erfolgte mit mehr als 217.000 europäischen Proband*innen. Das neue Tool wurde zur Abschätzung des kardiovaskulären 10-Jahres-Risikos bei Patient*innen mit Typ-2-Diabetes mit in die 2023er-Leitlinien aufgenommen (Evidenzklasse I, Level B).

Dr. Karin Kreuel

ESC Congress 2023

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

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



»63 der 144 Empfehlungen sind neu«

Prof. Dr. Nikolaus Marx und Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland zu den neuen Leitlinien

KOMMENTAR

Die neue Leitlinie zum Management kardiovaskulärer Erkrankungen bei Patienten mit Diabetes wurde unter Leitung von Prof. Dr. Nikolaus Marx (Kardiologe) aus Aachen und Prof. Massimo Federici (Diabetologe) aus Rom unter Koordination von PD Dr. Katharina Schütt, Kardiologin aus Aachen, und Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland, Diabetologe aus Aachen, erarbeitet. An dieser Leitlinie waren 22 Autoren aus 12 Ländern beteiligt, darunter neben Kardiologen sechs Diabetologen, ein Nephrologe und Vertreter für Patienten bzw. Betroffene und Pflege.

Die Leitlinienerstellung der ESC erfolgt nach streng definierten Vorgaben, um sicherzustellen, dass die erarbeiteten Empfehlungen evidenzbasiert sind und auf breitem Konsens beruhen. Insgesamt gibt es 144

Empfehlungen, 63 dieser Empfehlungen sind neu. Alle gegebenen Empfehlungen werden einer Abstimmung unterzogen und müssen eine 75%ige Zustimmung aller Autoren erfüllen. Insgesamt durchlief das Leitliniendokument drei Begut-



Prof. Dr. Nikolaus Marx

Foto: Universitätsklinikum Aachen



Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland

Foto: DDG/Dirk Deckbar

achtungsrunden durch 49 Reviewer aus 18 Ländern und alle der mehr als 2.000 Kommentare mussten adressiert werden. Entscheidend für die Leitlinie der ESC ist, dass sie daten- und evidenzbasiert ist und weitere Aspekte wie Zulassungstext, Verfügbarkeit und Kosten nicht in die Empfehlungen einbezogen werden – dies unterscheidet die ESC-Leitlinie von anderen Empfehlungen z.B. der EASD.

Die wesentlichen Neuerungen der ESC-Leitlinie 2023 gegenüber der alten Version aus dem Jahr 2019 beinhalten:

- eine verbesserte kardiovaskuläre Risikoeinschätzung bei Patienten mit Typ-2-Diabetes (T2DM) mithilfe eines neuen Scores (SCORE2-Diabetes) sowie
- dezidierte, evidenzbasierte und personenzentrierte Therapie-Strategien für Patienten mit T2DM und atherosklerotischer kardiovaskulärer Erkrankung, Herzinsuffizienz oder chronischer Niereninsuffizienz.

In der nächsten Ausgabe der diabeteszeitung wird auf die medikamentöse Therapie eingegangen; im Kommentar werden wir die Aussagen zur Versorgung von Menschen mit Typ-1-Diabetes in der Leitlinie näher erläutern.

»Empfohlen wird ein systematisches Screening auf Typ-2-Diabetes«

Mehr Karzinome in Leber, Lunge und Pankreas

Krebs voraussichtlich ab 2030 häufigste Todesursache bei Typ-2-Diabetes

BERLIN. Menschen mit Typ-2-Diabetes haben ein höheres Risiko, an Krebs zu erkranken und zudem eine geringere Chance, ihn zu überleben. Allerdings ist es schwierig, zwischen diabetes- und therapieinduzierten Effekten zu unterscheiden.

Die Lebenserwartung von Menschen mit Diabetes hat sich in den vergangenen Jahren deutlich erhöht. Diese gute Nachricht führt aber auch dazu, dass neben den „traditionellen“ Komplikationen wie kardiovaskulären Erkrankungen zunehmend weitere Komplikationen bei Typ-2-Diabetes auftauchen. Dazu gehören Infektionen, Leber- und Krebserkrankungen. „Es ist inzwischen sehr gut etabliert, dass Typ-2-Diabetes das Krebsrisiko steigert“, erläuterte DZD-Wissen-

schaftlerin Dr. MARIA ROHM vom Helmholtz Zentrum München.

Kachexie als neue Diabeteskomplikation

Insbesondere für Karzinome in Leber, Darm, Pankreas, Brust und Endometrium bestehe ein bis zu dreifach erhöhtes Erkrankungsrisiko. Logistische Regressionsmodelle sagen voraus, dass Krebs 2030 kardiovaskuläre Erkrankungen als häufigste Todesart bei Typ-2-Diabetes ablösen wird, so Dr. Rohm.

Die Forscherin berichtete auch von Untersuchungen einer eigenen Arbeitsgruppe zum Zusammenhang zwischen krebbsbedingter Kachexie und Diabetes. Dabei stellte ihr Team bei 345 Personen mit Pankreas- und Darmkrebs fest, dass Diabetes den Gewichtsverlust verstärkte und die Überlebenschancen verringerte. Dieser Zusammenhang war unabhängig vom Körpergewicht und -fettanteil. „Kachexie ist also eine neue Diabeteskomplikation, die wir künftig noch genauer untersuchen wollen“, sagte sie.

Immerhin in einem Punkt gab Dr. Rohm zumindest teilweise Entwarnung: „Die meisten Diabetesmedikamente sind nicht assoziiert mit einem erhöhten Krebsrisiko.“ Zum

Vesikel aus dem Fettgewebe beeinträchtigen Zellatmung

Professor Dr. rer. nat. KERSTIN STEMMER vom Institut für Molekulare Zellbiologie an der Universität Augsburg untersucht, welche Rolle extrazelluläre Vesikel (EV) bei adipositasassoziierten Folgeerkrankungen spielen. Aus dem Fettgewebe sekretiert, könnten Adipokine (Hormone und Zytokine) verschiedene Zielorgane in ihrer Funktion beeinflussen. Adipokine aus dem Fettgewebe adipöser oder normalgewichtiger Menschen seien sehr unterschiedlich. Prof. Stemmer erklärte: „Insulinresistentes Fettgewebe schüttet Vesikel aus, die die Information über die Insulinresistenz tragen. Diese wandern zur Bauchspeicheldrüse, verstärken dort Signalkaskaden, die zu einer verstärkten und höheren Insulinsekretion würden, wenn mehr Bedarf da ist.“ Ferner konnte ihre Arbeitsgruppe zeigen, dass EV aus dem Fettgewebe die mitochondriale Atmung in pankreatischen Krebszellen senken. Dies seien erste Hinweise darauf, dass die EV aus Adipozyten zur Aktivierung krebbsrelevanter Signalwege führen.

langwirksamen Insulin glargin merkte Dr. Rohm an, dass die Studiendaten in Bezug auf Anwendungsdauer, Dosis, Beobachtungszeit und Krebsarten einige Schwachpunkte aufwiesen, woraufhin die Europäische Medizinbehörde diesem Insulin kein erhöhtes Krebsrisiko attestierte.

Wie wirkt sich Metformin auf das Krebsrisiko aus?

Metformin wiederum könne einerseits die Inzidenz einiger Krebsarten und die Sterblichkeit verringern, die Wirksamkeit von Radio- und Chemotherapien verbessern, das Tumorzellwachstum und die Migration reduzieren sowie die Wahrscheinlichkeit eines Relapses und Nebenwirkungen durch andere Medikamente verringern. Andererseits seien die Studienergebnisse nicht eindeutig

und limitiert, weil sie mit Tiermodellen und Zellkulturen durchgeführt wurden. „Neuere Erkenntnisse unterstützen den positiven Effekt von Metformin auf das Krebsrisiko nicht“, erklärte Dr. Rohm.

Große Metaanalysen hätten keine Assoziation zwischen SGLT2-Inhibitoren und Krebs gezeigt. Für GLP1-Rezeptoragonisten gebe es Hinweise für C-Zellumore in der Schilddrüse, aber ausschließlich aus Studien an Ratten. In einer kleinen Studie mit 20 Proband*innen konnte Semaglutid die Funktion von natürlichen Killerzellen verbessern und somit gegen Krebs helfen. Die Referentin gab außerdem zu bedenken, dass Semaglutid und Tirzepatid Übergewicht und damit auch das adipositasinduzierte Krebsrisiko (s. Kasten) reduzieren. Als nicht-medikamentöser Ansatz könne aber auch Intervallfasten viele Komplikationen bei Menschen mit Typ-2-Diabetes verbessern und den Verbrauch von Diabetesmedikamenten verringern. Auch in Bezug auf einen präventiven Effekt vor Krebs gebe es bereits indirekte Hinweise. Dr. Karin Kreuel

Diabetes Kongress 2023

»Metformin wurde oft an Tiermodellen getestet«



Höhere Lebenserwartung, höheres Krebsrisiko.

Foto: FatCamera/gettyimages

Mit der Insulinpumpe ins Pflegeheim?

Hindernisse bei Abrechnung, Dokumentation und Finanzierung

BERLIN. Bei der Nutzung von Diabetesttechnologie und digitalen Tools in der häuslichen und stationären Pflege ist noch viel Luft nach oben. Ein neuer Leitfaden für die Diabetesfachpflege soll Abhilfe schaffen.

Es ist breiter Konsens, dass moderne digitale Optionen allen Menschen mit Diabetes zugutekommen sollen, die sie benötigen und bei denen die Anwendung sinnvoll ist. Bei geriatrischen Patient*innen, die in der häuslichen oder stationären Pflege versorgt werden, gestaltet sich die praktische Umsetzung dieser Maxime allerdings schnell schwierig, wie der niedergelassene Allgemeinmediziner Dr. MICHAEL UHLIG berichtete. „Ich habe im Januar beim T1Day

mit Menschen mit Typ-1-Diabetes diskutiert, die empört darüber waren, dass Patienten im Alter zum Teil Insulinpumpen und AID-Systeme weggenommen werden. Das passiert tatsächlich leider häufig.“

Allerdings sei nicht so leicht zu beantworten, wer Insulinpumpen bzw. Systeme zur automatisierten Insulindosierung (AID) bedienen darf und soll, wenn die Patient*innen es selbst nicht mehr können. „Gilt bei diesen Tätigkeiten Fachkräftestandard? Das

»Wer darf die Geräte bedienen?«

wäre personell überhaupt nicht zu leisten!“, gab er zu bedenken. Während ambulante Pflegedienste eine Pumpentherapie bei jüngeren Menschen mit Typ-1-Diabetes durchaus vorübergehend übernehmen könnten, gestalte sich dies bei langfristigen Pflegeverhältnissen schwierig – auch aufgrund unzureichender Finanzierung.

Als Beispiel nannte Dr. Uhlig die kontinuierliche Glukosemessung (CGM), die in der häuslichen Pflege zwar auf dem Vormarsch sei, bei der Abrechnung und Pflegedokumentation aber bislang nicht abgebildet werde: „Ist der Blick auf das Display eines CGM-Geräts zur Beurteilung der Glukosewerte gleichwertig mit einer klassischen Blutzuckermes-

sung?“, fragte der Referent. Es gebe nicht viele Pflegedienste, die es riskieren, eine Glukosemessung auf diese Weise abzurechnen.

Klinikpersonal hat keinen Zugriff auf die Insulinpumpe

Auch in stationären Pflegeeinrichtungen, deren gesichertes Setting eigentlich beste Voraussetzungen für den Einsatz von Technologien bietet, sei die Integration bisher noch nicht ausreichend umgesetzt, kritisierte Dr. Uhlig. In der anschließenden Diskussion wurde noch ein weiteres Problem – dieses Mal aus dem Krankenhausbereich – angesprochen: „Wir haben in der Klinik oft Probleme, wenn jemand mit Typ-1-Diabetes z.B. mit einem Schlag-

Leitfaden in Arbeit

Die DDG Arbeitsgruppe Diabetes und Geriatrie arbeitet derzeit an einem Leitfaden für die optimale Integration digitaler Tools in die Pflegepraxis. Gleichzeitig ist die Begleitung eines Projektes der umfassenden telemedizinischen Betreuung einer Pflegeeinrichtung geplant.

anfall eingeliefert wird, der eine Pumpe oder ein AID-System trägt. Wir haben dann keinen Zugriff auf die Basalrate, KE-Faktoren etc., weil das System gesperrt ist. Hier ist die Industrie gefordert, medizinischem Fachpersonal im Notfall Zugriff zu gewähren.“

thie

Diabetes Kongress 2023

DIABETOLOGIE & ERNÄHRUNGSMEDIZIN

APPETIT AUF GESUND- HEIT

REINE PRÄSENZVERANSTALTUNG
OHNE LIVE-STREAM



Foto: Copyright: Tara Moore by Getty Images

| DIABETES HERBSTTAGUNG

| CONGRESS CENTRE LEIPZIG

| 17.-18. NOVEMBER 2023

MEDICAL REPORT

Diabetes-Daten effektiv nutzen und gemeinsam teilen – mit nur einem System

Modernes Diabetes-Datenmanagement-System verfolgt eine Lösung aus einer Hand

Alle Daten sollten einfach und fehlerfrei übertragen werden und möglichst nur in einem System zusammenlaufen. Das wünschen sich Diabetes-Teams beim Diabetes-Datenmanagement am meisten. Ein digitales Diabetes-Datenmanagement-System ist seit Ende 2022 auf dem Markt, das eine Lösung aus einer Hand verfolgt.

Diabetolog:innen und Diabetesberater:innen kennen es aus Erfahrung: Eine verzögerte Datenübertragung und die Nutzung mehrerer Auslese-

systeme gehören heute leider immer noch zum Praxisalltag. „Wir brauchen eine System- und Datenintegration – für Ärzt*innen und Patient*innen“, fordert Dr. Tobias Wiesner, Diabetologe aus Leipzig.

Mehr Interoperabilität und Interkonnektivität und am besten ein System für alles wünscht sich auch der Diabetologe Dr. Friedrich W. Petry aus Wetzlar. Das Auslesen der Patientendaten dauert ihm oft zu lange. „Digitales Diabetes-Datenmanagement sollte leicht funktionieren, wie die Bedienung eines Smartphones“, betont er.

Für medizinische Fachkreise und Patient:innen

In mehreren großen Schwerpunktpraxen wird Vivora proCare, eine herstellerneutrale und interoperable Komplettlösung für das digitale Diabetesmanagement, bereits erfolgversprechend genutzt. Das System verfolgt einen patientenzentrierten Ansatz – für Fachkreise (Vivora proCare) sowie für Patient*innen mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes (Vivora diCare). Bei beiden Versionen lassen sich alle Daten der oralen Diabetes- und/oder der Insulintherapie sowie der CGM- bzw. Blutzuckermessung erfassen und auswerten. Eine kabellose und automatische Übertragung von Gesundheitsparametern von anderen Geräten (Körperwaage, Blutdruckmessgerät, Schrittzähler etc.) ist zudem möglich. „Anhand des Dashboards sehe ich sofort, wie die Therapie optimiert werden kann“,



Das Dashboard zeigt auf einen Blick die individuell auswählbaren Zielparameter für das Diabetes- und Gesundheitsmanagement. Die Pfeile zeigen den Trend der Entwicklung des jeweiligen Parameters in seiner Logik an. Die Smileys zeigen, ob das Ziel für den jeweiligen Parameter erreicht wurde. Darunter werden die erreichten Ergebnisse und Empfehlungen abgebildet. Quelle: EvivaMed

erklärt Dr. Petry. Denn an die beiden Datenmanagement-Systeme, die als Online- sowie PC-Version und als App verfügbar sind, können alle üblichen, in der Diabetestherapie genutzten Geräte angeschlossen werden. Besonders die App nutzen Patient*innen häufig und gerne. Wie Jennifer K., 36. Sie hat Typ-1-Diabetes, ist intensiviert eingestellt, spritzt sich das Insulin mit Pens und verfügt über ein CGM-System. Mit der Vivora diCare-App kann sie ihre Diabetesdaten nun kabellos auslesen. Weitere Vitalparameter, wie Gewicht, Schrittzahl und Blutdruck,

sind von Bluetooth-Geräten in die App übertragbar. Durch den Datentransfer zum Diabetes-Team sind ihre Daten also schon in der Praxis, wenn sie dort einen Termin hat – es bleibt mehr Zeit für das persönliche Gespräch. „Ich muss jetzt nicht beim Arzt sitzen, der sagt: Wussten Sie, dass Sie nachts hohe Werte haben? Man kann sich viel besser vorbereiten und wird somit auch besser betreut“, so Jennifer K. Mit der App seien alle Daten zudem unterwegs griffbereit. Alle Informationen, wie etwa Spritzplan und Bolus-Rechner, können rund um die Uhr abgerufen werden.

Smileys und Trendpfeile zeigen an, wie das Diabetesmanagement gerade läuft. Auch Fotos von Mahlzeiten lassen sich dokumentieren. Videosprechstunden (mit Vivora teleCare) sind über das Smartphone ebenfalls möglich. „Digitales Diabetes-Datenmanagement ist ein großer Ansporn für die Diabetestherapie“, so Harry E., der Typ-2-Diabetes hat. Bei Vivora diCare werde er vor allem durch die Smiley-Bewertungen (grün: alle Werte im Zielbereich, rot: zu niedrige bzw. zu hohe Werte) des Dashboards der Online-Version und der App in seinem Diabetesmanagement motiviert. Diese optische Darstellung der Werte auf einen Blick schätzen auch viele Ärzt*innen.

„Das System ist gut: Es ist kompakt, bildet Daten anschaulich ab und hat eine Videokonsultation“, weiß Dr. Oliver Schubert-Olesen aus Hamburg (siehe Interview und Kasten unten).

Mit Videosprechstunde

Für Vivora proCare wurde als weitere Komponente das Videokonferenzsystem Vivora teleCare konzipiert. Es ist von der KBV zertifiziert und in Kooperation mit der Videosprechstunden-/Telemedizin-Plattform „Arztkonsultation.de“ entwickelt worden. Zum Leistungsumfang zählen u.a. eine Terminplanungsfunktion sowie eine Video- und Audio-Kommunikationsmöglichkeit mit End-to-End-Verschlüsselung.



