



Wofür gibt es die DMP-Daten?

Riesige Datensammlung bleibt weitgehend ungenutzt

KÖLN/LEVERKUSEN. Alle DMP-Daten zusammenzutragen, ist aufwendig und zeitintensiv – und das seit 20 Jahren. Gut wäre eine sinnvolle Auswertung der riesigen Datenmengen, stattdessen gibt es substantielle Defizite.

Allein in den letzten acht Jahren haben die teilnehmenden Praxen 280 Millionen Dokumentationen angelegt – und profitieren nur wenig davon. Auf dieses Defizit macht eine Arbeit mit dem Titel „Der ungehobene Schatz der DMP-Daten – was können wir daraus lernen?“ aufmerksam. Die Autor*innen – darunter Diabetologe Dr. Matthias Kaltheuner – fordern gemeinsam mit der DDG, die DMP-Daten wesentlich intensiver zu nutzen. So sollen z.B. allen Praxen die Ergebnisse zur Versorgungsqualität der DMP-Patient*innen aktueller, verständlicher und in angemessener vergleichender Form berichtet werden. Auch die DMP-Qualitätszirkel sollen auf Daten auf Stadt- oder Kreisebene zurückgreifen können. **4**

Foto: mast3r – stock.adobe.com

Dritte Halbzeit mit roter Karte

BERLIN. Nach dem Spiel des FC Diabetologie gegen den FC Bundestag, gab es als „dritte Halbzeit“ eine gesundheitspolitische Diskussion. Hart kritisiert wurden Äußerungen des FDP-Abgeordneten u.a. zu den geplanten Werbebeschränkungen für ungesunde Lebensmittel. Und beim Nutri-Score sucht Deutschland weiter nach Verbündeten in Europa. **21**

Diabetologie am Scheideweg?

DDG kritisiert die Eckpunkte – und schließt Bündnis mit AWMF

BERLIN. Die Eckpunkte der Krankenhausreform sehen keine ausreichend qualifizierte Diabetesexpertise in allen Versorgungsleveln vor. Genau das aber ist eine der zentralen Forderungen der DDG: die strukturierte Diabeteserkennung und -Ver-

sorgung in allen Krankenhäusern. Die Einführung von Vorhaltepauschalen begrüßt die DDG hingegen als absolut notwendig; die Fachgesellschaft warnt aber gleichzeitig vor einer Unterfinanzierung im Bereich Diabetologie/Endokrinologie.

Wie ernst die Lage ist, zeigt sich daran, dass nur 17 Prozent aller deutschen Kliniken derzeit eine ausreichende Diabetesexpertise vorhalten. Es gebe „kaum einen medizinischen Fachbereich, der über die letzten Jahre und Jahrzehnte finanziell und

personell so ausgeblutet ist“, sagt DDG Präsident Prof. Dr. Andreas Fritsche. Nun hat die DDG zusammen mit der AWMF ihrerseits wichtige Eckpunkte formuliert – um die Diabetologie an diesem Scheideweg in die richtigen Bahnen zu lenken. **3**

Auf Typ-1-Diabetes screenen: Ja? Nein?

BERLIN. Diabetes-Früherkennung mit Biomarkern – dazu gibt es verschiedene Meinungen, die auf dem Diabetes Kongress aufeinanderprallten. Einigen konnten sich die Diskutant*innen während des Symposiums nicht, zumal auch zu bedenken und irgendwann zu entscheiden ist, ob es gut ist, die Erkrankung medikamentös hinauszuzögern. **12**

MedTriX^{Group}

»Es ist Zeit, etwas zurückzugeben«

Professor Dr. Julia Szendrödi ist die neue Vizepräsidentin der DDG. Was treibt sie an?

HEIDELBERG. „Bis jetzt war ich Nutznießerin der DDG“, sagt Prof. Dr. Julia Szendrödi und zählt auf: Kongresse, Fortbildungen, Praxisempfehlungen ... Nun ist sie

durch ihre Wahl zur Vizepräsidentin mittendrin in der Präsidiums- und Vorstandarbeit und wird in den nächsten Jahren die Richtung der Fachgesellschaft mitbestimmen.

Im Interview antwortet sie offen und reflektiert: Welche Schwerpunkte möchte sie setzen? Was bedeutet es, die zweite Frau im Präsidium zu sein? Welche Rolle spielen

Mentorinnen und Mentoren? Und was möchte sie Studierenden vermitteln, wenn es um Empathie und die Kommunikation mit Menschen mit Diabetes geht? **16**

Seite 9 Strengere Regeln, genauere Werte

BERLIN. Für die Bestimmung von Glukose und Kalium im Labor gelten neue, strengere Vorschriften. Grund dafür sind Änderungen der Rili-BÄK, für die sich die DDG eingesetzt hat.

Seite 28 Bleibt der Trend – oder verschwindet er?

ULM. Mehr Kinder und Jugendliche erkrankten während der COVID-19-Pandemie an Typ-2-Diabetes. Wie geht es weiter? Ein Interview mit Studienautor PD Dr. Christian Denzer.

Seite 30 Exzellente und einzigartig

MÜNCHEN. Die München Klinik Schwabing ist das einzige Diabetes-Exzellenzzentrum DDG für Erwachsene, Kinder und Jugendliche. Die beiden Verantwortlichen berichten.



Neuer Vorstand, neuer Name, neue Impulse

WIESBADEN. Der BVND heißt jetzt „Bundesverband der niedergelassenen Diabetologie“ und hat mit Toralf Schwarz einen neuen Vorsitzenden. Stellvertretende Vorsitzende ist Dr. Iris Dötsch. Im Interview erzählen die beiden, was der Verband vorhat in puncto Zusammenarbeit mit der DDG, Nachwuchsgewinnung, Ausbau von DSP und Digitalisierung. **6**

News & Fakten

Krankenhausreform: Diabetologie am Scheidepunkt?; Den Schatz der DMP-Daten heben; Toralf Schwarz und Dr. Iris Dötsch (BVND) im Interview; Adipositas-Therapie per Injektion; DDG Akademie startet mit neuem Angebot; MedTriX Group kauft Kirchheim-Medien; Neue BÄK-Richtlinie zur Glukosebestimmung; Neues aus der Diabetesforschung; Umfrage diatec journal 3–10

Kongress aktuell

Diabetes Kongress: Symposium zum Typ-1-Diabetes-Screening; Dr. Lotte Bjerre Knudsen im Porträt; Posterpreisträger*innen; Simpleprax – Gewinner beim Startup & News Village; Kongress-Presskonferenz; Hoffnungsträger Tirzepatid; Messbarkeit von Lebensqualität; ADA: Neuer Wirkstoff Retatrutid; Deutscher Wundkongress: Neue Leitlinie; DGIM: Daten zu hochverarbeiteten Lebensmitteln 12–15, 17–18; 24–25

Das Interview

Professor Dr. Julia Szendrödi: „Ich bin ein Fan der DDG“ 16

Consilium Diabetes

Hohes CV-Risiko? Das lässt sich ändern 19

Im Blickpunkt

Mehr Fairplay gewünscht – Abgeordnete diskutieren über Eindämmung des Typ-2-Diabetes; Umbenennung der NAFLD; 100. Kurs Klinische Diabetologie; Stellungnahme von VDBD und BVKD zur Krankenhausreform; München Klinik Schwabing zertifiziert; AG Diabetes & Technologie 21–22, 30

Medizin & Markt

Nachrichten aus der Industrie 26–27

Forum Literatur

DDS-Update zu geförderten Studien; Typ-2-Diabetes bei Jugendlichen in der Pandemie (inkl. Interview mit Studienautor PD Dr. Christian Denzer); Neues Verfahren zur Clusteranalyse; Polypeptid ahmt Insulinbindung nach 25, 28–29

Kurznachrichten

Neu- oder rezertifizierte Kliniken und Arztpraxen; Neue Diabetologen und Diabetologinnen 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 in der Diabetologie; Fachpsycholog*in DDG 32–33, 35

Job- & Praxenbörse

Stellenangebote, Nachfolgegesuche 34–35

Buntes 36

»Unser Ziel: Diabetesexpertise auf allen Versorgungsleveln«

Die DDG ist mit den Plänen zur Krankenhausreform noch nicht zufrieden

Liebe Leserinnen und Leser,

das Gesetz zur Krankenhausreform soll zum 1. Januar 2024 in Kraft treten – doch aus Sicht der DDG gibt es noch einiges zu tun, wenn Menschen mit Diabetes in Kliniken künftig gut versorgt werden sollen. Die im Juli vorgestellten Eckpunkte sehen z.B. keine ausreichend qualifizierte Diabetesexpertise in allen Versorgungsleveln vor. Genau das ist aber eine zentrale Forderung in unserem 3-Punkte-Plan – und wie soll auch sonst eine gute Behandlung von Menschen mit Diabetes gewährleistet werden? Auch die Finanzierung diabetologischer Leistungen ist nach den derzeitigen Plänen für die Reform nicht gesichert. Lesen Sie mehr darüber auf Seite 3.

»DMP-Daten: ein Schatz, der kaum genutzt wird«

Seit 20 Jahren werden in den DMP Daten erhoben und gesammelt. Was geschieht mit diesen Daten? Sie werden auf jeden Fall nicht so ausgewertet, dass sie für Praxen und Qualitätszirkel, auf KV- und Länderebene nützlich sein könnten. Deshalb fordert gemeinsam mit der DDG u.a. der Diabetologe Dr. Matthias Kaltheuner, Mitautor einer neuen Arbeit zum Thema, diesen Datenschatz endlich zu heben – zum Wohl der Patientinnen und Patienten und damit sich die Dokumentation in den Praxen endlich lohnt. Welche Erfahrungen die Praxen machen und was geändert werden müsste, steht auf Seite 4.

»Pro und Kontra Screening auf Typ-1-Diabetes«

Ist eine Diabetes-Früherkennung für alle Kinder sinnvoll? Und kann man die Manifestation eines Typ-1-Diabetes medikamentös gefahrlos hinauszögern? Diese Fragen beschäftigen die Kinderdiabetologie stark. Während des Diabetes Kongresses bot ein Symposium Gelegenheit, sich Pro- und Kontra-Argumente anzuhören und zu diskutieren. Mehr dazu auf Seite 12.



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

»Werbebeschränkungen für Ungesundes: Gesetz in Gefahr«

Werbebeschränkungen für ungesunde Lebensmittel, die Kinder schützen sollen – das ist ein gemeinsames Ziel von DDG und DANK (Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten). Und: Dass diese an Kinder gerichtete Werbung nicht mehr erlaubt sein soll, steht sogar im Koalitionsvertrag. Trotzdem gibt es weiter politische Diskussionen über diese Maßnahmen zur Eindämmung des Diabetes – mehr auf Seite 21.

»Alle Patienten gut durch die Pandemie gekommen?«

Trifft das auch Ihre Wahrnehmung? Eine Studie zur Inzidenz von Typ-2-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen vermittelt ein anderes Bild. Näheres über Studien zum Thema erfahren Sie auf den Seiten 25 und 28.

»DDG Vizepräsidentin stellt sich vor«

Durch die Mitgliederversammlung ist nicht nur ein neuer Präsident gewählt worden, sondern auch eine neue Vizepräsidentin – Professor Dr. Julia Szendrödi aus Heidelberg. Lernen Sie sie besser kennen im Interview auf Seite 16.

Ich wünsche Ihnen eine spannende Lektüre.

Ganz herzlich Ihr

Prof. Dr. Andreas Fritsche

diabetes
zeitung

© 2023, MedTriX GmbH
Alleiniger Gesellschafter: Süddeutscher Verlag
Hüthig Fachinformationen GmbH, München
Verlag: MedTriX GmbH
Anschrift: Unter den Eichen 5, 65195 Wiesbaden
Telefon: 0611 9746-0, Telefax Redaktion: 0611 9746 480-303
E-Mail: mtd-kontakt@medtrix.group
www.medtrix.group
CEO: Oliver Kramer
Geschäftsführung: Stephan Kröck, Markus Zobel
Gesamtredaktionsleitung Deutschland: Günter Nuber
Herausgeberschaft:
Deutsche Diabetes Gesellschaft e. V. (DDG),
Albrechtstr. 9, 10117 Berlin;
Präsident: Prof. Dr. Andreas Fritsche,
Geschäftsführerin: Barbara Bitzer
Chefredaktion: Günter Nuber (V.i.S.d.P.)
Redaktion Medizin: Nicole Finkenauer, Gregor Hess
Redaktion Politik: Michael Reischmann (verantwortlich),
Isabel Aulehla
Weitere Mitarbeitende: Cornelia Kolbeck, Angela Monecke,
Antje Thiel
Corporate Publishing: Lena Feil, Katja Popp

Redaktionsbeirat:

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

Vetretung der angrenzenden Fachgebiete:

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

Koordination in der DDG Geschäftsstelle: Franziska Fey**Produktionsleitung Deutschland:** Ninette Grabinger**Teamleitung Layout:** Andrea Schmuck**Layout:** Christina Mähler, Beate Scholz, Mira Vetter**Objekt- und Medialeitung:** Björn Lindenu**Verkauf:** Josef Hakam, Marc Bornschein, Lukas Koch**Anzeigen:** Alexandra Ulbrich, Telefon: 0611 9746-121,

Julia Paulus, Telefon: 0611 9746-123

Telefax: 0611 9746 480-112

E-Mail: mtd-anzeigen@medtrix.group

Anzeigen-Preisliste Nr. 8 vom 1.1.2023

Vertrieb und Abonentenservice:

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

Druck:

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

Bezugsbedingungen:

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



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

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

www.blauer-engel.de/uz195

Dieses Druckerzeugnis wurde mit dem
Blauen Engel ausgezeichnet



Krankenhausreform: Diabetologie am Scheidepunkt?

Die DDG kritisiert, dass die Eckpunkte zur Reform noch keine ausreichende Diabetesexpertise auf allen Versorgungsleveln vorsehen

BERLIN. Bereits heute hat jeder fünfte Klinikpatient/jede fünfte Klinikpatientin einen Diabetes mellitus – das entspricht etwa drei Millionen stationären Behandlungen pro Jahr. Wie soll durch die Krankenhausreform eine zukunftsfähige Diabetesversorgung sichergestellt werden? Die DDG weist auf einige Schwachpunkte hin.

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft kritisiert, dass die kürzlich von Bundesgesundheitsminister KARL LAUTERBACH vorgestellten Eckpunkte zur Reform derzeit noch keine ausreichend qualifizierte Diabetesexpertise in allen Versorgungsleveln vorsehen und damit die Behandlungsqualität in Zukunft gefährdet ist. Die Einführung von Vorhaltepauschalen begrüßt die DDG als absolut notwendigen Schritt. Sie warnt jedoch davor, dass der Bereich „Komplex Diabetologie/Endokrinologie“ nach den Eckpunkten wie schon vor der Reform unterfinanziert sein wird. Zudem würden diabetologische Leistungen weiterhin nicht angemessen vergütet.

Fachbereich Diabetologie ist finanziell ausgeblutet

Lediglich 17 % aller Kliniken in Deutschland halten derzeit eine ausreichende Diabetesexpertise vor. Der Grund dafür liegt in der knapp bemessenen Vergütung, die für viele Leistungen der diabetologischen Behandlung im DRG-Katalog vorgesehen ist. „Es gibt kaum einen medizinischen Fachbereich, der über die letzten Jahre und Jahrzehnte finanziell und personell so ausgeblutet ist“, so DDG Präsident Professor Dr. med. ANDREAS FRITSCHKE, Tübingen. Dies habe zur Folge, dass die stetig wachsende Anzahl an Diabetespatientinnen und -patienten oft nicht mehr leitliniengerecht behandelt werde. Der Komplexität der sehr heterogenen Erkrankung würde so kaum noch Rechnung getragen. „Der Aufenthalt in Krankenhäusern ist für Menschen mit Diabetes zunehmend gefährlich, weil sie oft keinen qualifizierten Ansprechpartner für ihre Erkrankung haben!“ Das sei besonders dann der Fall, wenn die Betroffenen mit einer Diabeteserkrankung als Nebendiagnose aufgenommen werden und wegen einer anderen Behandlung vor Ort sind.

Unterversorgung: Kann die Reform etwas ändern?

„Wir begrüßen daher die Vorschläge zur Neuordnung der Krankheitslandschaft ausdrücklich. Die Zentralisierung von Versorgungsleistungen und Finanzierung von Vorhaltekosten werden insbesondere in der Diabetologie seit Langem gefordert“, be-

»Klinikaufenthalt ist für Menschen mit Diabetes zunehmend gefährlich«

tont DDG Mediensprecher Professor Dr. med. BAPTIST GALLWITZ. „Doch momentan droht einer adäquaten diabetologischen Versorgung auch nach der Krankenhausreform praktisch das Aus.“ Die Regierungskommission subsummiert derzeit die Diabetologie in Level-I-Krankenhäusern unter „Basisbehandlung Innere Medizin“. So sei nicht gewährleistet, dass jede Klinik eine speziell diabetologische Expertise aufweist, kritisiert Prof. Gallwitz.

„Doch eine flächendeckende und verlässliche, sichere Grundversorgung für die zurzeit rund 8,7 Millionen Menschen mit Diabetes ist nur sichergestellt, wenn Krankenhäuser aller Versorgungslevel eine entsprechende Diabetesexpertise vorhalten“, mahnt der Tübinger Diabetologe. Angesichts der steigenden Patientenzahlen sei außerdem wichtig, die Fort- und Weiterbildung im Bereich der Diabetologie konsequent zu fördern und in allen Versorgungsleveln

zu berücksichtigen: „Es ist besonders wichtig, Medizinstudierende und angehende Fachärztinnen und Fachärzte möglichst früh für die Diabetologie und die besonderen medizinischen Bedürfnisse diabetologischer Patientinnen und Patienten zu sensibilisieren“, so Prof. Gallwitz.

Formulierung von Eckpunkten – gemeinsam mit der AWMF

Die DDG bringt sich im Schlußschluss mit anderen Fachgesellschaften maßgeblich in die Reform ein und hat mit der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) wichtige Eckpunkte für die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Leistungskomplexe Diabetologie/Endokrinologie definiert. „Grundsätzlich ist es schwierig, wenn die Vorhaltepauschalen sich weiter über Falldefinitionen und einen ICD-Code definieren“, so Prof. Fritsche. Die dann zunehmende Überschnei-



DDG: 3-Punkte-Plan für eine sichere Diabetesversorgung

Im Sinne des Anspruchs der Krankenhausreform „Qualität vor Wirtschaftlichkeit“ müssten für die Diabetologie drei wichtige Punkte in die politische Agenda einfließen, um die Versorgungsqualität von Menschen mit Diabetes auch in Zukunft gewährleisten zu können:

- Strukturierte Diabetes-Erkennung und -versorgung in allen Krankenhäusern!
- Vulnerable Gruppen schützen! Kinder sowie multimorbide ältere Menschen mit einem Diabetes brauchen besondere Pflege und zeitintensive ärztliche Betreuung.
- Versorgungsqualität muss finanziert werden! Krankenhäuser mit Diabetesbehandlungsstrukturen sollten finanzielle Zuschläge erhalten; Einrichtungen ohne diabetologische Expertise finanzielle Abschlüge.

derung von Leistungsgruppen schaffe direkt oder indirekt abermals eine wirtschaftliche Konkurrenz zwischen den internistischen Schwerpunkten: „Als Sprechende Medizin steht die Diabetologie schon heute im DRG-System schlecht da – ohne grundlegende Änderungen wird sich dieses Dilemma nicht lösen.“ Prof. Fritsche fordert deshalb, die Krankenhausreform als Chance zu nutzen und diabetologische Leistungen attraktiv zu gestalten. Das beginnt für ihn bei den Mindestanforderungen für die jeweilige medizinische Ausstattung und Personalplanung, bei der es um die gelungene Balance gehe: Die Mindestanforderungen für diabetologische Leistungen müsse auskömmlich

geplant werden, sodass das breite Aufgabenspektrum und große Behandlungsteam mit einer passenden Finanzierung möglich bleibt und zukunftsfähig ist. „An keiner Stelle darf die Krankenhausreform zum Abbauprogramm für das medizinische Fachpersonal werden oder zu einem Fachkomplex heranwachsen, der über die Maßen kostenintensiv ist“, so DDG Präsident Prof. Fritsche. „Die Diabetologie leistet einen wichtigen Beitrag zur Versorgung der heterogenen Volkskrankheit Diabetes. Dies muss sich in der Positionierung des Faches in der zukünftigen Krankenhauslandschaft auf allen Leveln wiederfinden – für eine hochwertige Versorgung der vielen Millionen Menschen mit Diabetes.“ DDG/dz

Krankenhausreform: DDG hat von Anfang an bei eigenen Parlamentarischen Empfängen konstruktive Diskussionen angestoßen

Schon früh hat die DDG sich in die Diskussion um die Krankenhausreform eingemischt, um die Interessen der Menschen mit Diabetes zu wahren. Schon beim Parlamentarischen Weihnachtsempfang 2022 war die Reform

ein großes Thema. Während des Parlamentarischen Jahresempfangs Anfang März 2023 in Berlin war die Stimmung am Ende gut. War am Anfang der Diskussion noch von einer Sackgasse die Rede gewesen, keimte

nach dem Gespräch die Hoffnung auf, dass die Krankenhausreform ein großer Wurf wird. Und: Die anwesenden Ampel-Politiker*innen zeigten damals großes Verständnis für die faktenbasierten Forderungen der DDG.



Auf dem Podium von links nach rechts: Prof. Dr. Andreas Fritsche, Tübingen; Prof. Dr. Julia Szendrödi, Heidelberg; Dr. Tobias Wiesner, Leipzig (alle drei DDG); Prof. Dr. Reinhard Busse, TU Berlin, Mitglied der Regierungskommission zur Krankenhausreform; Prof. Dr. Armin Grau, für Bündnis 90/Die Grünen Mitglied im Gesundheitsausschuss des Bundestages; Heike Baehrens, gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Fraktion; Prof. Dr. Andrew Ullmann, gesundheitspolitischer Sprecher der FDP. Foto: DDG/Dirk Deckbar

Den Schatz der DMP-Daten endlich heben

Zi-Expert*innen und Diabetolog*innen fordern die Auswertung der meist ungenutzten Daten aus den Disease-Management-Programmen

KÖLN/LEVERKUSEN. Fast 5 Millionen Menschen sind heute im DMP für Typ-2-Diabetes eingeschrieben. Sowohl in diesem Programm als auch in allen anderen Disease-Management-Programmen (DMP) werden u.a. medizinische Befunde aufwendig dokumentiert. Dennoch bleiben die DMP-Daten bislang weitgehend ungenutzt. Eine neue Arbeit verweist auf den dringenden Handlungsbedarf, diese Daten endlich genauer auszuwerten.

Etwa 8 Millionen Menschen nehmen hierzulande an mindestens einem Disease-Management-Programm teil. Geschätzt 280 Millionen Dokumentationen haben die teilnehmenden Praxen in den letzten acht Jahren angelegt. Bei der Nutzung dieser Daten gibt es derzeit substantielle Defizite. Denn die Praxen haben häufig nur wenige Kenntnisse von ihren DMP-Ergebnissen und erfahren oft nicht, dass aktuelle Rückmeldungen hierzu für sie vorliegen, oder die zurückgemeldeten Informationen werden als unverständlich und als irrelevant für die eigene Arbeit empfunden.

Gesammelte Daten sinnvoll auswerten

Auf diese Defizite macht eine neue Arbeit mit dem Titel „Der ungehobene Schatz der DMP-Daten – was könnten wir daraus lernen?“ aufmerksam.¹ Darin fordern die Autor*innen – Dr. BERND HAGEN und Dr. SABINE GROOS, Fachbereich Evaluation und Qualitätssicherung, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Köln, sowie Dr. MATTHIAS KALTHEUNER Diabetologe aus Leverkusen – gemeinsam mit der DDG, diese so aufwendig gesammelten DMP-Daten und weitere Informationen wesentlich intensiver für Auswertungszwecke zu nutzen. Eine lückenhafte Dokumentation ließ sich hier nicht nur auf bundesweiter Ebene erkennen, sondern auch regional, erklären die Verfasser*innen. So erfolge etwa in nur sehr wenigen deutschen Regionen eine regelmäßige Berichterstellung zu allen laufenden DMP. Bis heute liege z.B. keine Darstellung der DMP-Ergebnisse hinsichtlich der vertraglich definierten Indikatoren der Versorgungsqualität vor. Die DMP-Dokumentation ist bundes-

weit einheitlich geregelt, ebenso deren Versorgungs- und Qualitätsziele. Eine Richtlinie des G-BA klärt die DMP-Anforderungen. So müssen etwa Ärzt*innen einige Parameter DMP-übergreifend, andere hingegen indikationsspezifisch in nur einem DMP dokumentieren.

Die Qualitätsziele sind deutschlandweit ebenfalls einheitlich geregelt. Deren Anzahl unterscheidet sich von DMP zu DMP. Aktuell sind im DMP Typ-2-Diabetes 18 Zielindikatoren definiert, beinahe alle (14) haben eine definierte Zielquote. Erreicht werden soll z.B. ein individuell vereinbarter HbA_{1c}-Zielwert ($\geq 60\%$) und von maximal 8,5 % ($\geq 90\%$) oder ein Blutdruckwert unter 140/90 mmHg ($\geq 45\%$). Auch die Häufigkeit bestimmter Kontrolluntersuchungen wie eine jährliche Nierenkontrolle, eine Netzhautuntersuchung (jeweils $\geq 90\%$) alle zwei Jahre bzw. die jährliche Bestimmung des Fußstatus ($\geq 80\%$) sind hier beschrieben. Bei den schulungsbezogenen Zielen werden hingegen nur möglichst hohe Quoten verlangt. Bundesweit fehlten auch stratifizierte Analysen, die zeigen, ob die DMP-Qualitätsziele in den verschiedenen Patientengruppen erreicht wurden, so die Kritik.

Jede Kontrolle muss dokumentiert werden

Alle DMP-Praxen sind dazu verpflichtet, jede Untersuchung innerhalb des Programms zu dokumentieren. Dieses Vorgehen bildet auch die Basis für die extrabudgetäre Honorierung der erbrachten Leistungen. Die DMP-Dokumentationen

übermitteln die Praxen regelmäßig elektronisch an die jeweilige DMP-Datenstelle, die prüft, ob alles formal richtig ist oder Korrekturen nötig sind. Fehlerfreie und fristgerecht übermittelte Dokumentationen werden pseudonymisiert und den KVen weitergegeben, damit sie eine Rückmeldung (Feedback) erstellen. Ob und in welcher Höhe diese Qualitätsindikatoren erreicht wurden, erfahren alle DMP-Praxen halbjährlich in den Rückmelde- oder Feedback-Berichten. Derzeit werden diese Berichte in 15 von 17 KV-Regionen mit einem von der KBV speziell entwickelten Programm, dem sog. Rückmeldesystem (RMS) erstellt. Zusätzlich erhalten Evaluationsinstitute, die von den teilnehmenden Kassen beauftragt wurden, die Daten für eine bundesweite, kassenübergreifende Evaluation der DMP nach festgelegten Kriterien, die das Bundesamt für Soziale Sicherung definiert hat. Empfohlen wird hier, die Ergebnisse

der DMP-Evaluation grundsätzlich auf verschiedenen Ebenen zu nutzen, etwa in Qualitätszirkeln. Gerade dort entwickelten sich nach Erfahrung der Autor*innen aus „trockenen“

Daten zum Teil lebhaft Diskussionen zu Diagnostik, Therapie und Zusammenarbeit. Auch in den Zirkeln böten die DMP-Daten eine gute Grundlage, um die Versorgungsqualität zu verbessern, heißt es weiter. Für die DMP verpflichtend sind zudem die Qualitätsberichte der Gemeinsamen Einrichtungen DMP (einzelne KV und Kassen bzw. ihre Verbände, z.T. auch Krankenhausesellschaften).

Dringender Handlungsbedarf bei der Datennutzung

Es wird also schon seit über 20 Jahren viel Aufwand betrieben, um bundesweit einheitliche Daten in den DMP zu erheben, betonen die Verfasser*innen. Doch ausgewertet wurden sie nicht, was aber längst hätte passieren müssen, hieß es. Wie die DDG fordern sie, die aufwendig gesammelten DMP-Daten und -Informationen künftig intensiver zu nutzen. Die Verfügbarkeit der Daten zur sekundären Datenanalyse sei zudem gesetzlich vorgeschrieben. Auf Praxisebene bedeute dies, dass allen Praxen die Ergebnisse zur Versorgungsqualität der Patient*innen im DMP aktueller, verständlicher und in angemessen vergleichender Form berichtet werden müssen. Dazu zählen besonders die Ergebnisverteilung über alle Praxen hinweg sowie die Darstellung der zeitlichen

Veränderung (Verbesserung/ Verschlechterung). Hierzu müssten die bestehenden Feedback-Berichte um Informationen wie die sog. Interquartilbereiche der Qualitätszielquoten oder die zeitliche Veränderung der erreichten Quoten innerhalb der letzten Jahre erweitert werden.

Was kam denn nun heraus? DMP-Ergebnisse veröffentlichen

Praxen sollten zudem ihre DMP-Ergebnisse öffentlich präsentieren können, z.B. auf Websites und mit Patient*inneninformationen. Auf der Ebene der DMP-Qualitätszirkel sollte eine regelmäßige Auseinandersetzung mit den erzielten DMP-Ergebnissen innerhalb des jeweiligen Landkreises oder der Kommune erfolgen. Die auf Kreis- oder Stadtebene aggregierten Ergebnisse sollten allen Qualitätszirkeln zugänglich sein. Denkbar wäre z.B. ein öffentlicher DMP-Atlas für jedes Bundesland.

Auf KV- oder Länderebene sollten die DMP-Ergebnisse eines Jahres regelmäßig berichtet und die Frage beantwortet, wie sich die Versorgungsqualität der chronisch kranken Menschen entwickelt hat, die in den DMP betreut werden. Auch auf dieser Ebene müsste man die Schwankungsbreiten der Ergebnisse auf Praxisebene berücksichtigen. Zudem wäre es wünschenswert, wenn diese Berichte prinzipiell eine stratifizierte Darstellung der DMP-Ergebnisse aufweisen würden, erklären die Verfasser*innen. Nur so ließen sich Unterschiede zwischen den Betreuten wie ihr Alter, vorliegende Komorbiditäten oder die Art der ärztlichen Betreuung angemessen darstellen. So könnte man besonders vulnerable Gruppen identifizieren, aber auch jene mit einem ggf. geringeren Betreuungsbedarf.

Anzustreben sei eine differenzierte Darstellung der DMP-Ergebnisse für alle laufenden Programme regelmäßig auch auf Bundesebene sowie deren Integration in die nationale Diabetes-Surveillance des Robert Koch-Instituts. Hier sollte der Fokus nicht auf regionalem Ranking liegen, sondern auf der Gesamtdarstellung der Qualität der ambulanten Versorgung chronisch kranker Menschen in Deutschland, betonen die Autor*innen. *Angela Monecke*

Der Qualitätsbericht ist online abrufbar unter: kvo.de/fileadmin/shared/pdf/online/quali/dmp_qualibericht_2021.pdf

1. Hagen B et al. Der ungehobene Schatz der DMP-Daten, Kompendium Diabetes 2023; 18: 59–65

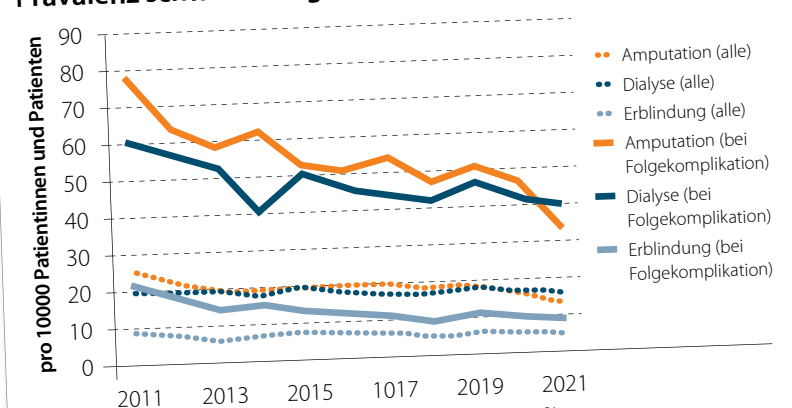
2. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung. DMP-Atlas Nordrhein-Westfalen 2023. www.zi-dmp.de/dmp-atlas_nrw (letzter Zugriff: 21.02.2023)

DMP-Feedback – wie läuft es bei Ihnen?

Bundesweit 88 Schwerpunktpraxen haben an einer Befragung zu den DMP-Feedback-Berichten teilgenommen.² 86 % der Praxen gaben an, dass sie einen Feedback-Bericht erhalten haben, 53 % lesen ihn regelmäßig oder unregelmäßig und in 74 % der Praxen werden Konsequenzen aus den Berichten gezogen. 41 % erklärten, die Feedback-Berichte in die Arbeit der Qualitätszirkel einzubringen.

Foto: erhui1979/gettyimages

Prävalenz schwerer Folgekomplikationen des Typ-2-Diabetes



»Eine regelmäßige Berichterstellung zu allen DMP erfolgte in nur wenigen Regionen«

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. Lipodystrophie, nicht bekannt kutane Amyloidose. **Skelettmusk./Bindegew./Knochen:** Sehr selten Myalgie. **Allg./Verabrort.:** Häufig Reakt. a. d. Einstichstelle, selten Ödeme. **Verschreibungspflichtig.** Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, D-65926 Frankfurt am Main, Deutschland. **Stand:** Juli 2020

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

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

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

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

© Sanofi 2023. Alle Rechte vorbehalten.

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

»Beweglichkeit, Fortschritt, Umdenken«

BVND weiß die Zeichen der Zeit zu lesen und zu setzen

BERLIN. Im Mai wählte die Mitgliederversammlung des BVND den Vorstand neu. Der bisherige Verbandschef Dr. Nikolaus Scheper wie auch die stellv. Vorsitzende Dr. Dorothea Reichert kandidierten nach über 15 Jahren Vorstandsarbeit nicht mehr. Mit klarer Mehrheit wurde Toralf Schwarz (57), Inhaber einer DSP in Zwenkau, zum Vorsitzenden gewählt. Dr. Iris Dötsch (55), Diabetologin mit einer DSP in Berlin, ist neue Vize. Über ihre Aufgaben und Pläne äußern sich die beiden im Interview.

Ein Sprichwort lautet: „Neue Besen kehren gut.“ Passt das auch zu Ihrem Wechsel an die BVND-Spitze? Welche Aufgaben haben Sie in den nächsten Jahren vor der Brust?

Schwarz: Um im Bild zu bleiben: Kehren müssen wir nicht. Das Haus wurde in einem guten Zustand und sauber übergeben. Unsere Aufgabe in den nächsten Jahren ist es nun, es mit Leben und mit neuen Mietern zu erfüllen. Der BVND hat sich in den letzten Jahren unter der Führung von Dr. Scheper strukturell neu aufgestellt. Das Haus hat nun gewissermaßen drei Etagen – neben dem BVND noch die schon seit vielen Jahren bestehende DiaMed als wirtschaftlicher Arm des Verbandes und neu die BVND-Akademie mit der Aufgabe praxisbezogener Fort- und Weiterbildung. Damit gibt es erstmals eine klare Trennung der Aufgaben im Verband.

Der BVND ist als Dachverband von Landesverbänden gegründet worden. Allerdings konnten auch Einzelmitglieder aufgenommen werden, daraus resultiert die unglückliche Situation, dass nur zwei Landesverbände – Berlin und Nordrhein – unter diesem Dach „wohnen“. Für den Beitritt weiterer Landesverbände gibt es einige Hürden zu nehmen. Wir haben dazu eine Satzungskommission berufen, die bis zum nächsten Frühjahr einen Vorschlag zur Änderung der Satzung erarbeiten wird.

Dr. Dötsch: Auch die Beitragsordnung bedarf einer Überarbeitung. Und die Kommunikation des BVND wird sich ebenfalls ändern: Neben der DiabetesPost, die in Zukunft viermal jährlich als gedrucktes Themenheft für alle Schwerpunktpraxen erscheinen wird, gibt es neu alle zwei Monate einen Newsletter für alle Interessierten als PDF und exklusiv für Mitglieder „Hotmails“ zu wichtigen, praxisrelevanten Themen. Diese in-

ternen Änderungen sind zwingend notwendig für die Fortentwicklung des Verbandes, dennoch ist unsere Hauptaufgabe die berufspolitische Arbeit.

Die Mitgliederversammlung hat einer geschlechtsneutralen Umbenennung des BVND zugestimmt: Mit der amtlichen Vereinseintragung wird aus dem „Bundesverband der Niedergelassenen Diabetologen“ der „Bundesverband der niedergelassenen Diabetologie“. Was – außer dem Logo – ändert das?

Dr. Dötsch: Erfreulich war, dass unsere Mitglieder mit überzeugender Mehrheit für die Umbenennung gestimmt haben. Unser Verband ist inzwischen wesentlich weiblicher geworden. Im neuen BVND-Vorstand herrscht zum Beispiel eine absolute Ausgewogenheit bei den Geschlechtern. Wir als BVND möchten nach außen hin das Zeichen setzen, dass wir sowohl weibliche, männliche als auch diverse Mitglieder in unseren Reihen haben. Wir wollen zeigen, dass unser Berufsverband ein zeitgemäßes Bewusstsein hat – was im Übrigen auch vom diabetischen Nachwuchs eingefordert wird. Der neue Name steht für Beweglichkeit, Fortschritt und für Umdenken – wichtige Merkmale für die Zukunft – nicht nur innerhalb der Diabetologie.

Gemeinsam ist man stärker. Der BVND arbeitet deshalb unter anderem mit der DDG zusammen. Wie stellen Sie sich die Entwicklung vor?

Schwarz: Ich lege sehr großen Wert auf eine Zusammenarbeit mit der DDG. Die meisten der anstehenden Aufgaben sind nur gemeinsam zu lösen. Ganz wichtig ist hierbei die aktive Mitarbeit in den Ausschüssen und Kommissionen der DDG. Natürlich kann diese Arbeit nicht der Vorstand allein leisten. Hier sind wir seit zwei

INTERVIEW



Toralf Schwarz
Vorsitzender
des BVND
Foto: zVg



Dr. Iris Dötsch
stellv. Vorsitzende
des BVND
Foto: zVg

Jahren sehr gut durch die aktive Mitarbeit von 25 Kolleginnen und Kollegen vertreten. Nur gemeinsam werden wir auch in der Lage sein, anstehende Änderungen der DMP nicht nur zu begleiten – wie das in der Vergangenheit leider oft genug der Fall war –, sondern sie von Anfang an zu gestalten. Ein ganz wichtiger Punkt, bei dem wir in Zukunft stärker zusammen auftreten werden, ist die Nachwuchsgewinnung.

Was kann der BVND bei der Förderung des Nachwuchses tun?

Dr. Dötsch: Die Diabetologie ist ein zunehmend ambulantes Fach. Dies führt unter anderem leider dazu, dass die Lehrstühle für Diabetologie immer weniger werden. Nicht einmal zwei Handvoll gibt es davon in Deutschland noch. Daraus folgt ein Mangel an diabetologischer Kompetenz in Krankenhäusern und ein Mangel an Weiterbildungsmöglichkeiten.

Die Änderung der Musterweiterbildungsordnung hat die Möglichkeiten einer ambulanten diabetologischen Weiterbildung deutlich verbessert. Wir müssen unsere Mitglieder motivieren, diese Möglichkeiten zu nutzen und Ausbildungsstellen anzubieten. Seit mittlerweile fünf Jahren gibt es eine Famulatur-, PJ- und Hospitationsbörse gemeinsam mit der DDG. Es gibt auch ein sehr großes Interesse am Nach-

wuchsenden für die Stipendiaten des Diabetes Kongresses und der DDG Herbsttagung. Hier wurden einige gute Ideen geboren, die wir versuchen, umzusetzen.

Welche Ideen haben Sie zum Ausbau von Diabetologischen Schwerpunktpraxen?

Schwarz: Ohne ein funktionierendes Qualitätsmanagement ist eine diabetologische Schwerpunktpraxis faktisch nicht führbar. Der BVND hatte dafür 2006 ein eigenes Label (QM mellitus) entwickelt, welches auf QEP® basiert und die Zertifizierungen der DDG berücksichtigte. Seit 2021 hat allerdings die KBV aus rechtlichen Gründen das Zertifizierungsverfahren ausgesetzt. Inzwischen wurden auch die Zertifizierungen der DDG – hin zu einem modular aufgebauten Modell – überarbeitet.

Ob es eine Empfehlung für ein praxisnahes QM-System seitens des BVND geben wird, ist abhängig von der Entwicklung bei den Zertifizierungsstellen. Umso wichtiger ist jedoch eine fundierte Unterstützung sowohl bei der Einrichtung eines diabetesspezifischen Qualitätsmanagements als auch beim späteren Austausch. Die entsprechenden Kurse wird die BVND Akademie ab 2024 wieder anbieten, dabei arbeiten wir auch an einem hybriden Konzept. Ganz wichtig ist mir, dass es den

Berliner Kolleginnen und Kollegen in diesem Jahr erstmals gelungen ist, Qualitätskriterien – die DDG Zertifizierung – abrechnungsrelevant zu machen. Bestimmte Leistungen der DSP sind jetzt mit abgestuften Zuschlägen versehen. Das ist der Weg, den wir auch in anderen KVen beschreiten müssen.

Wie bringt sich der BVND bei der Digitalisierung ein?

Dr. Dötsch: Digitalisierung und Künstliche Intelligenz sind Begriffe, die unseren Alltag zunehmend prägen. Teilweise nehmen wir sie gar nicht mehr wahr – und wenn, dann stehen negative Seiten im Vordergrund der Diskussion. Unausgegrenzte oder veraltete Konzepte sind ein Ärgernis für alle ambulant Tätigen. Beispiele sind das E-Rezept und die Komponenten der Telematik-Infrastruktur. Das sind allerdings keine spezifischen Probleme der DSP – und unter anderem deshalb arbeitet der BVND auch aktiv im SpiFa mit. Vor fünf Jahren hat der BVND ein erstes Positionspapier zur Digitalisierung erstellt. Dieses wird im kommenden Jahr überarbeitet. Unabdingbar ist für unsere Arbeit eine umfassende Interoperabilität. Leider gibt es noch viele Hersteller, etwa von CGM-Systemen oder Insulinpumpen, die ein Auslesen der Geräte nur mit proprietärer Software und oft auch nur cloudbasiert ermöglichen. Das ist für unsere tägliche Arbeit hinderlich und teilweise aus Sicht des Datenschutzes fragwürdig.

Wie haben Sie sich organisiert, um die Verbandsarbeit neben der Tätigkeit in der DSP zu schaffen?

Schwarz: Vorstandsarbeit ist Teamarbeit. Wir haben uns in den ersten Wochen nach der Wahl überlegt, wie Aufgaben und Verantwortlichkeiten verteilt werden können. Dazu gehören auch das Überarbeiten der Kommunikation, die konsequente Nutzung von SharePoint für den Datenaustausch sowie die Zuarbeit der Geschäftsstelle. Ebenso ist natürlich auch eine gute, reibungslos funktionierende Praxisorganisation, die von bürokratischen Aufgaben entlastet, ein Muss. Dafür bin ich meinen Mitarbeiterinnen sehr dankbar.

Interview: Michael Reischmann

Führung neu aufgestellt

Der neue Vorstand des BVND setzt sich so zusammen: Vorsitzender ist Toralf Schwarz, stellvertretende Vorsitzende sind Dr. Iris Dötsch und Dr. Tobias Wiesner. Weitere Mitglieder sind Schatzmeisterin Antje Weichard, Schriftführer Dr. Tobias Ohde sowie in Beisitzerfunktion Silke Fröhlich, Dr. Inga-Nadine Kummer und Dr. Ralf-Uwe Häußler.

BVND

Die Abkürzung ist geblieben, steht jetzt aber für „Bundesverband der niedergelassenen Diabetologie“.

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



Ehrennadel für Angela Monecke

Die Medizin-Journalistin Angela Monecke ist für ihr langjähriges, fachkundiges und von Empathie getragenes Engagement mit der Ehrennadel des Bundesverbands Niere ausgezeichnet worden. Monecke ist auch geschätzte Mitarbeiterin der diabetes zeitung.

11 %

der deutschen Krankenhäuser befinden sich wirtschaftlich im „roten Bereich“ mit erhöhter Insolvenzgefahr. Quelle: Krankenhaus Rating Report.

Neue Ernährungsbroschüre des VDBD

Zum 30-jährigen Bestehen veröffentlicht der VDBD eine Neuauflage seiner Ernährungsbroschüre für Diabetesfachkräfte. Die Broschüre ist als Grundlage für die Diabetesberatung gedacht und kann auf www.vdbd.de heruntergeladen oder bestellt werden.

Adipositas-Therapie per Injektion

Medikament zur Gewichtsregulierung ist in den Apotheken

BERLIN. Die Abnehmspritze Wegovy® können nun auch deutsche Ärzt*innen Menschen mit Adipositas indikationsgerecht verordnen. Die Verfügbarkeit war für Ende Juli zugesagt worden. Der Hype um die Spritze führt z.B. in den USA immer wieder zu Lieferengpässen. Gesetzlich Versicherte müssen das neue Präparat selbst zahlen.

schah im Off-Label-Use und trug dazu bei, dass diese Einheiten für die Diabetestherapie mancherorts fehlten.

Nach Angaben der Apothekerkammern und der Landeskriminalämter steigt zudem die Zahl der Rezeptfälschungen zu Ozempic®. Um solchen Missbrauch zu vermeiden und die

Versorgung bei Typ-2-Diabetes zu sichern, informierte das BfArM bereits im April darüber, dass im am-

»Kassen zahlen
neues Produkt nicht«

bulanten Bereich die Verordnung von Ozempic® nur noch unter Angabe der zugelassenen Indikation (Diabetes mellitus Typ 2) erfolgen soll. Auch dem Hamstern von Medikamenten schob die Behörde einen Riegel vor: Die verordnete Menge des Arzneimittels soll den Bedarf für drei Monate nicht übersteigen, bei

Ozempic® sind das drei Fertigpens (N3). Im Warenlager der Apotheken verfügbar sei Wegovy® momentan jedenfalls (noch) nicht (Stand Anfang August 2023). Ausreichend viele Pens sollen für das zweite Halbjahr in Deutschland aber gesichert sein, so der Hersteller Novo Nordisk.

Angela Monecke

Auch in hiesigen Apotheken kann ab Ende Juli an stark übergewichtige Menschen der Wirkstoff Semaglutid in höherer Dosis von bis zu 2,4 mg ausgegeben werden, sofern diese ein Rezept mit der entsprechenden Indikation mitbringen und das Produkt mit dem Handelsnamen Wegovy™ verfügbar ist. Mit dem Produkt können adipöse Menschen ohne Diabetes ihr Gewicht um etwa 15 % reduzieren. Zur Behandlung des Typ-2-Diabetes mit und ohne Adipositas ist Semaglutid 1,0 mg bereits seit 2018 auf dem deutschen Markt (Ozempic®).

In den USA wird der Wirkstoff aus der Gruppe der GLP1-Rezeptoragonisten sehr stark im Off-Label-Use verwendet – auch weil viele Prominente wie Elon Musk oder Kim Kardashian die Abnehmspritze offensiv bewarben.

In Europa längst zugelassen, in Deutschland jetzt erhältlich

Seit Januar 2022 hat das Semaglutid-Medikament Wegovy® die EU-Zulassung bei Adipositas – genauer bei Patient*innen mit einem BMI von 27 oder höher mit mindestens einer gewichtsbedingten Begleiterkrankung oder mit einem BMI von 30 oder mehr, jeweils verbunden mit einer kalorienreduzierten Diät und erhöhter körperlicher Aktivität. Eine erweiterte Zulassung des Arzneimittels für Jugendliche ab zwölf Jahren mit Adipositas bzw. Übergewicht hat zudem der Ausschuss für Humanarzneimittel der Europäischen Arzneimittelagentur empfohlen.

Der Hype um die Abnehmspritze in den USA sorgt immer wieder für Engpässe. Auch hierzulande gibt es Patient*innen, die zwar nicht an Typ-2-Diabetes erkrankt sind, den Wirkstoff zum schnellen Abnehmen aber von ihrem behandelnden Arzt doch verordnet bekamen. Dies ge-

Abnehmen für Selbstzahler

Adipöse Menschen ohne Diabetes müssen Wegovy® aus eigener Tasche bezahlen. Für die höchste Dosis von 2,4 mg für die einmal wöchentliche Spritze macht der Abgabepreis für vier Wochen etwa 302 Euro aus. In den USA liegt der Listenpreis bei 1.350 Dollar pro Monat für die Höchstdosis. Viele Selbstzahler werden sich das Präparat wohl nicht leisten können, zumal man wieder zunimmt, sobald man es wieder absetzt. Die Kosten für Medikamente zur Gewichtsregulierung übernimmt die GKV weiterhin nicht.

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:S577-583. 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;ciab595. 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).



Flexibel, modular und durchlässig – die neue Diabetes-education DDG für Beratungs- und Schulungsberufe.

DDG AKADEMIE startet mit neuem Angebot

Anmeldung für die Kurse Diabetesberater*in DDG und Diabetesassistent*in DDG nach neuem Curriculum ist eröffnet

BERLIN. Das neue, modulare Weiterbildungskonzept der DDG geht nun an den Start. Damit wird die Weiterbildung der Beratungs- und Schulungsberufe der DDG künftig unter dem Begriff „Diabetes-education DDG“ zusammengefasst. Die Anmeldung für die Kurse nach neuem Curriculum mit bis zu sieben Modulen und einem Wahlpflichtmodul ist eröffnet.

Die Neuerungen gelten für alle, die sich ab 2024 zur Diabetesassistent*in oder Diabetesberater*in DDG weiterbilden möchten. Die Anmeldung für die Kurse nach neuem Curriculum ist eröffnet und alle, die sich für die Weiterbildung interessieren, finden hier Antworten auf die wichtigsten Fragen.

➔ Was ändert sich?

Diabetesassistent*innen DDG und Diabetesberater*innen DDG starten gemeinsam in die Weiterbildung und absolvieren sie gestaffelt.

➔ Was ist mit „modular“ gemeint?

Die Weiterbildung gliedert sich in verschiedene Module:

- Die Module 1 bis 3 führen zu dem Abschluss der Diabetesassistent*in DDG.
- Teilnehmende, die den Abschluss der Diabetesberater*in DDG anstreben, vertiefen ihre Weiterbildung zusätzlich durch die Module 4 bis 7, ergänzt durch ein Wahlpflichtmodul.
- Teilnehmende, welche bereits Diabetesassistent*innen DDG sind und ihre Qualifikation zur Diabetesberater*in DDG aufstocken möchten, steigen ab dem Modul 4 in die Weiterbildung ein.

Diese Neuerung ermöglicht eine umfassendere und ganzheitliche Diabetes-education, indem die Diabetesberater*innen und Diabetesassistent*innen DDG zusammenarbeiten und ihr Fachwissen ergänzen, um eine bestmögliche Betreuung und Unterstützung für Menschen in diabetischer Stoffwechsellage zu gewährleisten.

➔ Was ändert sich inhaltlich?

Die neu strukturierte Weiterbildung basiert auf einem umfangreichen, überarbeiteten Lehrplan, der sowohl theoretische als auch praktische Anpassungen enthält. Dabei orientieren sich die DDG und ihre Weiterbildungsstätten besonders am Wunsch nach einem stärkeren Praxisbezug in der Weiterbildung.

➔ Wie und wo wird sich der stärkere Praxisbezug in der Weiterbildung wiederfinden?

Zum einen wählen die Teilnehmenden einen Themenschwerpunkt in Form eines Wahlpflichtmoduls, bei dem besondere Patientengruppen im Mittelpunkt stehen, z.B. Kinder oder ältere, multimorbide Patient*innen. Zum anderen wird dem Berufsumfeld mehr Rechnung getragen, also das individuelle Arbeitsumfeld – stationär oder ambulant – noch besser berücksichtigt.

➔ Wie lange dauert die Weiterbildung zur Diabetesberater*in DDG?

Die Weiterbildung zur Diabetesberater*in DDG bleibt im Umfang nahezu gleich und setzt sich aus 520 Stunden Theorie- und 560 Stunden Praxisanteil zusammen. Dabei ist für alle Teilnehmenden der Abschluss Diabetesassistent*in DDG inkludiert. Das bedeutet auch, dass bereits mit Abschluss des Moduls 3 eine abrechnungswirksame Qualifikation erreicht wird, auch wenn die Weiterbildung noch fortgesetzt wird. Für Diabetesassistent*innen DDG, die nach altem Curriculum „nur“ für Typ-2-Diabetes qualifiziert wurden, ist eine Transferleistung für die

Anschlussfähigkeit an die neue Aufbauqualifikation definiert.

➔ Wie lange dauert die Weiterbildung zur Diabetesassistent*in DDG?

Die Weiterbildung zur Diabetesassistent*in DDG wird um die Themenschwerpunkte Typ-1-Diabetes und Gestationsdiabetes bei Patient*innen in stabiler Stoffwechsellage erweitert und beinhaltet zukünftig 160 Stunden praktischen Bezug, der im alltäglichen Praxisfeld durchgeführt wird, sowie 200 Stunden theoretischen Unterricht.

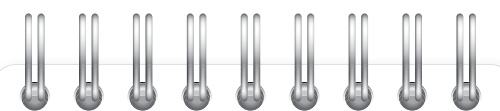
➔ Was sind Wahlpflichtmodule und welche Varianten gibt es?

Die Weiterbildung zur Diabetesberater*in DDG sieht vor, vertiefende, settingbezogene Inhalte zu vermitteln. Konkret bedeutet das: Teilnehmende wählen sich individuell passende Themenschwerpunkte in den Bereichen Geriatrie oder Pädiatrie, die einen direkten Praxisbezug aufweisen. Diese spezifischen Schwerpunkte ermöglichen es, Kenntnisse und Fähigkeiten in der Betreuung und Beratung von multimorbiden Menschen oder von Kindern und Jugendlichen in diabetischer Stoffwechsellage gezielt zu erweitern und auf deren besondere Bedürfnisse einzugehen.

Es ist vorgesehen, dass Teilnehmende ein Wahlpflichtmodul auswählen. Dieses Modul kann flexibel nach dem Abschluss des Moduls 3 gebucht werden. Das Angebot kann außerdem kursübergreifend gebucht werden; so können Teilnehmende ihre Weiterbildung flexibler planen und durchführen. *DDG/dz*

Alle Angebote der DDG zur Weiterbildung und Anmelde-möglichkeiten finden Sie auf:

www.ddg.info/diabeteseducation



Wichtig zu wissen

Die Anmeldung zu den Kursen nach neuem Curriculum ist eröffnet. Die Termine finden Sie unter dem Link/QR-Code oben – dort ist auch eine direkte Anmeldung möglich – oder auf der Doppelseite „Weiterbildung & Qualifikation“.

Bitte melden Sie sich, wenn ...

- Sie für einen Kurs vorgemerkt sind, nun aber doch nicht teilnehmen können. Der Platz kann dann an jemand anderen vermittelt werden.
- Sie einen Kurs nicht antreten oder an einem Folgetermin teilnehmen möchten. Falls die Geschäftsstelle darüber nicht informiert wird, wird automatisch der frühestmögliche Termin gebucht.
- Sie eine Entscheidung bezüglich des Wahlpflichtmoduls getroffen haben. Liegt der Geschäftsstelle dazu keine Information vor, wird automatisch das Modul Geriatrie eingeplant.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an das Team Weiterbildung & Zertifizierung. **Kontakt:** Tel.: 030/31 16937-18, E-Mail: weiterbildung@ddg.info

MedTriX Group kauft Kirchheim-Medien

MedTriX (MTX) erwirbt unter anderem das „Diabetes-Journal“ und die Schulungsprogramme

WIESBADEN. Die MedTriX GmbH (Deutschland) erwirbt zum 1. September 2023 einen Großteil des Produktportfolios des Kirchheim-Verlags (Mainz), der sich in der Insolvenz befindet. Die starken Kirchheim-Medien aus den Bereichen Pädiatrie, Nephrologie und Diabetologie ergänzen das MedTriX-Angebot ideal.

In der Nephrologie hat die MedTriX (MTX) durch die beiden Marken „Nierenarzt/Nierenärztin“ und „Der/Die Nierenpatient:in“ zukünftig ein umfassendes Angebot. Ein neues medizinisches Fachgebiet erschließt sich die MTX mit dem starken LA-Med-Titel „Kinderärztliche Praxis“. Zusätzlich erhält das MedTriX-Angebot für Allgemeinmediziner*innen mit der Marke „doctors/today“ eine neue, digitale Facette.

Mit dem „Diabetes-Journal“ (inkl. seiner Ausgabe für Eltern von Kindern mit Diabetes) und der Community „blood-sugar-lounge.de“ verstärkt die MTX ihr Engagement bei Menschen mit Diabetes. Behandelnde, Forschende und Angehörige der Schulungsberufe werden durch „Diabetes, Stoffwechsel und Herz“, „Diabetes-Forum“ und „diabetologie-online.de“ wie gewohnt umfassend informiert.

MedTriX wird zu dem Diabetes-Verlag in Deutschland

Ein neues Feld für die MTX wird ab September der Bereich Schulung für Menschen mit Diabetes, mit dann über 15 zertifizierten Diabetes-Schulungs- und Behandlungsprogrammen (u.a. „Primas“ und „Medias2“). Dazu gehört auch der Online-Shop mit seinem umfangreichen Buch-

programm. Die MedTriX GmbH wird damit zu dem Diabetes-Verlag in Deutschland. MTX selbst hat bereits die Marken „diabetes zeitung“ (inkl. Webinare), „diatec journal“, „DiabetesLetter“, „diabetes-anker.de“ und „O-TON Diabetologie“ im Portfolio.

„Alle drei Fachbereiche – Diabetologie, Nephrologie und Pädiatrie – ergänzen unser bisheriges Angebot ideal“, sagt Stephan Kröck, Geschäftsführer der MedTriX GmbH Deutschland, „wir freuen uns sehr,

»Alle Fachbereiche ergänzen unser Angebot ideal«

dass wir die renommierten Marken erwerben konnten. Dank der Kompetenz der Kirchheim-Mitarbeitenden und unseres MedTriX-Teams haben wir jetzt im Verbund die Möglichkeit, die Angebote kontinuierlich auszubauen und weiterzuentwickeln.“

Kirchheim-Mitarbeitende ziehen um nach Wiesbaden

Die MedTriX GmbH hat einen Kaufvertrag über einen wesentlichen Teil der Digital- und Printprodukte der Verlag Kirchheim + Co GmbH geschlossen. Der Großteil des Kirchheim-Personals wird übernommen. Das langjährige Know-how bleibt so erhalten und damit die Qualität der Produkte garantiert. Der Standort Mainz wird bis November aufrechterhalten. In der Zeit bis zum Umzug nach Wiesbaden werden die neuen

Mitarbeitenden schon in das Team der MedTriX Deutschland integriert.

Die MedTriX Group: drei Länder, sechs Standorte

Die MedTriX Group ist Teil des Süddeutschen Verlags und gehört zur Südwestdeutschen Medien Holding. Ihr Leistungsspektrum umfasst medizinische Medien in Print und Online, Digitalprodukte (inkl. Audio, Video und Extended Reality) sowie analoge und digitale Veranstaltungen. Zu den großen Marken der MedTriX Deutschland gehören insbesondere die „Medical Tribune“, „ARZT WIRTSCHAFT“, „JOURNAL ONKOLOGIE“ und „Zahnärztliche Mitteilungen“. Die MedTriX Group hat sechs Standorte in Wiesbaden, Landsberg, Regensburg, München, Basel und Wien und beschäftigt rund 250 Mitarbeitende.

Strengere Regeln, genauere Werte

Neue BÄK-Richtlinie setzt neue Maßstäbe für Laboruntersuchungen

BERLIN. Für die Bestimmung von Glukose und Kalium im Labor gelten neue, strengere Vorschriften, die sich aus Änderungen in der Richtlinie zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen ergeben. Die DDG begrüßt die Anpassungen, durch die sich die Messqualität für Glukose und Kalium erhöhen wird.

In der „Richtlinie der Bundesärztekammer (BÄK) zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen“ (Rili-BÄK) sind die grundsätzlichen Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen in der Heilkunde festgeschrieben. Nun wurde die Rili-BÄK geändert – und dadurch gelten auch für die in der Diabetologie so wichtige Messgröße Glukose strengere Vorschriften. Auch für Kalium gelten neue Bestimmungen, die für die Versorgung relevant sind. Die Änderungen erhöhen die Messqualität in der Diagnostik und tragen zu einer größeren Patientensicherheit bei.

Präanalytik wurde bisher nicht ausreichend berücksichtigt

Nachdem im Jahr 2019 in der Rili-BÄK die Vorgaben für die Messgüte für das HbA_{1c} entsprechend den ge-

»Es kommt auf jedes mmol/l an«

stiegenen medizinischen Anforderungen angepasst wurden, hat die BÄK in diesem Jahr dieses Vorgehen auf die Messgrößen Glukose und Kalium ausgeweitet.