App für unterwegs

Das Messgerät auslesen, den Bolus-Rechner ansteuern oder den Spritzplan aufrufen können Patient:innen mit der App. Auch CGM-Kurven lassen sich im digitalen Diabetes-Tagebuch anzeigen.



<https://vivora.health>

„Daten besser interpretieren, dokumentieren, erklären“

Interview mit Dr. Oliver Schubert-Olesen aus Hamburg über digitales Diabetes-Datenmanagement im Praxisalltag

Dass die Zusammenführung von Daten unterschiedlicher Hersteller in nur einem System den Überblick erleichtert und gleiche Benutzeroberflächen sowie Grafiken für Diabetesteam und Patient*innen die Kommunikation vereinfachen, weiß auch Dr. Oliver Schubert-Olesen.

Ist für Sie digitales Datenmanagement generell eine Erleichterung im Arbeitsalltag oder empfinden Sie es manchmal doch als belastend?

Im Normalfall ist es eine deutliche Erleichterung. Ich kann damit Daten besser interpretieren, dokumentieren, erklären. Belastend wird es, wenn auf einmal das ganze System abstürzt oder ein Gerät nicht auslesbar ist – aus welchem Grund auch immer. Auch ist es manchmal anstrengend, zu jedem System eine andere Auswertungssoftware nutzen zu müssen.

Wie sieht Ihr Diabetesteam die „Digitalisierung“ – eher positiv oder eher kritisch?

Beides – zwar positiv, aber auch (sinnvoll) kritisch. Meine Teams in Buxtehude und in Hamburg sehen viele Vorteile und nutzen diese auch. Oftmals kommen sie sogar mit neuen Vorschlägen – das macht Spaß. Da sie aber kritisch sind, bringt uns das voran. Wir haben auch schon Elemente der Digitalisierung wieder abgeschafft, da der zunächst gesehene Nutzen in der Praxis zu gering war.

Was schätzen Sie, wie viele Ihrer Patient*innen nutzen bereits ein digitales Datenmanagement-System und wenn ja: Welches wird wohl am meisten genutzt?

Das ist schwer zu sagen. Bei uns sind es gefühlt recht viele. Wir wollen digital sein und die Nutzer, die das gut finden, kommen auch eher zu uns.



Dr. Oliver Schubert-Olesen
Diabetologe, Hamburg
Foto: Angela Monecke

Bei den Patient*innen, die auf Insulintherapie eingestellt sind, gehe ich von 40 bis 50 % aus. An Messsystemen ist momentan alles vertreten.

Wie lesen Sie die Daten Ihrer Diabetespatient*innen in der Praxis aus und wo sehen Sie hier Optimierungsbedarf?

Bislang lesen wird die Daten meist im Untersuchungsraum oder im Be-

handlungszimmer aus. Gelegentlich am Empfangstresen, insbesondere in unserer Praxis in Buxtehude. Das ist etwas unglücklich, da am Tresen ohnehin schon so viel los ist. Wir könnten noch besser werden, indem wir Patienten mehr animieren und schulen, die Daten vorab zu Hause auszulesen. Das funktioniert gut und ermöglicht zusätzlich die Fernbehandlung.

Wir wollen einfach die Zeit in der Behandlung – vor Ort oder online – optimal nutzen.

Wie funktioniert das Auslesen der Daten zu Hause?

Recht einfach: Je nach System müssen die Patient*innen ihr Software-Konto einrichten, das entsprechende Gerät anschließen und los geht es. Manche Systeme lassen sich auch über das Smartphone auslesen.

Welche Anwendungen des Vivora-proCare-Systems halten Sie für besonders nützlich im Praxisalltag?

Ich mag das Personalisieren der Auswertungen am liebsten. Anfangs gab es natürlich den Mehraufwand beim Installieren, ebenso die Anbindung an unsere Praxis-Verwaltungssoftware. Man muss schon etwas Zeit und Arbeit investieren, aber das zahlt sich aus. Seither können die Patient*innen ihre Werte individuell auswerten – mit oder ohne ärztliche Unterstützung.

Haben Sie mit diesem System bereits eine Sprechstunde durchführen können?

Das hat mein Diabetesberater gemacht und kam sehr gut damit zurecht, wie er berichtete. Es lief völlig unkompliziert. Das größte Lob an eine Software ist wohl, wenn man sie nutzen kann, ohne dass sich Fragen ergeben. Interview: Angela Monecke



40 Jahre Weiterbildung DDG



1 Die Teilnehmerinnen des ersten Kurses 1983 in Düsseldorf.
 2 Vier VDBD-Vorsitzende vereint: Annegret Lütke Twenhöven (1992–1999), Gudrun Michels (1999–2001), Evelyn Drobinski (2001–2011) und Elisabeth Schnellbacher (2011–2016).
 3 Bettina Brandner (l.) und Annegret Lütke Twenhöven aus dem Gründungsvorstand.
 Fotos: privat

»Wir haben die Ärmel hochgekrempelt und angepackt«

Zwei Pionierinnen erinnern sich an die Anfänge der Diabetesberatung in Deutschland

MITTENWALD/DÜSSELDORF. Im Jahr 1983 starteten die ersten 30 Gesundheitsfachkräfte in Düsseldorf ihre Weiterbildung auf dem Gebiet der Diabetesberatung, einem damals völlig neuen Berufsbild. Zehn Jahre später gründeten Diabetesberater*innen der ersten Stunde mit dem VDBD ihren eigenen Berufsverband. Zwei der damaligen Pionierinnen erinnern sich an die Anfänge.

Das eine gute Diabetesversorgung neben gut ausgebildeten und spezialisierten Diabetolog*innen auch intensive Patientenschulung, -beratung und -betreuung braucht, schwante vielen Mitgliedern des Ausschusses „Laienarbeit“ (später: „Schulung und Weiterbildung“) der DDG bereits in den 1970er- und frühen 1980er-Jahren. Folglich erarbeiteten sie ein Curriculum, mit dem Krankenpflegende und Diätassistent*innen zu „Diabetesberater*innen DDG“ weitergebildet werden sollten.

Weg von den Verboten, hin zu den Bedürfnissen der Menschen

BETTINA BRANDNER und ANNEGRET LÜTKE TWENHÖVEN gehörten zu den ersten 30 Gesundheitsfachkräften, die vor 40 Jahren am Universitätsklinikum Düsseldorf unter Federführung von Professor Dr. MICHAEL BERGER ihre Weiterbildung zur Diabetesberaterin DDG absolvierten. Sie sehen sich bis heute als Pionierinnen, die angetreten waren, um die Diabetesversorgung zu verbessern

und mehr an den Bedürfnissen der Betroffenen auszurichten.

„Damals bestand die Diabetestherapie vor allem aus Verboten“, erinnert sich Brandner. Menschen mit Diabetes durften z.B. nicht eigenständig ihre Insulindosierung anpassen, „das wurde grundsätzlich stationär gemacht“. Blutzuckerteststreifen gab es nur für Privatpatient*innen, gesetzlich Versicherte mussten sich mit Urintests begnügen. „Und das Insulin wurde noch in Glaskolbenspritzen aufgezogen, die nach Gebrauch ausgekocht werden mussten“, erzählt sie weiter.

Twenhöven ergänzt: „Es war eine Zeit, in der noch darüber diskutiert wurde, ob man Menschen mit Diabetes überhaupt zumuten kann, fünfmal am Tag den Blutzucker zu messen und alles selbst zu machen.“ Man habe damals viel über die Betroffenen gesprochen statt mit ihnen. „Das hat sich zum Glück in den vergangenen Jahrzehnten gewandelt, Menschen mit Diabetes haben mehr Selbstbewusstsein entwickelt“, meint sie.

Daran sind auch die Diabetesberater*innen der ersten Stunde nicht ganz unbeteiligt. „Anfangs wurden uns fertige Schulungsprogramme vorgelegt, die wir umzusetzen hatten“, erzählt Twenhöven. Begriffe wie „Empowerment“ und „Selbstmanagement“ tauchten darin noch nicht auf: „Die Bedürfnisse von Menschen mit Diabetes standen darin nicht unbedingt im Fokus.“ An welchen Stellschrauben im Behandlungsalltag gedreht werden muss, um die Betroffenen im Alltag mit ihrer Erkrankung besser zu unterstützen, hatten die Diabetesberater*innen aber oftmals besser im Blick als das ärztliche Personal. „Unsere Patienten haben uns schließlich eher mal ihr Herz ausgeschüttet als den Ärzten“, erklärt Brandner.

Professor Mehnert setzte sich für die Berater*innen ein

Mit ihrer eigenen professionellen Sicht der Dinge drangen Diabetesberater*innen anfangs nur schwer in der Ärzteschaft durch. „Mir wurde mal an den Kopf gewor-

»Anerkennung zu finden, war nicht so einfach«

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

fen, ich sei ja nur ‚paramedizinische Assistentin‘“, berichtet Brandner. Bei Fachkongressen erlebten sie und ihre Kolleg*innen, dass Ärzt*innen sich schlichtweg weigerten, Vorträge von Referent*innen ohne abgeschlossenes Medizinstudium anzuhören. „Beim Diabeteskongress 1984 in München gab es sogar Bestrebungen, unsere Teilnahme gänzlich zu verhindern“, erzählt sie weiter. Nur dem Einsatz von Professor Dr. HELLMUT MEHNERT, der sich an seiner Klinik in München-Schwabing seit jeher für die Schulung von Menschen mit Diabetes starkgemacht hatte, sei es zu verdanken gewesen, dass den Diabetesberater*innen dann doch Einlass gewährt wurde. Rückblickend betrachtet, hatte der Widerstand, der den nicht-ärztlichen Diabetesprofis vielerorts entgegen-

schlug, auch etwas Gutes. Denn er spornte die Pionier*innen an, Netzwerke zu bilden, ihr Berufsbild klar zu strukturieren, ihre Ergebnisse zu evaluieren und Bedenken mit Fachwissen zu überzeugen. Oder wie es Twenhöven formuliert: „Wir haben die Ärmel hochgekrempelt und angepackt. Und wenn man uns vorn rausgeschmissen hat, sind wir hinten einfach wieder reingekommen.“

Widerstand von außen führte letztlich zur Gründung des VDBD

Bald war den Diabetesberater*innen der ersten Generation klar, dass sie ihre Positionen nur mit einem eigenen Berufsverband vertreten können. Die Gründungsmitglieder des VDBD wählten Twenhöven zu ihrer ersten Vorsitzenden.

Die erinnert sich gern an das Wir-Gefühl in den ersten Jahren der Verbandsarbeit zurück: „Wir haben viel gearbeitet, uns oft gefetzt, aber auch viel gelacht. Mein Wohnzimmer war damals auch VDBD-Geschäftsstelle. Wenn ich nach der Arbeit nach Hause kam, lagen dort immer meterweise Faxen herum.“ Ihre Kollegin Brandner war als Schatzmeisterin für die Finanzen zuständig. „Es war eine super Zeit“, sagt sie rückblickend, „man kann sich heute gar nicht mehr vorstellen, wie sehr wir uns reingehängt haben, um als Berufsbild Anerkennung zu finden.“

Antje Thiel

30 Jahre VDBD: Vom Underdog zum geschätzten Partner

- Ende 1991, nach etlichen Jahren der Vorbereitung, beschloss eine Gruppe von 65 Schulungsprofis, einen Verband zu gründen. Im Jahr darauf wurde die Satzung verabschiedet, am **28. Juli 1993** schließlich wurde der „Verband der Diabetesberater/-innen in Deutschland e.V. (VDBD)“ ins Düsseldorfer Vereinsregister eingetragen. **Gründungsvorsitzende** war ANNEGRET LÜTKE TWENHÖVEN.
- Im Jahr 1995 erarbeitete ihre Vorstandskollegin, die legendäre Dr. BRIGITTE OSTERBRINK, eine **Weiterbildungs- und Prüfungsordnung** für die Weiterbildung zur Diabetesberaterin DDG – ein sehr wichtiger und entscheidender Schritt in Richtung einer bundesweiten Anerkennung des Berufsbildes „Diabetesberater*in“. Außerdem arbeitete der Verband an diversen wissenschaftlichen Studien mit, in denen die ersten Schulungsprogramme rund um den Diabetes evaluiert wurden.
- 2001, acht Jahre nach seiner Gründung, hatte der VDBD bereits knapp **1.800 Mitglieder**. Die folgenden Jahre waren geprägt durch weitere Professionalisierung sowie nationale und internationale Vernetzung.
- 2008 gründete der VDBD zusammen mit der DDG die **gemeinsame Allianz diabetesDE**. Zwischen 2011 und 2014 erfolgte eine Neuausrichtung, eine der Konsequenzen: der **Umzug der Geschäftsstelle nach Berlin** im Jahr 2015. Seither ist Dr. Gottlobe Fabisch als Geschäftsführerin tätig und hat viel zur Weiterentwicklung des VDBD beigetragen.
- Der VDBD veröffentlichte eine Reihe von **Leitfäden**, z.B. zu Blutzuckerselbstkontrolle und Insulininjektion, die mittlerweile auch unter Ärzt*innen als Standardliteratur gelten. 2016 fiel der Startschuss für die **VDBD AKADEMIE**, die seither Gesundheitsfachkräften eine professionelle und digitale Plattform für Fortbildung und Zertifizierung bietet.
- Ebenfalls 2016 übernahm Dr. NICOLA HALLER das Amt der **VDBD-Vorsitzenden**, das sie bis heute innehat.
- Ein weiterer Meilenstein war 2018 die **Entwicklung des Schulungsprogramms DiaLife**, das sich an Angehörige von Menschen mit Diabetes richtet, die häufig ebenfalls psychosozial, finanziell und emotional durch den Diabetes belastet sind.
- Aktuell **hat der VDBD über 4.000 Mitglieder**. Dass der durch ihn vertretene Berufsstand in den Anfangsjahren von Diabetolog*innen oftmals nicht ernst genommen und belächelt wurde, erscheint heute kaum noch vorstellbar.

Medizin & Markt



Foto: iStock/AzmanJaka

Follow-up-Umfrage zur CGM-Anwendung in Hausarztpraxen

Hausärzt*innen nutzen digitale Systeme zur Therapieentscheidung für ihre Patient*innen immer häufiger

Medien-Roundtable

BERLIN. Digitalisierung, Vernetzung von Hausarzt- und Diabetespraxis, Herausforderungen im Beratungsalltag: Das sind heute die Kernthemen auch jeder hausärztlichen Praxis. Bis zu 90 % der mehr als neun Millionen Menschen mit Diabetes in Deutschland werden dort betreut.

In einer DocCheck-Umfrage von 2021, die Abbott beauftragt hat, waren genau diese Themen abgefragt worden. Erneut wurden nun 200 Allgemeinmediziner*innen im ersten Halbjahr 2023 zu diesen und weiteren Fragestellungen kontaktiert. Laut der aktuellen DocCheck-Umfrage¹ behandeln die befragten Ärzt*innen im Schnitt 250 Diabetespatient*innen

pro Quartal, von denen 85 % Typ-2-Diabetes, fast 12 % Typ-1-Diabetes und knapp 2 % Gestationsdiabetes haben. Bei ca. 1 % liegt eine andere Diabetesform vor.

Ein positiver Trend ist bei der interdisziplinären Vernetzung erkennbar: 49 % der Hausärzt*innen tauschen sich inzwischen oft mit Diabetolog*innen aus, zwei Jahre zuvor waren es noch 16 % weniger gewesen.

Digitale Lösungen sind in der Hausarztpraxis nicht mehr wegzudenken. Während 2021 jedoch nur ein Viertel der Befragten CGM-Systeme wie das FreeStyle Libre 3 für ihre Patient*innen nutzten, stieg der Anteil in diesem Jahr auf 44 % deutlich an. 80 % der Befragten gab an, von digitalen

Angeboten beim Diabetes mehr oder weniger stark zu profitieren – das sind rund 20 % mehr als zwei Jahre zuvor. Insgesamt stieg die Verordnung von CGM-Systemen durch Hausärzt*innen bei Typ-2-Diabetes im betrachteten Zeitraum um 5 % auf 88 %, beim Schwangerschaftsdiabetes von 14 % auf 18 %. Die Verordnungen bei Typ-1-Diabetes legten noch stärker zu: von 70 % auf 81 %.

Als Vorteile der CGM-Systeme nennen die Ärzt*innen, die an der DocCheck-Umfrage teilgenommen haben, u.a. eine bessere Verlaufskontrolle (90 %), eine höhere Compliance (85 %) und eine effektivere Therapie (82 %). „Das deutliche Mehr an Daten ermöglicht wesentlich fundiertere Therapieentscheidungen und kann durch die Alarme gefährliche Hypo- und Hyperglykämien vermeiden“, so Dr. BERNHARD LANDERS, Allgemeinmediziner und Diabetologe aus Mayen in der Eifel, der die Ergebnisse der Follow-up-Umfrage unter Hausärzt*innen während der Roundtable-Veranstaltung einordnete. *amo*

1. Umfrage Diabetestherapie, DocCheck Research, März 2023. Daten liegen vor, Abbott Diabetes Care

„Update Diabetesbehandlung in der Hausarztpraxis und Nutzung von FreeStyle Libre“, virtueller Medienroundtable von Abbott Diabetes Care, 19. September 2023

Positive Ergebnisse für Semaglutid 2,4 mg

Studie zeigt Vorteile für Menschen mit Adipositas und Herzinsuffizienz mit HFpEF

Pressemitteilung Novo Nordisk

MAINZ. Novo Nordisk hat im September die Ergebnisse der Phase-3-Studie STEP HFpEF bekannt gegeben. Diese zeigen, dass die einmal wöchentlich verabreichte Dosis von 2,4 mg Semaglutid im Vergleich zu Placebo bei Erwachsenen mit Adipositas und Herzinsuffizienz mit erhaltener Ejektionsfraktion (HFpEF) zu einer stärkeren Gewichtsabnahme sowie zu einer deutlichen Verringerung von durch Herzinsuffizienz bedingten Symptomen und körperlichen Beeinträchtigungen und zu einer Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit führte.