„Diese Anpassung ist eine substantielle Verbesserung in der Versorgung unserer Patientinnen und Patienten, da sowohl im niedergelassenen Bereich als auch in den Kliniken die Präanalytik bislang nicht ausreichend berücksichtigt wurde“, begrüßt Professor Dr. rer. nat. LUTZ HEINEMANN, Vorsitzender der DDG Kommission „Labor-diagnostik in der Diabetologie der DDG & DGKL“. „Die neuen Vorgaben werden besonders im Bereich der patientenrelevanten Diagnostik die Qualität der Glukosemessungen zum Wohle unserer Patientinnen und Patienten mit Diabetes deutlich erhöhen.“

Die Diabetologie und die Laboratoriumsmedizin sind eng miteinander verflochten. Nur mit einer hohen Qualität der Messergebnisse können Ärzt*innen eine zuverlässige Diagnose stellen und adäquate

Therapieentscheidungen treffen. Hierbei spielen insbesondere die Bestimmung von Glukose, HbA_{1c}, Fructosamin, Insulin, C-Peptid und Inselzell-Antikörpern eine bedeutende Rolle. „Es muss gewährleistet sein, dass diese klinisch-chemischen Parameter im Labor exakt bestimmt werden. Hier kommt es auf jedes mmol/l an, da eine Abweichung zu falschen diagnostischen und folglich therapeutischen Konsequenzen führen kann“, so DDG Mediensprecher Professor Dr. BAPTIST GALLWITZ aus Tübingen.

Niedrigere Werte durch vorzeitige Glykolyse

So war es bislang möglich, dass durch eine verzögerte Messung und Verwendung von Standard-Blutentnahmegefäßen bei der Blutentnah-

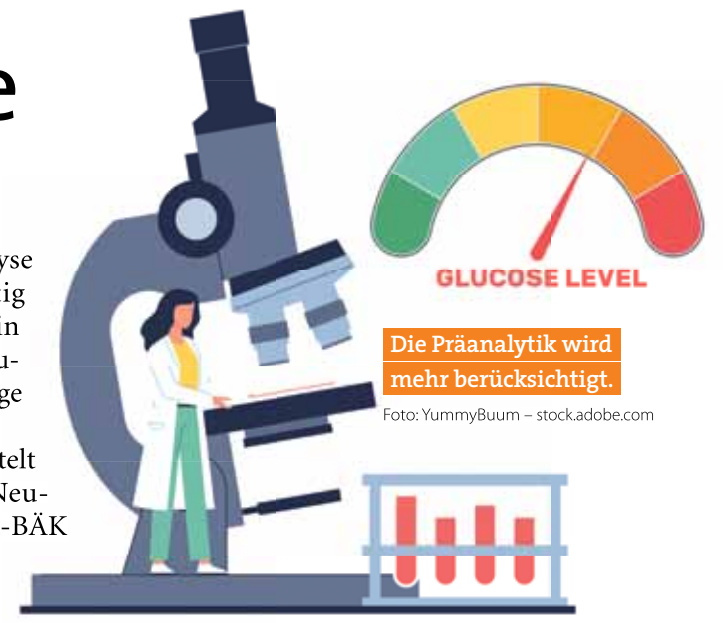
me die Glykolyse bereits vorzeitig einsetzte und in der Laboruntersuchung zu niedrige Glukosekonzentrationen ermittelt wurden. Die Neufassung der Rili-BÄK schreibt nun vor: Wenn die Plasmaseparation oder Messung der Glukose nicht innerhalb von 15 Minuten erfolgt, sind Blutentnahmeröhrchen mit geeigneter Glykolyseinhibition zu verwenden. Die Nutzung von Serum sei ungeeignet.

Dies betrifft im ähnlichen Ausmaß auch die Kaliumbestimmung, da bei Verwendung von Serum nicht die

In-vivo-Konzentration erfasst wird. Die Kaliumwerte liegen aus Serum um bis zu 2 mmol/l falsch hoch. Daher schreibt die Rili-BÄK nun vor, anstatt des Serums Heparin-Plasma oder Vollblut zu verwenden.

Die DDG hatte sich seit Jahren intensiv für die Änderungen stark gemacht.

DDG/nf



Die Präanalytik wird mehr berücksichtigt.

Foto: YummyBuum – stock.adobe.com

Die neue Version der Rili-BÄK – Neuregelungen müssen innerhalb von drei Jahren umgesetzt werden

- Die neue Version der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen ist am 30. Mai 2023 im Deutschen Ärzteblatt erschienen.
- Aktualisierungen gibt es punktuell im Teil A, wo die grundlegenden Anforderungen an die Qualitätssicherung niedergelegt sind.
- In den Teil B 1 (Quantitative laboratoriumsmedizinische Untersuchungen) wurde insbesondere eine neue Tabelle B 1–1 „Vorgaben auf zu verwendende Untersuchungsmaterialien“ aufgenommen, außerdem neu in Teil B 1 sind die höheren

Anforderungen an die interne und externe Qualitätssicherung der Messgröße Glukose.

- Von Teil B 5 (Molekulargenetische und zytogenetische laboratoriumsmedizinische Untersuchungen) gibt es eine vollständige Neufassung.
- Alle entsprechenden Vorgaben und Neuregelungen der aktualisierten Richtlinie sind spätestens bis drei Jahre nach deren Bekanntmachung im Deutschen Ärzteblatt zu erfüllen.

Quelle: instand-ev.de



Effizienz und Wirtschaftlichkeit.
Das neue Dexcom G7.

G7

erstattungs-fähig

Dexcom G7

Einfache Verordnung, die sich lohnt:

- ✓ Verträge mit gesetzlichen Krankenkassen¹
- ✓ Zeitersparnis: Dexcom übernimmt auf Wunsch die Produkteinweisung
- ✓ Mit Dexcom rtCGM-Systemen² kann die Stoffwechseleinstellung nachweislich verbessert werden^{3,4,5}




www.dexcom.com/fachpersonal

Das Dexcom G7 ist in einer mmol/L- und mg/dL-Ausführung verfügbar. | 1 Einen Überblick über Gesetzliche Krankenkassen (GKV), die Dexcom rtCGM-Systeme erstatten, finden Sie hier: <https://de.provider.dexcom.com/erstattungsfaehigkeit>. | 2 Kompatible Geräte sind separat erhältlich. Eine Liste kompatibler Geräte finden Sie unter www.dexcom.com/compatibility. | 3 Diese Ergebnisse wurden mit einer früheren Generation von Dexcom rtCGM-Systemen erzielt. Für das Dexcom G7 sind durch die gleiche oder bessere Performance, Produkteigenschaften und Anwendbarkeit ähnliche Ergebnisse zu erwarten. Siehe dazu Benutzerhandbuch Dexcom G6/Dexcom G7; Welsh JB, et al. J Diabetes Sci Technol. 2022;19322968221099879. | 4 Soupal J, et al. Glycemic Outcomes in Adults With T1D Are Impacted More by Continuous Glucose Monitoring Than by Insulin Delivery Method: 3 Years of Follow-Up From the COMISAIR Study. Diabetes Care. 2020;43:37–43. | 5 Martens T, et al. Effect of continuous glucose monitoring on glycemic control in patients with type 2 diabetes treated with basal insulin: A randomized clinical trial. JAMA. 2021;325(22): 2262–2272. | Dexcom, Dexcom Clarity, Dexcom Follow, Dexcom One, Dexcom Share, Share sind eingetragene Marken von Dexcom, Inc. in den USA und sind möglicherweise in anderen Ländern eingetragen. © 2023 Dexcom, Inc. Alle Rechte vorbehalten. | www.dexcom.com | +1.858.200.0200 | Dexcom, Inc. 6340 Sequence Drive San Diego, CA 92121 USA | MDSS GmbH, Schiffgraben 41, 30175 Hannover, Germany LBL-1001412 Rev001 / 02.2023

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

Dem Diabetes auf der Spur

Wie sich der Diabetes-Forschung unter Beteiligung des DZD neue Möglichkeiten eröffnen

NEUHERBERG. Ein „Diabetes-Kalkulator“, mit dem sich der Diabetes-Subtyp herausfinden lässt, und die Entschlüsselung des Wirkmechanismus von Tirzepatid, die das Fenster zu weiterer Forschung aufstößt, geben Hoffnung und zeigen, dass DZD-Forscher*innen an wichtigen Neuerungen beteiligt sind. Hoffnung macht auch eine Modellrechnung, die zeigt, wie viel sich durch eine bessere Risikofaktorenkontrolle einsparen ließe und wie viel Lebensqualität gewonnen werden könnte.

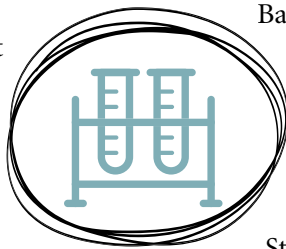


DZD
Deutsches Zentrum
für Diabetesforschung

Tirzepatid: Mechanismus entschlüsselt

Tirzepatid reduziert das Körpergewicht und verbessert den Blutzuckerstoffwechsel bei Patient*innen mit Adipositas und Typ-2-Diabetes. Aber wie genau wirkt es?

Obwohl das Medikament darauf ausgelegt ist, die Rezeptoren für die Peptidhormone glucagon-like peptide-1 (GLP1) und glucose-dependent insulinotropic polypeptide (GIP) zu aktivieren, ist der Beitrag des GIP-Rezeptors für die Effekte auf den Stoffwechsel noch nicht vollständig verstanden. Ein Team von Forschenden von Helmholtz Munich, des DZD, Eli Lilly and Company,



Novo Nordisk und der Duke Universität hat erstmals gezeigt, dass Tirzepatid vorwiegend über den GIP-Rezeptor die Insulinausschüttung in der menschlichen Bauchspeicheldrüse stimuliert.

Diese Ergebnisse stehen im Gegensatz zu Befunden bei Mäusen, wo Tirzepatid die Insulinausschüttung hauptsächlich über den GLP1-Rezeptor stimuliert. In weiteren Studien soll untersucht werden, wie wichtig der GIP-Rezeptor für den Effekt der Gewichtsreduktion des Medikaments ist.

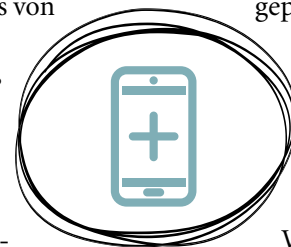
El et al. Nat Metab 2023; 5(6):945-954; doi: 10.1038/s42255-023-00811-0

DZD

Clustering-Tool für Subtypen

Die Subtypisierung des Diabetes basiert auf einer Clusteranalyse sowie deren Überprüfung und Erweiterung im Rahmen der multizentrischen Deutschen Diabetes-Studie. Aus den Untersuchungen haben sich Parameter ergeben, anhand derer einzelne Subtypen des Diabetes identifizierbar werden.

Dabei spielen der Nachweis von GAD-Autoantikörpern, das Alter bei Diagnose, BMI, HbA_{1c} sowie der Blutzuckerwert (nüchtern), das Nüchtern-Plasma-C-Peptid und das Geschlecht eine Rolle. Das DDZ hat nun ein Clustering-Tool entwickelt, mit dem Menschen mit Diabetes einem der fünf Subtypen zugeordnet werden können.



Der Grad der Ähnlichkeit der Person mit jedem der fünf Subtypen lässt sich grafisch darstellen, ist aber ausdrücklich keine Diagnose, sondern dient der Information und ersetzt weder den ärztlichen Rat noch eine Diagnosestellung und Behandlung. „Die Entwicklung dieses DDZ Cluster-Tools ist ein erster Schritt in der geplanten Reihe von Angeboten, die wir zur praktischen Unterstützung präzisionsmedizinischer Ansätze in der Diabetologie in der nächsten Zeit anbieten möchten“, erläutert Professor Dr. ROBERT WAGNER, Leiter des klinischen Studienzentrums am DDZ.

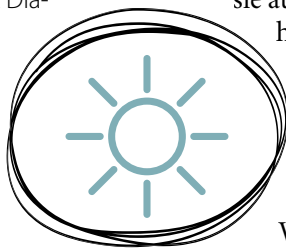
Erreichbar ist das Clustering-Tool über diabetescalculator.ddz.de.

DZD

Hitze und Diabetes: Das ist wichtig

Die Zunahme an Hitzeperioden im Zuge des Klimawandels kann für Menschen mit Diabetes kritischer sein als für Stoffwechselgesunde. Das gilt besonders im höheren Alter. Was sollten Menschen mit Diabetes über das Thema wissen?

Eines der Hauptprobleme in Bezug auf Diabetes und Hitze ist das Risiko, dass der Blutzuckerspiegel steigt oder fällt und Hyper- oder Hypoglykämien verursacht. Menschen mit Diabetes haben zudem ein höheres Risiko für Hitzeerschöpfung“, erläutert Dr. ALEXANDRA SCHNEIDER, Leiterin der Forschergruppe



Umweltrisiken am Institut für Epidemiologie bei Helmholtz Munich.

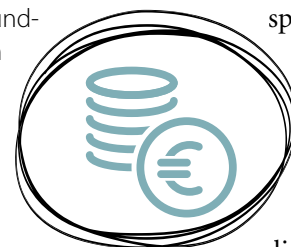
Sie möchten Ihre Patient*innen zum Thema Hitze beraten? Dann weisen Sie sie auf das Angebot von diabinfo.de hin. Im Beitrag „Hitze und Diabetes“ und den Videos „Hitze bei Diabetes: So reagiert der Körper“ und „6 Tipps bei Hitze“ erfahren Menschen mit Diabetes alles Wissenswerte. Die Podcast-Folge „Klimawandel und Hitze – was bedeutet das für unsere Gesundheit?“ mit Dr. Alexandra Schneider ist auf diabinfo.de und bei allen gängigen Streamingdiensten zu finden.

diabinfo.de

Einsparpotenzial: 1,9 Mrd. in 10 Jahren

Ein Team unter der Leitung des DZD-Wissenschaftlers Prof. Dr. Michael Laxy, Professur für Public Health und Prävention der TU München, hat im Rahmen einer Studie versucht, die langfristigen gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen einer verbesserten Risikofaktorenkontrolle bei deutschen Erwachsenen mit Typ-2-Diabetes abzuschätzen.

Die Forschenden fanden heraus, dass die dauerhafte Erreichung eines Zielwertes von unter 7 % für HbA_{1c}, von unter 140 mmHg



für den systolischen Blutdruck und von unter ≤ 2.6 mmol/l für LDL-Cholesterin für alle Personen mit Typ-2-Diabetes in Deutschland zu erheblichen Kosteneinsparungen und einem Zugewinn an qualitätsadjustierter Lebenszeit führen würde. Auf nationaler Ebene könnten damit die Versorgungskosten im Zeitraum von zehn Jahren um mehr als 1,9 Milliarden Euro reduziert werden.

DZD

Min Fan et al. Diabetologia 2023; doi.org/10.1007/s00125-023-05950-3

diatec journal soll noch besser werden

Online-Leserumfrage – machen Sie mit bis zum 31. August

WIESBADEN. Das diatec journal, das vier Mal jährlich der diabetes zeitung beiliegt, soll noch attraktiver gestaltet werden. Dafür soll eine Umfrage Klarheit schaffen: Was wünschen sich die Leserinnen und Leser?

Seit über sechs Jahren gibt es das diatec journal und liefert seitdem vierteljährlich die wichtigsten Neuigkeiten sowie



fundierte Grundlagen und Analysen rund um den breiten Themenkomplex Diabetestechnologie und Digitalisierung. Das Redaktionsteam – Professor Dr. LUTZ HEINEMANN, Dr. WINFRIED KEUTHAGE, MANUEL ICKRATH und Dr. ANDREAS THOMAS – und die Gastautor*innen bieten in ihren Beiträgen einen handfesten Nutzen für den

Praxisalltag, fassen Neues und Kompliziertes zusammen und ordnen es ein. Auch meinungsstarke Kommentare, z.B. zu gesundheitspolitischen und regulatorischen Themen, haben im diatec journal einen festen Platz.

Weiterentwicklung des Journals? Sehr gerne!

Doch darauf möchte sich das Redaktionsteam nicht ausruhen, sondern das diatec journal weiterentwi-

ckeln und dabei natürlich auch die Leser*innen einbeziehen. Nutzen Sie deshalb die Online-Umfrage, um Wünsche, Vorschläge und Kritik zu äußern, z.B. zur Themenauswahl oder zum Erscheinungsbild. Außerdem ist für das Team interessant, ob ein eigenständiger, umfangreicherer Online-Auftritt gewünscht wird. Machen Sie gerne mit – es dauert nicht lange, den Fragebogen online auszufüllen. Die Umfrage wird ge-

maß den EU-Datenschutzrichtlinien durchgeführt, die Server stehen in Deutschland.

Foto: Игорь Жуков – stock.adobe.com

Die Teilnahme an der Umfrage ist bis zum 31. August möglich. Nutzen Sie dafür den QR-Code oder diesen Link:



medical-tribune.de/diatec-journal/umfrage-2023

DIABETOLOGIE & ERNÄHRUNGSMEDIZIN

APPETIT

AUF

FRÜHANMELDUNG ENDET
AM 07.09.2023

GESUND-

HEIT



 **DIABETES
HERBSTTAGUNG
2023 DDG**

in Zusammenarbeit mit
 **DGEM**
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
ERNÄHRUNGSMEDIZIN E.V.

| DIABETES HERBSTTAGUNG

| CONGRESS CENTER LEIPZIG

| 17.-18. NOVEMBER 2023

FOTO: COPYRIGHT: TARA MOORE BY GETTY IMAGES

Früher diagnostizieren und behandeln – aber wie?

Neben Screening auf Typ-1-Diabetes braucht es umfassende Aufklärung und Beratung

BERLIN. An der Diabetes-Früherkennung mithilfe von Biomarkern scheiden sich die Geister. Die einen argumentieren mit weniger Ketoazidosen bei der Manifestation und neuen medikamentösen Behandlungsansätzen zur Verzögerung der Erkrankung um mehrere Jahre. Andere blicken mit Sorge auf die psychischen Belastungen der Familien von Kindern mit positivem Screening-Ergebnis. Für sie liegt der Schlüssel für frühzeitige Diagnosen eher in der Aufklärung der breiten Öffentlichkeit über typische Diabetes-Symptome.

Seit 2015 wurden in Bayern im Rahmen des Fr1da-Programms über 173.000 Kinder zwischen zwei und sechs Jahren auf Inselautoantikörper untersucht. Dabei wurden bis dato 504 Kinder identifiziert, bei denen zwei oder mehr der entscheidenden Inselautoantikörper vorliegen, die als Biomarker für eine frühe Diagnose des Typ-1-Diabetes gelten. „Wir konnten in früheren Studien zeigen, dass die Spezifität dieser Antikörper sehr hoch ist“, berichtete Professor Dr. ANETTE-GABRIELE ZIEGLER vom Institut für Diabetesforschung am Helmholtz-Zentrum München, „nahezu 100 Prozent dieser Kinder entwickeln im Laufe ihres Lebens einen klinisch manifesten Typ-1-Diabetes“.

Ketoazidose-Risiko reduzieren und die Manifestation verzögern

Bislang konnte man diesen Kindern und ihren Familien kein echtes therapeutisches Angebot machen, um den weiteren Verlauf zu beeinflussen. Schließlich kann beim Typ-1-Diabetes nach wie vor lediglich das fehlende Insulin substituiert werden, ohne Option auf eine kausale Therapie. Immerhin wurden die Betroffenen ausgiebig geschult und psychologisch begleitet, um auf die letztlich unausweichliche Manifestation besser vorbereitet zu sein. Bereits hierin liegt für Befürworter*innen des Screenings wie Prof. Ziegler ein klarer Vorteil: „Die Teilnahme an dem Screening reduziert das Risiko einer diabetischen Ketoazidose“, betonte sie mit Blick auf Daten aus dem DPV-Register. Auch die Betazellfunktion zum Zeitpunkt der klinischen Diagnose sei bei Fr1da-Kindern besser als bei Kindern ohne vorheriges Screening. Und abgesehen vom initialen Schock unmittelbar nach dem positiven Screening-Ergebnis berichten die Eltern von gescreenten Kindern auch über eine bessere Lebensqualität und geringere psychische Belastung als diejenigen, bei deren Kindern die Diagnose

Typ-1-Diabetes quasi aus heiterem Himmel über sie hereinbrach.

Doch in naher Zukunft dürfte mit Teplizumab, das in den USA bereits zugelassen ist, auch in Europa eine medikamentöse Immuntherapie zur Verfügung stehen, mit der sich die klinische Manifestation eines Typ-1-Diabetes um durchschnittlich drei Jahre verzögern lässt. „Dieses Potenzial sollte niemandem vorenthalten werden“, meinte Prof. Ziegler, „doch Voraussetzung für den Einsatz von Teplizumab ist ein vorangegangener Autoantikörpertest.“ Schließlich sollte das Medikament im Frühstadium des Typ-1-Diabetes eingesetzt werden, wenn noch keine klinischen Symptome zu beobachten sind. Weil 95 % aller Menschen mit Typ-1-Diabetes keinen Blutsverwandten mit derselben Erkrankung haben, ist es aus ihrer Sicht sinnvoll, ein Screening nicht nur bei genetischer Vorbelastung anzubieten, sondern als freiwillige Leistung in die Regelversorgung aufzunehmen.

Abwägung zwischen Nutzen und Risiko: nicht eindeutig?

Für Prof. Dr. Dr. BEATE KARGES von der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Universitätsklinikum Aachen fiel die Abwägung zwischen Nutzen und Risiko hingegen anders aus. Sie wies darauf hin, dass die WHO ein Populations-Screening u.a. nur dann für angezeigt hält, wenn ein wichtiges Gesundheitsproblem in der präklinischen



Diskussion verpasst? Einfach on demand anschauen!



In der Kinderdiabetologie ist eine Diskussion über das Screening von Kindern auf Typ-1-Diabetes entstanden. Die verschiedenen Positionen wurden während des Diabetes Kongresses im Symposium „Typ-1-Diabetes-Screening: Chancen, Nutzen, Risiken“ deutlich. Mit dabei, von links nach rechts: Prof. Dr. Anette-Gabriele Ziegler, Prof. Dr. Beate Karges, Prof. Dr. Andreas Neu, Prof. Dr. Olga Kordonouri. Sie können sich das Symposium auf der DDG Online-Plattform anschauen – mit der Buchungsnummer Ihres Kongresstickets können Sie sich auf ddg.meta-dcr.com anmelden.

Phase heilbar oder die Prognose bei früher Diagnose und Behandlung erheblich besser ist. „Der Antikörpertest auf Typ-1-Diabetes erkennt zwar ein – künftiges – Risiko, nicht aber eine manifeste Erkrankung“, erklärte sie, „zudem ist der Erkrankungsbeginn individuell nicht prognostizierbar.“ Selbst mit einer Immuntherapie sei keine Prävention, sondern nur eine Verzögerung der Manifestation möglich – allerdings



Welcher Standpunkt ist der richtige, wenn es um die Früherkennung geht? Fachleute sind auf der Suche nach Balance.

Foto: ink drop – stock.adobe.com

um den Preis etlicher potenzieller Nebenwirkungen. Zudem sei die glykämische Kontrolle bei frühem Behandlungsbeginn lediglich in den ersten Jahren, aber nicht dauerhaft besser.

Man könne auch mit gezielter Aufklärung über typische Diabetessymptome die Ketoazidoserate effektiv verringern. Im Durchschnitt komme es in 20 % der Fälle bei der Manifestation zu einer Ketoazidose. „Doch bei der Manifestation bei einem zweiten Familienmitglieds liegt die Ketoazidoserate nur bei 7 %, weil die Familie bereits mit den Alarmzeichen vertraut ist“, argumentierte Prof. Dr. Karges. Zudem könne man mithilfe moderner Diabetestechnologie die Therapie auf Populations-ebene verbessern: „Typ-1-Diabetes ist mittlerweile gut behandelbar.“

In der Diskussion prallten die Positionen aufeinander

Für ebendiese Äußerung erntete Prof. Karges in der anschließenden Diskussion heftige Kritik vom Kinderdiabetologen Prof. Dr. THOMAS DANNE vom Kinderkrankenhaus auf der Bult in Hannover: „Es macht mich wütend, wenn Diabetes bei Kindern als eine heutzutage gut behandelbare Erkrankung dargestellt wird. Sie ist immer noch eine enorme Belastung für die Familien.“ Außerdem zeigten die Daten des schwedischen Diabetesregisters, dass Jungen mit Typ-1-Diabetes 14 Lebensjahre und Mädchen sogar 17 Jahre verlieren. „Drei Jahre Verzögerung können da viel ausmachen.“

»Wie groß ist die Belastung für Familien?«

Prof. Dr. GIOVANNI MAIO, Mediziner von der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg wiederum gab zu bedenken, dass ein positives Screening-Ergebnis „die Vorwegnahme einer Erkrankung und der damit verbundenen Sorge“ bedeute. Wenn ein Kind z.B. die Pubertät noch ohne Diabetes überstehen könne, sei das zwar hilfreich. „Doch auch wenn ich die neuen medikamentösen Möglichkeiten sehr begrüßenswert finde, müssen wir die schwerwiegenden Folgen des Tests im Blick behalten, weil wir eben keine wirkliche Therapie anbieten können.“ Er sieht die behandelnden Ärzt*innen in der Beratung- und Gesprächspflicht, aber nicht in der Testpflicht: „Der Umgang mit den neuen Möglichkeiten muss besonnen und nicht automatisiert erfolgen.“

Auch die Berliner Kinderendokrinologin Dr. KATHRIN GRIFFIG, die sich aus dem Plenum zu Wort meldete, zeigte sich skeptisch: „Meine Angst wäre, dass es im Falle eines regelhaften Screening-Angebots eben keine routinemäßigen Beratungs- und Aufklärungsgespräche gäbe.“ Sie habe Fälle erlebt, in denen Familien infolge eines Autoantikörpertests „im Nichts gelandet sind“ und das Wissen um die künftige Erkrankung dem Kind nicht gut getan hat. Für Professor Dr. ANDREAS NEU, mittlerweile DDG Past Präsident, war damit klar: „Wir haben wahrgenommen, wie wichtig und aktuell, aber auch kontrovers dieses Thema ist. Es ist wichtig, diese Kontroversen in der Fachgesellschaft offen auszutragen.“

Antje Thiel
Diabetes Kongress 2023

»Ist die Lebensqualität besser, wenn Familien sich auf den Diabetes vorbereiten können?«

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

CME Punkte beantragt

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

Sehen Sie sich jetzt den Trailer zum Webinar an!



Organisation:

MedTriX Group

Mit freundlicher Unterstützung:

dexcom

omnipod
leichter leben™

eviVamed
DEDICATED TO SELFCARE

Abbott

Paul-Langerhans-Medaille geht an die »Mutter der Moleküle«

Für ihre Forschung zu Liraglutid und Semaglutid erhält Dr. Lotte Bjerre Knudsen beim Diabetes Kongress die höchste Auszeichnung der DDG

BERLIN. Sie gilt als einer der brilliantesten Köpfe der Diabetesforschung: Dr. Lotte Bjerre Knudsen, Chief Scientific Advisor Novo Nordisk A/S in Kopenhagen. Für ihre Forschung an GLP1 und GLP1-RA – unter ihrer Leitung wurden die Moleküle Liraglutid und Semaglutid entwickelt – hat sie die Adipositas- und Typ-2-Diabetes-Therapie wesentlich vorangebracht, befand die Jury und zeichnete Dr. Knudsen mit der Paul-Langerhans-Medaille aus.

Normalerweise werden Angestellte aus der Industrie nicht als geeignete Kandidat*innen für wissenschaftliche Ehrungen angesehen“, erklärten Prof. Dr. MATTHIAS BLÜHER und Prof. Dr. MICHAEL NAUCK bei ihrer gemeinsamen Laudatio auf die Forscherin. Denn oft sei bei der Kommunikation von Forschungsergebnissen „nicht so offensichtlich, dass sie tatsächlich frei von Einflüssen kommerzieller Interessen“ seien. In der Wahrnehmung der Preisjury sei Dr. Knudsen jedoch „eine bemerkenswerte Ausnahme“, lobten die beiden Diabetologen. „Sie präsentieren und interpretieren Daten mit der Gründlichkeit einer passionierten Wissenschaftlerin und mit dem erkennbaren Ehrgeiz, die höchsten wissenschaftlichen Standards zu erfüllen – und das vollkommen unbestechlich.“ Der dänischen Forscherin nun die Paul-Langerhans-Medaille für ihre 35-jährige wissenschaftliche Arbeit

zu überreichen, die maßgeblich zur Entwicklung neuer Therapien beigetragen habe, sei ihnen eine „Riesenfriede und Ehre“. Denn Dr. Lotte Bjerre Knudsen hat nicht nur die Moleküle Liraglutid und Semaglutid auf die Welt gebracht, sondern lieferte auch wichtige Beiträge zu GLP1-Rezeptoren in menschlichen Geweben sowie zur Sicherheit und zum Mechanismus dieser Wirkstoffe. Derzeit erforscht sie neue Einsatzmöglichkeiten für GLP1-RA bei neurodegenerativen Erkrankungen.

Liraglutid und Semaglutid sind Knudsens Verdienst

Liraglutid war der erste zugelassene langwirksame GLP1-Rezeptoragonist mit deutlich effektiverer Wirkung als die zuvor existierenden kurzwirksamen Präparate. Knudsen hat später auch an der Entwicklung eines weiteren Moleküls – Semaglutid – entscheidend mitgewirkt. Semaglutid ist der bislang wirksamste selektive GLP1-Rezeptoragonist. Sie gelte deshalb als „die Mutter dieser Moleküle“ und in den Augen von Diabetolog*innen, Kardiolog*innen und Nephrolog*innen sowie vieler Patient*innen auch als Mutter des Erfolgs dieser Wirkstoffe.

Dr. Lotte Bjerre Knudsen absolvierte in den 1980er-Jahren eine Aus-

bildung zur technischen Laborassistentin und Chemieingenieurin, erwarb später ihren Dokortitel für Medizin. 1989 begann sie beim Unternehmen Novo Nordisk in Kopenhagen als Wissenschaftlerin zu arbeiten und wurde schließlich im Januar 2022 zum Chief Scientific Advisor im Bereich Forschung und Frühe Entwicklung ernannt. Zu einer ihrer bedeutendsten wissenschaftlichen Leistungen zählt die Entwicklung der langwirksamen GLP1-Rezeptoragonisten, die über eine bestimmte Fettsäureseitenkette die Bindung an Albumin vermitteln. Prof. Dr. Blüher und Prof. Dr. Nauck sind vor allem auch von der Breite Dr. Knudsens wissenschaftlicher Interessen angetan, die sich etwa in ihren wesentlichen Arbei-

ten zur detaillierten Beschreibung des Wirkmechanismus von GLP1-Rezeptoragonisten im Hinblick auf die Suppression von Appetit und Energieaufnahme zeigen, nachgewiesen in Studien, die hochrangige neurobiologische Forschung repräsentieren und in denen günstige kardiovaskuläre und renale Wirkungen einer Therapie mit GLP1-Rezeptoragonisten gezeigt werden konnten.

GLP1-RA auch als orale Therapie vorangebracht

Die Wissenschaftlerin entwickelte auch die Methodik, GLP1-RA absorbierbar im Gastrointestinaltrakt zu machen, um damit eine orale Therapie mit denselben Wirkstoffen zu ermöglichen, die nach subkutaner Gabe schon so erfolgreich

waren. Auch mit Fragen zur Sicherheit beschäftigte sie sich, etwa hinsichtlich des vermeintlichen Risikos der GLP1-RA für C-Zell-Tumoren oder eine Pankreasneoplasie. „Es ist ein gutes Gefühl, Anerkennung für über 30 Jahre Forschung zu erhalten, insbesondere für mich als Forscherin aus der Industrie, und ich hoffe, dass andere von dieser Auszeichnung inspiriert werden“, sagte sie.

Dr. Lotte Bjerre Knudsen ist die zweite Wissenschaftlerin, die diese Ehrung erhält. Die erste war JULEEN RAE ZIERATH aus Stockholm, die 2015 die Paul-Langerhans-Medaille für ihre Arbeit zur Bekämpfung der Insulinresistenz und zur Vorbeugung des Typ-2-Diabetes („Muscling in on Insulin Resistance to Prevent Type 2“) entgegennahm. *Angela Monecke*



Wohlverdient: Dr. Lotte Bjerre Knudsen nahm beim Diabetes Kongress 2023 in Berlin die Paul-Langerhans-Medaille entgegen. Die Laudatio hielten Prof. Dr. Matthias Blüher und Prof. Dr. Michael Nauck gemeinsam. Foto: DDG/Dirk Deckbar

»Passionierte Wissenschaftlerin, höchste Standards«

Posterpreise 2023

15 Poster-Autor*innen ausgezeichnet

BERLIN. Fast 150 Poster wurden während des Diabetes Kongresses ausgestellt. 15 Autorinnen und Autoren von Postern wurden für ihre Arbeit mit einem Posterpreis der DDG ausgezeichnet.

In den geführten Posterpräsentationen (Postertouren) werden, geleitet durch zwei Vorsitzende, jeweils bis zu 15 inhaltlich gruppierte Poster vorgestellt und von den Autor*innen/Ko-Autor*innen präsentiert.

Entscheidend: der Neuwert

Um einen der DDG Posterpreise zu gewinnen, muss die Arbeit u.a. einen wissenschaftlichen Neuwert

haben. Im Rahmen jeder Postertour wird jeweils das beste Poster ausgezeichnet. Ein Posterpreis ist jeweils mit 500 Euro dotiert; verliehen wurden die Preise im Rahmen der DDG Night. dz

Die Titel aller Poster können Sie im gedruckten oder im Online-Programm nachlesen:

www.diabeteskongress.de



Die 15 Preisträger*innen 2023 sind:

- Henrike Fritsch, Hannover
- Sofie Groß, Braunschweig
- Dr. Deike Hesse-Wilting, Berlin
- Prof. Dr. Othmar Moser, Bayreuth (ausgezeichnet für zwei Poster)
- Dr. Nicole Prinz, Ulm
- Dr. Arvid Sandforth, Tübingen
- Dr. Haiko Schlögl, Leipzig
- Dr. Cindy Zehm, Rostock
- Dr. Heike Adamczewski, Köln
- Sophie Carina Kunte, München
- PD Dr. Olga Pivovarova-Ramich, Nuthetal
- Nathalie Rohmann, Kiel
- Rebecca Zimmer, Bayreuth
- Dr. Kristina Schlicht, Kiel
- Dr. Martin Schön, Düsseldorf/München

Helmholtz Munich eröffnet Innovationscampus

Das Ziel: junge Wissenschaftler*innen fördern

MÜNCHEN. Mit dem Helmholtz Pioneer Campus gibt es in Deutschland ein neues Gebäude für die Spitzenforschung, das auch der Diabetesforschung neue Impulse geben kann.

Der Neubau vereint offene Raumgestaltung, Co-Working-Spaces und Hightech-Laborflächen, um junge und innovative Top-Wissenschaftler*innen zu fördern. Am Helmholtz Pioneer Campus arbeiten hochqualifizierte Forschende aus aller Welt über verschiedene Forschungsbereiche hinweg. Sie verknüpfen z.B. Künstliche Intelligenz mit

der Biomedizin und Ingenieurwissenschaften mit der vielfach ausgezeichneten Diabetes-Forschung von Helmholtz Munich. In das neue Gebäude können bis zu 20 Pioniergruppen und Start-ups mit insgesamt 200 Arbeitsplätzen einziehen.

Dazu Prof. Matthias Tschöp, CEO von Helmholtz Munich und Gründungsdirektor des Pioneer Campus: „Mit dem Pioneer Campus holen wir die besten Nachwuchstalente der Welt zu uns nach München, die interdisziplinär an bahnbrechenden Innovationen und neuen Technologien arbeiten.“ *Helmholtz Munich/dz*

Tablet statt Klemmbrett

Mit Simpleprax können Patient*innen ihre Daten online verfügbar machen

BERLIN. Es kennt wohl jeder aus dem Praxisalltag: das Klemmbrett mit Papierbögen, welche die Patient*innen im Wartezimmer ausfüllen und unterschreiben. Das geht auch anders, mit einem papierlosen Wartezimmer, zeigt das Start-up Simpleprax. Mit seiner digitalen Anamnese katapultierte sich das Unternehmen aus München beim „Startup & Digital News Village“ auf Platz 1.

ANTONIA SALEH ist Mitgründerin und Geschäftsführerin des Münchner Start-ups Simpleprax. Beim Deutschen Diabetes Kongress in Berlin, konkret beim Wettbewerb „Start-up Village“, präsentierte sie die Software, die dem Unternehmen den Namen gab. Sie wolle ihre Begeisterung für die digitale Patientendatenerhebung mit den Zuhörenden teilen und damit auch Interesse am Produkt wecken, sagte sie und stellte die Details vor.

Sichere, datenschutzkonforme Cloud-Infrastruktur

Mit der Software Simpleprax erhalten Patient*innen Informationen bzw. beantworten Fragen zu Datenschutz, Anamnese und Aufklärung im Wartezimmer oder schon zu Hause digital. Dazu wird in der Praxis statt des Klemmbretts ein Tablet mit der Software und dem Zugriff auf die jeweiligen administrativen Dokumente, medizinischen Fragebögen oder Aufklärungsbögen ausgehändigt. Die Stammdaten werden aus der Praxissoftware übernommen, heißt, gestartet wird im Idealfall aus der Patientenakte

»Gestartet wird im Idealfall aus der Patientenakte«

heraus. Wer will, kann die jeweiligen Formulare auch auf dem eigenen Smartphone ausfüllen bzw. unterschreiben. Zugang zu dieser Möglichkeit bietet ein dynamischer QR-Code, der auf einem Tablet-Bildschirm an der Anmeldung angezeigt wird, oder ein Link, der bereits vorab per E-Mail an Patient*innen geschickt werden kann.

Die Übertragung der eingegebenen Daten ist bei Simpleprax über eine sichere und datenschutzkonforme Cloud-Infrastruktur mit Schnittstelle zum Praxisverwaltungssystem geregelt. Die Daten werden Ende-zu-Ende verschlüsselt in die Praxis übertragen und erst dort entschlüsselt. Die Informationen werden zu-

dem strukturiert digital in die Patientenakte überführt. Saleh: „Wir kennzeichnen jedes Feld, wodurch sich der Arzt eine selbst konfigurierte Kurzzusammenfassung der Befragung ausgeben lassen kann und beispielsweise Risikofaktoren beim Patienten oder der Patientin angezeigt werden.“ Zusätzlich wird automatisch eine PDF-Datei der



Die Jurymitglieder (v.l.n.r.): Stephan Kröck (für MedTriX), Dr. Iris Dötsch (Diabetologin/DDG), Dr. Kilian Rittig (Diabetologe/DDG), Norbert Kuster (DDH-M). Foto: DDG/Dirk Deckbar



Prof. Dr. Andreas Neu, jetzt DDG Past Präsident, übergab die Siegerurkunde an Simpleprax-Chefin Antonia Saleh.



Fotos: DDG/Dirk Deckbar, Simpleprax

Worum geht es beim Startup & Digital News Village?

Das Programm richtet sich an Firmen, die im medizinischen Bereich tätig sind, die jünger als zehn Jahre sind, die ein geplantes Mitarbeiter*innen-/Umsatzwachstum haben und/oder die (hoch) innovativ in ihren Produkten, Dienstleistungen, Geschäftsmodellen und/oder Technologien sind.

Diese Start-up-Unternehmen können eines ihrer Angebote beim DDG Kongress vorstellen. **Zudem wird es 2023 erstmals auch während der DDG Herbsttagung ein „Startup & Digital News Village“ geben.**

Wer mitmachen möchte, bewirbt sich um einen Standplatz beim Kongress (Martin Breiter; Sales@mcon-mannheim.de). Die Standbestätigung beinhaltet zehn Minuten auf der Aktionsbühne des „Startup & Digital News Village“, um die Innovation präsentieren zu können. Eine Jury (**Mitglieder 2023: Stephan Kröck, PD Dr. Kilian Rittig, Dr. Iris Dötsch, Norbert Kuster**) entscheidet über die überzeugendsten Produkte. Den Siegern winkt ein Medienpaket mit Vorstellung des Unternehmens in der diabeteszeitung und Erwähnung im Newsletter der DDG. Gewinner beim Diabetes Kongress im Mai war Simpleprax. Platz 2 ging an die Perfood GmbH für eine personalisierte Lebensstiltherapie bei Typ-2-Diabetes (Vorstellung in der nächsten Ausgabe).

Befragung für die vorgeschriebene, langfristige Aufbewahrung in der Patientenakte abgelegt, sagt die Simpleprax-Gründerin. „Die Vorteile des Ganzen zusammengefasst: Man hat kein Papier mehr, man muss es nicht mehr ausdrucken, einscannen und abtippen, sondern Daten werden automatisch in die Akte importiert und man kann auch jederzeit darauf zugreifen.“

Für diverse Dokumente stehen Vorlagen zur Verfügung, die aber einfach mit dem Simpleprax-Editor auf die eigenen Bedürfnisse angepasst werden können. Auch komplett eigene Formulare lassen sich damit erstellen.

Mögliche Ersparnis: 20 Stunden Zeit und 2.000 Euro an Kosten

Eine Praxis kann laut Saleh, bezogen auf 300 durchgeführte Befragungen pro Monat, auf eine Zeitersparnis von 20 Stunden kommen. „Und wenn man das jetzt in den monetären Vorteil umrechnet, bedeutet das ein Einsparpotenzial von etwa 2.000 Euro.“ Die Software von Simpleprax

ist in einem monatlichen Abonnement ab einem Preis in Höhe von 49 Euro zzgl. Mehrwertsteuer zu erhalten und monatlich kündbar. Damit bietet Simpleprax einen klaren Vorteil für jede Praxis. Wichtig sei ihr noch, die stete Zusammenarbeit des Unternehmens mit den Kunden hervorzuheben. So sei z.B. gemeinsam das Modul für digitale Patientenaufklärung entwickelt worden, bei dem der Arzt die Dokumente nachbearbeiten, annotieren und selbst unterschreiben könne. Es seien auch Videoinhalte und mehrsprachige Dokumente hinzugefügt worden „und wir haben vor Kurzem mit einem Kunden auch eine App für den Fernseher entwickelt, um im Wartezimmer auf die Praxis ausgerichtete Inhalte anzeigen zu können“. Perspektivisch sollen über den Fernseher auch Patient*innen aufgerufen werden.

Sie zieht zugleich Bilanz: „Simpleprax gibt es jetzt seit zwei Jahren und mittlerweile füllen mehr als eine halbe Million Patienten pro Jahr unsere Dokumente aus.“ *Cornelia Kolbeck*

Fokus-Themen unter der Lupe

Beim Diabetes Kongress standen einige Themen besonders im Mittelpunkt

BERLIN. Während der Kongress-Presskonferenz werden stets die wichtigsten Themen des Kongresses angesprochen – 2023 also z.B. die Remission des Typ-2-Diabetes, die aktuell in Deutschland angewandten Diabetestechnologien und das Thema „Bewegung als Medizin“.

Einige Schlaglichter machen klar, worüber beim Diabetes Kongress 2023 besonders intensiv diskutiert wurde.

Remission des Typ-2-Diabetes

„Aus der Studienlage wissen wir, dass Betroffene mit Adipositas ihr Ausgangsgewicht um mehr als 15 % verringern müssen, um einen längerfristigen Stillstand ihres Typ-2-Diabetes, also eine Remission zu erreichen“, erklärte Kongresspräsident Prof. Dr. MATTHIAS BLÜHER. Wenn mit einer konservativen Basistherapie Therapieziele und Gewichtsreduktion nicht erreicht wür-

den, erfolge aktuell ein mehrstufiger Übergang zur chirurgischen Therapie. „Mit der nächsten Generation von Medikamenten der Typ-2-Diabetes-Therapie wie beispielsweise Semaglutid und Tirzepatid könnte diese Lücke geschlossen werden.“

Diabetestechnologie

Dr. SANDRA SCHLÜTER von der AGDT wies darauf hin, dass es bei klassischen Blutzuckertestgeräten immer noch Unterschiede in

der Messgenauigkeit gibt. Eine dynamische Entwicklung sieht sie bei Smart-Pens und CGM- und AID-Systemen. Sie setzt sich für Schulungen ein, um die Diabetestechnologie korrekt einsetzen zu können – und zwar für Menschen mit Diabetes und die Behandlungsteams!

Bewegung ist Medizin

„Bewegung wird zunehmend als Medizin bzw. ‚Poly-Pill‘ verstanden“, führte Prof. Dr. Dr. CHRISTINE

JOISTEN, Sporthochschule Köln, aus. Viele Menschen mit Typ-2-Diabetes erreichen trotzdem nicht die empfohlene Bewegungszeit (150 bis 300 Minuten/Woche). Es gebe viele Barrieren: „Neben teils diabetesassoziierten körperlichen Einschränkungen, gesundheitlichen Gründen und mangelnder Motivation finden sich insbesondere auch Scham, eine depressive Stimmungslage, ein vermindertes Selbstvertrauen und eine unzureichende Angebotslage.“ *dz*

»Ich bin einfach ein Fan der DDG«

Professor Julia Szendrödi ist die neue DDG Vizepräsidentin



Foto: electriceye – stock.adobe.com

HEIDELBERG. Sie ist begeistert von der DDG – und jetzt auch die Vizepräsidentin der Deutschen Diabetes Gesellschaft. Es ist Zeit, etwas zurückzugeben, findet Professor Dr. Julia Szendrödi; bisher habe sie vor allem von den Angeboten der DDG profitiert. Im Präsidium ist sie die zweite Frau, und alles, was beim Themenkomplex Frauen – Medizin – Karriere mitschwingt, beschäftigt sie durchaus. Ein Gespräch über Motivation, das Arztsein, Gendermedizin und die Rolle von Mentorinnen und Mentoren.

Zugewandt und interessiert ist Prof. Dr. JULIA SZENDRÖDI im Interview mit der diabeteszeitung. Im Mittelpunkt steht nicht ihre Forschung, sondern ihr neues Amt als Vizepräsidentin der DDG. Es ist klar zu spüren, dass sie etwas bewegen, Dinge anstoßen möchte – und sich von ihrem neuen Amt auch selbst Denkanstöße erhofft.

? Frau Professor Szendrödi, wie wird man Vizepräsidentin der DDG?

Prof. Szendrödi: Aktiv im Vorstand war ich noch nicht. Bis jetzt war ich Nutznießerin der DDG und hätte nicht damit gerechnet, dass mir das Amt angeboten wird. Aber im Frühjahr hat mich Andreas Fritsche angerufen und gefragt, ob ich mir das vorstellen könnte. Er hat mich sehr ausführlich informiert, was das Amt mit sich bringt und wie man sich die Arbeit im Vorstand vorstellen kann. Nach dem Gespräch war ich schon ziemlich sicher, dass ich das Angebot eigentlich nicht ausschlagen kann, denn es gibt einem die Möglichkeit, aktiv mitzuarbeiten. Ich habe dann noch formal zwei Nächte darüber geschlafen. Auch mit Professor Neu habe ich noch einmal gesprochen. Es hat sich ganz natürlich entwickelt. Ich kenne die Mitglieder im Vorstand und wusste, dass ich mich gut mit ihnen verstehe, dass da einfach eine gute Stimmung ist. Ich habe mich sehr gefreut, als ich in der Mitgliederversammlung tatsächlich gewählt wurde.

? Was motiviert Sie, sich für die Fachgesellschaft zu engagieren?

Prof. Szendrödi: Ich bin seit vielen Jahren einfach ein Fan der DDG. Die DDG steht fürs Fach und ich kann mich gut mit ihr identifizieren. Ich finde die Arbeitsgruppen toll, und natürlich auch die Fortbildungen – nicht nur für mich als Ärztin, sondern auch für das nicht wissenschaftliche Personal. Ich nutze die Zertifizierung und auch die Praxisempfehlungen intensiv. Das heißt, ich profitiere selber schon lange davon, dass Experten sich ehrenamtlich mit verschiedenen Themen ausein-



PROFESSOR DR. JULIA SZENDRÖDI

Die Diabetologin ist Fachärztin für Innere Medizin und seit Februar 2021 Ärztliche Direktorin der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Stoffwechselkrankheiten und Klinische Chemie und Ärztliche Direktorin des Zentrallabors der Universität Heidelberg. Zuvor war sie Oberärztin am Institut für Klinische Diabetologie am Deutschen Diabetes-Zentrum in Düsseldorf. Studiert hat Prof. Dr. Julia Szendrödi an der Medizinischen Universität Wien und auch einige Jahre dort gearbeitet.

andersetzen und aufbereiten. Da auch einmal etwas zurückzugeben, war schon ein inneres Bedürfnis.

? Welche Schwerpunkte möchten Sie setzen – jetzt als Vizepräsidentin, aber dann auch ab 2025, wenn Sie wahrscheinlich Präsidentin sind?

Prof. Szendrödi: Ich glaube, es wird erst einmal darum gehen, dass ich den Präsidenten unterstütze. Andreas Fritsche befasst sich intensiv mit der Versorgung von Patienten mit Diabetes im Krankenhaus und die Krankenhausreform ist natürlich auch für mich persönlich ein sehr wichtiges Thema. Ich bin Direktorin einer Klinik mit Schwerpunkt Diabetologie und Endokrinologie und muss über das Budget verhandeln, muss jede einzelne Stelle rechtfertigen. Mir kommt das Thema Krankenhausreform auch deshalb sehr entgegen, weil ich dadurch die

Möglichkeit habe, mehr von der gesundheitspolitischen Ebene mitzubekommen, die Beweggründe besser zu verstehen und mit den Mitstreitern in der DDG eine stärkere Stimme zu haben. Durch die Arbeit im Präsidium kann ich außerdem z.B. Vertreter aus dem niedergelassenen Bereich und auch Patientenvertreter besser kennenlernen: Was sind die Probleme in der Niederlassung, was sind die Nöte und Bedürfnisse von Menschen mit Diabetes?

Ein wissenschaftlicher Schwerpunkt von mir sind die zellulären Mechanismen bei der Entwicklung von Komplikationen und dann auch die Risikoprävention. Und ich kann mir vorstellen, dass – wenn ich denn zur Präsidentin gewählt werde – der Schwerpunkt für die Amtszeit damit auf jeden Fall zu tun haben wird. Was mir besonders wichtig ist und was ich versuche, für mich als Schwerpunkt auszubauen, ist die Gendermedizin. Das ist ein Bereich, wo es großen Aufholbedarf gibt und wo noch sehr viel Forschungstätigkeit notwendig ist. Warum treten zum Beispiel manche Komplikationen mehr und früher bei Männern auf – und andere bei Frauen?

? Sie sind die zweite Frau im DDG Präsidium nach Prof. Dr. Monika Kellerer. Was bedeutet Ihnen das – und was bedeutet es allgemein?

Prof. Szendrödi: In der DDG sind schon viele Frauen präsent, das fällt positiv auf. Und als Frau Professor Kellerer Präsidentin wurde, ja, da hat mich das beflügelt. Es hat mich motiviert, zu sehen, dass eine Präsidentin an der Spitze steht und dass sie ihre Sache gut macht. Als Klinikdirektorin bekomme ich auch viel positives Feedback. Für junge Mitarbeiterinnen ist es gut zu sehen, dass eine Frau führen kann. Es muss ja nicht jede gleich Direktorin werden, aber vielleicht eine Arbeitsgruppe leiten oder eine Oberarztstelle anstreben. Oder auch sehen: Es ist möglich, mit Kindern – meine sind ja noch relativ klein – eine Karriere zu verfolgen. Das ist, glaube ich, schon motivierend.

? Warum sind Sie Ärztin geworden? Und warum haben Sie sich für die Diabetologie entschieden?

Prof. Szendrödi: Also, Ärztin werden wollte ich so mit 16, 17. Ich male sehr gerne, deshalb war viele Jahre der erste Berufswunsch, Malerin zu werden. Durch meinen Vater war es auch ein Berufswunsch, Psychologin zu werden, und ich habe auch an-

gefangen, Psychologie zu studieren, parallel zur Medizin.

Aber mit 16, 17 hatte ich einen Leistungskurs Biologie, in dem das naturwissenschaftliche Interesse sehr stark geweckt wurde. Ich wusste aber auch, ich möchte etwas Soziales machen. Da war für mich klar: Die Medizin verbindet diese beiden Interessen – dass man forschen und tüfteln kann, aber gleichzeitig auch viel mit Menschen zu tun hat. Nach dem Studium war ich 23 Jahre alt und es war damals in Wien schwierig, eine Ausbildungsstelle zu bekommen – so etwas wie das PJ hier in Deutschland. Ich bin erst einmal in die Grundlagenforschung gegangen, ans Pharmakologische Institut. Nach zweieinhalb Jahren war mir aber klar, dass ich die klinische Ausbildung vermissen.

Professor Roden [heute Direktor des Instituts für Klinische Diabetologie am DDZ; Anm. d. Red.] war auch am Pharmakologischen Institut und mir ist erzählt worden, dass er ein großer Frauenförderer ist. Das ist mir wirklich so gesagt worden, von Professor Veronika Sexl, einer Mentorin von mir, die jetzt Rektorin der Universität Innsbruck ist. Das hat mich motiviert, mich vorzustellen. Es war ein sehr gutes Gespräch und er hat mir gesagt, ich müsste bei ihm erst einmal in die Wissenschaft einsteigen, dann würde er mir eine Ausbildungsstelle anbieten. Das war der erste Schritt in die Diabetologie. Er war wirklich ein sehr guter Mentor und Förderer. Als Mentorin würde ich auch Frau Professor Schürmann bezeichnen. Sie hat mich sehr unterstützt in der Bewerbungsphase um die Professur in Heidelberg.

? Wie wichtig sind Mentorinnen?

Mentorinnen zu haben, ist sehr wichtig, und deswegen ist es gut, dass es die eine oder andere Frau in der Diabetologie gibt. Ich würde Nachwuchsforscherinnen oder Klinikerinnen raten, an diese Frauen heranzutreten. Allgemein gibt es aber in der Diabetologie beides: Männer, die Frauen fördern, und Frauen, die gut als Role Model

funktionieren und sich auch für Gespräche zur Verfügung stellen.

? Sind Sie mittlerweile auch selbst Mentorin?

Prof. Szendrödi: Als Arbeitsgruppenleiterin oder später als Oberärztin in der Uniklinik hat man automatisch die Rolle der Mentorin und das ist schon etwas, was mir großen Spaß macht. Man kümmert sich, z.B. um jüngere Mitarbeiterinnen. In diesem Sinn bin ich schon seit vielen Jahren Mentorin. Dabei versuche ich, aus diesem Arbeitgeberverhältnis einen Schritt zurückzutreten und einfach den Menschen zu sehen und ihn persönlich zu beraten.

? Und Sie versuchen wahrscheinlich auch, Studierende an die Diabetologie heranzuführen.

Prof. Szendrödi: Ja, ich versuche schon zu vermitteln, was das Schöne ist an der Diabetologie. Gut ist: Ich habe die Studenten auch mit bei der Visite auf der Station. Was im Krankenzimmer geschieht und was aus der Situation heraus mit Patienten besprochen wird, bleibt oft viel mehr im Gedächtnis als der Frontalunterricht. Ich gehe offen damit um, wenn wir uns vertan haben und jemand bis jetzt nicht richtig behandelt wurde.

Ein wichtiges Thema: Wo geht die Kommunikation schief zwischen uns Ärztinnen und Ärzten und Patienten? Wenn man mit Patienten ins Gespräch geht, entdeckt man vielleicht einen neuen Ansatzpunkt und findet doch einen Weg, gemeinsam ein Ziel zu definieren. Es ist mir sehr wichtig, das den Studentinnen und Studenten zu vermitteln. Und ein sehr wichtiger Aspekt dabei ist mir die Empathie – und die kann man nur aus der Situation z.B. im Krankenzimmer erklären und auch vorleben.

In der Diabetologie muss man vielleicht eine höhere Frustrationstoleranz haben als anderswo. Es gibt meist keine einmalige Aktion, mit der sich ein Problem lösen lässt. Man muss einen langen Atem haben und es aushalten, wenn ein Patient sagt: Ich kann dieses Ziel nicht erreichen, wir müssen es neu definieren. Das muss einem schon liegen, dass man oft einen längeren Weg zu gehen hat.

Interview: Nicole Finkenauer

nachgefragt

Hoffnungsträger Tirzepatid

Effektive Blutzuckersenkung bei gleichzeitiger Gewichtsabnahme

BERLIN. Verbesserte Stoffwechsellage und substanzielle Gewichtsabnahme sind wichtige Therapieziele bei Typ-2-Diabetes. Mit dem neuen dualen GIP/GLP1-Agonisten hat man dazu jetzt ein sehr effektives Instrument an der Hand. Hier ein Überblick über die Zulassungsstudien und ihre Ergebnisse.

Eine Abnahme von mehr als 15 % des Körpergewichts bietet Menschen mit Typ-2-Diabetes die Chance, quasi eine Remission der Erkrankung zu erreichen, sagte Dr. DOMINIK DAHL, niedergelassener Diabetologe aus Hamburg. Mit Lebensstilinterventionen und den bisherigen medikamentösen Ansätzen ließ sich dies aber nur selten erreichen. In neue Medikamente wie das jetzt für die Behandlung des Typ-2-Diabetes zugelassene Tirzepatid werden daher große Hoffnungen gesetzt.

Monotherapie und Kombination mit weiteren Medikamenten

Grundlage der Zulassung ist das SURPASS-Studienprogramm, in dem Tirzepatid in den Dosierungen von 5, 10 und 15 mg (einmal wöchentlich s.c.) untersucht wurde. In der SURPASS-1-Studie wurden Patient*innen mit Typ-2-Diabetes

behandelt, die bisher noch keine Therapie erhalten hatten. Während der HbA_{1c}-Wert unter Placebo etwa gleich blieb, kam es unter Tirzepatid zu einem deutlichen Rückgang von einem Ausgangswert von 8,0 auf Werte um die 6,0 %. Über 80 % der Patient*innen erreichten Werte ≤ 6,5 %, und über die Hälfte unter einer Dosierung von 15 mg auch Werte unter 5,7 % – „ohne Hypoglykämierisiko“, wie der Referent betonte. Parallel dazu nahmen die Teilnehmenden je nach Dosis innerhalb von 40 Wochen etwa 6 bis 10 kg ab.

In die SURPASS-2-Studie wurden Menschen mit Typ-2-Diabetes eingeschlossen, die bereits mit einer stabilen Metformin-Dosis behandelt wurden. Hier wurden die drei Tirzepatid-Dosierungen mit der einmal wöchentlichen Gabe von Semaglutid verglichen. Von einem Ausgangs-HbA_{1c}-Wert von im Mittel 8,5 % sank der Wert unter Se-

maglutid auf 6,42 %; unter den drei Tirzepatid-Dosierungen auf Werte zwischen 6,19 und 5,82 %. Auch in puncto Gewichtsabnahme erwies sich der duale Agonist als überlegen: Unter Semaglutid wurde im Mittel eine Gewichtsabnahme von 6,2 kg (6,7 % des Ausgangsgewichtes) erreicht, unter Tirzepatid nahmen die Menschen zwischen 8,5 und 13,1 % des Ausgangsgewichtes ab.

In der SURPASS-3-Studie wurden die drei Tirzepatid-Dosierung bei Menschen mit Typ-2-Diabetes (unter Metformin ± SGLT2-Hemmer) mit Insulin degludec verglichen. Auch hier erwies sich Tirzepatid hinsichtlich der HbA_{1c}-Senkung als überlegen und die Patient*innen nahmen deutlich an Gewicht ab. Unter Insulin nahmen die Teilnehmenden dagegen im Mittel etwa 2 kg zu. „Bei täglich 50 IE Insulina-

be wird das im Verlauf der Zeit aber eher mehr werden“, meinte Dr. Dahl. In die SURPASS-4-Studie wurden Menschen mit Typ-2-Diabetes und bereits bestehender kardiovaskulärer Vorerkrankung eingeschlossen. Verglichen wurde Tirzepatid mit Insulin glargin. Hier deutete sich erstmals auch an, dass Tirzepatid das kardiovaskuläre Risiko senken könnte.

In der SURPASS-5-Studie erhielten die Teilnehmenden Tirzepatid als Add-on zur Therapie mit Metformin und Insulin glargin – auch hier zeigt sich eine deutlich stärkere HbA_{1c}-Senkung und Gewichtsabnahme im Vergleich zu Placebo.

Potenzial von Tirzepatid wird weiter getestet

Unter dem Strich zeigte sich somit in allen Studien eine deutlich verbesserte Blutzuckerkontrolle bei

gleichzeitiger überlegener Gewichtsabnahme und allen Tirzepatid-Dosierungen, sagte der Diabetologe, „egal, ob es zu einer vorbestehenden oralen oder Insulintherapie dazugegeben wird“. Hauptnebenwirkungen unter Tirzepatid waren Übelkeit und Völlegefühl, die zumeist aber nur anfangs auftraten und selten zum Studienabbruch führten.

Auch hinsichtlich Leber- und Nierenfunktion könnten die Patient*innen von Tirzepatid profitieren. In Teilstudien wurde eine Reduktion des Leberfettgehalts sowie eine Verringerung der Albuminurie und eine Verlangsamung des eGFR-Abfalls gezeigt. Auch bei den Lipidprofilen zeigte sich eine deutliche Verbesserung.