Die Ergebnisse der Studie STEP HFpEF wurden auf dem Kongress der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) in Amsterdam vorgestellt und gleichzeitig im New England Journal of Medicine veröffentlicht. Sie zeigen eine signifikante Gewichtsabnahme sowie eine deutliche Verbesserung des von den Patient*innen berichteten Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire Clinical Summary Score (KCCQ-CSS), der die Symptome und körperlichen Einschränkungen von HFpEF misst. Die durchschnittliche Verbesserung des KCCQ-CSS betrug nach 52 Wochen 16,6 Punkte bei Semaglutid

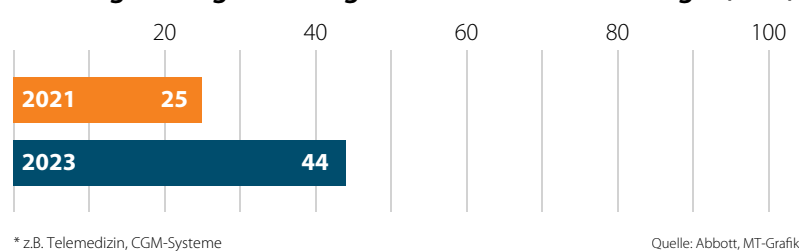
Im RAI Amsterdam fand der ESC-Kongress statt.



Foto: tonyv3112 - stockadobe.com

2,4 mg gegenüber 8,7 Punkten bei Placebo, was zu einem geschätzten Behandlungsunterschied von 7,8 Punkten führte ($p < 0,001$). Die durchschnittliche Abnahme des Körpergewichts betrug 13,3 % bei Semaglutid 2,4 mg im Vergleich zu 2,6 % bei Placebo, was zu einem geschätzten Behandlungsunterschied von 10,7 % Gewichtsreduktion führte ($p < 0,001$). STEP HFpEF zeigt auch einen mittleren Anstieg beim 6-Minuten-Gehtest (6 minute walk test, 6MWT). So lag die Veränderung in der Gehstrecke nach 52 Wochen unter Semaglutid bei 21,5 Metern im Vergleich zu 1,2 Metern unter Placebo, also ein Unterschied von 20,3 Metern ($p < 0,001$). Semaglutid reduzierte auch die allgemeinen Entzündungen, gemessen am hochsensitiven C-reaktiven Protein (hsCRP).

Nutzung von digitalen Angeboten* in der Diabetologie (in %)



Im Rahmen der Diabetestherapie in der Hausarztpraxis ist die Nutzung von digitalen Angeboten in den letzten zwei Jahren stark gestiegen, und zwar um 19 % von 2021 bis 2023.

Dapagliflozin: G-BA hat Zusatznutzen bei Herzinsuffizienz anerkannt

SGLT2-Hemmer hat nun Anhaltspunkte für Zusatznutzen in allen zugelassenen Indikationen

Pressemitteilung AstraZeneca

HAMBURG. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat dem SGLT2-Inhibitor Dapagliflozin (Forxiga[®]) kürzlich für die Behandlung der chronischen Herzinsuffizienz mit erhaltener Ejektionsfraktion (HFpEF) und mäßiggradig reduzierter Ejektionsfraktion (HFmrEF) einen Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen über die gesamte Patientenpopulation zuerkannt. Vorteile gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie sah der G-BA dabei in Bezug auf Hospitalisierungen aufgrund von

Herzinsuffizienz sowie erstmals in dieser Indikation bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Auf Grundlage der DELIVER-Studie bestätigte der G-BA am 17. August 2023 im Rahmen des Nutzenbewertungsbeschlusses den Stellenwert von Dapagliflozin in der Behandlung der symptomatischen, chronischen HFpEF und HFmrEF mit einem Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen über die gesamte Patient*innenpopulation. Dabei wurden Vorteile bei Hospitalisierungen

aufgrund von Herzinsuffizienz sowie erstmals in dieser Indikation bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, gemessen an der 15-Punkte-Verbesserung des Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ)-Overall Summary Score, festgestellt. Bereits 2021 hat der G-BA Dapagliflozin einen Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen für Patient*innen mit HFpEF erteilt. Damit verfügt Dapagliflozin als einziger SGLT-2-Hemmer über Anhaltspunkte für einen Zusatznutzen in allen zugelassenen Indikationen:

■ **CKD (Beschluss vom 17. Februar 2022):** Anhaltspunkte für einen beträchtlichen Zusatznutzen bei Erwachsenen mit chronischer Niereninsuffizienz ohne symptomatische, chronische Herzinsuffizienz als Komorbidität und für einen geringen Zusatznutzen bei Erwachsenen mit chronischer

Niereninsuffizienz mit zusätzlicher symptomatischer, chronischer Herzinsuffizienz als Komorbidität

■ **HFpEF (Beschluss vom 20. Mai 2021):** Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen bei Erwachsenen mit einer symptomatischen, chronischen Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion

■ **HFpEF und HFmrEF (Beschluss vom 17. August 2023):** Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen bei Erwachsenen mit einer symptomatischen, chronischen HFpEF und HFmrEF

■ **Typ-2-Diabetes (Beschluss vom 19. Dezember 2019):** Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen bei Patient*innen mit hohem kardiovaskulärem Risiko, die weitere Medikation zur Behandlung der kardiovaskulären Risikofaktoren erhalten.

Empagliflozin bei chronischer Niereninsuffizienz

Virtuelle Pressekonferenz
Boehringer Ingelheim und Lilly Alliance

INGELHEIM/BAD HOMBURG. Von einem „atemberaubenden Tempo“ sprach Professor Dr. CHRISTOPH WANNER, Seniorprofessor am Uniklinikum Würzburg und Mitglied des EMPA-KIDNEY-Lenkungsausschusses, bei Empagliflozin (Jardiance[®]): Seit Juli ist der SGLT2-Hemmer auch zur Therapie bei chronischer Niereninsuffizienz von der Europäischen Kommission zugelassen. Mit der Zulassungserweiterung kann Empagliflozin nun bei Typ-2-Diabetes, chronischer Herz- oder chronischer Niereninsuffizienz sowie einer Kombination dieser häufigen, sich gegenseitig bedingenden Erkrankungen eingesetzt und die Therapie in allen zugelassenen Indikationen bis zu einer GFR von 20 ml/min/1,73m³ begonnen werden. *amo*

„Zulassung von Empagliflozin zur Behandlung von Erwachsenen mit chronischer Niereninsuffizienz“

NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

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

Regelmäßig und offen nach dem »Glas zu viel« fragen

Problematischen und schädlichen Konsum rechtzeitig erkennen



Foto: dhgstockphoto - stock.adobe.com

BERLIN. Ein Wein zum Essen oder ein Bier in geselliger Runde – da sagen auch viele Menschen mit Diabetes nicht Nein. Wie lässt sich aber in der Praxis erkennen, ob der Konsum das normale Maß übersteigt und in einen schädlichen Alkoholkonsum oder gar in eine Abhängigkeit übergeht?

Schon bei der Schulung von Menschen mit Typ-1- oder Typ-2-Diabetes muss das Thema Alkohol auf den Tisch werden, sagte der Psychologe Professor Dr. NORBERT HERMANN vom Forschungsinstitut der Diabetes Akademie in Bad Mergentheim. Dazu gehört die Aufklärung über die Gefahr der Hypoglykämie durch Alkoholkonsum und die adäquate Anpassung der Insulindosis. CGM-Systeme können hierbei sehr hilfreich sein, weil die Betroffenen direkt erfahren können, wie verschiedene Alkoholmengen und -arten die Glukosewerte verändern. Auch ein integrierter Hypo-Voralarm hat sich bewährt. Wird eine Insulinpumpe verwendet, kann durch Anpassung der Basalraten bei Alkoholkonsum die Gefahr einer Unterzuckerung reduziert werden.

Alkohol und Alkoholkonsum regelmäßig thematisieren

Bei Typ-2-Diabetes kann regelmäßiger Alkoholkonsum auch eine Barriere zur Gewichtsreduktion darstellen – es sollte somit in der Schulung der Kaloriengehalt verschiedener Alkoholika thematisiert werden. Die DDG empfiehlt ein regelmäßiges Screening auf schädlichen Alkoholkonsum, da dieser negative Auswirkungen auch auf die langfristige Prognose hat. Wie lässt sich aber in der Praxis ein möglicher problematischer Alkoholkonsum ansprechen, ohne die Betroffenen zu vergraulen? Wie die meisten anderen auch, verleugnen auch Menschen mit Diabetes sehr lange einen übermäßigen Alkoholkonsum und werden das Thema von sich aus in der Regel nicht ansprechen. Als Ärztin oder Arzt sollte man daher mit offenen Fragen das Gespräch eröffnen. Für das Screening auf einen schädlichen Alkoholkonsum haben sich folgende Fragen bewährt:

- „Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt, dass Sie Ihren Alkoholkonsum verringern sollten?“
- „Haben Sie sich schon einmal darüber geärgert, dass Sie von anderen wegen Ihres Alkoholkonsums kritisiert wurden?“
- „Haben Sie schon einmal wegen Ihres Alkoholkonsums ein schlechtes Gewissen gehabt oder sich schuldig gefühlt?“
- „Haben Sie schon einmal morgens als erstes Alkohol getrunken, um sich nervlich wieder ins Gleichgewicht zu bringen oder einen Kater loszuwerden?“

Wichtig ist, dass dieses Gespräch nicht unter Zeitdruck und unter Wahrung der Privatsphäre geführt

wird. Ermutigende offene Fragen, Mitgefühl und Empathie erleichtern es den Patient*innen, sich zu öffnen, sagte der Diplom-Psychologe. Bei Verdacht auf problematischen Alkoholkonsum hat sich das Modell „Shared Decision Making“ bewährt. Hierbei diskutiert man mit den Betroffenen, was mögliche Bar-

rieren zur Einschränkung des Alkoholkonsums sind. Das kann z.B. die Angst vor einem Verlust an Lebensqualität oder sozialer Teilhabe sein. Dies wird dann abgewogen gegen mögliche Vorteile wie Verbesserung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit oder Reduktion sozialer Konflikte. Dann werden gemeinsam realisti-

»Bewährt: Shared Decision Making«

sche Ziele definiert und nach möglichen konkreten Unterstützungen bei der Umsetzung gesucht. Wich-

tig ist es, sich dann auch regelmäßig nach dem Stand des Problems zu erkundigen – oder bei schädlichem Alkoholgebrauch oder gar Alkoholabhängigkeit über Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären und in die Suchttherapie zu überweisen.

Maria Weiß

Diabetes Kongress 2023

Medtronic

Nachweislich erfolgreich.

Das MiniMed™ 780G System

99%
der Anwender*innen, die von einer ICT+isCGM/CGM wechselten, machten mit dem MiniMed™ 780G System bessere Erfahrungen.²

MiniMed™ Mobile App (Anwender*innen) & CareLink™ Connect App (Vertrauenspersonen)

Apple® Watch kompatibel

Guardian™ Link 4 Transmitter



MiniMed™ 780G Insulinpumpe

Guardian™ 4 Sensor

Medtronic Extended Infusionset



Durchschnittliche HbA1c-Reduktion von 1,4% im Vergleich zu ICT + isCGM^{1,3}



+27% mehr Zeit im Zielbereich^{1,3}

Informieren Sie sich über das MiniMed™ 780G Advanced-Hybrid-Closed-Loop System auf unserer Website und entdecken Sie die virtuelle Demopumpe - www.minimed-fachkreise.de

1 Choudhary P. et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2022; doi: 10.1016/S2213-8587(22)00212-1
2 Medtronic Archivdaten: Umfrage unter MiniMed™ 780G Anwender*innen, durchgeführt von April bis Mai 2021 in Großbritannien, Schweden, Italien, den Niederlanden und Belgien.
3 Edd SN et al. Diabetes Obes Metab. 2023;1-11

DE-IPT-2300076 © 2023 Medtronic. Medtronic, das Medtronic Logo und Engineering the extraordinary sind Marken von Medtronic. Alle anderen Marken sind Marken eines Medtronic Unternehmens.



Für den **Diabetologie**-Durchblick

der Podcast für Expert:innen

**NEUE
FOLGEN!**

O-TON
Diabetologie

[MTX]

Das Wichtigste zu neuen Technologien & Therapien
und aktuelle Entwicklungen in Forschung,
Gesundheitspolitik & Digitalisierung

Jetzt Reinhören &
abonnieren:



[qr.medical-tribune.de/
o-ton-diabetologie4](https://qr.medical-tribune.de/o-ton-diabetologie4)

In Zusammenarbeit mit:

MedTriX Group
we care for media solutions



Jetzt bewerben um DDG Projektförderungen

Die Fachgesellschaft unterstützt Forschungsprojekte finanziell;
Bewerbungen sind bis 30. November möglich

BERLIN. Forschende Mediziner*innen und Wissenschaftler*innen können sich noch bis Ende November um eine Projektförderung der DDG für das Jahr 2024 bewerben.

Um eine Förderung bewerben können sich Forschende aus dem deutschsprachigen Raum. Dafür müssen sie Mitglied der DDG sein; für Studierende bis zum 28. Lebensjahr ist die Mitgliedschaft in der Fachgesellschaft kostenfrei.

Die allgemeinen Projektförderungen sind thematisch nicht festgelegt und erstrecken sich auf das gesamte Gebiet der experimentellen und klinischen Diabetologie. Sie werden aus Mitteln

der DDG und durch die Dr. Buding-Stiftung sowie die Deutsche Diabetes-Stiftung unterstützt. Über die Verteilung der Mittel entscheidet die vom Vorstand der DDG eingesetzte Jury zur Förderung wissenschaftlicher Projekte. Gefördert werden sollen vor allem junge Antragsteller*innen. Unterstützt werden Projekte mit bis zu 30.000 Euro.

Die Hans-Christian-Hagedorn-Projektförderung wird an eine in der klinischen oder experimen-

Informationen zur Bewerbung und Hilfestellungen

Die Einreichung der vollständigen Bewerbungsunterlagen ist noch möglich bis zum 30. November 2023. Hilfestellungen finden Interessierte auf der Website der DDG in der Rubrik Wissenschaft & Forschung/Projektförderung.

www.ddg.info/forschung/projektforderung

tellen Diabetologie international ausgewiesene Arbeitsgruppe vergeben. Dafür bewerben können sich Arbeitsgruppenleiter*innen. Stif-

ter ist die Novo Nordisk Pharma GmbH. Die Projektförderung ist mit 25.000 Euro dotiert.

Bewerben für die Adam-Heller-Projektförderung können sich deutschsprachige Naturwissenschaftler*innen, medizinisches Fachpersonal, Nachwuchswissenschaftler*innen und auch Doktorand*innen. Stifter ist die Abbott Deutschland GmbH, dotiert ist diese Förderung mit 20.000 Euro. Konkret geht es hier um Forschung, die eine besondere Relevanz für die Verbesserung und Weiterentwicklung des Stoffwechselmonitorings im Diabetesmanagement hat.

DDG/dz



2023

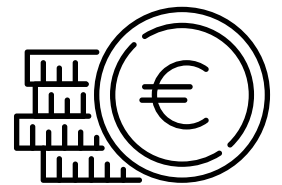
Allgemeine Projektförderung der DDG

37 Projekte

wurden mit insgesamt

445.000 €

gefördert!



Förderung über Stiftungsgelder

4 Projekte

wurden mit insgesamt

57.000 €

durch die Deutsche Diabetes-Stiftung und die Dr. Buding-Stiftung gefördert.

67%

der gestellten Anträge auf eine Allgemeine Projektförderung der DDG wurden somit unterstützt.

Weitere Projektförderungen

Adam-Heller-Projektförderung in Höhe von

20.000 €

(Abbott GmbH)

Hans-Christian-Hagedorn-Projektförderung in Höhe von

25.000 €

(Novo Nordisk Pharma GmbH)

Preise der DDG



9

Wissenschaftler*innen wurden ausgezeichnet.

Der Geißel Diabetes entgegentreten

DDG ehrt PD Dr. rer. nat. Ortwin Naujok mit dem Ferdinand-Bertram-Preis

HANNOVER. Für seine wissenschaftlichen Arbeiten zur Anwendung von stammzellabgeleiteten Betazellen in der Diabetologie hat die DDG PD Dr. rer. nat. Naujok mit dem Ferdinand-Bertram-Preis ausgezeichnet. Dr. Naujok sieht darin einen Ansporn, seine Forschungsbemühungen zu intensivieren.

Als ORTWIN NAUJOK im Mai 2002 seinen Abschluss als Diplom-Biologe in der Tasche hatte, war er auf der Suche nach einem interessanten Thema für eine Dissertation. Am Institut für Klinische Biochemie an der MH Hannover, wo er als wissenschaftlicher Angestellter tätig war, wurde er schließlich fündig.

Und so forschte Naujok unter Anleitung von Professor Dr. med. SIGURD LENZEN ab Juli 2004 zu der Frage, wie sich embryonale Stammzellen von Mäusen differenzieren lassen, um daraus verlässlich insulinproduzierende Betazellen zu generieren. Ziel seiner wissenschaftlichen Arbeit war es, Strategien für einen therapeutischen Ansatz zu entwickeln, mit deren Hilfe eines Tages schwer erkrankten Typ-1-Diabetespatient*innen geholfen und vor allem die Transplantation von humanen Spenderpankreatoren oder isolierten Pankreasinseln erspart werden kann. Ein weiterer Grund für seine Forschung: Spenderorgane sind äußerst rar.

„Das Thema hat mich von Anfang an fasziniert, da pluripotente Stammzellen ein ungeheuer großes Potenzial bieten, um aus ihnen Zellen zur Reparatur geschädigter oder erkrankter Organe zu entwickeln“, so Dr. Naujok. Stammzellabgeleitete Betazellen stellen somit eine hervorragende Ergänzung zu den bisherigen Zellkultur-/Tiermodellen dar.