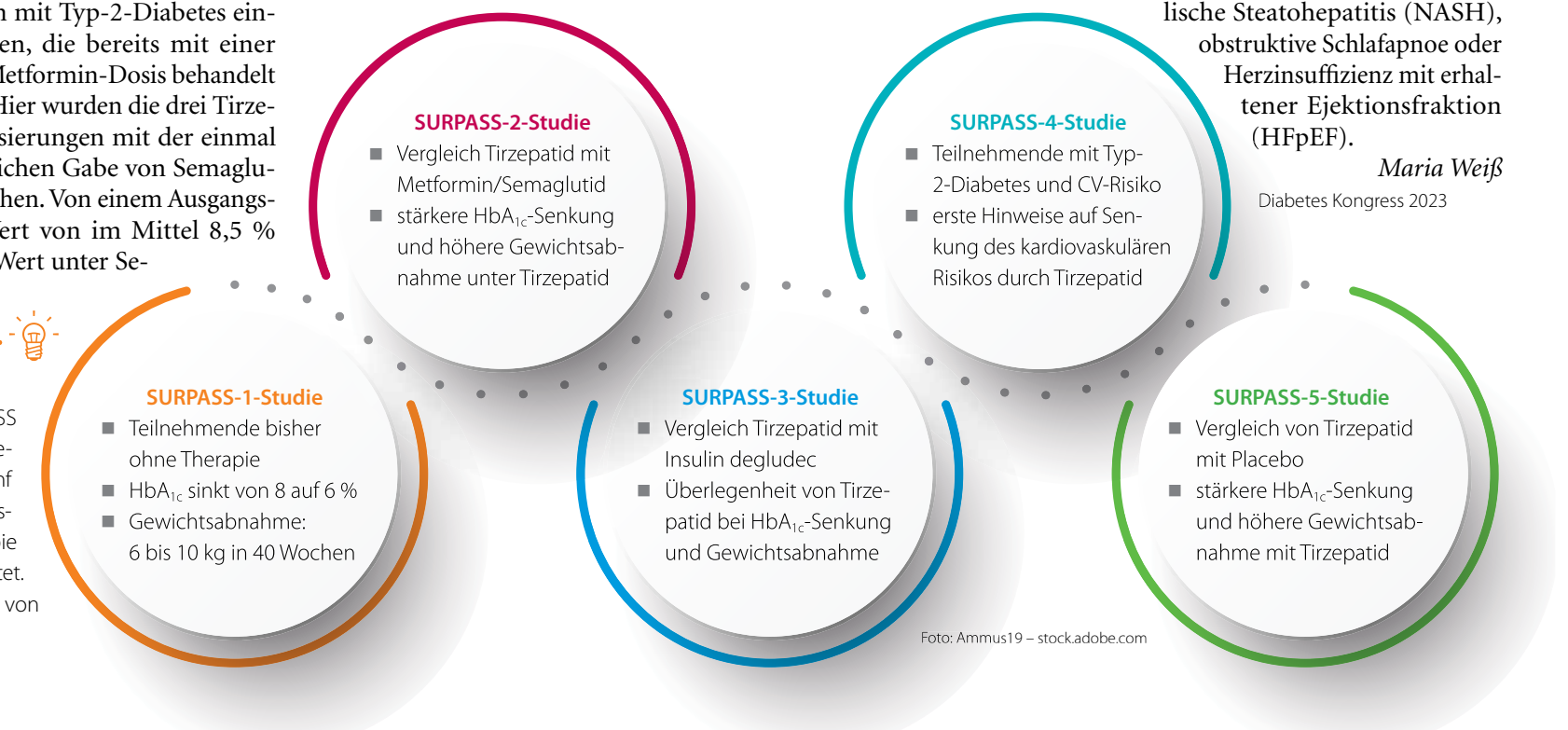
Zurzeit wird Tirzepatid auch bei Menschen mit Adipositas ohne Diabetes getestet – aber auch bei anderen Erkrankungen wie nicht-alkoholische Steatohepatitis (NASH), obstruktive Schlafapnoe oder Herzinsuffizienz mit erhaltener Ejektionsfraktion (HFpEF).

Maria Weiß

Diabetes Kongress 2023

SURPASS-Programm

In das globale klinische Entwicklungsprogramm SURPASS waren mehr als 13.000 Menschen mit Typ-2-Diabetes eingeschlossen. Das Programm umfasst 10 klinische Studien, fünf davon – SURPASS-1 bis SURPASS-5 sind globale Zulassungsstudien. In den Studien wurde Tirzepatid in Monotherapie oder in Kombinationen mit anderen Medikamenten getestet. Seit September 2022 ist Tirzepatid in der EU zur Therapie von Typ-2-Diabetes bei Erwachsenen zugelassen.



Individuelles Wohlbefinden messbar machen

Wie erhebt man die Lebensqualität von Menschen mit Adipositas?

BERLIN. Lange wurde Gesundheit vor allem mit Laborwerten und Gesundheitsdaten im Normbereich beschrieben. Doch mittlerweile ist auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität (HrQoL) ein anerkanntes Konzept.

Bei HrQoL „handelt es sich um ein multidimensionales Konstrukt, welches das subjektive Wohlbefinden oder die Funktionsfähigkeit des Patienten in verschiedenen Dimensionen anzeigen soll“, erklärte Dr. CLARISSA SCHULZE ZUR WIESCH vom Universitären Adipositas-Centrum Hamburg-Eppendorf. Diese sind neben der generellen Gesundheitsperzeption auch die physische,

psychische und soziale Gesundheit. Für die Erhebung werden allgemeine ebenso wie krankheitsspezifische Messinstrumente genutzt.

Adipositas wirkt sich physisch und psychisch aus

Die Expertin erläuterte am Beispiel des international standardisierten Fragebogens SF-36 eines der allgemeinen Messinstrumente. Hierbei wird eine körperliche und eine psychische Summenskala gebildet. „Es ist nicht verwunderlich, dass Adipositas mit einer schlechteren Lebensqualität einhergeht.“ So habe eine Metaanalyse mit acht Querschnittstudien unter Anwendung des SF-36 (oder Teilen davon) gezeigt, dass die physische Lebensqualität mit steigendem BMI sinkt. Bei der psychischen Lebensqualität ist das anders: „Erst ab einem BMI von 40 kg/m² kommt es zu einer signifikanten Verschlechterung.“

Als spezifisches Messinstrument im Bereich Adipositas stellte sie den Fragebogen IWQOL-Lite vor. Er fokussiert auf Beweglichkeit, Selbstvertrauen, sexuelle Beziehungen sowie Probleme in der Öffentlichkeit und Arbeit. Für adipöse Kinder und Jugendliche gibt es den IWQOL-Kids mit den Bereichen Beweglichkeit, Selbstvertrauen, Sozialleben und Beziehung innerhalb der Familie. Wie Dr. Schulze zur Wiesch berichtete,

sind aktuell zwei DiGA im Bereich der Adipositas-Therapie zugelassen. Eine ist die Abnehm-App Zanadio, bei der sich nach zwölf Monaten signifikante Verbesserungen in drei von vier Lebensqualität-Dimensionen zeigten. Für eine moderne medikamentöse Adipositas-therapie (GLP1-Analoga), aber auch die duale GIP/GLP1-Therapie gebe es ebenfalls den Nachweis der Verbesserung der Lebensqualität, insbesondere im

physischen Bereich (IWQOL-Lite). Für die bariatrische Chirurgie hätten die wenigen Studien eine bessere physische Lebensqualität gezeigt – allerdings mit Verschlechterung im Langzeitverlauf. „In Bezug auf die psychische Lebensqualität sind die Ergebnisse nach vorübergehender Verbesserung im Langzeitverlauf allerdings divergent.“

Dr. Karin Kreuel

Diabetes Kongress 2023

Lebensqualität mit oder trotz Technik?

Mehr Unterstützung bei der Therapieentscheidung gilt laut Digitalisierungs- und Technologiereport Diabetes (D.U.T.) 2022 als ein wesentlicher Vorteil der Digitalisierung. „Das ist genau das, was ein CGM-System Nutzern ermöglicht“, erklärte Dr. Oliver Schubert-Olesen vom Diabeteszentrum Hamburg City in seinem Vortrag. Gleichzeitig sei die Angst vor technischer Überforderung groß, „und immer, wenn wir uns überfordert fühlen, schwindet die Lebensqualität“. Außerdem empfinden viele Patient*innen ein technisches Device als sehr störend am Körper. Gute Schulung ist

daher sehr wichtig, damit die Technik als beherrschbar empfunden wird, sagte der Referent. Gegen die Sorge wegen eines möglichen Fremdkörpergefühls – „meist eine reine Kopfsache“ – helfe es, zunächst unverbindlich zu testen, ob das Device wirklich störe. „Ansonsten kann man da nichts machen.“ Doch durch Gespräche mit den Nutzer*innen über ihre ganz individuellen Hürden bezüglich des CGM-Systems könne vielleicht ein passender Weg gefunden werden, bei dem Patient*innen sich wohlfühlen mit der Technologie und so ihre Lebensqualität verbessern können.

»Dimensionen des Wohlbefindens«

Neuer Wirkstoff reduziert nicht nur Körper-, sondern auch Leberfett

Aktuelle Daten zum Triple-Agonisten Retatrutid beim ADA 2023 vorgestellt

SAN DIEGO. Neue Adipositas-Medikamente, bei denen die Kilos der Patient*innen deutlich purzeln, sind derzeit in aller Munde. Erstmals konnte beim Kongress der American Diabetes Association Ende Juni gezeigt werden, dass ein neuer Rezeptor-Triagonist (Retatrutid) auch den Leberfettanteil bei übergewichtigen oder adipösen Menschen senken konnte.

Vorgestellt wurden Daten aus zwei klinischen Phase-II-Studien zu dem Prüfpräparat, das einmal wöchentlich injiziert wird. Eine der beiden Studien mit adipösen Menschen umfasste auch eine Substudie mit Patient*innen, die an einer nicht-alkoholischen Fettlebererkrankung (NAFLD) litten. Die zweite Studie befasste sich mit adipösen Typ-2-Diabetes-Patient*innen. In der placebokontrollierten Phase-II-Studie bei Patient*innen mit Adipositas und ohne Diabetes zeigten sich bei der Gabe des Triple-Agonisten in den höchsten Prüfdosen 8 mg und 12 mg, dass alle Teilnehmenden innerhalb eines Jahres um mindestens 5 % abnahmen. Beinahe zwei Drittel der Menschen mit Adi-

positas verloren innerhalb von 11 Monaten im Schnitt fast ein Viertel ihres Körpergewichts, sagte Prof. ANIA M. JASTREBOFF von der Yale School of Medicine in New Haven, Connecticut.

Teilstudie untersuchte Typ-2-Patient*innen mit Fettleber

Etwa 24 % der Amerikaner haben eine NAFLD. Die Phase-II-Adipositasstudie zu dem neuen Wirkstoffkandidaten umfasste deshalb auch eine Substudie zur NAFLD. Dabei wurde untersucht, wie sich die Anwendung von Retatrutid bei Patient*innen mit Adipositas und NAFLD auf die Fettmenge in der Leber auswirkt. In der Teilstudie wurden 98 Patient*innen mit vor-



Eindrucksvolle Effekte: Nicht nur das Körperfett ging mit Retatrutid zurück, sondern auch der Fettanteil in der Leber. Foto: Davizro Photography – stock.adobe.com

liegender Fettleibigkeit und NAFLD untersucht. Die Ergebnisse zeigten, dass sich bei den Teilnehmenden mit NAFLD die Fettmenge in der Leber bei 9 von 10 Patient*innen nach 48-wöchiger Behandlung mit den beiden höchsten Retatrutid-Dosen (8 mg und 12 mg) normalisierte. Diese Daten deuten darauf hin, dass der Wirkstoff Retatrutid das Potenzial hat, eine NAFLD erfolgreich zu bekämpfen.

„Diese Ergebnisse legen nahe, dass wir in frühen Stadien der Lebererkrankung eine Senkung des Leber-

»Retatrutid kann NAFLD erfolgreich bekämpfen«

Der Wirkstoff bei Typ-2-Diabetes

In der zweiten placebokontrollierten Phase-II-Studie bei Patient*innen mit Typ-2-Diabetes und einem BMI von 25 bis 50 kg/m² zur Wirkweise des GIP/GLP-1/Glukagon-Rezeptor-Triagonisten reduzierte dieser im Vergleich zu Placebo und dem Inkretinmimetikum Dulaglutid das Gewicht der Teilnehmenden um durchschnittlich circa 17 % (verwendet wurde dabei die höchste Dosierung von 12 mg, Studiendauer: acht Monate). Das HbA_{1c} konnte je nach Retatrutid-Dosis um 1,3 bis 2 % gesenkt werden.

fetts erzielen können. Dies würde helfen, kardiovaskuläre, metabolische, renale und hepatische Langzeitschäden der Adipositas abzuwenden“, so Prof. ARUN J. SANYAL von der Virginia Commonwealth University. Dies ermutigt und könne „möglicherweise dazu beitragen, eine Krankheit zu bekämpfen, für die es derzeit keine zugelassenen Therapien gibt“, betonte sie.

Angela Monecke

TEC.report

Impulstag im Rahmen der 66. Jahrestagung der DGE: „Lipodystrophie – wie diagnostizieren und therapieren“, Baden-Baden, 6.6.2023, Veranstalter: Amryt Pharma GmbH

Lipodystrophie oder metabolisches Syndrom?

Bei hohen Triglycerid- und Blutzuckerwerten auch an die seltene Erkrankung denken

Eine Fettleber und ein gestörter Glukosestoffwechsel sprechen zunächst für einen Diabetes mellitus. Doch fehlendes subkutanes Fettgewebe und eine ungewöhnliche Fettverteilung deuten vielmehr auf eine Lipodystrophie hin. Ein frühes Therapieangebot ist wichtig, um kardiovaskuläre Folgeschäden zu verhindern.

Wenn hagere Patient:innen mit prominenten Muskeln und Venen an Armen und Beinen hohe Triglyceride haben, sollten Ärzt:innen genauer hinschauen. Denn hinter einem schwer einstellbaren Blutzucker und einer Hepatomegalie könnte die seltene Systemerkrankung Lipodystrophie (LD) stecken.

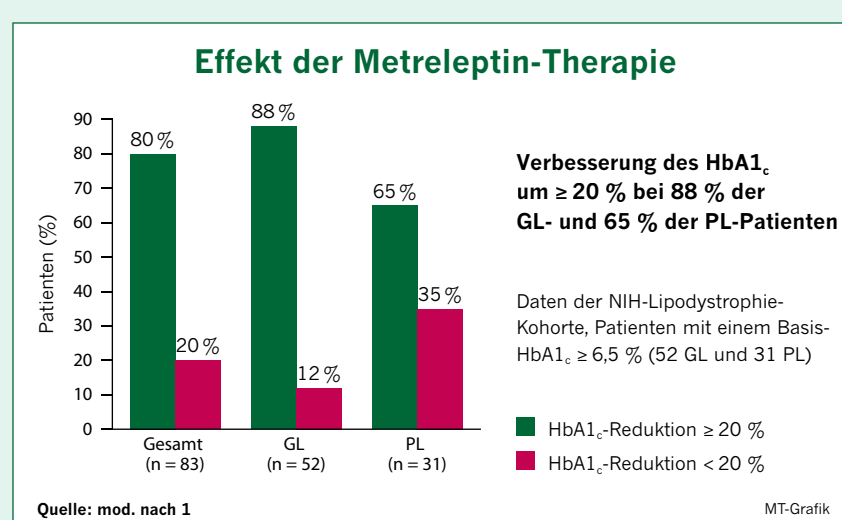
Betroffene leiden unter einem Mangel an dem Hormon Leptin, das normalerweise im subkutanen Fettgewebe gebildet wird. Dieser Notstand führt zu einer endokrinen Schiefelage, die weitere schwerwiegende Komplikationen im Organsystem nach sich ziehen kann.

Erhöhte Morbidität und Mortalität

Betroffene haben häufig eine Hyperphagie, können die aufgenommenen Nahrungsfette nicht normal speichern. Diese lagern sich in Herz, Le-

ber, Nieren und Muskeln ab.¹ Mehr als 90 % der Patient:innen mit generalisierter Lipodystrophie (GL) und über 70 % der Betroffenen mit partieller Lipodystrophie (PL) haben Organschäden. Betroffene sterben deshalb oft jung, manche bereits vor dem 35. Lebensjahr.²

Eine Behandlung mit Metreleptin (Myalepta®) ersetzt das fehlende Leptin und kann Komplikationen verhindern. Gegenüber einer Vergleichskohorte wurde damit sogar ein positiver Effekt auf das Überleben beobachtet (HR 0,348; 95-% KI: 0,134–0,900; p = 0,029).³ Das HbA_{1c} konnte unter der Therapie um ≥ 20 % bei 88 % (n = 52) der GL- und bei 65 % (n = 31) der PL-Patienten gesenkt werden.¹ Eine frühestmögliche Diagnose ist deshalb wichtig. „Der frühe Ersatz des Leptins kann die Blutzucker- und Triglyceridwerte effektiv reduzieren und damit die vaskulären Folgen dieser Systemerkrankung verzögern. In einer retrospektiven Beobachtungsstudie zeigte sich darüber hinaus eine deutliche Reduktion der Mortalität“, so Univ.-Prof. Dr. Winfried März in seinem Impulsvortrag im Rahmen der Jahrestagung der Dt. Gesellschaft für Endokrinologie. Das Arzneimittel ist seit fünf Jahren als die bislang einzige kausal wirk-



Bei der großen Mehrheit der Patient:innen verbessert sich das HbA_{1c} deutlich.

same Therapie der leptinmangelbedingten Folgen bei bestätigter GL als First-Line-Therapie ab 2 Jahren und bei PL ab 12 Jahren in zweiter Linie (d.h. wenn die Standardtherapie nicht ausreicht) zugelassen.⁴

Erkrankung häufig unterdiagnostiziert

Typisch für das äußere Erscheinungsbild einer PL sind u.a. muskulös wirkende Extremitäten einerseits und ein cushingoider Habitus andererseits. Bei der GL fehlt das subkutane Fettgewebe völlig. Beide Krankheitsformen

können angeboren oder erworben sein. Die Glukose- und Fettstoffwechselstörungen treten häufig bereits im Kindes- und Jugendalter auf.^{2,5}

Die genetische Prävalenz der LD in der Allgemeinbevölkerung liegt neueren Daten zufolge bei rund 1 zu 7.000.⁶ Bei ihnen liegt häufig eine LMNA-Mutation (FPLD2) vor. Aufgrund der Fokussierung auf Laborwerte sei insbesondere die PL jedoch häufig unterdiagnostiziert, so Prof. März. Meist stünden nur die offensichtlichen Stoffwechselkomplikationen sowie kardiovaskuläre Komorbiditäten

Weitere Informationen

Spezielle Zentren für Lipodystrophie gibt es u.a. an den Universitätskliniken Berlin, Kiel, Leipzig, Münster und Ulm.

Mehr Fakten zur Erkrankung unter: <https://de.lipodystrophy.eu/de/>

im Blickfeld des diagnostizierenden Arztes, z.B. eine ausgeprägte Insulinresistenz und ein frühmanifestes Typ-2-Diabetes, eine Hypertriglyceridämie oder akute Pankreatitiden, nicht aber die zugrunde liegende Pathogenese. Ein Dreiklang aus Blickdiagnose, Labordiagnostik und ggf. genetischer Untersuchung könne helfen, die Erkrankung früher zu erkennen, rät der Experte.

1. Cook K et al. J Endocrine Soc. 2021; 5 (4): 1-16
2. Akinci B et al. JCEM 2019, 104: 5120-5135
3. Cook K et al. JCEM 2021; 106(8): e2953-e2967
4. Fachinformation Myalepta®, Stand 03/2023
5. Brown R et al. J Clin Endocrinol Metab, December 2016, 101 (12): 4500-4511
6. Gonzaga-Jaurequi C et al. Diabetes 2020; 69: 249-258

Fachinformation Myalepta®



Hohes Risiko? Das lässt sich ändern

CV-Screening vor allem für Jüngere sinnvoll

MAINZ. Was gibt es Neues im Bereich Kardiologie und Lipide? Der HbA_{1c}-Wert wurde als guter Selektionsmarker zur Identifikation von Menschen mit besonders hohem CV-Risiko bestätigt. Zur kardiovaskulären Risikoreduktion sollten Therapien auf die Senkung des Nicht-HDL-Cholesterins abzielen.

Etwa 80 Prozent aller kardiovaskulären (CV) Ereignisse leiten sich von modifizierbaren Risikofaktoren ab“, erklärte der stellvertretende Aachener Klinikdirektor Professor Dr. MICHAEL LEHRKE. Wäre ein populationsbezogenes Screening auf CV-Risiken dazu geeignet, die kardiovaskuläre Mortalität zu senken? In der dänischen Studie DANCAVAS¹ wurden Männer im Alter zwischen 65 und 74 Jahren umfassend CV-gescreent und über einen medianen Zeitraum von 5,6 Jahren beobachtet. Der Ausschluss von Frauen beruhe darauf, dass sich anhand einer früheren Untersuchung durch ein Screening auf Aortenaneurysmen, PAVK und arterielle Hypertonie eine Senkung der Mortalität bei 65–74-jährigen Männern um 7 % ergeben hatte, erläuterte Prof. Lehrke.

Risikosenkung zeigt sich beim Blick auf die Subgruppe

Rund 46.600 Männer wurden im Verhältnis eins zu zwei zur Interventions- bzw. Kontrollgruppe zugeteilt. In der Interventionsgruppe nahmen 63 % das Screening wahr (n = 10.471). Die Datenanalyse erfolgte allerdings auf Basis der Intention-to-treat-Population, also für alle zugeordneten Personen zur jeweiligen Studiengruppe. Bei Nachweis von Koronarkalk bzw. PAVK wurden Empfehlungen ausgesprochen (Nikotinverzicht, Ernährung) und es erfolgte eine symptomorientierte klinische Versorgung. Viele Probanden nahmen bereits Medikamente wie ASS, antikoagulatorische Substanzen, Lipidsenker, Blutdrucksenker und Antidiabetika. Dadurch waren die „Patienten eigentlich alle bereits ganz gut medikamentös versorgt“, konstatierte Prof. Lehrke.

Kein Informationsgewinn bei Risikogruppen

„Die Verschreibung von ASS und Atorvastatin nahm durch die Screening-Untersuchung signifikant zu, während sich andere Medikationen nicht zwischen den Gruppen unterschieden. Aortenaneurysma wurden häufiger in der Screening-Gruppe operiert.“ Hinsichtlich Myokardinfarkt, Schlaganfall und CV-Mortalität war die Screening-Gruppe mit einer Hazard Ratio von 0,93 (0,89–0,97) signifikant im Vorteil.

»HbA_{1c} und oGTT haben einen prädiktiven Wert«



Diabetes kann zum Herzinfarkt führen. Wie lässt sich das Risiko reduzieren?

Foto: Cornofoto – stock.adobe.com

Kardiovaskuläre Prävention – das sagt der Experte

Prof. Dr. Michael Lehrke fasste zusammen:

- Menschen mit Diabetes sollten zur CV-Prävention primär ein Statin erhalten.
- Die zusätzliche Gabe eines Fibrats hat auch bei erhöhten Triglyceriden keinen kardiovaskulären Nutzen und ist nur zur Vermeidung einer Pankreatitis indiziert.
- Der ausbleibende Nutzen des Fibrats in der Studie PROMINENT kann Ausdruck des gesteigerten Turnovers der triglyceridreichen Lipidpartikel sein: Trotz einer Senkung der Triglyceride kann mehr LDL-C entstehen und daher die Menge des atherosklerotischen Gesamtcholesterins unverändert bleiben.
- Es werden Therapien benötigt, die nicht primär auf Triglyceride abzielen, sondern auf die Senkung von Nicht-HDL-Cholesterin – dies könnte durch eine Inhibition von Angiotensin-like protein 3 (ANGPTL3) oder ApoCIII gelingen.

Für die Gesamtmortalität konnte kein signifikanter Überlebensvorteil durch Screening festgestellt werden. Allerdings ließ sich in der Subgruppenanalyse für die unter 70-Jährigen die Mortalität um 11 % signifikant reduzieren. Diese Altersgruppe wies weniger CV-Vorerkrankungen auf und hatte insgesamt das Screening eher wahrgenommen. Prof. Lehrke, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie, folgert daraus: „Screening-Untersuchungen sollten eher im jüngeren Alter durchgeführt werden. Der Einschluss von Patienten mit bekannten CV-Erkrankungen und hohem CV-Risiko erscheint nicht sinnvoll, da bei dieser Gruppe nur ein geringer Informationsgewinn zu erwarten ist und ohnehin eine optimale Kontrolle der Risikofaktoren erfolgen sollte.“

Welchen prädiktiven Wert haben oGTT und HbA_{1c} für mikro- und makrovaskuläre Ereignisse? In der populationsbezogenen Kohortenstudie² mit 5.773 Teilnehmer*innen

wurden die beiden diagnostischen Marker direkt verglichen. „Im Verlauf von 7,7 Jahren entwickelten 378 Personen laut oGTT einen Diabetes. Die Diagnose bestätigte sich im gleichen Zeitraum bei 224 von ihnen unter Verwendung des HbA_{1c}-Werts, während das HbA_{1c} bei den übrigen 154 Personen unter 6,5 % lag.“ Waren sowohl die Nüchternblutglukose (> 126 mg/dl) als auch der 2h-Wert (> 200 mg/dl) mittels oGTT diagnostisch für einen Diabetes, ließ sich im weiteren Verlauf auch bei allen Patient*innen ein HbA_{1c} über 6,5 % nachweisen. War nur einer der beiden Werte pathologisch, trat später nur bei der Hälfte der Personen ein HbA_{1c} > 6,5 % auf.

In dieser Studie wurde auch die Assoziation zwischen Diabetes und CV-Erkrankungen über einen Zeitraum von 4,2 Jahren untersucht. „Dabei erwies sich der HbA_{1c}-Wert als guter Selektionsmarker zur Identifikation von Patient*innen mit besonders hohem CV-Risiko.“ Dieses Ergeb-

nis sei überraschend, da frühere Studien gezeigt hatten, dass bereits ein Prädiabetes mit einem erhöhten CV-Risiko einhergeht. Prof. Lehrke betonte jedoch, dass die Diabetesinzidenz in der aktuellen Studie gering war und nicht herausgearbeitet wurde, wie häufig ein pathologischer HbA_{1c} bei gleichzeitig normwertigem oGTT vorlag und welches CV-Risiko mit dieser Konstellation einherging. Der Experte rät, dass in der klinischen Praxis bei einem grenzwertigen HbA_{1c} von 5,8–6,5 % ein oGTT durchgeführt werden sollte.

Welche Substanzklassen senken das Risiko?

Während eine intensivierte Blutzuckereinstellung keinen bzw. nur geringen Einfluss auf das makrovaskuläre Risiko bei Typ-2-Diabetes hat, lässt sich dieses durch einzelne Substanzklassen senken. In der Studie GRADE³ erfolgte ein direkter Vergleich von Insulin glargin, Liraglutid, Sitagliptin und Glimperid,

jeweils zusätzlich zu Metformin bei 5.047 Patient*innen, die kürzer als 10 Jahre mit Typ-2-Diabetes lebten (HbA_{1c} 6,5–8,5 %). Bei Patient*innen mit relativ kurzer Diabetesdauer konnte Liraglutid das CV-Risiko reduzieren. „Das bessere Abschneiden von Liraglutid in dieser kleinen, unzureichend gepowerten Studie deckt sich mit den Daten aus RCT-Endpunktstudien, in denen nur für GLP1-Rezeptoragonisten, nicht jedoch für Insulin, DPP4-Inhibitoren oder Sulfonylharnstoffe eine kardiovaskuläre Überlegenheit gezeigt werden konnte.“ Ein solcher direkter Vergleich verschiedener Medikamentenklassen habe große klinische Relevanz, sei jedoch durch Fehlen eines SGLT2-Inhibitors bereits überholt.

Triglyceride: Erkenntnis durch Subgruppenanalyse

Aus dem 18-jährigen Follow-up der DPP-Studie (DPPOS)⁴ habe sich zudem ergeben, dass weder Metformin noch die begleitende Lebensstilintervention das CV-Risiko bei Prädiabetes senken können. Auch wenn die Anzahl von CV-Ereignissen zu gering und heterogen für evidente Aussagen sei, konnte die nachweisbar anhaltende Diabetesprävention durch Metformin plus Bewegung langfristig nicht das CV-Risiko senken. Für Prof. Lehrke steht daher fest: „Alle Patient*innen mit Diabetes und hohem CV-Risiko sollten unabhängig von Metformin einen SGLT2-Inhibitor und/oder GLP1-Rezeptoragonisten erhalten.“

Hohe Triglyceride sind zwar mit einem erhöhten CV-Risiko assoziiert, aber bis dato gelang kein Nachweis für eine CV-Risikosenkung durch eine triglyceridsenkende Medikation zusätzlich zu einem Statin. „Eine Subgruppenanalyse der ACCORD-Lipid-Studie ließ vermuten, dass Patient*innen mit hohen Triglyceriden und niedrigem LDL-Cholesterin (LDL-C) von Fibraten profitieren könnten“, erklärte Prof. Lehrke den Hintergrund von PROMINENT.⁵ In diese Studie wurden rund 10.500 Menschen mit Typ-2-Diabetes, hohen Triglyceriden und niedrigem HDL-C (< 40 mg/dl) aufgenommen (Durchschnitt: 64 Jahre, 70 % CV-Vorerkrankungen). Ein deutlicher Unterschied blieb auch in dieser Endpunktstudie aus: Nach einem mittleren Follow-up von 3,4 Jahren traten unter Pemafibrat 572 primäre Endpunkte auf (Tod, Myokardinfarkt, Schlaganfall, Koronarvaskularisation) gegenüber 560 Fällen unter Placebo. Dr. Karin Kreuel

Diabetes Update 2023

1. Lindholt JS et al. N Engl J Med 2022; 387(15): 1385-1394; doi: 10.1056/NEJMoa2208681

2. Tabák AG et al. Circulation 2022; 146(13): 995-1005; doi: 10.1161/CIRCULATION-NAHA.122.059430

3. GRADE Study Research Group. N Engl J Med 2022; 387(12): 1063-1074; doi: 10.1056/NEJMoa2200433

4. Goldberg RB et al. Circulation 2022; 145(22): 1632-1641; doi: 10.1161/CIRCULATION-NAHA.121.056756

5. Das Pradhan A et al. N Engl J Med 2022; 387(21): 1923-1934; doi: 10.1056/NEJMoa2210645

SGLT2-Inhibitor: Antidiabetische Therapie mit kardiorenenaler Protektion

Antidiabetikum erwies sich bei chronischer Nierenkrankheit als prognoseverbessernd/ Leitliniengerecht auf Nephropathie screenen

Komplexes Zusammenspiel von Erkrankungen: Der Typ-2-Diabetes, die chronische Nierenkrankheit und die Herzinsuffizienz sind pathophysiologisch eng miteinander verbunden.¹ Dennoch bleibt Studiendaten zufolge bei Menschen mit Typ-2-Diabetes eine gleichzeitig vorliegende Nephropathie oft unerkannt.² Therapeutische Chancen bleiben so ungenutzt: Denn der SGLT2-Inhibitor Dapagliflozin, ein Antidiabetikum mit Zulassung für Herzinsuffizienz und chronische Nierenkrankung, hat sich bei CKD (chronische Nierenkrankheit) als prognoseverbessernd erwiesen.^{3,4}

Als systemische Stoffwechselerkrankung begünstigt der Typ-2-Diabetes mellitus (T2D) das Entstehen anderer Erkrankungen.⁵ Etwa 40 % der Menschen mit T2D entwickeln im Verlauf eine chronische Nierenkrankheit und bis zu 50 % eine Herzinsuffizienz (HF).^{1,6} Klinisch birgt dies ein erhebliches Gefährdungspotenzial und kann sich auf die Lebenserwartung

auswirken: Bei T2D sind kardiorenale Komorbiditäten wie HF und CKD mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko assoziiert.¹ Daher sollte die Versorgung von Menschen mit T2D unter ganzheitlichen Aspekten erfolgen: Neben der glykämischen Kontrolle kommt dem Management von individuellen Risikofaktoren der Patient:innen und der gezielten Therapie von Begleiterkrankungen wesentliche Bedeutung zu.⁷ Angesichts der Tatsache, dass es für Menschen mit T2D und gleichzeitig bestehender CKD wirksame Therapien gibt, wird ein regelmäßiges Screening auf CKD empfohlen.⁸ Einer Untersuchung zufolge hatten hierzulande rund 73 % der T2D-Patient:innen eine unerkannte CKD.²

Nationale Versorgungsleitlinie: Screening auf Nephropathie

Die klinische Relevanz von Nephropathien bei T2D wird auch in der aktuellen Nationalen Versorgungsleitlinie Typ-2-Diabetes hervorgehoben.⁹ Im Fokus stehen frühzeitige gezielte Untersuchungen bzw. das Monitoring, um Prädiktoren von Begleiterkrankungen zu erkennen und bei der Auswahl der Behandlungsoptionen die individuellen Therapieziele angemessen berücksichtigen zu können.⁹ So wurde u.a. eine Empfehlung zum Nephropathie-Screening mittels Bestimmung der UACR (Urin-Albumin-Kreatinin-Ratio) in die Versorgungsleitlinie aufgenommen.⁹ Mehrere Fachgesellschaften (DDG, DGIM, DGfN und DGEM)* empfehlen zur zusätzlichen Risikoabschätzung von Folgeerkrankungen ein strukturiertes Vorgehen: Screening auf Nephropathie bei allen Menschen mit T2D während der Eingangsuntersuchung und im regelmäßigen Verlauf mittels Bestimmung der eGFR (estimated Glomerular Filtration Rate, geschätzte glomeruläre Filtrationsrate), der UACR und einem Urin-Status.⁹ Im Gegensatz zur alleinigen Bestimmung der eGFR ermöglicht dies eine zusätzliche Risikoabschätzung von kardiovaskulären Erkrankungen.⁹ Nur die Ermittlung einer eGFR > 60 ml/min ist aus Sicht dieser Fachgesellschaften nicht ausreichend, um nephrologische Erkrankungen mit initialer alleiniger Albuminurie und/oder Mikrohämaturie frühzeitig zu erkennen.⁹ Vor allem die Albuminurie ist ein wichtiger Prädiktor: Daher kommt der Messung der Albuminurie über die UACR eine besondere Bedeutung zu – die jähr-

Chronische Nierenerkrankung – Risikoabschätzung

				Kategorien der Albuminurie (Beschreibung und Skala)		
				A1	A2	A3
				Normal bis leicht erhöht	Mäßig erhöht	Schwer erhöht
				< 30 mg/g < 3 mg/mmol	30–300 mg/g 3–30 mg/mmol	> 300 mg/g > 30 mg/mmol
Kategorien für glomeruläre Filtrationsrate (ml/min/1,73 m ²) (Beschreibung und Skala)	G1	Normal oder hoch	≥ 90			
	G2	Leicht erniedrigt	60–89			
	G3	Leicht bis mäßig erniedrigt	45–59			
	G3b	Mäßig bis schwer erniedrigt	30–44			
	G4	Schwer erniedrigt	15–29			
	G5	Nierenversagen	< 15			

Erklärungen: GFR-Kategorien: G1–G5, Albuminurie-Kategorien: A1–A3, Grün: geringes Risiko – vorausgesetzt, es liegen keine anderen Marker einer Nierenerkrankung vor; Gelb: moderat erhöhtes Risiko; Orange: hohes Risiko; Rot: sehr hohes Risiko

Quelle: mod. nach 10 MT-Grafik

Abb.: Chronische Niereninsuffizienz: Risikostratifizierung mittels Glomerulärer Filtrationsrate (GFR) und Albuminurie-Kategorien (KDIGO 2012).