Ein Ziel: die größere Verbreitung von Betazellsurrogaten

Seitdem lässt Dr. Naujok das Thema nicht mehr los. Er setzt sich konsequent dafür ein, dass aus humanen Stammzellen hergestellte funktio-

nelle Betazellsurrogate eine größere Verbreitung finden, da primäre humane Inseln für die Forschung kaum verfügbar seien. Seine Hoffnung ist, dass sich eines Tages Krankheiten wie Diabetes mithilfe stammzellabgeleiteter Betazellen vollständig heilen lassen.

In den USA seien erste Ideen bereits in klinischen Testphasen angekommen. Doch auch wenn die ethischen Grenzen in Europa deutlich strenger gezogen sind, ist Dr. Naujok dem Forschungsstandort Deutschland bislang treu geblieben. 2008 übernahm er die Leitung der Arbeitsgruppe Stammzellen am Hannoveraner Institut für Klinische Biochemie. 2014 erfolgte seine Habilitation zum Privatdozenten im Fach Biochemie an der MHH.

Ein Fokus seiner aktuellen Forschung liegt auf den nicht-codierenden Mikro-Ribonukleinsäuren (Mikro-RNA). „Mikro-RNA erfüllen

eine wichtige Aufgabe bei der Steuerung grundlegender biologischer Prozesse wie der Entwicklung, der Zelldifferenzierung, der Proliferation und der Apoptose“, so Dr. Naujok. „Die Wirkungsweisen von Mikro-RNA bieten somit die Chance, humane pluripotente Stammzellen künftig noch effizienter in insulinproduzierende Betazellen zu differenzieren und somit eine höhere zelluläre Ausbeute und einen höheren Reinheitsgrad zu erzielen, was ein weiterer Meilenstein bei der Entwicklung von Behandlungsoptionen für schwer erkrankte Typ-1-Diabetespatient*innen wäre.“

Wie können Betazellen aus Stammzellen überleben?

Dabei treibt ihn insbesondere die Frage um, wie Betazellen aus pluripotenten Stammzellen im Körper von Patient*innen überleben können, ohne dass das Immunsystem die Zellen in der Bauchspeicheldrüse wieder zerstört. Mit seiner AG forscht Dr. Naujok daher zur Toxizität proinflammatorischer Zytokine auf insulinproduzierende Surrogatzellen, die aus humanen pluripotenten Stammzellen generiert wurden. Reizen würde Dr. Naujok aber auch, über In-vitro-Modelle nachzuweisen, welche spezifischen Signale und Trigger zum Funktionsverlust gealterter Betazellen beitragen und somit die Entstehung eines Typ-2-Diabetes fördern.

Der Preis ist für Dr. Naujok nicht nur eine Anerkennung und Ehrung, sondern vor allem Ansporn, weiter daran zu forschen, wie sich der Geißel Diabetes mit neuen Ansätzen für Behandlung und Prävention entgegenzutreten lässt.

Petra Spielberg



PD Dr. Ortwin Naujok nach der Preisverleihung, flankiert von Laudator Professor Dr. Markus Tiedge und Vanessa Schäfer von Roche Diabetes Care Deutschland.

»Ein Fokus seiner Forschung liegt auf Mikro-RNA«

10-kHz-SCS bei schmerzhafter diabetischer Polyneuropathie

Dr. med. Wolfram Kluge

Anästhesist, spezieller Schmerztherapeut
Leiter der Schmerzambulanz und Oberarzt der
Klinik für Anästhesiologie am Klinikum Itzehoe

Dr. med. Thorsten D. Luecke M.D.

Chirurg, Anästhesist, Schmerztherapeut, Palliativmediziner, Psychotherapeut
Leiter der Schmerzambulanz und der Multimodalen Schmerztherapie am
Verbundkrankenhaus Linz-Remagen

Die Neuropathie ist eine der schwerwiegendsten Folgen des Diabetes mellitus und Ursache für erhebliche Beeinträchtigungen. Trotz der hohen Prävalenz bei mehr als 50 % der Patienten mit Diabetes mellitus¹ und der Auswirkungen auf die Lebensqualität, sind die Behandlungsmöglichkeiten für die schmerzhaft, periphere diabetische Neuropathie (PDN) nach wie vor begrenzt.² Die PDN tritt typischerweise distal (Zehen, Füße) auf und symmetrisch mit Fortschreiten nach proximal (Unterschenkel). Ein diffuses „Handschuh- und Strumpfmuster“ ist charakteristisch für die Erkrankung und kann zusammen mit anderen typischen neuropathischen Schmerzmerkmalen einhergehen.¹ Die Ausprägung der Schmerzen wird als brennend, bohrend, einschießend, krampfartig oder stechend beschrieben. Nächtliche Exazerbationen der Beschwerden und ihre Besserung beim Gehen sind charakteristisch. Die PDN kann schwierig zu behandeln sein. Die aktuellen klinischen Leitlinien empfehlen pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten,³ aber eine relevante Anzahl von Patienten erreicht damit keine ausreichende Schmerzlinderung.¹

Hochfrequente Rückenmarkstimulation bei pharmakorefraktären Patienten

Seit einigen Jahren kommt vermehrt die hochfrequente Rückenmarkstimulation (10 kHz SCS) zum Einsatz. Dabei werden Elektroden anatomisch im Epiduralraum platziert (T9/T10), die mit einer Frequenz von 10.000 Hertz Impulse an das Rückenmark abgeben.

Behandlungsablauf 10-kHz-SCS

Nach der Indikationsstellung gemäß Leitlinie (DDG-Praxisempfehlung, Diabetische Neuropathie von 2021)³ wird vor der dauerhaften Implantation des Impulsgenerators zunächst die individuelle Wirksamkeit der SCS geprüft. Während dieser Testphase erfolgt die Stimulation mit einem externen Stimulator. Bei Ansprechen (Schmerzreduktion mindestens 50 %) wird ein dauerhafter, wiederaufladbarer Impulsgenerator im Rücken- beziehungsweise Gesäßbereich implantiert. Bei Patienten, die nicht ansprechen, lassen sich die Elektroden ohne Neben- oder Nachwirkungen wieder entfernen.

Studie: SENZA-PDN

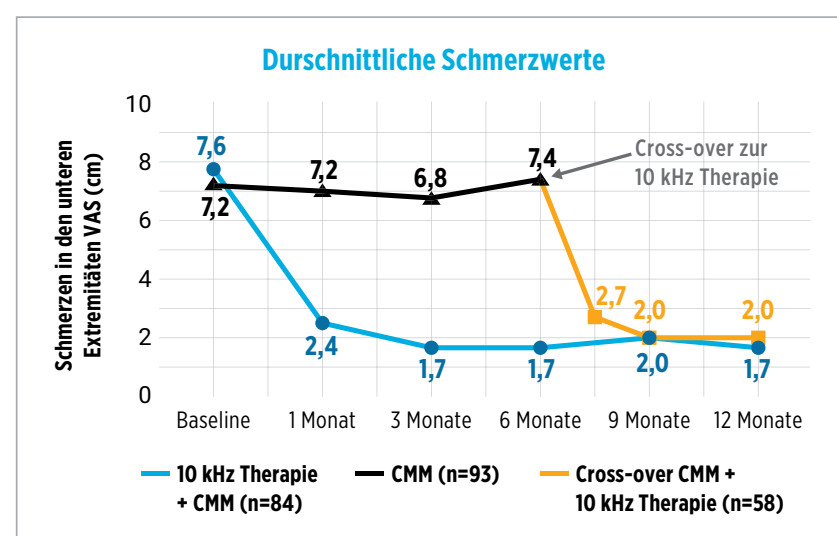
Eine im Jahr 2021 publizierte randomisierte kontrollierte Studie „SENZA-PDN“⁴ bietet Level-1-Evidenz bezüglich der Wirksamkeit. Darin waren Patienten eingeschlossen, die seit mindestens 12 Monaten eine PDN diagnostiziert hatten und deren Schmerzen sich unter Conventional Medical Management (CMM) als refraktär erwiesen haben und mindestens 5 von

10 cm auf der Visuellen Analogskala (VAS) betragen. Die Patienten wurden multizentrisch in 18 Einrichtungen in den USA rekrutiert. Von 216 Teilnehmern wurden 103 auf CMM und 113 auf CMM mit zusätzlicher 10-kHz-SCS randomisiert. Primärer Endpunkt: Ansprechen mit Schmerzlinderung um mindestens 50 % auf der VAS ohne neurologische Verschlechterung. Zudem wurden acht sekundäre Endpunkte erhoben, unter anderem die neurologischen Symptome sowie die Lebensqualität.

Resultate

Gegenüber einer Standardtherapie zeigte sich bei den 10-kHz-SCS-Probanden nach 6 Monaten eine signifikante Schmerzreduktion mit hohen Ansprechraten (79 %) und zudem eine Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Falls der Behandlungserfolg nicht ausreichend war (weniger als 50 % Verbesserung) konnten alle Studienteilnehmer mit ihrem behandelnden Arzt nach 6 Monaten entscheiden, den Behandlungsarm zu wechseln (cross-over-Design). Von den 113 Probanden der SCS-Gruppe wechselte niemand, aus der CMM-Gruppe 77 von 95 Patienten.

Die Fortführung von SENZA-PDN über 12 Monate⁵ bestätigte die 6-Monats-Ergebnisse: Die Schmerzlinderung ≥ 50 % lag nach 12 Monaten bei 86 % der 10-kHz-SCS-Probanden vor. Die durchschnittliche Schmerzlinderung gegenüber dem Ausgangswert betrug 77,1 %. Die Auswertung nach 18 Monaten (NANS, North American Neuromodulation Society, Januar 2022) bestätigt die 12-Monats-Daten. Genau wie die gerade erst publizierten 24 Monatsdaten.⁶



Die Zahlen der Studie Senza-PDN zeigen die Schmerzlinderung durch die 10-kHz-SCS während 12 Monaten.

Weitere Daten

Eine retrospektive, multizentrische Real-World-Studie² erfasste die Schmerzlinderung und funktionelle Verbesserungen bei Patienten mit PDN, die eine 10-kHz-SCS erhielten. Es handelte sich um eine Datenbank (HFX Cloud™) mit Real-World-Behandlungsdaten von SCS-Patienten. Die Ergebnisse

dieser Studie belegen eine anhaltende Responderate (Schmerzreduktion ≥ 50 % gegenüber dem Ausgangswert) von 79,5 % (58/73) bei einer durchschnittlichen Nachbeobachtungszeit von 21,8 Monaten (Spanne: 4,3 bis 46,3 Monate). Zudem berichtete die Mehrheit der Patienten von Verbesserungen der Schlaf- und Lebensqualität.

Erfahrung aus der klinischen Praxis: Retrospektive Auswertung von 12 Patienten

Die 10-kHz-SCS kam am Krankenhaus in Linz-Remagen erstmals 2018 bei Patienten mit therapierefraktärer PDN zum Einsatz. Die ersten 12 Patienten wurden retrospektiv ausgewertet.

Die Patienten mit Diabetes im Alter zwischen 18 und 80 Jahren litten unter moderater bis schwerer PDN in den unteren Extremitäten. Einschlusskriterien: unzureichende Schmerzlinderung unter konventioneller Behandlung und/oder inakzeptable medikamentöse Nebenwirkungen. Ausschlusskriterien: periphere Gefäßkrankungen ohne palpable Fußpulse; beidseitige Fuß-Ulcera; lokale Infektion oder andere Hautveränderungen am Ort der Inzision; psychiatrische Probleme, die potenziell die Kooperation an der Studie beeinträchtigen könnten; Schwangerschaft; ernsthafte Herz- oder Lungen-Fehlfunktionen.

Ergebnisse

83 % der Patienten (10 von 12) erhielten als Responder dauerhafte Impulsgeneratoren. 75 % der Patienten (9 von 12) sprachen auch nach 6 Monaten an. Die Schmerzreduktion



In der Langzeitbeobachtung zeigt sich keine Abschwächung der Schmerzreduktion oder Verlust der Response. Im Verlauf findet die 10-kHz-SCS als Standard Anwendung für die unter konventioneller medikamentöser Behandlung erfolglose Behandlung der PDN, sodass die Anzahl der behandelten Patienten sich entsprechend erhöht hat.

Fallbericht: 60 % Schmerzreduktion durch 10-kHz-SCS

Anamnese:

Patientin, Jahrgang 1958, Diabetes mellitus Typ 1, Erstdiagnose 2003 und Management des Diabetes erfolgten durch die assoziierte Diabetologin im MVZ. Eine diabetische Polyneuropathie ist ebenfalls gemäß Leitlinien-Anforderungen bestätigt. 162 cm, 67 kg, BMI: 26. Kein Pflegegrad, ein Pflegedienst überwacht jedoch regelmäßig den Blutzucker und die Medikation. Insulin spritzt sie selbstständig. Keton im Urin misst sie bei BZ-Werten >300 mg/dl. Die Patientin gibt häufig Hypoglykämien an (alle zwei Tage), wurde deshalb teils auch stationär aufgenommen. HbA1c-Wert > 8 .

In der Neurochirurgie des Klinikums Itzehoe wird sie im Mai 2021 erstmals vorgestellt.

Algesiologische Diagnosen und Anamnese: Chronifiziertes neuropathisches Schmerzsyndrom, Diabetische Polyneuropathie. Anhaltende neuropathische Schmerzen in Beinen und Füßen. Überwiegend in den Nachtstunden kribbelnde und brennende Schmerzen, zudem Taubheits-/Kältegefühl in den Füßen. Schmerzstärke tagsüber NRS: 4-5, nachts NRS: 8-9. Schmerzbedingte Schlafstörungen. Therapie: Pregabalin, Gabapentin, Duloxetin, Palexia, jedoch keine ausreichende Besserung.

Befund:

Klinisch-neurologisch kein KS/DS der LWS, Einbein-, Zehen-, Hackenstand möglich, Hüfte frei, Lasègue-Zeichen negativ, kein sensomotorisches Defizit, Fuß-Pulse beidseits tastbar. Es liegt ein chronisches, therapieresistentes neuropathisches Schmerzsyndrom bei

langjähriger diabetischer Polyneuropathie vor.

Prozedere:

Nach der Vorstellung in der Schmerzambulanz, Bestätigung der Indikation zur 10-kHz-SCS, SCS-Testphase in 7/2021 mit 90 % Schmerzreduktion. Definitive SCS-Implantation in 8/2021, seither 10-kHz-SCS mit regelmäßigen Nachsorgeintervallen..

Ergebnis:

Stand 08/2022: Die Patientin ist überwiegend schmerzfrei, gelegentlich beklagt sie einen Schmerz der Stärke NRS: 3, dieser ist gut erträglich. Das Kältegefühl in den Beinen ist verschwunden; neurologische Probleme sowie Taubheitsgefühle sind deutlich rückläufig. Die Patientin ist zunehmend aktiver, ihr seelisches Befinden beurteilt sie als gut, sie ist sehr zufrieden mit dem bisherigen Therapieergebnis.

Side effect: Insulin-Bedarf ist gefühlt geringer. Die Opioidmedikation konnte auf Dauer komplett abgesetzt werden.

Resümee

Die PDN gehört zu den schwer behandelbaren Krankheitsbildern: Bei einer relevanten Anzahl von Patienten lässt sich mit medikamentösen Maßnahmen keine signifikante Schmerzlinderung erreichen. Die 10-kHz-SCS hat sich mit deutlicher Schmerzreduktion, hoher Responderate und häufiger Medikationsreduktion als erfolgversprechende Behandlungsoption etabliert und kann zu einer Verbesserung der Lebensqualität und Mobilität der Betroffenen beitragen. Aufgrund der überzeugenden Studienlage ist die Rückenmarkstimulation im November 2021 in der Praxisempfehlung der DDG zur diabetischen Neuropathie zurecht als neue vielversprechende therapeutische Option aufgenommen worden.³

Terminhinweis

Besuchen Sie das Team von **Nevro Germany** am **17. und 18.11.2023** auf der **DDG-Herbsttagung im Congress Center Leipzig** an **Stand Nummer 04**.

Mit freundlicher Unterstützung der **Nevro Germany GmbH**.

¹ Pop-Busui R, Ang L, Boulton AJM, et al. Diagnosis and treatment of painful diabetic peripheral neuropathy. Arlington (VA): American Diabetes Association; 2022. Accessed April 6, 2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35544662>.

² Chen JL, Hesselstine AW, Nashi SE, et al. A Real-World Analysis of High-Frequency 10 kHz Spinal Cord Stimulation for the Treatment of Painful Diabetic Peripheral Neuropathy. Journal of Diabetes Science and Technology. 2022;16(2):282-288. doi:10.1177/19322968211060316

³ Ziegler D, Keller J, Maier C, Pannek J. DDG-Praxisempfehlung. Diabetische Neuropathie. Diabetologie. 2021; 16, Suppl 2: S336-S350

⁴ Petersen EA, Stauss TG, Scowcroft JA, et al. Effect of High-Frequency (10-kHz) Spinal Cord Stimulation in Patients With Painful Diabetic Neuropathy: A Randomized Clinical Trial. JAMA Neurol. 2021;78(6):687-698. doi:10.1001/jamaneurol.2021.0538

⁵ Petersen EA, Stauss TG, Scowcroft JA, et al. Durability of High-Frequency 10-kHz Spinal Cord Stimulation for Patients With Painful Diabetic Neuropathy Refractory to Conventional Treatments: 12-Month Results From a Randomized Controlled Trial. Diabetes Care. 2022; 45(1): e3-e6. <https://doi.org/10.2337/dc21-1813>

⁶ Petersen EA, Stauss TG, Scowcroft JA, et al. Long-term efficacy of high-frequency (10 kHz) spinal cord stimulation for the treatment of painful diabetic neuropathy: 24-Month results of a randomized controlled trial. Diabetes Research and Clinical Practice. 2023; Volume 203: 110865. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2023.110865>

Das Risiko der Einsamkeit

Einsam ist, wer sich einsam fühlt – und dieses Gefühl hat Folgen



von Liesa Regner-Nelke

DÜSSELDORF. Einsamkeit ist für Menschen ein quälender Zustand mit körperlichen Auswirkungen.

Die ersten Wochen allein in einer neuen Stadt, der erste Tag im neuen Job, die Dienstreise ohne die Lieblingskollegen – irgendwann hat sich sicher jeder schon einmal einsam gefühlt. Vielleicht waren dann Familie, Partner*in oder Freund*innen nur einen Anruf entfernt und das unangenehme Gefühl löste sich schnell wieder auf.

Für viele Menschen ist die Qual der Einsamkeit jedoch kein kurzzeitiger Zustand, den es durchzuhalten gilt, vielmehr ist das Gefühl ein ständiger Begleiter, der zum gesundheitlichen Risiko wird.

Einsamkeit wirkt sich auf die körperliche Gesundheit aus

Wird im Zusammenhang mit der Gesundheit von Einsamkeit gesprochen, gilt es zunächst, zwischen Einsamkeit und sozialer Isolation zu unterscheiden. Soziale Isolation sagt aus, wie viel persönlichen Kontakt ein Mensch zu sozialen Netzwerken wie der Familie, Freund*innen oder anderen Gemeinschaften hat. Soziale Isolation ist messbar und somit objektivierbar.

Bei Einsamkeit hingegen steht das individuelle Empfinden der Betrof-

fenen im Vordergrund. Einsamkeit ist der wahrgenommene Unterschied zwischen den gewünschten und den tatsächlichen sozialen Kontakten. Hierbei kann es sich um eine Diskrepanz in der Häufigkeit, Anzahl, aber auch der Intimität oder Qualität der sozialen Kontakte handeln. Kurz gesagt: Einsam ist, wer sich einsam fühlt. Auch die Einsamkeit ist messbar, jedoch existieren hier keine einheitlichen Kriterien, ab wann eine Person als einsam gilt.

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko für soziale Isolation und auch für Einsamkeit.

Durch die Erhöhung der durchschnittlichen Lebenserwartung und der damit verbundenen Zunahme des Anteils an älteren Menschen in der Gesellschaft treten dieses Problem und die damit einhergehenden Risiken in den Vordergrund. Lang anhaltende Einsamkeit geht sowohl mit psychischen als auch körperlichen Erkrankungen einher. Im Vergleich mit klassischen Risikofaktoren wie Rauchen oder Übergewicht ist die Rolle und Gewichtung des Risiko-

faktors Einsamkeit in vielen Fällen jedoch noch nicht vollständig verstanden.

Einsamkeit, Diabetes und kardiovaskuläres Risiko

Ob und wie Einsamkeit, Diabetes und kardiovaskuläres Risiko zusammenhängen, schaute sich die Wissenschaftlerin Dr. XUAN WANG der Tulane Universität in New Orleans mit ihrem Team in einer aktuellen Studie genauer an. Sie untersuchte bei Menschen mit Diabetes mellitus den Zusammenhang von Einsamkeit und sozialer Isolation mit dem Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen.

18.509 Probanden der UK Biobank mit Diabetes mellitus konnten in die Studie eingeschlossen werden. Das Risiko der Einsamkeit wurde durch zwei Fragen eingeschätzt:

»Menschen mit Diabetes sind häufiger einsam«

„Fühlen Sie sich oft einsam?“ und „Wie oft haben Sie die Möglichkeit, sich jemandem, dem sie nahestehen, anzuvertrauen?“. Als Hochrisiko-Personen für Einsamkeit wurden jene eingestuft, die sich einsam fühlten und sich weniger als einmal im Monat einer nahestehenden Person anvertrauen konnten. Zur Einschätzung der sozialen Isolation wurden die Lebensumstände, die Häufigkeit der sozialen Kontakte und die Art der Freizeitaktivitäten erfragt. Hochrisiko-Personen waren hier Alleinlebende mit Besuchen weniger als einmal im Monat und einer sozialen Freizeitaktivität weniger als einmal in der Woche. Über einen Zeitraum von 10,7 Jahren wurde die Kohorte hinsichtlich des Auftre-

tens kardiovaskulärer Erkrankungen beobachtet.

Die Ergebnisse, veröffentlicht im European Heart Journal, ergaben eine Assoziation von Einsamkeit mit einem erhöhten Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen bei Menschen mit Diabetes mellitus. Für soziale Isolation zeigte sich dieser Zusammenhang nicht.

Einsam mit Diabetes bedeutet höheres Risiko – warum?

Ursache für diese Beobachtung könnte sein, dass Menschen mit Diabetes zum einen ein höheres Risiko für

kardiovaskuläre Erkrankungen haben, zum anderen aber auch häufiger von Einsamkeit betroffen sind als Menschen ohne Diabetes. Wang und ihr Team gehen zudem davon aus, dass im Hinblick auf kardiovaskuläre Erkrankungen die Qualität sozialer Kontakte, also die emotionale Komponente, ausschlaggebender ist als die Quantität der Kontakte – vielleicht eine beruhigende Hypothese, denn danach kann jede*r selbst entscheiden, welche der vielfältigen Formen, die soziale Kontakte haben können, individuell guttun. Liesa Regner-Nelke Wang et al. Eur Heart J 2023; 44 (28): 2583-2591; doi: 10.1093/eurheartj/ehad306 Grillich L. Qualitas 2022; 20: 15; doi: 10.1007/s43831-021-0061-8 Dahlberg et al. Aging Ment Health 2022; 26 (2): 225-249; doi: 10.1080/13607863.2021.1876638 www.bundestag.de/resource/blob/833358/0924ddceb95ab55db40277813ac84d12/19-13-135b-data.pdf

»Es gibt einen Unterschied zwischen sozialer Isolation und Einsamkeit«

Diabetes früher entdecken – aber wie?

Britische Studie zeigt relevanten Zeitgewinn durch ein Screening auf Typ-2-Diabetes

EXETER. Inwieweit lässt sich die Zeit bis zur Diabetesdiagnose durch ein HbA_{1c}-Screening bei Erwachsenen jenseits der 40 verkürzen? Dieser Frage ging eine britische Arbeitsgruppe in einer bevölkerungsbasierten Analyse nach.

Um die Früherkennung des Typ-2-Diabetes zu verbessern, werden verschiedene Screening-Strategien propagiert: Die American Diabetes Association (ADA) empfiehlt heute ein regelmäßiges Screening für alle Erwachsenen über 35 Jahre. In England dagegen wird eine Hochrisikostategie favorisiert, die Personen zwischen 40 und 74 Jahren erfasst. Ob so oder so ge-

löst, es fehlt an robusten Daten, die den Benefit des Screenings fassbar machen.

Bevölkerungsbasierte Daten, die eine britische Arbeitsgruppe unter der Leitung von Dr. KATHERINE G. YOUNG vom Exeter Centre of Excellence in Diabetes analysiert hat, liefern jetzt für das in England empfohlene Vorgehen belastbare Zahlen. Es handelt sich laut den Autor*innen um die erste bevölkerungsbasierte Analyse dieser Art.

Ihre Untersuchung stützen die Forschenden auf Daten der UK Biobank-Kohorte, die mehr als 500.000 Erwachsene im Alter zwischen 40 und 70 Jahren umfasst. Diese wurden zwischen 2006 und

2010 für die UK Biobank-Studie rekrutiert und über zwölf Jahre hinweg nachverfolgt. Bei allen Studienteilnehmern wurde zu Beginn der HbA_{1c}-Wert bestimmt, ohne dass jedoch das Ergebnis den Proband*innen oder ihren Ärzt*innen mitgeteilt wurde.

Wann wird die Diagnose in der Regelversorgung gestellt?

Die Arbeitsgruppe um Dr. Young interessierte sich speziell für die Subpopulation mit zu Beginn erhöhten HbA_{1c}-Werten (≥ 48 mmol/mol ($\geq 6,5\%$)), bei denen bislang kein Diabetes diagnostiziert worden war. Anhand dieser Subgruppe mit nachweislich schon bestehendem Diabetes konnten die Wissenschaftler*innen prospektiv verfolgen, wie lange die Diagnosestellung im Rahmen der Routineversorgung dauert und wie viel Zeit

sich durch ein gezieltes HbA_{1c}-Screening gewinnen lässt.

Bei 1 % der Studienteilnehmenden ($n = 1.703$), deren HbA_{1c}-Werte eingangs der Langzeitstudie die Kriterien eines Diabetes mellitus erfüllten, war bislang keine Diabetesdiagnose gestellt worden. Im Schnitt lagen die HbA_{1c}-Werte in dieser Subpopulation zu Studienbeginn bei 51,3 mmol/mol (IQR 49,1–57,2) bzw. 6,8 % (IQR 6,6–7,4). Im Laufe des zwölfjährigen Follow-ups wurde

der Typ-2-Diabetes bei 87,7 % dieser Menschen im Rahmen der Routineversorgung diagnostiziert. Bis zur Diagnosestellung vergingen im Schnitt 2,2 Jahre, die man durch ein gezieltes Screening hätte gewinnen können. Der HbA_{1c}-Wert lag zum Diagnosezeitpunkt bei im Mittel 58,2 mmol/mol (IQR 51,0–80,0) bzw. 7,5 % (IQR 6,8–9,5).

Ulrike Viegener

Young KG et al. Diabetologia 2023; 66: 300-309; doi: 10.1007/s00125-022-05824-0

Bei Frauen dauert es länger bis zur Diagnose

Weibliches Geschlecht sowie ein relativ niedriges Körpergewicht waren mit besonders langen Zeiträumen bis zur Diagnose verknüpft. Die Hazard Ratio (HR) für männliches Geschlecht betrug 1,12. Die HR für einen Body-Mass-Index ≥ 30 kg/m² lag bei 1,25. Außerdem dauerte es umso länger, bis die Diagnose gestellt wurde, je näher die HbA_{1c}-Werte zu Studienbeginn am diagnostischen Schwellenwert angesiedelt waren. Starke HbA_{1c}-Normabweichungen wurden dagegen im Rahmen der Routineversorgung schneller erkannt und im Sinne eines manifesten Diabetes interpretiert.



Foto: Fotomanufaktur JL - stock.adobe.com



Wanderguppen waren u.a. in der Nähe von Landau (L.) und in Bayern gesund unterwegs.

Fotos: privat

Gesundes Wandern bei Diabetes

Gehen ist gut für Menschen mit Diabetes – begleitetes Wandern soll die Scheu vor der Bewegung nehmen

LANDAU/AUGSBURG. Gehen ist eine der natürlichsten Bewegungsformen, die in allen Alters- und Bevölkerungsgruppen durchführbar und verfügbar ist. Gehen erfordert kein Fachwissen und keine logistische Unterstützung, kann an verschiedenen Orten durchgeführt werden und ist für die meisten Menschen mit Diabetes im täglichen Leben leicht anwendbar. Ein idealer Ausgangspunkt für die Aktion „Gesundes Wandern bei Diabetes“.

In seinem Artikel aus dem Jahr 1997 beschreibt der Epidemiologe Professor JEREMIAH NOAH MORRIS trefflich: „Gehen ist eine rhythmische, dynamische, aerobe Aktivität der großen Skelettmuskeln, die die vielfältigen Vorteile dieser Aktivität mit minimalen nachteiligen Effekten verbindet. Gehen ist die Aktivität, die dem perfekten Training am nächsten kommt.“¹

Das Risiko für Typ-2-Diabetes durch Bewegung reduzieren

Es gibt eine gute wissenschaftliche Studienlage, dass körperliche Aktivität zur Risikoreduktion der Entstehung von Typ-2-Diabetes geeignet ist. Die Metaanalyse von Aune et al.² liefert bereits deutliche Hinweise auf einen umgekehrten Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und dem Risiko für Typ-2-Diabetes. In dieser Arbeit wurde auch schon der positive Effekt des Gehens auf die Risikoreduktion des Typ-2-Diabetes anhand von sieben Kohortenstudien und 326.779 Teilnehmern gezeigt. Eine der wesentlichen Aussagen: Je 20 MET-Stunden körper-

licher Aktivität pro Woche in der Freizeit wird das Diabetesrisiko um 15 % gesenkt. MET meint „Metabolic Equivalent of Task (deutsch „metabolisches Äquivalent“). Es beschreibt den Energieverbrauch eines Menschen in Ruhe.

Gute Gründe, bei Diabetes zu gehen

Gehen verbessert die Blutzuckereinstellung bei Typ-2-Diabetes und sollte als eine Form des aeroben Trainings für die meisten Menschen mit Diabetes empfohlen werden.³ Wichtige Gründe dafür sind:

- Der Blutzuckerspiegel sinkt und der HbA_{1c}-Wert wird signifikant gesenkt. Die Insulinempfindlichkeit steigt. Das Gehen kurz vor oder nach den Mahlzeiten scheint den postprandialen Anstieg des Blutzuckerspiegels und der Glukosevariabilität stärker zu senken als zu anderen Zeitpunkten.
- Kurze Spaziergänge zur Unterbrechung einer längeren sitzenden Tätigkeit wirken sich günstig auf das Blutzuckerprofil von Menschen mit Diabetes aus und

sollten, wann immer dies möglich ist, allen sitzenden Personen neben der Verschreibung von Bewegung empfohlen werden.

- Einige wenige randomisierte, kontrollierte Studien zeigten durchweg verbesserte Blutzuckerprofile nach Unterbrechung des langen Sitzens bei Typ-2-Diabetes, z.B. drei Minuten alle 30 Minuten, und dieser Effekt blieb über mehrere Stunden erhalten.
- Regelmäßiges Gehen begünstigt eine leichte Senkung von Körpergewicht und Blutdruck.
- Einige randomisierte, kontrollierte Studien deuten auf eine Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens und eine Verringerung der Notwendigkeit einer pharmakologischen Therapie hin.
- Gehen verbessert signifikant die kardiorespiratorische Fitness (VO₂max) bei Typ-2-Diabetes.
- Die Informationen zur Verbesserung der Muskelkraft sind begrenzt und uneinheitlich.

Gehen könnte sich günstig auf chronische Komplikationen bei Diabetes auswirken. Die Verbesserung des kardiovaskulären Risikos oder auch günstige Veränderungen bei verschiedenen funktionellen Aspekten

»Das fast perfekte Training: Gehen«

der diabetischen Neuropathie sind berichtet. Liegen Folgeerkrankungen vor, ist es ratsam, bei den Empfehlungen zum Gehen bei Menschen mit Typ-2-Diabetes eine maßgeschneiderte medizinische und funktionelle Bewertung vorher anzustreben.

Das Konzept von „Gesundes Wandern bei Diabetes“

Am 6. Mai 2023 hat die AG Diabetes, Bewegung & Sport der DDG bundesweit gesundes Wandern angeboten. Die Aktion wurde gemeinsam mit diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe organisiert. Warum ist gerade bei Diabetes die kompetente Begleitung wichtig? Es sind bei Menschen mit Diabetes einige Barrieren für die Bewegung bekannt. Zwei sind von besonderer Bedeutung: die Angst vor Unterzuckerung und die Angst vor Verletzung.⁴ Deshalb ist es sinnvoll und notwendig, die erste Wandererfahrung durch ein Diabetesteam zu begleiten und nicht durch einen in diesem Aspekt unerfahrenen Wanderführer.

Die Teilnehmer wurden aufgefordert, Blutzuckermessgerät und Teststreifen, Traubenzucker oder Fruchtsaft und gutes, passendes Schuhwerk mitzubringen. Vor, während und nach der Wanderung wurde der Blutzucker

gemessen und praktische Tipps für gesundheitsförderndes Wandern vermittelt. Durch die Messungen sollten die Teilnehmer kennenlernen, wie ihr Körper auf die Bewegung im Blutzuckerverhalten reagiert, um sich bei den nächsten Wanderungen möglicherweise allein sicher auf den Weg zu machen.

Schon kurze Wanderungen und wenig Bewegung tun gut

Bereits kurze Wanderungen können sehr wohltuend sein. Drängende Fragen, z.B. „Wie viel kann ich mir zutrauen? Und welche Belastung ist geeignet, um den Diabetes durch Bewegung wirksam zu behandeln?“, wurden an diesem Aktionstag beantwortet. Während einer 90-minütigen Wanderung mit einer Länge von drei bis fünf Kilometern wurden zwei bis drei Aktivpausen für Koordinations- oder Stabilisationsübungen eingebaut. Für die Intensität wurde als Regel „Laufen ohne Schnaufen“ ausgeben.

Dr. Stephan Kress und Dr. Peter Borchert für die AG Diabetes, Bewegung & Sport

1. Morris JN et al. Sports Med 1997; 23 (5): 306-332; doi: 10.2165/00007256-199723050-00004. Erratum in: Sports Med 1997; 24 (2): 96; doi: 10.1007/BF03257359

2. Aune D et al. Eur J Epidemiol 2015; 30 (7): 529-542; doi: 10.1007/s10654-015-0056-z

3. Moghetti P et al. Nutr Metab Cardiovasc Dis 2020; 30 (11): 1882-1898; doi: 10.1016/j.numecd.2020.08.021

4. Korkiakangas EE et al. Health Promot Int 2009; 24 (4): 416-427; doi: 10.1093/heapro/dap031



Bewegungstipps im Video

Dr. Meinolf Behrens ist niedergelassener Diabetologe und Sportmediziner aus Minden; zudem ist er aktiv in der AG Diabetes, Sport & Bewegung. Sein Ziel ist es, bei den Menschen, die er behandelt, die Lust an der Bewegung zu wecken. Im Video-Interview gibt er einige gute und praktische Hinweise, wie das Gelingen kann. Mit dem QR-Code geht's zum Video.