Fazit

- ▶ Bei Menschen mit Typ-2-Diabetes (T2D) kommt auch der Behandlung von Komorbiditäten, z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Nephropathien, eine wichtige Rolle zu.
- ▶ In der Versorgungsleitlinie Typ-2-Diabetes wird von mehreren Fachgesellschaften ein regelmäßiges Nephropathie-Screening empfohlen.
- ▶ Der SGLT2-Inhibitor Dapagliflozin hat sich bei chronischer Nierenkrankheit (CKD) als prognoseverbessernd erwiesen.
- ▶ Das Wirkprinzip der SGLT2-Inhibition (Sodium-Glucose-Cotransporter-2) ist in der antidiabetischen Therapie seit Jahren fest etabliert. Bereits vor über zehn Jahren wurde Dapagliflozin als erster SGLT2-Hemmer zur Behandlung von Menschen mit T2D zugelassen – inzwischen bestehen auch Zulassungen für die Indikationen Herzinsuffizienz und CKD.

*DDG: Deutsche Diabetes Gesellschaft/ DGIM: Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin/DGfN: Deutsche Gesellschaft für Nephrologie/DGEM: Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin

liche Bestimmung der UACR erfolgt aus dem ersten Morgenurin, heißt es in der Versorgungsleitlinie.⁹ So lässt sich anhand der eGFR und der UACR das Risiko für eine CKD bestimmen (Abb.).¹⁰

Antidiabetisches Wirksamkeitsprofil

Derartige Verlaufskontrollen zur Risikoabschätzung sind umso bedeutsamer, da es für Menschen mit T2D pharmakotherapeutische Optionen gibt, die bei Begleiterkrankungen prognoseverbessernd sein können. Neben Lebensstiländerungen und Selbst-Management können in der Erstlinientherapie – je nach klinischen Charakteristika – Metformin, SGLT2-Inhibitoren, Statine und RAS(Renin-Angiotensin-System)-Inhibitoren eingesetzt werden.¹⁰ Die pathophysiologische Verzweigung von T2D mit HF und CKD zeigt auch therapeutisch relevante Konsequenzen: So gibt es inzwischen Therapien, die für diese drei Indikationen geeignet sind.³ In einer umfangreichen kardiovaskulären (CV) Outcome-Studie zur Wirksamkeit eines SGLT2-Inhibitors,

der Phase-3-Studie DECLARE-TIMI 58, standen neben dem antidiabetischen Wirksamkeitsprofil von Dapagliflozin auch dessen kardiorenale Effekte auf dem Prüfstand.¹¹ Dabei wies man bei T2D-Patient:innen eine kardiorenale Protektion nach – und dies sowohl bei T2D mit manifester kardiovaskulärer Erkrankung als auch in der Primärprävention kardiorenenaler Ereignisse.¹¹ Auf Basis der Gesamtstudienlage ist der SGLT2-Inhibitor Dapagliflozin (Forxiga®) inzwischen für mehrere Indikationen zugelassen: Zum einen zur Behandlung von Erwachsenen und Kindern ab 10 Jahren mit unzureichend kontrolliertem T2D in Ergänzung zu einer Diät sowie Bewegung und zur Therapie erwachsener Patient:innen mit symptomatischer chronischer HF über das gesamte Spektrum der linksventrikulären Ejektionsfraktion. Darüber hinaus besteht eine Zulassung zur Therapie erwachsener Patient:innen mit chronischer Niereninsuffizienz, unabhängig davon, ob ein T2D vorliegt oder nicht.^{3,4,11,12} Vor diesem Hintergrund gibt es inzwischen praxisrelevante Hinweise: Gemäß KDIGO(Kidney Disease: Im-

proving Global Outcomes)-Leitlinien wird empfohlen, Patient:innen mit T2D und CKD sowie einem eGFR ≥ 20 ml/min per 1,73 m² mit einem SGLT2-Inhibitor zu behandeln.¹⁰ Seit Januar 2023 ist der SGLT2-Inhibitor Dapagliflozin als bundesweite Praxisbesonderheit bei CKD anerkannt – sofern bei T2D-Patient:innen eine komorbide CKD diagnostiziert wurde, kommt diese auch hier zum Tragen.¹³

1. Vijay K et al. *Cardiorenal Med* 2022; 12: 1-10
2. Schneider M et al. *Kidney Int Rep* 2022; 7: S93
3. Fachinformation Forxiga®. Stand: Februar 2023
4. Heerspink HJ et al. *N Engl J Med* 2020; 383: 1436-1446
5. Gavina C et al. *J Clin Med* 2022; 11: 21-31
6. American Diabetes Association. *Diabetes care* 2019; 42: S103-S123
7. Davies MJ et al. *Diabetes care* 2022; 45: 2753-2786
8. Shubrook JH et al. *Postgrad Med* 2022; 134: 376-387
9. Nationale Versorgungsleitlinie <https://www.leitlinien.de/themen/diabetes/version-3>
10. KDIGO Guidelines <https://kdigo.org/guidelines/diabetes-ckd/>
11. Wiviott SD et al. *N Engl J Med* 2019; 380: 347-357
12. McMurray JJ et al. *N Engl J Med* 2019; 381: 1995-2008
13. Spitzenverband Bund der Krankenkassen [Internet]. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/arzneimittel/amnog_praxisbesonderheiten/13016pb20230113.pdf

Forxiga® 5 mg Filmtabletten, Forxiga® 10 mg Filmtabletten.

Wirkstoff: Dapagliflozin. Verschreibungspflichtig. **Zusammensetzung:** 1 Filmtablette Forxiga® 5 mg enthält Dapagliflozin-(2S)-Propan-1,2-diol (1:1) (1 H₂O), entsprechend 5 mg Dapagliflozin. 1 Filmtablette Forxiga® 10 mg enthält Dapagliflozin-(2S)-Propan-1,2-diol (1:1) (1 H₂O), entsprechend 10 mg Dapagliflozin. **Sonstige Bestandteile:** Tablettkern: Mikrokristalline Cellulose, Lactose, Croscopolidon, Siliciumdioxid, Magnesiumstearat. Filmüberzug: Poly(vinylalkohol), Titandioxid, Macrogol 3350, Talkum, Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O. **Anwendungsgebiete:** Indiziert bei Erwachsenen und Kindern im Alter von 10 Jahren und älter zur Behandlung von unzureichend kontrolliertem Typ-2-Diabetes mellitus in Ergänzung zu einer Diät und Bewegung als Monotherapie, wenn Metformin aufgrund einer Unverträglichkeit als ungeeignet erachtet wird; zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung des Typ-2-Diabetes. Zu Studienergebnissen im Hinblick auf Kombinationen von Behandlungen, die Wirkung auf die Blutzuckerkontrolle, kardiovaskuläre und renale Ereignisse sowie die untersuchten Populationen, siehe Abschnitte 4.4, 4.5 und 5.1 der Fachinformation. Patienten mit schwerer Leberfunktionsstörung: Es wird eine Anfangsdosis von 5 mg empfohlen. Wenn diese gut vertragen wird, kann die Dosis auf 10 mg erhöht werden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Hypoglykämie (bei Anwendung mit einem Sulfonylharnstoff oder Insulin). Häufig: Vulvovaginitis, Balanitis und verwandte Infektionen des Genitalbereichs, Harnwegsinfektionen, Schwindel, Hautausschlag, Rückenschmerzen, Dysurie, Polyurie, erhöhter Hämatokrit, verminderte renale Kreatinin-Clearance zu Behandlungsbeginn, Dyslipidämie, Gelenksentzündung, Pilzinfektionen, Volumenmangel, Durst, Verstopfung, Mundtrockenheit, Nykturie, vulvovaginaler Pruritus, Pruritus genitalis, erhöhtes Kreatinin im Blut zu Behandlungsbeginn, erhöhter Harnstoff im Blut, Gewichtsreduktion. **Selten:** diabetische Ketoazidose (bei Typ 2 Diabetes). **Sehr selten:** nekrotisierende Faszitis des Perineums (Fournier-Gangrän), Angiodödem, tubulointerstitielle Nephritis. **Weitere Hinweise:** siehe Fachinformationen. Pharmazeutischer Unternehmer: AstraZeneca GmbH, Friesenweg 26, 22763 Hamburg, E-Mail: azinfo@astrazeneca.com, www.astrazeneca.de, Servicehotline für Produktanfragen: 0800 22 88 660. Stand: Q1 2023.

Mehr Fairplay beim Diabetes von der Politik gewünscht

Bundestagsabgeordnete diskutierten Maßnahmen zur Eindämmung von Typ-2-Diabetes

BERLIN. Noch etwas verschwitzt, weit hinter der Zeit, dafür aber fraktionsübergreifend fröhlich trudelten die Spieler*innen des FC Bundestag und des FC Diabetologie nach ihrer Begegnung zur 3. Halbzeit ein. Bei der gesundheitspolitischen „Austragung“ am Abend ging es weniger ums Toreschießen als um treffsicheres Argumentieren. Eine Steilvorlage gegen den Kinderschutz lieferte die FDP und tat sich damit keinen Gefallen.

Knapp anderthalb Stunden dauerte der Talk. In Anbetracht der fortgeschrittenen Zeit durch den verspäteten „Anpfiff“ des Abends kamen die thematischen Dauerbrenner ohne Umschweife auf den Tisch: Wann kommt endlich der Kinderschutz in der Werbung? Wann wird der Nutri-Score zu einem europaweit verpflichtenden Label? Pläne für mehr Kinderschutz in der Werbung hatte Bundernährungsminister Cem Özdemir im Februar vorgelegt. Nach einem Entwurf seines Ministeriums soll an Kindergerichtete Werbung für Lebensmittel mit zu viel Zucker, Salz oder Fett

künftig nicht mehr erlaubt sein. So steht es auch im Koalitionsvertrag. Die FDP hingegen will ein Werbeverbot nur im Umfeld von Kindersendungen sehen. Inzwischen hat Özdemir den Gesetzentwurf entschärft.

Gesetzentwurf wieder aufgeweicht

Ursprünglich sollte Fernsehwerbung für zu süße, salzige und fette Produkte wie etwa für Fertigpizza oder Softdrinks nur von 23 bis 6 Uhr erlaubt sein, jetzt soll nach Wochentagen gestaffelt werden: keine Werbung für solche Lebensmittel in den Zeiten, in denen Kinder am häufigsten vor der Glotze sitzen. Johannes Wagner (Arzt und MdB der Grünen) stellte klar, dass seine Fraktion für eine Fett- und Zuckersteuer eine „große Offenheit“ zeige. Eine EU-weite Einführung des Scores als Nährwertkennzeichnung droht dagegen zu scheitern, denn der Nutri-Score ist unter den Mitglied-

»Deutschland steckt in einer Präventionskrise«



Lehnt ein Werbeverbot zum Kinderschutz ab: Dr. Gero Hocker (M.); hier mit Johannes Wagner und Nezahat Baradari.

Fotos: diabetesDE - Dirk Deckbar

Die Politik müsse beim Diabetes endlich Nägel mit Köpfen machen, so der einhellige Tenor.

staaten umstritten. Vor allem Italien schmeckt nicht, dass dieses Label zur Pflicht werden könnte. Ein Großteil der Länder ist unentschieden. Die EU-Kommission plant, ein komplett neues System vorzuschlagen. Zum Nutri-Score konnte auch Dr. Monika Mertens aus dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) keine positiven Botschaften mitbringen. Derzeit suche Deutschland weiter nach „Verbündeten auf europäischer Ebene“, so Dr. Mertens. Sie geht aber nicht davon aus, dass der Score als verpflichtende Kennzeichnung noch in dieser Legislaturperiode kommen wird. Den Nutri-Score müsse man jedenfalls dringend überarbeiten, da er teils zu „absurden Einordnungen“ führe, erklärte MdB Dr. Gero Hocker (FDP). So würde etwa Frühstückscerealien ein Grün oder Gelb zugeordnet, obwohl sie oft viel Zucker enthielten. Für Kopfschütteln unter den Zuhörenden sorgte Dr. Hocker durch Äußerungen wie: „Ich glaube nicht, dass z.B. ein pauschales Werbeverbot für Schokolade am Rande einer Fußballübertragung wirklich dazu

führt, dass Kinder ‚weniger adipös‘ sind.“ Würde man junge Menschen von solchen Produkten fernhalten und sie erst mit 18 Jahren damit konfrontieren, „gehe ich nicht davon aus, dass sie mündige Entscheidungen treffen können“. Durch Verbote in dieser Breite würde man zudem Produktinnovationen erschweren. Dietrich Monstadt (MdB, CDU) kontierte: „Wir brauchen nicht noch mehr Markteintritte, die unsere Kinder dick und krank machen.“

In Sachen Diabetes-Strategie passiert nichts mehr

Nezahat Baradari (Pädiaterin und MdB der SPD) berichtete, dass sie noch nie einen „solch schlimmen Zahnstatus“ wie heute bei Kindern gesehen hätte und dass viele junge Menschen während der Pandemie stark zugenommen hätten, die Kilos aber nicht mehr loswürden. „Natürlich wollen wir mit der Diabetes-Strategie weitermachen und sie ergänzen“, aber nach der Verabschiedung der Strategie im Juli 2020 im Bundestag sei „rein gar nichts passiert“, kritisierte Dr. Jens Kröger, Vorstandsvorsitzender dia-

Diabetologie schlägt Bundestag

Zu ihrer siebten Begegnung trafen sich die beiden Fußballmannschaften FC Bundestag und FC Diabetologie im Juni in Berlin. Mehrere Ex-Profis, die das Team aus Ärzt*innen, Wissenschaftler*innen, Diabetesberater*innen und Menschen mit Diabetes unterstützen, kicken mit: Richard Golz, Thomas Häßler und Roland Benschneider. Dabei war auch Olympiasieger Matthias Steiner, der selbst Typ-1-Diabetes hat. „Immer den Kopf oben halten und kämpfen“, gab Kult-Trainer Christoph Daum auch später bei der 3. Halbzeit den Anwesenden auf den Weg. Daum, der damit auch auf seine Krebserkrankung anspielte, trainiert die Mannschaft des FC Diabetologie seit 2015 ehrenamtlich. Die Diabetologie schlug den Bundestag mit 2:1.

betesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe. Zudem wies er auf eine „Präventionskrise in Deutschland“ hin: „Wir alle hier haben die Verpflichtung, eine Gesundheitsfürsorge für Menschen zu betreiben.“ Verhaltensprävention allein reiche nicht aus. Als gutes Beispiel für Verhältnisprävention sei der Nutri-Score zu sehen, eine hilfreiche Alltagsbegleitung für Menschen auf dem Weg hin zu einer gesünderen Ernährung.

„Wir haben gewonnen – die erste Halbzeit!“, sagte der Kapitän des 1. FC Bundestags, Mahmut Özdemir (MdB, SPD) am Ende der Debatte augenzwinkernd und mit Blick auf das Spiel. Den Sieg nach Hause tragen am Ende aber doch die Diabetolog*innen mit einem 2:1. Bleibt zu wünschen, dass sich dieser „Lauf“ der Diabetesexpert*innen (der zweite Sieg in Folge) auch auf politischer Ebene ohne weitere „Nachspielzeit“ fortsetzt, etwa beim Kinderschutz in der Lebensmittelwerbung. *Angela Monecke*

Die Veranstaltung wurde von Abbott, Astra Zeneca, Grünenthal, IKK Classic, Novo Nordisk und Pfizer unterstützt.



Die Ansagen von Trainer Christoph Daum zeigten Wirkung: Die Diabetologie schlug den Bundestag mit einem 2:1.

NAFLD wird zur MASLD, NASH wird zur MASH

Neue Fachbegriffe sollen Unterschiede zeigen und Stigmatisierung vermeiden

GIESSEN, HANNOVER, KÖLN. Mehrere internationale hepatologische Fachgesellschaften haben beschlossen, präzisere und patientenzentriertere Fachbegriffe einzuführen.

Im Rahmen des Kongresses der European Association for the Study of the Liver (EASL) wurde eine präzisere und patientenzentriertere Nomenklatur für Fettlebererkrankungen beschlossen. „Mit den im Juni 2023 veröffentlichten neuen Fachbegriffen werden Bezeichnungen

wie bspw. nicht-alkoholische Fettlebererkrankung, die als stigmatisierend empfunden werden könnten, durch eine neue Terminologie ersetzt. Darüber hinaus ermöglichen die neuen Fachbegriffe exaktere Diagnosen, die zudem treffsicherer benannt werden können“, erläutert Prof. Dr. Peter R. Galle, Direktor der 1. Medizinischen Klinik und Poliklinik der Universitätsmedizin an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz. Er nennt Beispiele der neuen Fachbegriffe und Diagnosekriterien:

- Zukünftig dient „steatotische Lebererkrankung“ (Steatotic Liver Disease – SLD) als Klammerbegriff für alle Fettlebererkrankungen – unabhängig von der Ursache.
- Die bislang als „nicht-alkoholische Fettlebererkrankung“ (Nonalcoholic Fatty Liver Disease – NAFLD) bezeichnete Krankheit wird zur „Metabolic Dysfunction-associated Steatotic Liver Disease“ (MASLD).
- Der offizielle deutsche Begriff für die MASLD wird noch festgelegt. Bereits definiert sind die Diagnose-

kriterien für MASLD: Eine MASLD liegt vor, wenn bei Menschen mit Steatose der Leber mindestens einer von fünf kardiometabolischen Risikofaktoren vorliegt. Diese sind (Prä-)Diabetes, Übergewicht, Bluthochdruck, erhöhte Triglyzeride und erhöhtes LDL-Cholesterin.

- Die nicht-alkoholische Fettleberentzündung (NASH) wird umbenannt in Metabolic Dysfunction-associated Steatohepatitis (MASH).
- Die Umbenennung und Kategorisierung in SLD bietet die Chance,

zukünftig die Aufmerksamkeit für Lebererkrankungen zu erhöhen, die Diagnostik zu präzisieren und Patienten früher einer entsprechenden Überwachung zuzuführen. Der neue Begriff MASLD zeigt die enge Verknüpfung hepatischer und metabolischer Faktoren der Erkrankung auf. Zudem verdeutlicht dies die Notwendigkeit einer interdisziplinären Betreuung durch Hepatologen und Stoffwechselfachleute. *dz*

Pressemitteilung Deutsche Leberstiftung

»Beim nächsten Präsenzkurs werden wir darauf anstoßen«

Kurs „Klinische Diabetologie“: 100. Auflage einer Erfolgsgeschichte

Die nächsten Kurse „Klinische Diabetologie“

- Onlinekurs Aachen: 11.09.2023 – 01.12.2023 (nur Warteliste)
- Onlinekurs Dresden (Blockunterricht): 04.03.2024 – 22.03.2024

HEIDELBERG. Seit rund 25 Jahren findet regelmäßig der Kurs „Klinische Diabetologie“ statt, bei dem sich die Teilnehmenden zur Diabetologin bzw. zum Diabetologen DDG weiterbilden können. Kürzlich wurde nun die 100. Auflage durchgeführt.



Prof. Dr. med. Erhard Siegel
Leiter des 100. Kurses
Klinische Diabetologie
Foto: DDG/Dirk Deckbar

Die Zahl der Diabetes-Fälle, wächst seit Jahren kontinuierlich an. Somit steigt auch der Bedarf an Diabetolog*innen, die die betroffenen Menschen versorgen. Um diesen zu decken, bietet die DDG den Kurs „Klinische Diabetologie“ an, in dem aktuell jährlich rund 140 Mediziner*innen eine diabetologische Weiterbildung erhalten – Tendenz steigend: „Wenn ich die letzten zehn Jahre analysiere, dann hatten wir in den letzten drei Jahren so viele Teilnehmer wie noch nie. Die Kurse erfreuen sich nach wie vor enormer Beliebtheit“, resümiert Prof. Dr. ERHARD SIEGEL. Der Ärztliche Direktor des Diabeteszentrums am St. Josefskrankenhaus in Heidelberg hat den Kurs schon häufig geleitet und

führte die Teilnehmenden auch bei der 100. Auflage durch die Weiterbildung, deren zweiter Block Anfang Juli abgeschlossen wurde.

Viel positives und konstruktives Feedback der Teilnehmenden

„Es gibt keine vergleichbare Fortbildung in der Diabetologie, die ein so umfassendes Wissen vermittelt“, ist sich Prof. Siegel sicher. Seit Jahren holen die Organisatoren des Kurses differenziertes Feedback von den Teilnehmenden ein und werten die Fragebogen aus. „Die Rücklaufquoten sind hoch.

» Noch keine so gut organisierte Online-Veranstaltung erlebt, Kompliment! Besser als mancher Kongress!
Ulrich-Frank Pape

Wir bekommen ein sehr wertschätzendes Feedback und sehr qualifizierte und positive Rückmeldungen, was sowohl die Organisation der Kurse, aber auch die Inhalte betrifft. Für die

Organisation, Planung und Durchführung möchte ich mich ganz besonders bei der DDG Geschäftsstelle bedanken, die die Kurse exzellent vorbereitet und begleitet.“ Einen besonderen Dank richtete Prof. Siegel auch an alle weiteren ärztlichen Organisator*innen, die durch die 80-Stunden-Kurse führen.

Stetige Weiterentwicklung von Inhalten, Struktur und Format

Die Inhalte und die Struktur der Kurse haben sich mit den Jahren verändert. In der Vergangenheit konnten die Kursleiter die Inhalte freier gestalten, berichtet Prof. Siegel. Jetzt gibt es einen Musterstundenplan, der neben theoretischen Inhalten auch viele Praxisanteile wie Workshops verbindlich vorsieht. Dieser Plan wird einmal jährlich durch den

zuständigen Ausschuss der DDG aktualisiert und orientiert sich u.a. an den Leitlinien. Aktuell wird zudem ein Blended-Learning-Kurs entwickelt, der bereits 2024 stattfinden soll.

Doch nicht nur die Inhalte, auch die Form der Darbietung entwickelt sich stetig weiter. Und wie in vielen anderen Bereichen hatten die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie vor drei Jahren auch den Kurs „Klinische Diabetologie“ plötzlich vor neue Herausforderungen gestellt. Präsenzveranstaltungen waren zunächst nicht mehr möglich und so musste flugs nach neuen Wegen Ausschau gehalten werden. Doch glücklicherweise war man bei der Deutschen Diabetes Gesellschaft diesbezüglich schon vorbereitet: „Generell hatten wir bereits die Strategie, unser Programm stärker mit digitalen Angeboten zu erweitern. So ging auch die Umstellung wesentlich schneller“, so Prof. Siegel, der Vorsitzender des Ausschusses Diabetologie DDG ist.

Der Heidelberger Diabetologe sieht in beiden Formaten Vor- und Nachteile: Online-Kurse führten zu erheblichen Zeit- und Kosteneinsparungen insbesondere auch für die Teilnehmenden, da keine Kosten für Fahrt und Übernachtungen anfallen. Nicht zu unterschätzen ist laut Prof. Siegel jedoch, „das fehlende Networking, das ja vor allem auch während der Pausen, in den Workshops oder an den Abenden stattfindet“.

Der Austausch zwischen Referierenden und Teilnehmenden sei in Präsenzkursen intensiver und damit steige auch das Zusammengehörigkeitsgefühl. „Auch hier entwickeln wir uns weiter und werden in Zukunft auch eine Mischung aus beiden Formaten anbieten“, verspricht er. Und wenn man sich wieder vor Ort begegnet, könne man das nun erreichte Jubiläum auch angemessen feiern: „Beim nächsten Präsenzkurs werden wir darauf anstoßen“, freut sich Prof. Siegel. Gregor Hess

» Für Anfänger, sehr viele Infos, aber in kompakter Form. Vielen Dank für die guten Vorträge!
Catharina Nolte

Krankenhausreform: Beratungsberufe kommen zu kurz

VDBD und BVKD fordern eine vollumfängliche Finanzierung diabetologischer Leistungen

BERLIN. Die Diabetesberatung ist in deutschen Krankenhäusern kaum kostendeckend finanziert. In den derzeitigen Plänen zur Krankenhausreform werden spezialisierte Diabetesfachkräfte nicht mitgedacht, wie VDBD und BVKD kritisieren.

Der Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland (VDBD) und der Bundesverband Klinischer Diabetes-Einrichtungen – DIE Diabetes-Kliniken (BVKD) wenden sich in einer gemeinsamen Stellungnahme gegen dieses Versäumnis, um Versorgungslücken bei Menschen mit Diabetes zu verhindern. „Wir fordern, dass die Krankenhausreform und die geplante Aufweichung des DRG die Qualität der stationären Diabetesversorgung berücksichtigt und verbessert“, so VDBD-Geschäftsführerin Dr. GOTTLOBE FABISCH. „Dass Diabetesberater*innen DDG jenseits

der Pflege auch im neuen Finanzierungsmodell keine Rolle spielen, ist nicht nur enttäuschend, sondern gefährdet auch eine adäquate Versorgung von Krankenhauspatient*innen mit Diabetes.“

Keine Abrechnungsfähigkeit ohne Diabetesberater*innen

Um einer zukunftsfähigen diabetologischen Versorgung gerecht zu werden, fordern VDBD und BVKD, dass die personelle Ausstattung mit definierten multiprofessionellen Behandlungsteams mit qualifizierten Diabetesberater*innen DDG als Mindestanforderung zur Abrechnungsfähigkeit diabetesspezifischer DRG festgeschrieben wird. „Die Beratung durch qualifizierte Diabetesfachkräfte ist die Basis für die Diabetesversorgung“, sagt VDBD-Vorstandsmitglied und Diabetesberaterin DDG KATHRIN BOEHM.



Auch nach einer OP muss sich jemand um den Diabetes kümmern.

Foto: zinkevych – stock.adobe.com

„Daher muss diese unbedingt im Finanzierungskatalog der klinischen Versorgungsebenen II und III berücksichtigt werden.“ Dies gelte auch für eine angemessene Finanzierung der Vorhaltekosten von Diabetesfachkliniken auf den Versorgungsebenen II und III, ähnlich wie die klassischen Pflegeberufe (Pflegebudget), welche vollumfänglich unabhängig von den DRG finan-

ziert werden sollen. Hierzu zählten Diabetesberater*innen DDG als notwendige und pflegeentlastende Strukturmerkmale einer stationären Diabetologie. VDBD, BVKD, dz
Quelle: Pressemitteilung des VDBD

Stellungnahme von VDBD und BVKD: www.vdbd.de

STELLUNGNAHME:

„Das Herzstück“ – Stellenwert der Diabetesberatung in Kliniken

Menschen mit Diabetes brauchen in Kliniken die Hilfe spezialisierter Diabetesteams. Sie können Glukoseschwankungen, entstanden z.B. aufgrund von neuen Medikamenten oder einer Operation, erkennen und therapeutisch begleiten, psychologisch beraten oder in technische Geräte einweisen bzw. dazu schulen. Diese Arbeit von Diabetesberater*innen DDG ist für den gesamten Behandlungserfolg ausschlaggebend, konstatiert der VDBD in seiner Pressemitteilung. „Es hilft Menschen mit Diabetes keinesfalls, ein Hüftimplantat erfolgreich eingesetzt zu bekommen, um kurz darauf eine lebensbedrohliche Stoffwechsellentgleisung zu erleiden, da sich niemand um deren Diabetes kümmert“, gibt Dr. med. THOMAS WERNER, Erster Vorsitzender des BVKD, zu bedenken. „Qualifizierte Diabetesberatung bildet daher ein Herzstück in der stationären Diabetologie.“ Auch das Pflegepersonal wird durch den Einsatz von Diabetesberater*innen DDG erheblich entlastet.



»Diabetesberatung bildet die Basis«



MEDICAL TRIBUNE

FORTBILDUNG

CME



Foto: dlyastokiv - stock.adobe.com

Fortbildung kompakt **Allgemeinmedizin/Innere Medizin**

Neue Termine – ob live oder hybrid, immer kostenlos!

02.09.23 **Hannover** H4 Hotel Hannover Messe

02.09.23 **Münster** ATLANTIC Hotel Münster

09.09.23 **Potsdam** Seminaris SeeHotel Potsdam

16.09.23 **Frankfurt** H4 Hotel Frankfurt Messe

23.09.23 **Leipzig** Pentahotel Leipzig

07.10.23 **Berlin** Leonardo Royal Berlin Alexanderplatz

21.10.23 **Nürnberg** Holiday Inn Nürnberg City Centre

21.10.23 **Düsseldorf** Hilton Düsseldorf

Themenauswahl:

Angsterkrankungen, anaphylaktischer Schock, Magen-Darm-Erkrankungen, Tinnitus, Schlafstörungen, Niereninsuffizienz, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, nächtliche Wadenkrämpfe



**Mehr erfahren &
online anmelden:**
medical-tribune.de/fortbildung



**MEDICAL
TRIBUNE**
FORTBILDUNG CME

[MTX]

Druckentlastung ohne Verlust der Alltagskompetenz

Nach sechs Wochen ohne Heilungstendenz andere Professionen hinzuziehen

BREMEN. Die Neufassung der S3-Leitlinie zur Lokalthherapie chronischer Wunden befindet sich inzwischen auf der Zielgeraden. Dass nun auch die Druckentlastung darin verankert wird, sieht der Vorstand der Arbeitsgemeinschaft Diabetischer Fuß als wichtigen Fortschritt.

Diabetische Fußulzera machen etwa 30 % aller chronischen Wunden aus. Entsprechend großen Raum nehmen sie in den neuen Empfehlungen ein, berichtete Dr. FLORIAN THIENEL, Chefarzt und Bereichsleiter Diabetisches Fußsyndrom am Diabetes-Zentrum Quakenbrück, der die Konsultationsfassung vorstellte. Eigentlich versteht es sich von selbst und muss doch immer wieder betont werden: Vor Einleitung der Lokalthherapie einer chronischen Wunde muss die zugrunde liegende Ursache bekannt sein. „Wir fummeln also nicht irgendwie rum, sondern klären erst einmal ab, woran es liegt, dass die Wunde nicht heilt“, erklärte Dr. Thienel, der auch im Vorstand der AG Diabetischer Fuß der DDG aktiv ist.

Ungewöhnliche Ulzerationen histologisch abklären

Liegt der Wunde eine arterielle Durchblutungsstörung (PAVK), eine chronisch venöse Insuffizienz (CVI) oder eine Polyneuropathie (PNP) zugrunde, sollten Diagnostik und Therapie leitliniengerecht erfolgen. Hierzu gehören mindestens die Erhebung des arteriellen Pulsstatus, die Dopplerverschlussdruckmessung, die farbcodierte Duplexsonografie sowie die Neuropathiediagnostik. Bei nicht plausiblen ABI-Werten sollten ergänzende Methoden eingesetzt werden, erklärte Dr. Thienel. Therapieresistente und morphologisch ungewöhnliche Ulzerationen sollten histologisch abgeklärt werden. Bei der Wundreinigung sei es entscheidend, dass avitales Gewebe bis an intakte Strukturen heran abgetragen wird, ohne das Granulationsgewebe zu entfernen. Für das chirurgische Wunddébridement hingegen gilt, dass avitales Gewebe, Nekrosen, Beläge und/oder Fremdkörper bis in intakte anatomische Strukturen hinein radikal abgetragen werden sollten. „Bei den Wundaufgaben hingegen hat

sich nicht allzu viel getan“, sagte Dr. Thienel, es gebe keine nennenswerten Unterschiede zwischen Schaum-, Hydrokolloid-, Alginat-, Mikrofaser-, Fettgaze- oder Polyacrylatverbänden in Vergleichsstudien. Bei biotechnologischem Hautersatz erkennt die Leitlinie trotz niedriger Qualität der vorliegenden Studien einen geringen Vorteil an. Dasselbe gilt für die Behandlung des diabetischen Fußulkus mit plättchenreichem Plasma (PRP).

Kann-Empfehlung für zwei physikalische Maßnahmen

„Auch für viele physikalische Maßnahmen gibt es immer noch keine ausreichende wissenschaftliche Evidenz“, bedauerte der Experte. Lediglich zwei Maßnahmen haben nun eine Kann-Empfehlung: die Vakuumversiegelung und die hyperbare Sauerstofftherapie. Letztere kommt selektiv als adjuvante Therapieoption bei therapierefraktären diabetischen Fußulzera infrage – zumindest sofern zuvor alle Revaskularisationsmaßnahmen und auch weitere konservative Therapieoptionen inklusive Druckentlastung ausgeschöpft wurden. Keine Evidenz verzeichnet die Leitlinie hingegen für physikalische Verfahren wie Reizstrom, Phototherapie, Magnetfeldtherapie, Ultraschalltherapie, Niedertemperaturplasma, Ozontherapie, Stoßwellentherapie und topische Sauerstofftherapie.

Zweitmeinung nach sechs Wochen ohne Heilungstendenz

Mindestens alle vier Wochen sollte eine erneute Wundbeurteilung erfolgen – bei Veränderungen auch häufiger. Hierbei gelte es, neben der Wundgröße auch den Zustand des Wundrands

und die Exsudatmenge zu erfassen und die Therapiedurchführung zu überprüfen. Bei diesen regelmäßigen Wund-Checks sollten Patient*innen auch gezielt nach ihrer Lebensqualität und möglichen Schmerzen gefragt und in Bezug auf die ursächliche Erkrankung und deren Therapie sowie zum Erhalt der Alltags-

kompetenzen beraten werden. Und ganz wichtig: „Nach sechs Wochen ohne Heilungstendenz holen wir eine zweite Meinung ein oder ziehen Menschen anderer Professionen hinzu“, betonte der Experte.

Druckentlastung: „Oft schlechte Qualität für teures Geld“

Nach Abheilung der Wunde sollte bei den Konzepten zur lokalen Druckentlastung der weitestgehende

»Bei Wundaufgaben hat sich nicht allzu viel getan«

Erhalt von Alltagskompetenz und Mobilität ebenfalls berücksichtigt werden, betonte Dr. Thienel. „Aktuell bekommen wir hier leider oft nur schlechte Qualität für teures Geld“, bedauerte er. Umso wichtiger für die Orientierung in der Praxis ist es aus seiner Sicht daher, dass nun endlich auch die individuelle Anpassung von Entlastungsschuhen nach abgeheilten Wunden in den Leitlinien verankert wurde.

Gute Therapie-Algorithmen und Tipps in der neuen Leitlinie

Insgesamt enthalte die Neufassung der Leitlinie „wirklich gute Therapie-Algorithmen für die Praxis“, fand Dr. Thienel. Gut gefallen ihm auch die vielen Hintergrundinformationen inklusive Praxis-Tipps im Anschluss an die Beantwortung der Schlüsselfragen: „Es lohnt sich, da einmal reinzuschauen.“

Federführend bei dieser Leitlinie ist die Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung, die DDG ist eine der an der Leitlinie beteiligten Fachgesellschaften.

Antje Thiel
Deutscher Wundkongress 2023

Endlich wird die individuelle Anpassung von Entlastungsschuhen in den Leitlinien verankert.

Foto: smartboy10/gettyimages

Abgeheilte Wunden brauchen besonderen Schutz

Beim diabetischen Fußulkus und der durch eine Ischämie verursachten Ulzeration steht bei der Narbenpflege vor allem die Druckentlastung im Vordergrund. Ebenso wichtig ist der mechanische Schutz vor erneuten Verletzungen oder Druckschädigung durch individuell angepasstes Schuhwerk. Weil die Polyneuropathie neben dem Verlust der Schmerzempfindung auch zu Veränderungen im Gang sowie Verformungen am Fuß und Weichgewebe führt, kommt es bei Patient*innen mit diabetischem Fußulkus zu einer erhöhten mechanischen Belastung des Narbengewebes. Hierdurch entstehen häufig Rezidive der Ulzerationen.

Quelle: Konsultationsfassung der neuen S3-Leitlinie Lokalthherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken periphere arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus, chronisch venöse Insuffizienz, federführende Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung

Das Informationsportal zur Kampagne

„Amputation – nein danke!“

Im Falle der Diagnose zur Amputation haben gesetzlich Versicherte mit Diabetischem Fußsyndrom seit 2021 einen Rechtsanspruch auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung: Besteht statt einer Amputation eine andere Behandlungsoption? Der Rechtsanspruch ist laut Arbeitsgemeinschaft Diabetischer Fuß der DDG noch nicht hinreichend bekannt, es wird nach wie vor zu viel amputiert. Dafür setzt sich die Kampagne „Amputation – nein danke!“ ein.

Amputation nein danke!

Wer sich als Betroffener oder als Behandlungsteam über das Zweitmeinungsverfahren informieren möchte, findet auf amputation-nein-danke.de

- Details zum Zweitmeinungsverfahren
- eine bundesweit gültige Telefonnummer für die Suche nach Zweitmeinenden und Links zu zertifizierten Fußzentren
- wichtige Hinweise für das Fachpublikum
- drei Podcasts (zu Gast: Dr. Markus Menzen, Dr. Dirk Hochlenert, Dr. Joachim Kersken, Diabetologen und Experten für das Diabetische Fußsyndrom)





Für die Industrie
ist es sehr profitabel,
hochverarbeitete Lebens-
mittel herzustellen.

Foto: yanadjan – stock.adobe.com

Bei softer Textur ist es schwer, mit dem Essen aufzuhören

Mit der Zahl der Convenience-Mahlzeiten steigt auch die Mortalität

WIESBADEN. Hochverarbeitete Lebensmittel sind schmackhaft, sehr bequem, weit verbreitet und werden intensiv beworben. Die Kehrseite: ein schlechtes Nährwertprofil, eine hohe glykämische Last – und nach aktueller Datenlage eine verkürzte Lebenszeit mit allerlei Morbiditäten.

Inwieweit hochverarbeitete Lebensmittel (Ultra-Processed Foods, UPF) Bestandteil der täglichen Ernährung sein dürfen, ist nicht nur unter Ernährungsexpert*innen ein stark umstrittenes Thema. Professorin Dr. Dr. ANJA BOSY-WESTPHAL vom Institut für Humanernährung und Lebensmittelkunde in Kiel sieht ein großes Problem in der abnehmenden Agrobiodiversität.¹ „Wir erleben einen dramatischen Verlust an Kulturpflanzen.“ Ein typischer Supermarkt bietet etwa 4.000 Produkte an, die Mais bzw. extrahierte Maisbestandteile enthalten. Man könne eine große Vielfalt an Lebensmitteln aus einer einzigen Nahrungspflanze generieren, aber dabei gehe die Vielfalt der Nahrungsmittel verloren, betonte die Wissenschaftlerin. Inzwischen stammten fast 50 % der in Deutschland verzehrten Kalorien aus hochverarbeiteten Lebensmitteln. Der Ursprung dieser Zutaten ist zumeist nur noch eine Handvoll ertragrei-

cher Pflanzenarten, während tierische Zutaten häufig von Tieren stammen, die mit den gleichen Pflanzen gefüttert werden.

Viele Lebensmittel mit Nutri-Score A sind stark verarbeitet

Anhand des Klassifikationssystems NOVA lassen sich Lebensmittel in vier Gruppen einteilen, von unverteilt bis hin zu hochverarbeitet. In NOVA-Klasse 4 gehören unter anderem Fast Food, gezuckerte Limonaden, Snacks, Nascherei-

en, Kekse, gesüßte Milchprodukte, Fertigsoßen und Dressings. Für Verbraucher*innen sei es nicht leicht, den Durchblick zu bewahren, denn: „40 % der Lebensmittel mit Nutri-Score A gehören in NOVA-Kategorie 4“, erklärte Prof. Bosy-Westphal. Die Definition der NOVA-Gruppen sei zwar sehr schwammig und daher leicht angreifbar. Mithilfe dieser Einteilung lasse sich dennoch gut darstellen, wie sehr Convenience-Produkte sich bereits weltweit verbreitet haben und dabei sind, traditionelle Ernährungsweisen zu verdrängen. Ihren Siegeszug verdankten die für die Lebensmittelindustrie sehr profitablen, schmackhaften und meist sehr lange haltbaren UPF auch ihrer intensiven Bewerbung und attraktiven Verpackung.

Mittlerweile belegen viele Studien, wie ungesund diese Entwicklung ist. So zeigte eine prospektive Kohortenstudie mit fast 20.000 Teilnehmer*innen über einen Zeitraum von 15 Jahren einen 62%igen Anstieg der Gesamtmortalität im Zusammenhang mit hohem UPF-Verzehr (> 4 Portionen/Tag). Dabei stieg die Rate der Gesamtmortalität mit jeder zusätzlichen UPF-Portion/Tag um 18 %.² Ein systematisches Review inklusive Metaanalyse ergab für Erwachsene nicht nur eine erhöhte Gesamtmortalität durch UPF-Verzehr, sondern auch ein erhöhtes Risiko für diverse Erkrankungen, darunter Typ-2-Diabetes, Reizdarmsyndrom, Depression und Krebs.³

UPF steigern die tägliche Kalorienzufuhr

Der Zusammenhang mit dem metabolischen Syndrom und Übergewicht wird umso deutlicher, wenn man sich die Ergebnisse einer Cross-over-Studie anschaut: Durch UPF-Zufuhr stieg die tägliche Kalorienzufuhr der 20 Proband*innen um fast 500 kcal (versus wenig verarbeitete Speisen), bei drei definierten Ad-Libitum-Mahlzeiten pro Tag, jeweils über 14 Tage, die hinsichtlich Makronährstoffgehalt,

»Traditionelle Ernährungsweisen werden verdrängt«

Kalorien, Zucker und Ballaststoffen fast identisch waren.⁴ Die höhere Energiezufuhr in der UPF-Gruppe wurde durch die Textur der UPF erklärt, die zu einer höheren Essgeschwindigkeit führe: „Bei softer Textur isst man immer mehr als bei harter Textur“, erklärte Prof. Bosy-Westphal. Und: „UPF enthält pro Gramm Lebensmittel mehr Kalorien.“ Diese Erkenntnis wurde durch eine weitere Studie im Cross-over-Design mit 50 normalgewichtigen Personen bestätigt.⁵

Dr. Karin Kreuel

DGIM 2023

1. Leite FHM et al. BMJ Glob Health 2022; 7(3): e008269; doi: 10.1136/bmjgh-2021-008269

2. Rico-Campà A et al. BMJ 2019; 365: 11949; doi: 10.1136/bmj.11949

3. Lane MM et al. Obes Rev 2021; 22(3): e13146; doi: 10.1111/obr.13146

4. Hall KD et al. Cell Metab 2019; 30(1): 67-77.e3; doi: 10.1016/j.cmet.2019.05.008

5. Teo PS et al. Am J Clin Nutr 2022; 116(1): 244-254; doi: 10.1093/ajcn/nqac068

Weiteressen – bis der Bedarf an Proteinen gedeckt ist

Eine weitere Hypothese für die höhere Gesamtenergiezufuhr durch UPF lautet: „Von Nahrungsmitteln, die wenig Protein enthalten, essen wir mehr, bis der Bedarf an Proteinen gedeckt ist“, erklärte Prof. Bosy-Westphal, die diesen Ansatz derzeit mit ihrer Arbeitsgruppe weiter erforscht. Ganz eindeutig könne man heute bereits sagen: „In UPF sind kaum sekundäre Pflanzenstoffe enthalten, während die Zufuhr von gesättigten Fetten mit der UPF-Zufuhr steigt.“ Mögliche kanzerogene Einflüsse durch Prozesskontaminanten der UPF-Herstellung werden weiterhin untersucht, ebenso wie die Auswirkungen endokriner Dysruptoren aus Verpackungsmaterialien und eine durch Zusatzstoffe ausgelöste Dysbiose der Darmmikrobiota.

Wie sind Menschen mit Diabetes durch die Pandemie gekommen?

Deutsche Diabetes Stiftung gibt Update zu von der Stiftung geförderten Studien

DÜSSELDORF. Weder die Stoffwechselfelsgesundheit noch die Psyche von Menschen mit Diabetes haben unter der COVID-19-Pandemie gelitten – so zeigte es eine erste Auswertung der von der Deutschen Diabetes Stiftung geförderten Studien im Jahr 2022.

Auch die aktualisierten Berichte zeigen, dass die diabetologische Versorgung über die drei Krisenjahre hinweg weitgehend stabil blieb. „Während aus anderen Ländern

zum Teil über eine deutliche Verschlechterung berichtet wurde, hat sich diese Befürchtung in Deutschland zum Glück nicht bestätigt“, sagt PD Dr. STEFANIE LANZINGER, Ulm.

Keine Gewichtszunahme bei Menschen mit Typ-2-Diabetes

Auch bei Menschen mit Typ-2-Diabetes hatten die Lebensumstände während der Pandemie keine negativen Auswirkungen auf die Qualität der Diabeseinstellung; auch legten

die Patient*innen nicht an Gewicht zu. „Wir führen dies unter anderem darauf zurück, dass die meist älteren Patientinnen und Patienten eine gewisse Routine im Umgang mit ihrer Erkrankung hatten“, sagt Prof. Dr.

BERND KOWALL, Essen. Er hat sich anhand des German Disease Analyzers mit den Auswirkungen der Pandemie befasst. Zudem sei die Versorgung mit Diabetesmedikamenten durchgehend gelungen. Die positive Bilanz bestätigte sich auch bei Zusammenschau aller Studienergebnisse. „Gleichwohl wurde vorübergehend ein Anstieg der Major-Amputationen registriert“, sagt Dr. PAULA FRIEDRICHS, Rostock-Warnemünde. *DDS/dz*

»Versorgung blieb weitgehend stabil«

Das Fazit der DDS

„Die Diabetes-Versorgung ist weitgehend unbeschadet durch die Pandemie gekommen“, sagt auch Professor Dr. med. Hans Hauner, Vorstandsvorsitzender der DDS und Direktor des Else Kröner Fresenius Zentrums an der TU München. Dies sei der gemeinsamen Anstrengung aller Beteiligten zu verdanken, rasch telemedizinische Angebote wie Online-Schulungen und Online-Sprechstunden zu entwickeln und umzusetzen. **Mehr auf diabetesstiftung.de.**

Medizin & Markt



Foto: iStock/AzmanJaka

„Wir brauchen Adipositas-Schulungen!“

Interview mit Dr. Frank Ratter zu den neuen Abnehmoptionen für Menschen mit Typ-2-Diabetes und/oder Adipositas

Pressegespräch – Novo Nordisk

BERLIN. Der Hype um die Abnehmspritze mit dem Wirkstoff Semaglutid hält seit Monaten ungebremst an. Die hohe Nachfrage nach dem Wirkstoff führt immer wieder zu Lieferengpässen. Am Rande des Diabetes Kongresses sprachen wir mit Dr. Frank Ratter über die neuen Behandlungsoptionen gegen Übergewicht mit oder ohne Typ-2-Diabetes.

? Ist es Menschen mit Typ-2-Diabetes inzwischen wieder möglich, Semaglutid ohne Lieferengpässe regelmäßig verordnet zu bekommen?

Leider nein, denn keiner von uns hat mit einer solchen Wahnsinnsnachfrage gerechnet. Trotz unserer kurzfristigen Maßnahmen werden wir immer wieder Lieferengpass-Situationen haben – auch über die nächsten Monate hinweg und in das nächste Jahr hinein. Wir tun natürlich alles, um die Lieferungen möglich zu machen, aber schon eine kleine Verzögerung in der Produktion kann dazu führen, dass z.B. ein LKW, der die Ware geladen hat,

nicht rechtzeitig an seinem Zielort ankommt. Dann kann es passieren, dass das Produkt nicht rechtzeitig im Großhandel ist. Wir haben 4,6 Milliarden Euro in neue Produktionsanlagen investiert. Bis die optimal zum Laufen kommen, wird es einfach dauern.

? Welche Schulungskonzepte sind für Patient*innen mit der Indikation Übergewicht, die Semaglutid erhalten sollen, für Sie künftigen denkbar?

Eines ist klar: Wir brauchen Schulungen. Momentan wird das DMP Adipositas im G-BA entwickelt. Als ein Teil dieses DMP werden Basisschulungen angeboten. Momentan ist man wohl damit beschäftigt, bereits bestehende Programme zu nutzen, die aber noch nicht spezifisch auf Adipositas zugeschnitten sind. Diese wird man entwickeln, verifizieren und validieren müssen. Dieses Prozedere soll parallel möglich sein, auch während das DMP schon läuft. Man kann die Schulungen sozusagen auf dem

INTERVIEW



Dr. Frank Ratter
Director Strategy Office
& Medical Operations
Diabetes & Obesity,
Novo Nordisk Pharma,
Mainz
Foto: Novo Nordisk Pharma

Weg begleitend ausarbeiten. Denkt man über Pharmakotherapie zu einem späteren Zeitpunkt nach, wird man auch hierfür Schulungsprogramme entwickeln müssen. Diese gibt es aber bislang nicht. Wir hätten jedenfalls nie gedacht, dass wir in 2023 über solche Fragen überhaupt diskutieren würden. Die Entwicklung im Bereich Adipositas ist wirklich sehr schnell gegangen.

? Wie kann man es Menschen nahebringen, die eigentlich keine Indikation für Semaglutid haben, dass das Medikament nicht so ohne Weiteres und ohne ärztliche Aufsicht gespritzt werden sollte?

Da gibt es mehrere Punkte: Man braucht Ärzt*innen, die kompetent sind. Da muss auch im Bereich der Spezialist*innen eine Weiterbildung passieren, aber auch Hausärzt*innen müssen sich mehr mit der Thematik auseinandersetzen. Es wird nicht damit getan sein, dass man nur eine Spritze setzt einmal die Woche, sondern die Patient*innen müssen auch ihren Lebensstil anpassen. Das heißt: bewusster essen, weniger Kalorien, mehr Bewegung. Was man bisher erkannt hat: Viele Menschen bekommen, wenn sie ihr Hungergefühl damit reduzieren, wieder die Motivation, wirklich etwas an ihrem Lebensstil zu verändern. Ob

das dauerhaft ist, kann ich nicht sagen, aber diese Therapieoption führt oft zu einer Verhaltensveränderung. Ohne sie wird es nicht funktionieren.

? Welche aktuellen wissenschaftlichen Hinweise gibt es zur Sicherheit/Verträglichkeit bzw. generell zum Einsatz einer dauerhaften versus einer temporären Verordnung von Semaglutid?

Wir können zur individuellen Verordnungsdauer leider noch keine Empfehlung abgeben, weil unsere Studien dafür bisher nicht ausgelegt sind. Professor Dr. MICHAEL NAUCK hat da völlig recht, wenn er sagt, dass es künftig Studien geben müsse, die zeigen, was passiert, wenn man den Wirkstoff einfach wieder absetzt. Eines ist klar: Je länger eine solche Therapie pausiert, desto näher kommt man wieder dem Ausgangsgewicht. Das wird leider auch bei Semaglutid so sein.

? Wie bewerten Sie die Zukunft der GLP1-Rezeptoragonisten in der Diabetes- und Adipositas-therapie mit Blick auf die Twinkretine mit dualem Wirkprinzip?

Es wird Kombinationen geben. Entweder Inkretine, die als Molekül mehrere Rezeptoren adressieren, oder Mischungen aus verschiedenen Inkretinen, die an verschiedenen Rezeptoren additive synergistische Effekte auslösen. Das heißt: Semaglutid steht am Ende der Entwicklung singularer GLP1-Analoga und deshalb wird die Zukunft dahin gehen, dass sich Unternehmen künftig in dem Bereich dualer oder Triple-Agonisten bewegen müssen.

? Insulin wird heute bei Menschen mit Typ-2-Diabetes eher später eingesetzt als in früheren Jahren –

Hintergrund

GLP1-Rezeptoragonisten (GLP1-RA) sind heute aus der Adipositas- und Typ-2-Diabetes-Therapie nicht mehr wegzudenken. Diese Wirkstoffe, wie Semaglutid (Diabetes-Medikament Ozempic®, Adipositas-Medikament Wegovy®) kommen heute in der Therapie des Typ-2-Diabetes und der Adipositas zum Einsatz, da sie durch chemische Veränderungen länger wirksam sind als GLP1-Analoga.

wird Insulin bei Typ-2-Diabetes mit Blick in die Zukunft als Therapieoption bleiben?

Ja, das Insulin wird bleiben. Früher hat man mal gesagt, dass nach zwei Jahren jede/r, der/die zuvor ein GLP1-Analoga hatte, schon Insulin braucht. Das scheint sich jetzt zeitlich nach hinten zu verschieben. Aber mit zunehmender Lebensdauer wird auch bei diesen Patient*innen irgendwann eine Insulingabe unvermeidlich sein. Eine reine GLP1-Therapie ohne weitere Maßnahmen bis zum Lebensende – das sehe ich heute nicht. Man wird neue Insuline entwickeln, das tun wir ja bereits an verschiedenen Stellen. Beim Typ-2-Diabetes wird das Insulin voraussichtlich weniger häufig eingesetzt werden, weil man längere Zeit die Therapie ohne Insulin gut steuern kann. Aber es wird eine Therapieoption bleiben – auch in der Zukunft.

Interview: Angela Monecke

Meet-the-Expert: „GLP-1 RA for type 2 diabetes and obesity therapy – a glimpse into history, presence and future“, Diabetes Kongress 2023

Abnehmmittel zum Spritzen:
Die Nachfrage hält an – Lieferengpässe sind vorprogrammiert.

Foto: Natalia – stock.adobe.com



100 Jahre Insulin aus Frankfurt

Sanofi blickt auf sein Traditionsgeschäft – aber vor allem nach vorn

Fachpressekonferenz – Sanofi-Aventis

FRANKFURT. Sanofi engagiert sich seit 100 Jahren im Bereich Diabetes. Und auch heute noch wird Insulin für die weltweite Versorgung produziert – in Frankfurt-Höchst, wo alles begann.

Vertreter*innen von Sanofi-Aventis und renommierte Diabetolog*innen kamen

zusammen, um dies zu würdigen – und um in die Zukunft zu blicken. Laut Prof. Dr. W. DIETER PAAR (Sanofi) hat insbesondere das 2015 eingeführte Basalinsulinanalogon Insulin glargin 300 Einheiten (E)/ml (Toujeo®) neue Maßstäbe gesetzt, was aktuelle Daten der InRange- und der ULTRAFLEXI-Studie unterstützten. Vor allem aber

treibe Sanofi die Forschung für den Erhalt funktioneller Betazellen voran. Wie gut kann die Kontrolle eines Typ-1-Diabetes mit modernen Basalinsulinanaloga gelingen? Prof. Dr. THOMAS DANNE (Hannover) zeigte Ergebnisse der InRange-Studie: Sie verglich Insulin glargin 300 E/ml und Insulin degludec 100 E/ml bei Menschen mit Typ-1-Diabetes und zeigte eine vergleichbare Zeit im Zielbereich für beide Optionen. Auch der HbA_{1c}-Wert verbesserte sich nach der Umstellung auf beide Basalinsuline; es gab keine signifikanten Unterschiede in der glykämischen Variabilität und dem Auftreten von Hypoglykämien. Laut Dr. TOBIAS WIESNER (Leipzig) kann die Versorgungssituation



Martina Wolters, Sanofi; Dr. Tobias Wiesner, Leipzig; Prof. Dr. W. Dieter Paar, Sanofi; Prof. Dr. Thomas Danne, Hannover (von links nach rechts). Foto: MedTriX

von Menschen mit Typ-2-Diabetes durch die Selbsttitration mit Insulin glargin 300 E/ml verbessert werden, denn bei vielen kommt eine basalunterstützte orale Therapie zu spät und wird unzureichend titriert, so Wiesner. Auch digitale Tools (Titrations-Apps,

Smartpens und -kappen) könnten unterstützen. Sanofi arbeitet weiter an digitalen Supportmöglichkeiten, z.B. einer DiGA. Zudem engagiert sich Sanofi in der Entwicklung neuer Wirkstoffe, um die Manifestation eines Typ-1-Diabetes hinauszuzögern. GN

NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

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

#DiabetesDialog wurde dieses Mal zum #CholesterinDialog

Die wichtige Botschaft: Auch der LDL-Cholesterinwert sollte bekannt sein

Pressekonferenz und Patientenveranstaltung Sanofi-Aventis Deutschland

FRANKFURT AM MAIN. Meistens wird bei den Veranstaltungen der Initiative „Gesünder unter 7 PLUS“ vor allem über Diabetes gesprochen. Dieses Mal ging es aber auch bei der vorausgehenden Pressekonferenz um Cholesterin. Ein Partner der Sanofi-Initiative, die Menschen über die Risiken von Diabetes und auch Cholesterin aufklärt, ist die diabeteszeitung.

Die Botschaft des #CholesterinDialogs, der am 16. Juni pünktlich zum Tag des Cholesterins stattfand, ist: „Jeder Mensch sollte seine Cholesterinwerte kennen!“ Als Experten waren dabei: Dr. KSENJA STACH, Kardiologin am Klinikum Mannheim, und PARIS NTAMPAKAS, niedergelassener Hausarzt aus München. An der Patientenveranstaltung nahmen nach Angaben von Sanofi mehrere tausend Menschen teil. Sie konnten online ihre Fragen rund das Thema Cholesterin stellen. Zu hohe Cholesterinwerte bleiben oft unerkannt, denn sie tun nicht weh. Besonders wichtig ist der LDL-Cholesterinwert. Dr. Ksenija Stach setzt sich tagtäglich dafür ein, dass Aufklärungsarbeit geleistet wird. Um schwerwiegende Folgeerkrankungen durch langfristig zu hohe LDL-Cholesterinwerte zu vermeiden, ist es aus ihrer Sicht unabdingbar, dass Patient*innen die Bedeutung dieses Themas kennen. Besonders Menschen mit Diabetes, so Dr. Stach, sollten unbedingt ihren LDL-Cholesterinwert kennen, und zwar so gründlich, dass sie außer ihrem HbA_{1c}-Wert auch sofort ihren LDL-Wert nennen



könnten, wenn man sie nachts aus dem Schlaf reißt, so die Expertin. Dafür sei auch ein „Cholesterin-Pass“ sinnvoll, der allen Fachärzt*innen, mit denen Patient*innen zu tun haben, Auskunft geben kann über den Wert und seine Entwicklung über die Zeit. Und was ist mit der Prävention? Als eine Säule der Prävention nannte Dr. Stach die Bewegung – schon eine Viertelstunde Bewegung täglich reduziere das Risiko. Hausarzt Ntampakas sieht außerdem die DMP positiv – damit lasse sich „Ordnung ins System“ bringen. Die Ernährung sei wichtig, aber „nicht allein entscheidend“ und eben „nur eine Seite der Medaille“. Eine Hyperlipidämie „kann nicht allein durch Ernährung gesteuert werden“. Ein weiterer wichtiger Punkt nahm breiten Raum ein: Hohe Cholesterin-

werte bleiben oft unerkannt, denn sie tun nicht weh. „Man merkt nichts bis zum Infarkt“, sagte Dr. Stach, deshalb müssten Patient*innen früh über einen Zielwert informiert werden. Sie setzt sich z.B. in ihrer Lipid-Sprechstunde dafür ein, dass ihre Patient*innen Bescheid wissen. Besonders Menschen mit einer Familienhistorie von Lipiderkrankungen sollten über die Risiken eines zu hohen Wertes Bescheid wissen. Auch spielen neben der familiären Prädisposition weitere Risikofaktoren in der Prävention von Folgeerkrankungen eine Rolle. Dazu gehören unter anderem Menschen mit Diabetes. Auch Paris Ntampakas ruft alle Patientinnen und Patienten dazu auf, in ihrer Hausarztpraxis nach den individuellen Cholesterinwerten zu fragen. „Über Vorerkrankungen und Familienhistorie weiß im besten Fall die behandelnde Praxis Bescheid und nimmt sich der Bestimmung der Werte gerne in einem unkomplizierten Verfahren – einer Blutabnahme – an.“ Moderiert wurde das Gespräch von TV-Moderator MARKUS APPELMANN, begleitet von MARTINA WOLTERS und Dr. CHRISTIANE LOOK von der Sanofi-Aventis Deutschland GmbH.