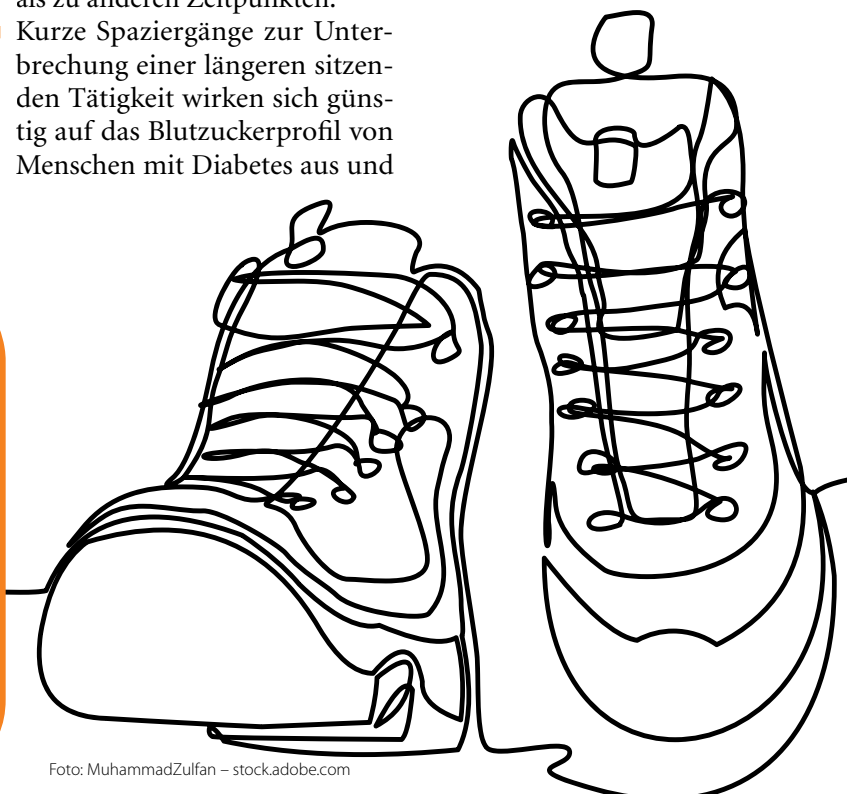



Foto: MuhammadZulfan – stock.adobe.com



Aktion wird 2024 fortgesetzt – jetzt schon anmelden!

Viele, die 2023 an der Aktion „Gesundes Wandern bei Diabetes“ teilgenommen haben, haben sich zurückgemeldet – und alle bewerteten die Aktion mit einem lachenden Smiley. Das hat die Organisatoren ermutigt,

auch 2024 Wanderungen anzubieten. Praxen, die mitmachen wollen, können sich schon jetzt bei Sigrid Hoffmann anmelden:

 Hoffmann_sigrid@icloud.com

Unterstützer der Aktion

Unterstützt wurde das „Gesunde Wandern bei Diabetes“ von den Unternehmen Abbott GmbH, AstraZeneca GmbH,

Lilly Deutschland GmbH, Novo Nordisk Pharma GmbH, Insulet Germany GmbH und Sanofi-Aventis Deutschland GmbH.



Das Ziel des Projekts in NRW: die Inklusion fördern.

Fotos: Robert Kneschke – stock.adobe.com

NRW-Landesprojekt fördert die Teilhabe

Das Inklusionsprojekt läuft seit vier Jahren und verbessert die Situation in Kita und Schule

HERDECKE. In Nordrhein-Westfalen wird seit inzwischen vier Jahren ein beispielhaftes Inklusionsprojekt für Kinder mit Diabetes Typ 1 in Kitas und Schulen durchgeführt. Dadurch wurden die Zufriedenheit aller Beteiligten im Versorgungssystem dieser Kinder deutlich verbessert und wichtige Schritte zur Inklusion ermöglicht.

Der Landtag NRW hat seit 2019 parteienübergreifend entschieden, finanzielle Mittel für Diabetesschulungen bereitzustellen. Das MAGS (Gesundheitsministerium NRW) hat ein Handlungskonzept Diabetes erarbeitet, in dem das Projekt „Diabetes in Kita und Schule“ einen Baustein darstellt. Dadurch können aufsuchende Diabetesschulungen für pädagogische Fachkräfte durchgeführt werden. Das kooperative Projekt „Diabetes in Kita und Schule“ konnte in diesem Kontext nach langjährigem Ringen, auch nach dem hohen Einsatz von Eltern und kinderdiabetologischen Teams, unter Regie des Gesundheitsministeriums in Kooperation mit Pro Kid e.V. Herdecke (Koordinierungsstelle für das Schulungsprojekt in NRW), der DDH-M, der AG Pädiatrische Diabetologie der DDG als übergeordneter Ansprechadresse für die Landesregierung und der IKK classic umgesetzt werden.

Runder Tisch im Gesundheitsministerium

Das MAGS ruft regelmäßig ein übergeordnetes „Rundes Tisch“ im MAGS im Rahmen des „Handlungskonzeptes Diabetes“ mit all-

involvierten Institutionen des Handlungskonzeptes ein, in dessen Kontext wichtige Abstimmungsfragen in drei Arbeitsbereichen bearbeitet werden. Hier werden verschiedene wichtige Aufgaben der Entbürokratisierung und Finanzierungswege bearbeitet. Ziel ist, Benachteiligungen im Kita- und Schulalltag, Ausschluss von Klassenfahrten, Beaufsichtigungen zur Diabetesbehandlung durch Eltern in Kita und Schule sowie diabetesbedingte Einrichtungswechsel zu beenden und Handlungs- und Abstimmungsprozesse zu optimieren.

Verein Pro Kid koordiniert die Maßnahmen

Das Kooperationsprojekt „Diabetes in Kita und Schule“ umfasst vor allem das Angebot von kindbezogenen, aufsuchenden Personalschulungen in Kitas und Schulen durch pädiatrische Diabetesberaterinnen, Seminare (für größere Gruppen) sowie Klassenfahrtbegleitungen durch diabeteserfahrene Personen. Diese Maßnahmen werden zur Vernetzung durch die notwendige Koordinierungsstelle bei Pro Kid sowie durch

Kontaktdaten

- „Diabetes in Kita und Schule“ – ein Projekt des Landes NRW, Koordinierungsstelle (Pro Kid e.V.), www.prokid-herdecke.de
- Andreas Disselnkötter, diab_schule_kita@posteo.de
- Dr. Dörte Hilgard, hilgard@prokid-herdecke.de, Tel.: 0171-9582613



die DDH-M in einem weitgehend entbürokratisierten Verfahren vermittelt und koordiniert. Angesichts

der kontinuierlich steigenden Inzidenzen (ca. 3 % p.a.) für Diabetes Typ 1 bei Kindern und Jugendlichen



Typ-2-Diabetes & Gewicht

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

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

Mit freundlicher Unterstützung der Lilly Deutschland GmbH

PP-LD-DE-5827

finden sich in Kitas und Schulen jeweils mind. ein bis fünf Kinder oder Jugendliche mit dieser Erkrankung. Über die Koordinierungsstelle im Verein Pro Kid (Andreas Disselnkötter, Dr. Dörte Hilgard) werden die Maßnahmen der kinderdiabetologischen Einrichtungen koordiniert (im Jahr 2023 sind es 35 teilnehmende Einrichtungen aus NRW – damit weitgehend alle, mit deren Diabetesberater*innen).

Die Durchführung aller Maßnahmen, auch die über die DDH-M koordinierten (vorrangig Seminare und Klassenfahrtbegleitungen), erfolgt auf der Basis des Schulungsprogramms EduKids®. Die Vernetzung und Kooperation aller Beteiligten ist wesentliche Voraussetzung für das Gelingen des Projektes.

Das Projekt wird von allen Seiten als ausgesprochen erfreulich und erfolgreich erlebt und gerne angenommen. Dafür spricht, dass z.B. im Zeitraum August 2022 bis März 2023 378 kindbezogene Schulungsmaßnahmen, 120 Seminare und 17 Klassenfahrtbegleitungen durchgeführt wurden.

Durch das Projekt „Diabetes in Kita und Schule“ konnte in Nordrhein-Westfalen die Situation für die betroffenen Familien mit Diabetes im Vergleich zu vor 2019 deutlich verbessert werden. So ist das Projekt unserer Meinung nach trotz offener Fragen vorbildlich und attraktiv zur Nachahmung für andere Bundesländer.

Dr. Dörte Hilgard,
Andreas Disselnkötter

Die Ausführungen geben die Sichtweise der Verfasser wider, es kann dabei nicht für alle Mitglieder des gesamten Runden Tisches gesprochen werden.

Borrmann B, Rosenkötter N. Public Health Forum 2021; 29 (4): 304-307; doi: 10.1515/pubhef-2021-0083

Heinrich M et al. Diabetologie 2019; 14: 1-8; doi: 10.1055/a-0970-8886

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



PFAS-Verbot auch in Medizinprodukten?

Herzschrittmacher, Narkosegeräte und viele andere Medizinprodukte enthalten PFAS, bekannt als „Ewigkeits-Chemikalien“. Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin warnt vor dem geplanten umfangreichen Verbot von PFAS.

42 %

der deutschen Bevölkerung führt eigene gesundheitliche Probleme auf Bewegungsmangel und langes Sitzen zurück. Quelle: AOK

Prof. Dr. Wiebke Fenske am Bergmannsheil

Professor Dr. Wiebke Fenske ist neue Direktorin der Medizinischen Klinik I am BG Universitätsklinikum Bergmannsheil in Bochum. Sie verantwortet die Bereiche Allgemeine Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie sowie Gastroenterologie und Hepatologie.

Interdisziplinärer Prozess am Krankenbett

Zentrum für Diabetologie und Kardiologie gegründet



**DIABETES
ZENTRUM
DDG**

Zertifizierte Einrichtung mit hervorragenden Standards

KÖLN. Das Krankenhaus Porz am Rhein setzt in seinem Zentrum für Diabetologie und Kardiologie konsequent auf eine interdisziplinäre Versorgung von Patient*innen mit Diabetes und bestehenden oder drohenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Ein Kardiologe hat sich eigens hierfür zum Diabetologen weitergebildet. Ein zweiter befindet sich in der Zusatzweiterbildung.

Seit Jahren stehen die Fachabteilungen und Stationen im Krankenhaus Porz am Rhein in engem Austausch miteinander, wenn es um das Abklären fächerübergreifender Fragen geht. Auch wenn das Konsiliarwesen hausweit greift, profitieren vor allem die Kardiologie und die der Abteilung für Innere Medizin und Gastroenterologie angeschlossene Diabetologie von der Zusammenarbeit. „Von den jährlich rund 5.000 stationär in unserer Abteilung behandelten Fällen haben bei Aufnahme im Schnitt bis zu 20 % einen manifesten Diabetes Typ 2“, sagt PD Dr. DENNIS ROTTLÄNDER, Ärztlicher Leiter für strukturelle Herzkrankheiten. Eine konsequente und optimale Blutzuckereinstellung unter Einhaltung leitlinienkonformer Qualitätsstandards sei unabdingbar, um weiteren Herz- und Gefäßschäden vorzubeugen.

Ein Garant für die qualitativ hochwertige Versorgung sei, dass das Diabeteszentrum im Februar 2023

»Das Gütesiegel ist quasi die Basis unserer Arbeit«

von der DDG schon zum zehnten Mal als Diabeteszentrum DDG für Patient*innen mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes zertifiziert wurde. „Das Gütesiegel ist quasi die Basis unserer Arbeit“, betont Prof. Dr. WOLFGANG HOLTMEIER, Chefarzt der Diabetologie. Das Messen des Blutglukosewerts aller internistisch eingewiesenen Patient*innen sowie stationäre Diabetesschulungen gehörten ebenso zum Standard wie die Versorgung bei Stoffwechsellagen und das Behandeln von Begleiterkrankungen beim Diabetesmanagement. Umgekehrt können die Diabetolog*innen jederzeit auf die drei hochmodernen Herzkatheterlabore des Krankenhauses und die Expertise ihrer Kolleg*innen aus der Kardiologie zurückgreifen.

Oberste Maxime ist es, die Insulinresistenz zu verbessern

Anfang August kam es zur Gründung eines „Zentrums für Diabetologie und Kardiologie“. „Das Zentrum ist räumlich keiner speziellen Abteilung angegliedert“, erklärt Prof. Holtmeier. Vielmehr sei die interdisziplinäre Zusammenarbeit als tagtäglich gelebter Prozess am Krankenbett zu verstehen, bei dem das achtköpfige Diabetes-Team versuche, maßgeschneiderte Behandlungsstrategien für Patient*innen



Das Team des Zentrums für Diabetologie und Kardiologie mit PD Dr. Dennis Rottländer und Professor Dr. Wolfgang Holtmeier (Zweiter und Dritter von links). Foto: Krankenhaus Porz am Rhein gGmbH

mit einem manifesten Diabetes und kardiologischen Problemen zu entwickeln. Oberste Maxime dabei sei, die Insulinresistenz zu verbessern, um vor allem bei Typ-2-Diabetes-Patient*innen Insulin einzusparen bzw. Insulingaben gänzlich zu vermeiden und zugleich eine Gewichtsabnahme herbeizuführen.

„Durch moderne Therapieoptionen, wie die GLP1-Rezeptoragonisten oder die SGLT2-Hemmer, die durch die neue Nationale Versorgungsleitlinie für die Behandlung des Typ-2-Diabetes gedeckt sind, stehen uns zum Glück mittlerweile hervorragende Behandlungsalternativen zur Verfügung, die sowohl kardiovaskuläre Risiken reduzieren als auch zu einem deutlichen Gewichtsverlust führen können“, so Prof. Holtmeier. Mithilfe von Medikamenten dieser Wirkstoffklassen ließe sich bei 80 % der Typ-2-Diabetes-Patient*innen unter stationärer Kontrolle eine Insulingabe vermeiden, erklärt der

Diabetologe. „Die neuen Medikamente ermöglichen uns eine viel größere Flexibilität in der Behandlung“, bestätigt Kardiologe Dr. Rottländer, der sich vor zwei Jahren zum Diabetologen weitergebildet hat. Sein Beispiel machte Schule. Ein weiterer Oberarzt der Kardiologie absolviert nun ebenfalls die Zusatzweiterbildung Diabetologie bei der Ärztekammer Nordrhein und der DDG.

Mit der Mannschaft könne der hohe Bedarf gerade so bewältigt werden, macht Prof. Holtmeier deutlich, da alle Ärzte noch weitere Aufgaben in ihren Abteilungen zu erfüllen haben. Optimale Prozesse und interdisziplinäres Arbeiten führten aber zu einem wesentlich effizienteren System. Bedauerlich sei nur, dass die diabetologische Versorgung stationärer Patient*innen von den Kassen nicht honoriert werde. *Petra Spielberg*

STECKBRIEF

- **Ort:** Köln-Porz
- **Patientenzahl im Jahr:** in der Kardiologie ca. 5.000, davon im Schnitt ca. 20 % mit der Diagnose Diabetes mellitus
- **Anzahl der Mitarbeitenden im Diabetes-Team:** fünf Diabetologen (ein Gastroenterologe/Endokrinologe, zwei Gastroenterologen, zwei Kardiologen), zwei Diabetesberaterinnen, eine Diät- und Diabetesassistentin
- **Ansiedlung der Diabetologie im Haus:** Abteilung Innere Medizin und Gastroenterologie

Ausschuss Ernährung

Gremium der Deutschen Diabetes Gesellschaft

Der Ausschuss Ernährung ist einer von sechs Ausschüssen der DDG. Die nächste große Veranstaltung, an der das Gremium beteiligt ist, ist die Diabetes Herbsttagung am 17./18. November, die einen ernährungsmedizinischen Schwerpunkt hat.

Welche Ziele und Aufgaben hat der Ausschuss Ernährung?

Die Mitglieder beschäftigen sich aus unterschiedlichen Blickwinkeln mit der Ernährung bei Diabetes und anderen metabolischen Erkrankungen. Ziel ist es vor allem, die Individualisierung unterschiedlicher Ernährungsstrategien wissenschaftlich zu begründen. Wir sehen die Ernährung als Querschnittsfach und bieten unsere Expertisen nicht nur innerhalb der DDG an, sondern sind auch im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit mit unterschiedlichen Anfragen

konfrontiert. Mit unseren Aktivitäten möchten wir Wege zur ernährungsmedizinischen Prävention von Adipositas und Diabetes aufzeigen.

Welche Projekte werden verfolgt?

Gerade beschäftigt sich unser Gremium mit der Erstellung und Aktualisierung von Praxisempfehlungen zu Typ-1- und Typ-2-Diabetes und zur Diabetesprävention. Eine Arbeitsgruppe legt zudem spezielle Patientempfehlungen auf. Mitglieder des Ausschusses sind zudem regelmäßig an der Leitlinienerstellung verschie-

dener Fachgesellschaften im Schnittbereich zur Ernährung tätig. Außerdem wird mit finanzieller Unterstützung der DDG eine Studie durchgeführt, welche eine Gewichtsreduktion aufgrund individueller Präferenzen bezüglich der Abnahmemethode untersucht.

Richtet der Ausschuss 2023 eine Veranstaltung aus?

Professor Dr. Diana Rubin ist Mitglied im Ausschuss für Ernährung und gleichzeitig eine der beiden Tagungspräsidentinnen der Diabetes Herbsttagung 2023. Mitglieder des Ausschusses sind hier im Programmkomitee vertreten.



SERIE GREMIEN IM FOKUS

- **Anzahl der Mitglieder:** 14
- **Sprecher:** Professor Dr. Thomas Skurk
- **Kontakt:** skurk@tum.de

»Der Ausschuss steht mit Rat und Tat bei allen Fragen zum Thema Ernährung zur Seite. Wir arbeiten kontinuierlich an der Vermittlung des Bewusstseins für die überragende Bedeutung der Ernährung bei der Prävention nicht nur metabolischer Erkrankungen.«

Prof. Dr. Thomas Skurk



Prof. Dr. Thomas Skurk

Homepage der AG: www.ddg.info/die-ddg/ausschuesse/ernaehrung



Neu- oder re-zertifizierte Kliniken und Arztpraxen

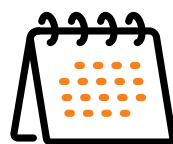
(im Zeitraum 15.08. bis 14.09.2023)

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 0		
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin	01307 Dresden	Diabeteszentrum DDG
St. Elisabeth Krankenhaus Leipzig, Innere Abteilung I	04277 Leipzig	Diabeteszentrum DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Katharina Anders	06108 Halle	Diabeteszentrum DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. med. Claudia Lindloh	07743 Jena	Diabeteszentrum DDG
PLZ 1		
St. Gertrauden-Krankenhaus GmbH	10713 Berlin	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Dr. Keno Hamer PRAXIS Gropiusstadt	12351 Berlin	Diabeteszentrum DDG
Diabeteschwerpunktpraxis Dres. Fleige/Weissenborn	12357 Berlin	Fußbehandlungseinrichtung DDG
MVZ Die Internistinnen im Zentrum GmbH, Diabetologie	15711 Königs Wusterhausen	Diabeteszentrum DDG
AMEOS-Klinikum Anklam	17389 Anklam	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
Klinikum Südstadt Rostock, Klinik für Innere Medizin I	18059 Rostock	Diabeteszentrum DDG
PLZ 3		
Praxis Franzmann und Schramm	32549 Bad Oeynhausen	Diabeteszentrum DDG
Klinikum Bielefeld gem. GmbH, Universitätsklinik für Diabetologie und Endokrinologie, Allgemeine Innere Medizin	33604 Bielefeld	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Marienkrankenhaus Kassel, Innere Medizin/Diabetologie	34127 Kassel	Diabeteszentrum DDG
PLZ 4		
Schwerpunktpraxis für Diabetes und Ernährungsmedizin, Dr. med. Klaus Schmitt	40721 Hilden	Diabeteszentrum DDG
Praxis Dres. van Haag und Stempel	41515 Grevenbroich	Diabeteszentrum DDG
St. Josef Krankenhaus Haan, Diabeteszentrum Rheinland-Haan	42781 Haan	Fußbehandlungseinrichtung DDG
St. Josef Krankenhaus Haan, Diabetes-Fußambulanz	42781 Haan	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Klinikum Westfalen GmbH, Knappschafts-Krankenhaus Dortmund, Medizinische Klinik I - Klinik für Gastroenterologie, Endoskopie und Diabetologie	44309 Dortmund	Diabeteszentrum DDG

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 4		
Praxis an der Kreuzkirche Dr. Iris Mitschka	44623 Herne	Diabeteszentrum DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. med. Martin Grüneberg	44649 Herne	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Joseph-Hospital Warendorf, Med. Klinik I	48231 Warendorf	Fußbehandlungseinrichtung DDG
St. Antonius-Hospital Gronau GmbH, Innere Medizin	48599 Gronau	Diabeteszentrum DDG
PLZ 5		
Maria-Hilf-Krankenhaus Rhein/Erft gGmbH,	50126 Bergheim	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Helios Klinikum Bonn/Rhein-Sieg, Allgemeine Innere Medizin	53123 Bonn	Diabeteszentrum DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Euskirchen - Gemeinschaftspraxis Ania Alexandra Roth & Dr. Petra Ferber	53879 Euskirchen	Diabeteszentrum DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. med. Heinz Peter Kröll	56073 Koblenz	Diabeteszentrum DDG
St. Johannes-Hospital, Klinik für Innere Medizin, Diabetologie	59755 Arnsberg	Diabeteszentrum DDG
PLZ 6		
Bürgerhospital und Clementine Kinderhospital gGmbH, Kinder- und Jugenddiabetologie	60316 Frankfurt am Main	Diabeteszentrum DDG
Diabetes-Schwerpunktpraxis Dr. med. Jens Braun und Margot Siebein	64646 Heppenheim	Diabeteszentrum DDG
St. Vincenz Krankenhaus Limburg, Zentrum für Diabetologie und Ernährungsmedizin	65549 Limburg	Diabeteszentrum DDG
PLZ 7		
Diabeteschwerpunktpraxis Drs. Reichert & Hinck	76829 Landau	Diabetes Exzellenzzentrum DDG
PLZ 8		
RoMed Klinikum Rosenheim, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	83022 Rosenheim	Diabeteszentrum DDG
Ärzte am Adlmannsberg	85139 Wettstetten	Diabeteszentrum DDG
Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Innere Medizin I	89081 Ulm	Diabeteszentrum DDG
PLZ 9		
Medic-Center IVZ Fürth	90762 Fürth	Diabeteszentrum DDG
MEDIAN Reha-Zentrum Bad Berka Ilmtal-Klinik, Diabetologie, Endokrinologie & Stoffwechsel	99438 Bad Berka	Diabeteszentrum DDG

Service der DDG

Unsere Empfehlung



Wichtige Termine auf einen Blick

Tagung

JA-PED – Jahrestagung der Dt. Ges. f. päd. und ado-leszente Endokrinologie und Diabetologie
02.11.–04.11.2023 – Ulm

Offizieller Tag der UN

Weltdiabetestag
14.11.2023; Digitaler Patiententag diabetesDE/
MedTriX: 12.11.2023, #docday Community-Events
#dedoc: 14.11.2023

Fortbildung

Intensivkurs Diabetischer Fuß
01.12.–02.12.2023 – Dresden

Fortbildung

Kurs Klinische Diabetologie DDG – Schwerpunkt Pädiatrie
ab 01.01.2024 – Präsenzkurs in Hannover

Fortbildung

DiaTec
25.01.–27.01.2024 – Berlin

Fortbildung

Kurs Klinische Diabetologie DDG
ab 04.03.2024 – Online-Kurs Dresden


Kongress

Deutscher Kongress für Endokrinologie
06.03.–08.03.2024 – Rostock

Kongress

Diabetes Kongress
08.05.–11.05.2024 – Berlin

Weitere Informationen und Termine unter:

 www.ddg.info/veranstaltungen/veranstaltungskalender

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

Urszula Hajdinjak, Berlin
Kristin Kunath, Chemnitz
Christoph Zingel, Frankfurt/Oder
Christine Helaleh, Witten
Jonas Castor, Heidelberg
Dr. Kurosh Ahrberg, München
Barbara Steuer, Duisburg
Dr. Julia Schulz, Frankfurt/Main
Dr. Abdallah Scheib, Bielefeld
Lucrecia Olivia Arreguin Camacho, Mainz

Angebote zur DDG Weiterbildung

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



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

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

➔ Diabetesberater*in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
250	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-1108, ☎ Fax: 05971/42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	<i>Aufbauqualifikation für Diabetesassistent*innen</i> 1. Block: 23.10. – 03.11.2023 2. Block: 05.02. – 16.02.2024 3. Block: 03.06. – 14.06.2024 4. Block: 30.09. – 11.10.2024
251	Mutterhaus der Borromäerinnen e.V. OA Feldstraße 16, 54290 Trier ☎ Tel.: 0651/947-3160, ☎ Fax: 0651/947-2205 schule@mutterhaus.de www.mutterhaus.de	1. Block: 06.11. – 18.11.2023 2. Block: 15.01. – 27.01.2024 3. Block: 15.04. – 27.04.2024 4. Block: 01.07. – 13.07.2024 5. Block: 16.09. – 28.09.2024 6. Block: 09.12. – 21.12.2024
252	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-1108, ☎ Fax: 05971/42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 20.11. – 01.12.2023 2. Block: 04.03. – 15.03.2024 3. Block: 21.05. – 01.06.2024 4. Block: 01.07. – 12.07.2024 5. Block: 26.08. – 06.09.2024 6. Block: 04.11. – 15.11.2024
RH 01 DB	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: 13.02. – 24.02.2024 2. Block: 13.05. – 25.05.2024 3. Block: 15.07. – 26.07.2024 4. Block: 14.10. – 25.10.2024 5. Block: 09.12. – 20.12.2024 6. Block: 03.02. – 14.02.2025
RH 02 DB	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: 02.04. – 13.04.2024 2. Block: 17.06. – 28.06.2024 3. Block: 12.08. – 23.08.2024 4. Block: 28.10. – 09.11.2024 5. Block: 17.02. – 28.02.2025 6. Block: 31.03. – 11.04.2025

Zum letzten Mal als separater Kurs!

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

Jena JE 01 DB	Diabeteszentrum 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. Modul: 29.01. – 09.02.2024 2. Modul: 15.04. – 26.04.2024 3. Modul: 03.06. – 07.06.2024 4. Modul: 10.06. – 14.06.2024* 5. Modul: 05.08. – 16.08.2024 6. Modul: 14.10. – 25.10.2024 7. Modul: 13.01. – 24.01.2025 zzgl. Wahlpflichtmodul
Regensburg RB 01 DB	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	1. Modul: 29.01. – 09.02.2024 2. Modul: 26.02. – 08.03.2024 3. Modul: 06.05. – 10.05.2024 4. Modul: 03.06. – 14.06.2024* 5. Modul: 15.07. – 26.07.2024 7. Modul: 16.09. – 27.09.2024 6. Modul: 11.11. – 15.11.2024 zzgl. Wahlpflichtmodul
Regensburg RB 02 DB	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	1. Modul: 08.04. – 19.04.2024 2. Modul: 17.06. – 28.06.2024 3. Modul: 01.07. – 05.07.2024 4. Modul: 30.09. – 11.10.2024* 5. Modul: 25.11. – 06.12.2024 7. Modul: 10.02. – 21.02.2025 6. Modul: 07.04. – 11.04.2025 zzgl. Wahlpflichtmodul
Bad Mergentheim BMH 01 DB	Diabetes-Akademie Bad Mergentheim e.V. Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim ☎ Tel.: 07931/594 165, ☎ Fax: 07931/77 50 zink@diabetes-zentrum.de www.diabetes-akademie.de	1. Modul: 15.04. – 26.04.2024 2. Modul: 08.07. – 12.07.2024 + 16.09. – 20.09.2024 3. Modul: 23.09. – 27.09.2024 4. Modul: 25.11. – 28.11.2024* 7. Modul: 02.12. – 06.12.2024 5. Modul: 17.03. – 28.03.2025 6. Modul: 12.05. – 23.05.2025 zzgl. Wahlpflichtmodul

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Rheine RH 03 DB	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. Modul: 06.05. – 17.05.2024 2. Modul: 08.07. – 19.07.2024 3. Modul: 02.09. – 06.09.2024 4. Modul: 25.11. – 06.12.2024* 5. Modul: 20.01. – 24.01.2025 6. Modul: 10.03. – 21.03.2025 7. Modul: 05.05. – 16.05.2025 zzgl. Wahlpflichtmodul
Berlin BER 01 DB	Wannsee Akademie des Wannseeschule e.V. Berlin Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin ☎ Tel.: 030/806 86-040, ☎ Fax: 030/806 86-101 akademie@wannseeschulen.de www.wannseeschule.de	1. Modul: 13.05. – 17.05.2024 2. Modul: 03.06. – 14.06.2024 3. Modul: 07.10. – 18.10.2024 4. Modul: 13.01. – 24.01.2025* 5. Modul: 03.03. – 14.03.2025 6. Modul: 16.06. – 27.06.2025 7. Modul: 08.09. – 12.09.2025 zzgl. Wahlpflichtmodul
Traunstein TR 01 DB	Diabetes-Akademie Südostbayern Haus St. Rupert, Rupprechtstraße 6, 83278 Traunstein ☎ Tel.: 08663/30 90-713 info@diabetes-akademie.net www.diabetes-akademie.net	1. Modul: 22.07. – 02.08.2024 2. Modul: 23.09. – 27.09.2024 3. Modul: 25.11. – 06.12.2024 4. Modul: 03.02. – 14.02.2025* 5. Modul: 31.03. – 04.04.2025 6. Modul: 12.05. – 23.05.2025 7. Modul: 14.07. – 25.07.2025 zzgl. Wahlpflichtmodul
Rheine RH 04 DB	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. Modul: 09.09. – 20.09.2024 2. Modul: 18.11. – 29.11.2024 3. Modul: 13.01. – 17.01.2025 4. Modul: 04.03. – 15.03.2025* 5. Modul: 22.04. – 26.04.2025 6. Modul: 23.06. – 04.07.2025 7. Modul: 25.08. – 05.09.2025 zzgl. Wahlpflichtmodul
Regensburg RB 03 DB	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	1. Modul: 14.10. – 25.10.2024 2. Modul: 13.01. – 24.01.2025 3. Modul: 24.02. – 28.02.2025 4. Modul: 24.03. – 04.04.2025* 5. Modul: 12.05. – 23.05.2025 7. Modul: 07.07. – 18.07.2025 6. Modul: 22.09. – 26.09.2025 zzgl. Wahlpflichtmodul

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

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

Weitere Informationen finden Sie auf

www.ddg.info/qualifizierung-diabetesberaterin-diabetesberater

➔ Diabetesassistent*in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine	Kosten
Leipzig LP 01	Diabeteszentrum Leipzig e.V. Lützener Str. 145, 04179 Leipzig ☎ Tel.: 0162-2182893 diabeteszentrum.leipzig@web.de	1. Modul: 26.02. – 08.03.2024 2. Modul: 26.08. – 06.09.2024	1.510,- €
Kurse nach neuem Curriculum zum/zur Diabetesassistent*in DDG ab 2024 Neues Curriculum mit erweitertem Kompetenzerwerb!			
Jena JE 01 DA	Diabeteszentrum 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. Modul: 29.01. – 09.02.2024 2. Modul: 15.04. – 26.04.2024 3. Modul: 03.06. – 07.06.2024	
Regensburg RB 01 DA	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	1. Modul: 29.01. – 09.02.2024 2. Modul: 26.02. – 08.03.2024 3. Modul: 06.05. – 10.05.2024	
Merzig/ Besseringen MRZ 01 DA	AND Saar Arbeitsgruppe niedergelassener Diabetologen in der Regionalgruppe der DDG Bezirksstr. 122, 66663 Merzig/Besseringen ☎ Tel.: 06861/76061, ☎ Fax: 06861/72244 info@heimes-diabetes.de, www.ddg-saar.de	1. Modul: 05.02. – 16.02.2024 2. Modul: 11.03. – 22.03.2024 3. Modul: 06.05. – 10.05.2024	
Rheine RH 05 DA	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. Modul: 19.02. – 01.03.2024 2. Modul: 08.04. – 19.04.2024 3. Modul: 27.05. – 31.05.2024	
Regensburg RB 02 DA	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	1. Modul: 08.04. – 19.04.2024 2. Modul: 17.06. – 28.06.2024 3. Modul: 01.07. – 05.07.2024	

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine	Kosten
Bad Mergentheim BMH 01 DA	Diabetes-Akademie Bad Mergentheim e.V. Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim ☎ Tel.: 07931/594 165, ☎ Fax: 007931/77 50 zink@diabetes-zentrum.de, www.diabetes-akademie.de	1. Modul: 15.04. – 26.04.2024 2. Modul: 08.07. – 12.07.2024 + 16.09. – 20.09.2024 3. Modul: 23.09. – 27.09.2024	
Rheine RH 03 DA	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. Modul: 06.05. – 17.05.2024 2. Modul: 08.07. – 19.07.2024 3. Modul: 02.09. – 06.09.2024	
Berlin BER 01 DA	Wannsee Akademie des Wannseeschule e.V. Berlin Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin ☎ Tel.: 030 / 806 86 040, ☎ Fax: 030/80686 - 101 akademie@wannseeschulen.de, www.wannseeschule.de	1. Modul: 13.05. – 17.05.2024 2. Modul: 03.06. – 14.06.2024 3. Modul: 07.10. – 18.10.2024	
Jena JE 02 DA	Diabeteszentrum 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. Modul: 21.05. – 31.05.2024 2. Modul: 19.08. – 30.08.2024 3. Modul: 25.11. – 29.11.2024	
Gießen GI 01 DA	UKGM Universitäres Diabeteszentrum Mittelhessen Diabeteschulungszentrum Med. Klinik und Poliklinik III Klinikstrasse 33, 35392 Gießen ☎ Tel.: 0641/985 42887 jutta.liersch@innere.med.uni-giessen.de, www.udzm.de	1. Modul: 03.06. – 08.06.2024 + 24.06. – 28.06.2024 2. Modul: 23.09. – 27.09.2024 3. Modul: 28.10. – 01.11.2024 + 18.11. – 22.11.2024	
Traunstein TR 01 DA	Diabetes-Akademie Südostbayern Haus St. Rupert, Rupprechtstraße 6, 83278 Traunstein ☎ Tel.: 08663/ 30 90 713 info@diabetes-akademie.net, www.diabetes-akademie.net	1. Modul: 22.07. – 02.08.2024 2. Modul: 23.09. – 27.09.2024 3. Modul: 25.11. – 06.12.2024	
Rheine RH 04 DA	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. Modul: 09.09. – 20.09.2024 2. Modul: 18.11. – 29.11.2024 3. Modul: 13.01. – 17.01.2025	
Essen ES 01 DA	Diabeteszentrum am Elisabeth-Krankenhaus Essen Klara-Kopp-Weg 1, 45138 Essen ☎ Tel.: 0208/30542818, ☎ Tel.: 0202/897 4592 a.meier@contilia.de https://www.contilia.de/karriere/contilia-akademie/ aktuelle-lehrgaenge.html	1. Modul: 16.09. – 27.09.2024 2. Modul: 25.11. – 29.11.2024 3. Modul: 20.01. – 01.02.2025	
Regensburg RB 03 DA	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	1. Modul: 14.10. – 25.10.2024 2. Modul: 13.01. – 24.01.2025 3. Modul: 24.02. – 28.02.2025	

* inkl. Prüfungs- und Zertifikatsgebühr

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

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

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

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

Bilden Sie in Ihrer Heimatregion ein Team aus, um im eigenen Haus sowie in den benachbarten Einrichtungen die Pflegenden mit Basiskenntnissen zum Diabetes zu schulen. Seminare zur Basisqualifikation DDG sind im Rahmen der Zertifizierung „Klinik für Diabetespatienten geeignet“ (neu: „Klinik mit Diabetes im Blick“) für die Schulung der Pflegekräfte anerkannt! Melden Sie Ihr Team jetzt an! Verbessern Sie die Versorgung von Menschen mit Diabetes in Ihrer Heimatregion! **Wir informieren Sie gerne** – E-Mail: weiterbildung@ddg.info

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
9	CityCube Berlin Anmeldung über: Deutsche Diabetes Gesellschaft Albrechtstr. 9, 10117 Berlin ☎ Tel.: 030/311 69 37 18 weiterbildung@ddg.info	11.05.2024 (auf dem Diabetes Kongress)

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

➔ Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG – Fortbildung für Pflegendende

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
BaQ_ BW_08	Asklepios Bildungszentrum Nordhessen Ort: Asklepios Klinikum Schwalmstadt, Diabetes Schulungsraum 1 UG F1 Julia Steklow, Laustraße 37, 34537 Bad Wildungen ☎ Tel.: 05621/795 24 13 j.steklow@asklepios.com	01./02.11.2023
BaQ_ BW_09	Asklepios Bildungszentrum Nordhessen Ort: Asklepios Klinikum Schwalmstadt, Diabetes Schulungsraum 1 UG F1 Julia Steklow, Laustraße 37, 34537 Bad Wildungen ☎ Tel.: 05621/795 24 13 j.steklow@asklepios.com	07./08.02.2024
BaQ_ RB_10	Katholische Akademie für Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Angelika Deml, Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	19./20.03.2024
BaQ_ BW_10	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	30./31.10.2024

Weitere Informationen finden Sie auf www.ddg.info/qualifizierung-basisqualifikation-diabetes-pflege. Kurse sind anrechenbar für die Fortbildung im Rahmen der Zertifizierung: Klinik mit Diabetes im Blick.

➔ Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Langzeit)

Sie brauchen kompetentes, diabetologisch geschultes Pflegepersonal, das diabetologische Pflegerisiken in der Langzeitpflege erkennt und die Pflegeplanung gezielt am besonderen Bedarf der Menschen mit Diabetes ausrichtet? Sie möchten Liegezeiten verkürzen und Komplikationen vermeiden?

Dann melden Sie Ihre Pflegekraft jetzt zur Weiterbildung zur Diabetes-Pflegefachkraft DDG an!

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

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Rheine DPFK Kurs 02	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	17.06.2024 – 18.10.2024

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

Bitte beachten Sie:

Die Curricula für die Weiterbildung der Gesundheitsfachkräfte werden derzeit überarbeitet. Ab 2024 bilden wir die Diabetes-Pflegefachkräfte DDG nach neuer Struktur aus. Daher können aktuell noch nicht die detaillierten Daten der einzelnen Kursblöcke benannt werden.

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

➔ Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Klinik)

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Rheine DPFK Kurs 3	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	18.03.2024 – 07.06.2024

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

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

➔ Wundassistent*in DDG

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

Bilden Sie Ihr Assistenzpersonal weiter! Unterstützen sie die Initiativen zur Versorgung des Diabetischen Fußes!

Weitere Informationen unter: www.ddg.info/qualifizierung

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
61	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-1108 ☎ Fax: 05971/42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	23.10. – 28.10.2023
47	Deutsches Institut für Wundheilung Fritz-Reichle-Ring 2 (RIZ), 78315 Radolfzell ☎ Tel.: 07732/9391525 info@deutsches-wundinstitut.de	13.11. – 17.11.2023
10	Diabetes-Akademie Bad Mergentheim e.V. Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim ☎ Tel.: 07931/594 165, ☎ Fax: 07931/77 50 zink@diabetes-zentrum.de www.diabetes-akademie.de	20.11. – 24.11.2023
55	CID Centrum für integrierte Diabetesversorgung Kursort: St. Vinzenz-Hospital Merheimer Straße 221–223, 50733 Köln Anmeldung: ☎ Tel.: 0221/9349461, schulung@cid-direct.de www.cid-direct.de	26.02. – 01.03.2024
18	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	1. Block: 15. – 16.04.2024 (online) 2. Block: 22. – 26.04.2024 (Präsenz)
56	CID Centrum für integrierte Diabetesversorgung Kursort: St. Vinzenz-Hospital Merheimer Straße 221–223, 50733 Köln Anmeldung: ☎ Tel.: 0221/9349461, schulung@cid-direct.de www.cid-direct.de	26.08. – 30.08.2024
26	Diabetes Zentrum Thüringen e.V. (Universitätsklinikum Jena, Klinik für Innere Medizin III, FB Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen) Am Klinikum 1, Gebäude A, 07743 Jena ☎ Tel.: 03641/9324346, ☎ Fax: 03641/9324342 nadine.kuniss@med.uni-jena.de www.diabetes-thueringen.de	1. Block: 06.11. – 08.11.2024 2. Block: 13.11. – 15.11.2024

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

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

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

➔ Fortsetzung auf Seite 35



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



Die DDG Job- und Praxenbörse

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



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

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

STELLENANGEBOTE

ÄRZT*INNEN

Kelkheim, 06.09.2023

Internist*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Internist. Gem.-Praxis Albrecht/Wardak
- Adresse: Am Marktplatz 5, 65779 Kelkheim
- Ansprechpartner: Dr. med. Lars-H. Albrecht, 06195/2992, albrecht@internisten-kelkheim.de
- Website: www.internisten-kelkheim.de

Kelkheim, 06.09.2023

Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Internist. Gem.-Praxis Albrecht/Wardak
- Adresse: Am Marktplatz 5, 65779 Kelkheim
- Ansprechpartner: Dr. med. Lars-H. Albrecht, 0619572992, albrecht@internisten-kelkheim.de
- Website: www.internisten-kelkheim.de

Kempen, 05.09.2023

Internist*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis am Kutor
- Adresse: Burggring 1, 47906 Kempen
- Ansprechpartner: Roman Polyakov, 0176/66559959, admin@hausarzte-kempen.de
- Website: hausarzte-kempen.de

St. Gallen, 04.09.2023

Internist*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Stoffwechselforschung St. Gallen, friendlyDocs AG
- Adresse: Lerchentalstrasse 21 · CH-9016 St. Gallen
- Ansprechpartner: Prof. Dr. med. Bernd Schultes, +41 796247840, bernd.schultes@friendlydocs.ch
- Website: www.friendlydocs.ch

Frankfurt am Main, 01.09.2023

Diabetolog*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Adresse: Düsseldorfer Straße 15-17, 60313 Frankfurt am Main
- Ansprechpartnerin: Dr. Angela Hönig-Weimann, 0174/3307106, info@diabetespraxis-hoenig.de
- Website: www.diabetespraxis-hoenig.de

Frankfurt am Main, 01.09.2023

Diabetolog*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Gemeinschaftspraxis Eschersheim
- Adresse: Eschersheimer Landstraße 440, 60433 Frankfurt am Main
- Ansprechpartner: Dr. med. Wolfgang van de Sand, w-vds@web.de
- Website: www.arztpraxis-ffm.de



Direkter Zugang zu weiteren Informationen

Sie möchten mehr über einzelne Stellenangebote, Stellen- oder Nachfolgesuche erfahren? Dafür einfach den QR-Code scannen und so direkten Zugang zur Jobbörse auf der DDG Website erhalten. Auch ohne Smartphone haben Sie über die DDG Website immer Zugriff auf unsere Angebote.

Gelnhausen, 28.08.2023

Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: BAG Diabeteszentrum Dr. Tews & Partner
- Adresse: Herzbachweg 14E, 62571 Gelnhausen
- Ansprechpartnerin: Kira-Kristin Alt, 06051/91786 0, kira.alt@tews-diabetes.de
- Website: www.tews-diabetes.de

GESUNDHEITSFACHKRÄFTE

Tuttlingen, 10.09.2023

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 02.01.2024
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis Dr. med. Jochen Schalk/Galina Alekseeva
- Adresse: Neuhauser Straße 85, 78532 Tuttlingen
- Ansprechpartner: Dr. med. Jochen Schalk, 07821/4050 oder 0171/1985912, praxis-schalk@t-online.de

Emmerich am Rhein, 09.09.2023

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Diabetologische Schwerpunktpraxis Niederrhein
- Adresse: Klosterstraße 13, 46446 Emmerich am Rhein
- Ansprechpartnerin: Dr. Kathleen Döring, 02828/91410, info@hausarztpraxis-elten.de
- Website: diabetes-praxis-niederrhein.de

Berlin, 08.09.2023

Diabetesassistent*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Schöneberger Hausarztpraxis
- Adresse: Hauptstraße 131, 10827 Berlin
- Ansprechpartner: Andreas Göckenjan, stelleinberlin@gmx.de
- Website: www.hausarzt-diabetespraxis-berlin.eu

Aachen, 05.09.2023

Diabetesassistent*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: befristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Dres. Lätzsch und Tenholte
- Adresse: Marktplatz 4, 52078 Aachen
- Ansprechpartner: Dr. med. Christoph Tenholte, c.tenholte@gmx.de

Moers, 05.09.2023

MFA (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Dr. Jan Gewaltig, Diabetologie und Innere Medizin in der Goethestraße
- Adresse: Goethestraße 1, 02841 Moers
- Ansprechpartner: Dr. med. Jan Gewaltig, 0176/61589480, bewerbung@diabetes-moers.de
- Website: diabetes-moers.de

Frechen, 04.09.2023

Diätassistent*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.01.2024
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetologie Frechen
- Adresse: Fürstenbergstraße 61, 50226 Frechen
- Ansprechpartner: Dr. med. Florian Wirges, info@diabetologie-frechen.de

Frechen, 04.09.2023

Wundassistent*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.01.2024
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetologie Frechen
- Adresse: Fürstenbergstraße 61, 50226 Frechen
- Ansprechpartner: Dr. med. Florian Wirges, info@diabetologie-frechen.de

Bad Frankenhausen, 03.09.2023

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.11.2023
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis Dr. med. Michael Kautzleben
- Adresse: Markt, 10, 06567 Bad Frankenhausen
- Ansprechpartner: Dr. med. Michael Kautzleben, 034671/62160, info@diabetes-kautzleben.de
- Website: www.diabetes-kautzleben.de

Göttingen 01.09.2023

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Diabetologische Schwerpunktpraxis am Gauß-Wall
- Adresse: Hospitalstr. 5, 37073 Göttingen
- Ansprechpartner: Almut Stierling, almut.stierling@praxis-am-gauss-wall.de
- Website: www.praxis-am-gauss-wall.de

Burghausen, 31.08.2023

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabeteszentrum Burghausen
- Adresse: Robert-Koch-Straße 26, 84489 Burghausen
- Ansprechpartner: Dr. med. Markus Braun, 08677/914200, info@der-diabetologe.de
- Website: www.der-diabetologe.de

Direkt zu allen Stellenangeboten



STELLENANGEBOTE

München, 30.08.2023

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.01.2024
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Diabetologische Schwerpunktpraxis Untermenzing
- Adresse: Angerlohstraße 1, 80997 München
- Ansprechpartner: Dr. med. Dorit Maoz, diabetes@allgemeinmedizin-untermenzing.de
- Website: www.allgemeinmedizin-untermenzing.de

Bottrop, 21.08.2023

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: DIADOCTO Diabetes Schwerpunktpraxis
- Adresse: Hochstraße 48, 46236 Bottrop
- Ansprechpartner: personal@diadocto.de
- Website: www.diadocto.de

Neumarkt, 17.08.2023

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Klinikum Neumarkt i.d. Opf.
- Adresse: Nürnberger Straße 12, 92318 Neumarkt in der Oberpfalz
- Ansprechpartner: Bisanz, 09181/420-2268, jobs@klinikum-neumarkt.de
- Website: www.klinikum-neumarkt.de

Lüneburg, 26.08.2023

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.12.2023
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetes-Schwerpunktpraxis Dr. Laage
- Adresse: Kurt-Huber-Straße 4, 221337 Lüneburg
- Ansprechpartner: Dr. med. Christoph Laage, 04131/56900, chr.laage@praxis-ig.de
- Website: www.praxis-ig.de

Berlin, 20.08.2023

Hospitant*in zur Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.01.24
- Voraussichtliche Dauer: befristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Diabeteschwerpunktpraxis diab-doc.de
- Adresse: Wederstraße 85, 12347 Berlin
- Ansprechpartnerin: Dr. Nasila Nouniaz-Wirbelauer, 030/62730401, info@diab-doc.de
- Website: www.diab-doc.de

Moers, 22.08.2023

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.01.2024
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis im Rheinkamper Rathaus
- Adresse: Albert-Altwickler-Straße 33, 47445 Moers
- Ansprechpartnerin: Isabell Hoffmann, hoffmann@praxis-rheinkamp.de
- Website: praxis-rheinkamp.de/jobs

Frankfurt am Main, 18.08.2023

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Universitätsklinikum Frankfurt am Main
- Adresse: Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main
- Ansprechpartnerin: Claudia Jung, 0151/17190525, claudia.jung@kgu.de
- Website: www.kgu.de

DDG – SOCIAL MEDIA

Liken – Teilen – Informieren.
Bleiben Sie immer auf dem Laufenden!



Fotos: fotomowa – stock.adobe.com

NEU! Für Smartphone und Tablet Die DDG App

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

Foto: blankstock – stock.adobe.com

Noch kein DDG-Mitglied?

Überzeugen Sie sich von den Vorteilen!

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

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

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

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



Fortsetzung Weiterbildung & Qualifikation von Seite 32/33

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	24.11. – 27.11.2023 (Präsenz- oder Online-Kurs) 23.02. – 26.02.2024 in Augsburg 19.04. – 22.04.2024 (Online-Kurs) 14.06. – 17.06.2024 in Augsburg 06.09. – 09.09.2024 (Online-Kurs) 29.11. – 02.12.2024 (Online-Kurs)	Tagungsräume im Hotel am alten Park Augsburg	720,- € inkl. Kursunterlagen
willms.coaching Wilhelm-Busch-Str. 19, 37083 Göttingen Tel.: 0551/7974741 Fax: 0551/29213514 office@willmscoaching.de www.willmscoaching.de	Online-Termine: 06.11. – 07.11. und 20.11. – 21.11.2023 18.01. – 19.01. und 01.02. – 02.02.2024 08.02. – 09.02. und 22.02. – 23.02.2024 04.04. – 05.04. und 18.04. – 19.04.2024 30.05. – 31.05. und 13.06. – 14.06.2024 Präsenzkurse im Hotel Eden, Göttingen: 06.12. – 09.12.2023 Schwerpunkt Pädiatrie (online): 07. – 08.03.2024 und 21. – 22.03.2024		720,- € Fortbildungspunkte der Ärztekammer werden erteilt.
Akademie Luftiku(r)s e.V. Iburger Straße 187, 49082 Osnabrück Tel.: 0174/619 3869 akademieluftikurs@gmail.com www.akademie-luftikurs.de	26.11. – 29.11.2024 Termine direkt anfragen!	Bischöfliches Priesterseminar Große Domsfreiheit 5, 49074 Osnabrück	600,- € Bei Anmeldung ab 4 Wochen vor dem Termin 30,- € zusätzlich. Verpflegung und Übernachtung sind nicht im Preis enthalten.
Dr. med. Katja Schaaf Schinkelstraße 43, 40211 Düsseldorf Tel.: 0178/4596146 info@drkatjaschaaf.de www.drkatjaschaaf.de	Schwerpunkt Pädiatrie 26.10. – 29.10.2023 25.01. – 28.01.2024 11.04. – 14.04.2024 19.09. – 22.09.2024	Elisabeth-Krankenhaus Essen Konferenzzentrum Klara-Kopp-Weg 1 45138 Essen	750,- Euro zzgl. 19% MwSt.; inkl. Seminarunterlagen

Fortbildungspunkte werden in der Regel von der Ärztekammer erteilt.

Fachpsycholog*in DDG

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



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



BUNTES

Rätselraten um den Zuckergehalt

Mit wenigen Informationen lassen sich die Schätzungen verbessern

MANNHEIM. Wie viel Zucker ist in Fruchtojoghurt, wie viel in Schokolade, wie viel Zucker enthält ein Apfel? Viele Menschen wissen das nicht; auch eine Schätzung ist für sie schwierig. Wie lässt sich das ändern? „Seeding“ – das „Aussäen“ von Informationen – kann sehr schnell Früchte tragen.

Im ersten Teil der Studie haben wir die 160 Versuchspersonen darum gebeten, den Zuckergehalt diverser Speisen und Getränke einzuschätzen“, erklärt die Diplom-Psychologin Dr. JULIA GROSS von der Universität Mannheim den Aufbau des Online-Experiments, das sie gemeinsam mit ihren beiden Kolleginnen ANNALENA LOOSE und BARBARA KREIS durchgeführt hat. Dass ein Fruchtojoghurt z.B. mehr Zucker enthält als ein Apfel und Schokolade wiederum mehr als beide Produkte, wusste ein Großteil der Teilnehmenden.

„Überraschend war jedoch, dass sie den Gehalt an Zucker in den einzelnen Lebensmitteln grundsätzlich überschätzt haben. Wir haben erwartet, dass sie ihn eher unterschätzen, da die Menschen grundsätzlich zu viel Zucker konsumieren.“

Gross vermutet, dass das Wissen in der Bevölkerung darüber, wie viel Zucker man am Tag zu sich nehmen sollte und welche Produkte wie viel davon enthalten, aktuell noch sehr begrenzt ist.

➔ Seeding:

Die Saat geht schnell auf

Eine Möglichkeit, um aufzuklären, haben die Forscherinnen in ihrer Studie getestet: In einer „Seeding“-Intervention – einer gezielten Bereitstellung numerischer Informationen – verrietten sie einem Teil der Versuchspersonen den Zuckergehalt von manchen Lebensmitteln, die sie zuvor eingeschätzt hatten. Im zweiten Teil des Experiments sollten alle Proband*innen dann Grammangaben für den Zuckergehalt an-

Wie viel Zucker ist in welchem Lebensmittel? Das zu schätzen, ist gar nicht so einfach.



derer Speisen und Getränke machen. „Die Schätzungen der Personen, die die zweiminütige Aufklärung bekommen hatten, verbesserten sich deutlich. Bei den Personen ohne Aufklärung blieben die Schätzungen so ungenau wie im ersten Studienteil“, so Dr. Groß.

Diesen Erfolg führen die Autorinnen der Studie auf ihre „Seeding“-Intervention zurück. Dr. Groß hat bereits eine Idee im Kopf, wie „Seeding“-Interventionen in den Alltag integriert werden können: „Es gibt heutzutage so viele Gesundheits-Apps – darin lassen sich leicht Informationen wie der Zuckergehalt verschiedener Lebensmittel verbreiten.“

Universität
Mannheim, dz

Groß J et al. J Appl Res Mem Cogn 2023;
Advance online publication;
doi: 10.1037/mac0000122