Virtueller #CholesterinDialog im Rahmen der Initiative Gesünder unter 7 PLUS

»Eine familiäre Disposition? Darüber weiß im besten Fall die behandelnde Praxis Bescheid«

Unbedingt auf die Versorgung mit Vitamin B₁ achten

Benfotiamin lindert neuropathische Symptome

Symposium – Würzburg

BERLIN. Wie sind Menschen mit Diabetes mit Vitamin B₁ versorgt? Eine aktuelle Metaanalyse gibt Antworten.

Vitamin B₁ (Thiamin) ist ein entscheidender Cofaktor im Glukosestoffwechsel, so Professor Dr. RIMA OBEID, Universitätsklinik des Saarlandes, Homburg. Mangelt es an Vitamin B₁, wird überschüssige Glukose über schädliche Stoffwechselwege abgebaut, was zur Entwicklung diabetischer Folgeschäden beiträgt. Wie sieht es mit dem Vitamin-B₁-Status von Menschen mit Diabetes aus? Eine aktuelle Metaanalyse untersuchte, ob sich die Konzentrationen verschiedener Thiamin-Analyten bei Menschen mit bzw. ohne Diabetes unterscheiden. Die Untersuchung ergab, dass Menschen mit Diabetes im Vergleich zu Stoffwechselgesunden einen niedrigeren Thiaminstatus haben. Dies weist darauf hin, dass Menschen mit Diabetes einen erhöhten Bedarf oder Umsatz an Vitamin B₁ haben; dadurch steigt das Risiko für einen Mangel, der sich u.a. durch Neuropathien manifestieren kann.

Aus experimentellen Studien weiß man, dass Thiamin – und in noch größerem Umfang die Vitamin-B₁-Vorstufe Benfotiamin – die Pathomechanismen diabetischer Folgeerkrankungen reduzieren kann. Da Benfotiamin fettlöslich ist, weist es eine fünffach höhere Bioverfügbarkeit auf als wasserlösliches Thiamin. Daher können mit Benfotiamin therapeutische Wirkspiegel erreicht und Mangelzustände ausgeglichen werden. Dass Diabetespatient*innen mit Neuropathien davon profitieren können, belegen randomisierte, placebo-kontrollierte Studien, in denen durch Benfotiamin (enthalten in milgamma® protekt) neuropathische Symptome gelindert wurden. Dieser pathogenetisch orientierte Ansatz sollte im Rahmen einer multimodalen Therapie der Neuropathie bei Menschen mit Diabetes genutzt werden, wurde auf dem Symposium geschlussfolgert. Neben der optimalen Diabeseinstellung und der Behandlung kardiovaskulärer Risikofaktoren ist die pathogenetisch begründete Therapie z.B. mit Benfotiamin eine wichtige Säule der Neuropa-



thie-Behandlung. Bei schmerzhafter Neuropathie kommt zudem eine Therapie mit Antidepressiva, Antikonvulsiva etc. zum Einsatz.

Dr. Andrea Wülker

Symposium „Neuropathie – multidisziplinär gedacht“, Diabetes Kongress 2023

Neuer Dexcom-Vizepräsident für Deutschland, Österreich, Schweiz und Slowenien

Pressemitteilung Dexcom Deutschland GmbH

Im Juni wurde Alexander Fröhlich zum neuen Vice President der Dexcom Deutschland GmbH ernannt. Er ist damit Geschäftsführer der DACHS-Region, also für die Länder Deutschland, Österreich, Schweiz und Slowenien. Fröhlich tritt die Nachfolge von Lars Kalfhaus an.

Was sind die Ziele des neuen Vizepräsidenten? „Die intelligenten Funktionen eines rtCGM-Systems ermöglichen es, akute Komplikationen wie Hyper- und Hypoglykämien zu verhindern, und können auch zur Automatisierung der Insulinabgabe beitragen. Die Glukosesensoren von Dexcom sind bereits mit vielen anderen Systemen wie Software, SmartPens und automatischen Insulinabgabesystemen verbunden – und das Ökosystem wird kontinuierlich um weitere Partnerschaften mit Technologien erweitert, die ein ganzheitliches und automatisiertes Diabetesmanagement ermöglichen“, so Fröhlich. Er sagt auch: „Ich freue mich sehr darauf, gemeinsam mit den Fachgesellschaften, Diabetesteamen, Kostenträgern sowie den Menschen mit Diabetes ein neues Kapitel in der Diabetes- und Dexcom-Geschichte zu schreiben, damit die Diabeteslast jeden Tag ein bisschen kleiner wird.“

Hörtest und Informationsmaterialien speziell für Menschen mit Diabetes

Pressemitteilung – Individual Akustiker Service

Der Individual Akustiker Service ist Partner von über 460 Hörakustik-Fachgeschäften. Zum Thema „Diabetes und Hörverlust“ bietet der IAS Informationsmaterialien an – und audIATrie, einen Hörtest speziell für Menschen mit Diabetes. Der audIATrie Hörtest berücksichtigt mehrere, nach Angaben des IAS für Menschen mit Diabetes typische Besonderheiten, etwa schwankende Hörschwierigkeiten und geminderte Konzentrationsfähigkeit.

Der Test kann im Hörakustik-Fachgeschäft durchgeführt werden. Es gibt ihn aber auch als Selbsttest auf dem iPad; so kann er zum Beispiel in Apotheken oder über Hausarztpraxen angeboten werden. Bei entsprechendem Ergebnis erfolgt die weitere Hörmessung im Fachgeschäft. Der IAS ist auch Förderer des Deutschen Diabetiker Bundes.

Weitere Informationen gibt es unter www.audiatrie-info.com.

Gewichtsreduktion bei Adipositas: Ergebnisse der SURMOUNT-2-Studie

Pressemitteilung Lilly Deutschland GmbH

Das Unternehmen Eli Lilly and Company, Indianapolis, hat bekanntgegeben, dass die Detailergebnisse zu SURMOUNT-2 während der ADA-Tagung vorgestellt und zeitgleich in The Lancet veröffentlicht wurden. SURMOUNT-2 ist eine klinische Phase-III-Studie, in der Wirksamkeit und Sicherheit von Tirzepatid (10 mg und 15 mg) für die chronische Gewichtskontrolle bei Erwachsenen mit Adipositas oder Übergewicht und Typ-2-Diabetes untersucht wurden. Lilly gibt in der Pressemitteilung an, dass Tirzepatid für die jeweiligen Wirksamkeitsschätzwerte gegenüber Placebo beide co-primären Endpunkte und alle wichtigen sekundären Endpunkte erreicht hat. Und weiter heißt es in der Pressemitteilung: Im ersten primären Endpunkt erzielten die Teilnehmenden eine mittlere Gewichtsreduktion von 13,4 % (13,5 kg) unter Tirzepatid 10 mg und 15,7 % (15,6 kg) unter Tirzepatid 15 mg, verglichen mit 3,3 % (3,2 kg) unter Placebo. Im zweiten primären Endpunkt erreichten 81,6 % (Tirzepatid 10 mg) bzw. 86,4 % (Tirzepatid 15 mg) der Teilnehmenden eine mindestens 5%ige Reduktion des Körpergewichts, verglichen mit 30,5 % unter Placebo. Beide Tirzepatid-Dosierungen erreichten nach 72 Behandlungswochen alle wichtigen sekundären Endpunkte bezüglich des jeweiligen Wirksamkeitsschätzwertes, darunter den Anteil an Teilnehmenden im Tirzepatid-15-mg-Studienarm, der eine Reduktion des Körpergewichts um mindestens 15 % bzw. mindestens 20 % erzielte. Auch der Anteil an Teilnehmenden mit einem HbA_{1c}-Wert unter 5,7 % lag mit 50,2 % (Tirzepatid 10 mg) und 55,3 % (Tirzepatid 15 mg) höher als im Placebo-Arm mit 2,8 %.

Das allgemeine Sicherheitsprofil von Tirzepatid entsprach den Ergebnissen der früheren SURMOUNT- und SURPASS-Studien und war vergleichbar mit Inkretin-basierten Therapien, die für die Behandlung von Adipositas und Übergewicht zugelassen sind.

Studie zum „Pharma-Innovationsstandort“

Pressemitteilung Kearney/Verband der forschenden Pharma-Unternehmen (vfa)

Der vfa und die Unternehmensberatung Kearney haben ihre Studie „Pharma-Innovationsstandort Deutschland“ vorgestellt. Darin werden Maßnahmen zur Stärkung des „Innovationsstandorts Deutschland“ identifiziert. www.vfa.de.

NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

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

Pandemie befeuert die Inzidenzrate

Vor allem Jungen erkranken häufiger an Typ-2-Diabetes als zuvor prognostiziert

ULM. Im zweiten Jahr der COVID-19-Pandemie stieg die Zahl der Neuerkrankungen an Typ-2-Diabetes unter Kindern und Jugendlichen deutlich stärker an als erwartet. Überproportional häufig waren dabei männliche Jugendliche betroffen.

Seit etlichen Jahren steigt die Inzidenz des Typ-2-Diabetes im Kindes- und Jugendalter stetig an. Immer mehr Studien weisen auf einen Zusammenhang zwischen der COVID-19-Pandemie und steigenden Diabeteszahlen hin. Ein deutsches Forscherteam um Privatdozent Dr. Christian Denzer von der Sektion Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin Ulm nahm dies zum Anlass, eine umfassende Auswertung von Registerdaten vorzunehmen. Mithilfe des Registers der Diabetes-Patienten-Verlaufsdokumentation (DPV) – in diese Analyse sind die Daten von 219 teilnehmenden Zentren eingeflossen – prüften die Forschenden, bei wie vielen Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen sechs und unter 18 Jahren zwischen Januar 2020 und Dezember 2021 ein Typ-2-Diabetes neu diagnostiziert worden war. Als präpandemischer Vergleichszeitraum

dienten die Jahre 2011 bis 2019. Die Steigerungsrate bei den Inzidenzzahlen übertraf die Prognosen deutlich (siehe Kasten). Der signifikante Anstieg der Typ-2-Diabetesinzidenz im zweiten Pandemiejahr ist insbesondere durch die überproportional häufige Erkrankung männlicher Adoleszenten

bedingt, unterstreichen Dr. Denzer und Kolleg*innen. Dies führte sogar zu einer Umkehrung des Geschlechterverhältnisses: Erstmals entwickelten mehr Jungen als Mädchen einen Typ-2-Diabetes. Dieser Trend zeichnete sich allerdings bereits in den Jahren vor dem Ausbruch der Pandemie ab.

Die Ursache für den sprunghaften Inzidenzanstieg bei den männlichen Teenagern im Jahr 2021 können die Forschenden nicht zweifelsfrei benennen. Sie vermuten jedoch eine besondere Diabetesprädisposition bei dieser Gruppe von Jugendlichen. Allgemein werden als mögliche Ursachen für den Inzidenzanstieg beispielsweise eine Beeinträchtigung der pankreatischen Betazellen durch das

»Erstmals entwickelten mehr Jungen als Mädchen einen Typ-2-Diabetes«

Virus selbst oder die Verschlechterung der Insulinsensitivität durch die vom Organismus ausgeschütteten proinflammatorischen Zytokine diskutiert.

Wie haben sich wenig Bewegung und mehr Gewicht ausgewirkt?

Eine andere Hypothese geht davon aus, dass Bewegungsarmut und Gewichtszunahme – Folgen der Maßnahmen zur Pandemieeindämmung wie Schulschließungen und das Erliegen von Sport- und Freizeitaktivitäten – eine diabetische Stoffwechsellage begünstigten. Die

Lockdowns und die soziale Isolation sowie der damit einhergehende Verlust regelmäßiger sportlicher Aktivitäten haben dann möglicherweise zu einer kritischen Zunahme der Insulinresistenz geführt, meinen die Forschenden.

Direkte Effekte der SARS-CoV-2-Infektion wollen die Forschenden allerdings ebenfalls nicht ausschließen. Weitere wissenschaftliche Untersuchungen der beobachteten Zusammenhänge seien nun dringend notwendig. *Dr. Judith Lorenz*

Denzer C et al. Diabetes Care 2023; dc222257; doi: 10.2337/dc22-2257



Pandemie-Alltag: Homeschooling und wenig Bewegung.

Foto: travelism/Gettyimages

Anstieg von 0,75 auf 1,25 pro 100.000 Patientenjahre

Zwischen 2011 und 2019 nahm die Inzidenz des Typ-2-Diabetes in der genannten Altersgruppe von 0,75 auf 1,25 pro 100.000 Patientenjahre zu. Dies entspricht einem jährlichen Inzidenzanstieg um 6,8 %, berichten die Wissenschaftler*innen. Im Jahr 2020 stieg die Diabetesinzidenz weiter, auf 1,49 pro 100.000 Patientenjahre; diese Zunahme lag aber nicht signifikant höher als die anhand der Jahre 2011 bis 2020 prognostizierte Inzidenz (1,29 pro 100.000 Patientenjahre). Im Jahr 2021 betrug die Typ-2-Diabetesinzidenz im Gesamtkollektiv der Kinder und Jugendlichen dann allerdings 1,95 pro 100.000

Patientenjahre und übertraf damit die prognostizierte Inzidenz von 1,38 pro 100.000 Patientenjahre deutlich, nämlich um 41 %. Auffällig war dabei, dass sich im Jahr 2021 die Diabetesinzidenz bei den Mädchen nicht wesentlich von der prognostizierten Inzidenz in dieser Geschlechtsgruppe unterschied. Der deutliche Inzidenzanstieg war demnach auf die mit 2,16 Fällen pro 100.000 Patientenjahre um 55 % häufigere Erkrankung der männlichen Kinder und Jugendlichen zurückzuführen.

Einen signifikant höheren durchschnittlichen Body-Mass-Index verzeichneten die Forschenden bei den Betroffenen nicht, gleiches galt für das durchschnittliche HbA_{1c}. Allerdings kam es im Zusammenhang mit der Manifestation etwas häufiger zu diabetischen Ketoazidosen als im Vergleichszeitraum.

»Wir werden den Trend weiter beobachten«

Die Inzidenz von Typ-2-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen ist während der Pandemie angestiegen. Wie geht es weiter?

ULM. Was zur Durchführung der Studie beigetragen hat und was die COVID-19-Pandemie mit dem Anstieg der Inzidenz bei Kindern und Jugendlichen zu tun haben könnte, erklärt der Erstautor der Studie, Privatdozent Dr. Christian Denzer. Er ist Oberarzt und betreut u.a. die Diabetesambulanz.

Herr Dr. Denzer, haben Beobachtungen aus dem Klinikalltag den Anstoß für die Studie gegeben?

Dr. Denzer: Ja, das muss man ganz klar sagen. Die Fragestellung war letztlich naheliegend. Wir sehen – und das ist jetzt nur der klinische Eindruck, natürlich keine wissenschaftliche Erhebung – in unseren Ambulanzen mehr Patienten im Jugendalter mit der Manifestation eines Typ-2-Diabetes. Und dann kam die COVID-19-Pandemie und damit einschneidende Maßnahmen wie Schulschließungen, Lockdown, Verbot von Freizeitsport etc.

Ganz früh schon gab es Befürchtungen, dass die Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen zunehmen könnte. Es gab auch ganz früh Daten aus

anderen Registern, die dem DPV-Register ähnlich sind. Da haben wir gesehen, dass die Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen gleich zu Beginn der Pandemie-Maßnahmen zugenommen hat und dass insbesondere diejenigen Kinder und Jugendlichen betroffen waren, die schon vor der Pandemie übergewichtig oder adipös waren. Da lag für uns als Diabetologen natürlich die Frage nahe: Hat das auch Auswirkungen auf die Häufigkeit des Typ-2-Diabetes? Das hat uns natürlich sehr neugierig und besorgt gemacht. Mit dieser Studie wollten wir die Wissenslücke füllen.

Im Titel der Studie steckt die Frage: „Ist COVID-19 schuld?“ Wie ist das gemeint? Lässt sich aus den DPV-Daten eine Antwort ablesen?

Dr. Denzer: Das wäre natürlich toll, aber es ist eine epidemiologische

Untersuchung – wir beschreiben, was passiert ist. Aber man kann natürlich Hypothesen generieren. Es gibt Studien, die eine Assoziation zwischen einer COVID-19-Infektion und dem nachfolgenden Diabetesrisiko berichten. Aber Kinder und Jugendliche sind ja nicht häufig schwer krank gewesen. Es gibt praktisch kaum Krankenhausaufenthalte, Intensiv-Therapien etc. Und letztlich setzt der Anstieg der Inzidenz ja auch schon ein Jahr bevor viele Kinder und Jugendliche an COVID-19 hätten erkranken können, ein.

In der Pathogenese des Typ-2-Diabetes spielt nicht nur das Übergewicht eine Rolle, sondern auch Faktoren wie Bewegungsmangel und schlechtere Ernährungsgewohnheiten. Das sind Faktoren, die schon sehr früh während der ersten Lockdowns von Kolleginnen und Kollegen in größeren Studien beschrieben wurden. Und es liegt natürlich nahe, dass solche Umweltfaktoren, solche einschneidenden Veränderungen im Alltag, eine wichtige Rolle gespielt haben und vielleicht die Patienten, die schon ein hohes Risiko für Typ-2-Diabetes mitgebracht haben,

INTERVIEW



PD Dr. Christian Denzer
Kinderendokrinologe und Diabetologe, Universitätsklinikum Ulm
Foto: Universitätsklinikum Ulm

durch diese Umweltveränderungen „über die Kante geschoben“ wurden und tatsächlich Typ-2-Diabetes entwickelt haben.

Haben Sie vor, weiter auf diesem Gebiet zu forschen?

Dr. Denzer: Wir werden den epidemiologischen Trend auf jeden Fall weiter beobachten. Wenn wir sehen, dass sich die Typ-2-Diabetesinzidenz in den nächsten Jahren im Erwartungshorizont entwickelt – also der Anstieg in der Pandemiezeit praktisch ein Ausreißer nach oben war – dann liegt es schon relativ nahe, dass diese temporär sehr stark veränderten Umweltbedingungen eine wichtige Rolle gespielt haben.

Interview: Nicole Finkenauer, Günter Nuber

Mehr über die Studie und das DPV

Das Interview mit PD Dr. Christian Denzer ist Teil einer Folge des Podcasts *O-Ton Diabetologie*. Zu Gast war darin auch Dr. Nicole Prinz. Die beiden sprechen mit Günter Nuber und Nicole Finkenauer auch ausführlich über das DPV-Register. Anhören können Sie sich diese und alle



weiteren Folgen direkt auf medical-tribune.de und auf allen gängigen Podcast-Plattformen.



Der Podcast für Diabetesexpert*innen

Neues Verfahren nutzt Pipeline zur Clusteranalyse

Typ-2-Diabetes: Genetische Cluster korrelieren mit Pathophysiologie

Pipelines gibt es nicht nur für Flüssigkeiten oder Gase – in der medizinischen Forschung können Hochdurchsatz-Pipelines auch helfen, genetische Varianten zu extrahieren.

Foto: UKRAINIAN – stock.adobe.com,

BOSTON. Der Typ-2-Diabetes ist eine hochgradig polygene Erkrankung, an der unzählige Stoffwechselwege beteiligt sind. Groß angelegte genetische Studien konnten inzwischen zwar Hunderte mit der Erkrankung assoziierte Genloci identifizieren, welche genaue pathophysiologische Rolle diese spielen, ist jedoch weitgehend unklar. Einem US-Forscherteam gelang es nun, verschiedene genetische Cluster spezifischen biologischen Prozessen zuzuordnen.

Im Vorfeld hatte die Arbeitsgruppe um **HYUNKYUNG KIM** von der Diabetes Unit am Massachusetts General Hospital bereits anhand von 94 Typ-2-Diabetes-Varianten mit genomweiter Signifikanz fünf verschiedene genetische Cluster identifiziert und mit der Typ-2-Diabetes-Pathogenese korreliert: Zwei der Cluster betreffen die Betazell-Dysfunktion und die anderen drei verschiedene Mechanismen der Insulinresistenz, erläutert die Wissenschaftlerin. Gemeinsam mit weiteren Forschenden aus den USA entwi-

ckelte sie nun eine bioinformatische Hochdurchsatz-Pipeline, mit deren Hilfe anhand multipler genomweiter Assoziationsstudien genetische Varianten und Krankheitsmerkmale semiautomatisch extrahiert und zur Clusteranalyse sowie zur Identifikation neuer genetischer Pathways genutzt werden können. Die Wissenschaftler*innen generierten eine Matrix aus 323 unabhängigen Varianten mit genomweiter Signifikanz sowie 64 Krankheitszügen, beispielsweise anthropometrische, glykämische, Vital- oder Laborparameter betreffend.

Zehn Typ-2-Diabetes-Gen-Cluster entdeckt

Zusätzlich unterzogen sie 28 Zellen sowie Pankreaszellen einer epigenomischen Enrichment-Analyse und

entwickelten schließlich Cluster-spezifische polygene Scores, welche sie an einer unabhängigen Studienkohorte von 25.419 Personen einer Biobank-Kohorte auf ihre klinische Relevanz testeten.

Insgesamt identifizierten die Forschenden zehn genetische Typ-2-Diabetes-Cluster, darunter die fünf bereits bekannten Cluster. Vier Cluster (Betazell 1, Betazell 2, Proinsulin und Lipoprotein A) betreffen den Insulinmangel, weitere fünf (Adipositas, Lipodystrophie, Leber/Lipid, alkalische Phosphatase/ALP negativ, Hyperinsulinsekretion) betreffen die Insulinresistenz und ein Cluster (Sexualhormon-bindendes Globulin/SHBG) hat einen unklaren pathophysiologischen Mechanismus, erläutern die Expert*innen.

»Einordnung der Genloci möglich«

Die Gewebeanalyse ergab:

- Die Betazell-1-, Betazell-2- und Proinsulin-Cluster waren signifikant in den Pankreas-Inselzellen angereichert.
- Das Leber/Lipid- sowie das ALP-negativ-Cluster war dagegen im Fettgewebe angereichert.
- Die Betazell-1- und Betazell-2-Cluster fanden die Forschenden überproportional häufig ebenfalls im Fettgewebe sowie im Hippocampus.

Insgesamt gehen sie davon aus, dass die beiden Betazell-Cluster insbe-

sondere in funktionellen sowie unter Stress geratenen Betazellen angereichert werden.

Cluster-Pipeline auf zwei weitere Erkrankungen angewendet

Anhand der Biobank-Kohorte wiesen die Wissenschaftler*innen nach, dass ein Zusammenhang zwischen den zehn Typ-2-Diabetes-Clustern und den klinischen Krankheitscharakteristika besteht. Jeder einzelne der von ihnen entwickelten Cluster-spezifischen polygenen Scores korrelierte dabei mit mindestens einem kardiometabolischen Endpunkt (z.B. Koronarerkrankung, chronische Nierenerkrankung, Hypertonie, ischämischer Schlaganfall, diabetische Neuropathie). Abschließend wendeten sie die Cluster-Pipeline auf zwei andere metabolische Erkrankungen an, nämlich die Koronarerkrankung sowie die chronische Nierenerkrankung. Hierbei zeigte sich, dass verschiedene Cluster, nämlich ALP negativ, Lipoprotein A, SHBG und Hyperinsulinsekretion, mit dem Typ-2-Diabetes überlappen.

Dr. Judith Lorenz

Kim H et al. Diabetologia 2023; 66(3): 495-507; doi: 10.1007/s00125-022-05848-6

»Polygene Scores wurden getestet«

Ausblick: Was kann die Hochdurchsatz-Pipeline leisten?

Mithilfe der Hochdurchsatz-Pipeline kann es gelingen, die Flut neu entdeckter Typ-2-Diabetes-Genloci in den pathophysiologischen Kontext der Erkrankung einzuordnen, schließt Hyunkyung Kim. Der Transfer des Ansatzes auf die Koronarerkrankung sowie die chronische Nierenerkrankung zeigt ferner, dass die Methode zudem ohne weiteres auch auf andere Erkrankungen angewendet werden kann. Die Forschenden hoffen, dass ihr Verfahren dazu beitragen kann, die genetischen und pathophysiologischen Mechanismen hinter den komplexen kardiometabolischen Erkrankungen zu klären – sie haben den Algorithmus bereits öffentlich zugänglich gemacht.

Blutzucker senken ohne Insulin?

Polypeptid ahmt Insulinbindung nach und setzt Signalwege in Gang

PARKVILLE. Der menschliche Insulinrezeptor und die von ihm ausgelöste intrazelluläre Signalkaskade spielen eine entscheidende Rolle bei der Glukosehomöostase sowie dem Protein- und Lipidmetabolismus.

Die Erkenntnisse eines australischen Forscherteams wecken die Hoffnung, dass künftig vielen Menschen mit Diabetes noch besser geholfen werden kann als mit Insulin, und zwar mithilfe von Biologika oder niedermolekularen Verbindungen („Small Molecules“) mit opti-

mierten pharmakodynamischen und pharmakokinetischen Eigenschaften, die zur Senkung des Blutzuckerspiegels eingesetzt werden könnten. Der Gruppe um Dr. **NICHOLAS KIRK** vom Walter and Eliza Hall Institute of Medical Research ist es bereits gelungen, die Insulinrezeptor-Signalwege (s. Kasten) künstlich (durch andere Moleküle als Insulin) auszulösen.

In Insulin-Mimetika liegt großes Potenzial

Mithilfe der Single-Particle Kryoelektronenmikroskopie konnten sie

nachweisen, dass ein 33-mer Polypeptid zwei Domänen auf der Rezeptoroberfläche quervernetzt und so den Rezeptor in eine signalaktive Konformation überführt. Der Kontakt zwischen dem Polypeptid und dem Rezeptor wird über zwei helikale Bindungsmotive hergestellt, die jeweils potenziell durch Small Molecules imitierbar sind. Der Insulinrezeptor-Signalweg kann prinzipiell durch andere Moleküle als Insulin manipuliert und kontrolliert werden, so das Fazit. Ein großes Potenzial liege daher in der Entwicklung

So dockt Insulin an die Zellen an

Der nahezu überall im menschlichen Organismus exprimierte Insulinrezeptor, eine Rezeptor-Tyrosinkinase, besteht aus zwei extrazellulären α - sowie zwei transmembranären β -Untereinheiten, die miteinander verbunden sind. Ohne Insulinbindung haben die α -Untereinheiten die Form eines umgedrehten „U“. Die Bindung von Insulin an die Ektodomänen induziert eine Konformationsänderung der extrazellulären Rezeptorregion in eine „T“-Form. Diese wiederum löst eine Trans-Autophosphorylierung der die Zellmembran durchspannenden β -Untereinheiten aus und aktiviert schließlich deren intrazelluläre Tyrosinkinase-Domänen. Hierdurch werden letztlich verschiedene intrazelluläre Signalkaskaden angestoßen, welche die Glukose-, Protein- und Lipidverstoffwechslung kontrollieren.

von Insulin-Mimetika, aber auch in der Synthese antagonistisch wirksamer Fusionspeptide. Hier stehe die

Forschung noch ganz am Anfang. JL

Kirk NS et al. Nat Commun 2022; 13(1): 5695; doi: 10.1038/s41467-022-33315-8

»Wir bieten 360-Grad-Behandlungsqualität«

Zertifizierung hat Abläufe und Prozesse verbessert



MÜNCHEN. An der München Klinik Schwabing befindet sich das einzige Diabetes Exzellenzzentrum in Deutschland mit einer Zertifizierung für Erwachsene, Kinder und Jugendliche zugleich. Zwei Verantwortliche berichten, wie sie das geschafft haben.

Alles begann 1997 mit dem Zertifikat „Behandlungseinrichtung DDG für Typ-2- und Typ-1-Diabetes“. Seit 2015 kamen am München Klinik Schwabing weitere hinzu: vom „Diabetes Qualitätsmodell DDG“ über das „Zertifizierte Diabeteszentrum DDG“ bis hin zum „Diabetologikum DDG“. 2022 nun also die Anerkennung als „Zertifiziertes Diabeteszentrum – Diabetologikum“. Zum 1. Juli 2023 wurde dieses Zertifikat umbenannt in „Diabetes-Exzellenzzentrum DDG“.

Das heißt: Erwachsene und Kinder/Jugendliche bekommen hier eine ambulante, teil- und vollstationäre Behandlung nach strengen Kriterien. „Wir wollten durch die Zertifizierung zeigen, was wir können und anbieten“, so Dr. ALEXANDER WIESMETH, Leitender Oberarzt der Endokrinologie und Diabetologie über die Motivation. Von der besseren Fehler- und Qualitätskultur, den regelmäßigen Hospitationen mit neuen Impulsen profitierten alle: das Diabetesteam durch eine umfassendere Diagnostik und die

Patient*innen durch eine strukturierte Schulung und Behandlung.

Anlaufstelle besonders für schwierige Fälle

Weil es in München recht viele diabetologische Schwerpunktpraxen gibt, kommen eher die schwierigeren Fälle nach Schwabing. „Das macht unsere Arbeit einerseits schwierig, andererseits ziemlich interessant und herausfordernd.“ Als Vorteil erweist sich die Zusammenarbeit mit anderen Abteilungen – z.B. der Kardiologie, Neurochirurgie, Angiologie oder Nephrologie. Weitere Pluspunkte sind eine hauseigene Augenambulanz, das größte Fuß- und Wundzentrum im süddeutschen Raum und eine der größten Geburtsstationen im Raum München.

Dank Professor Dr. HELLMUT MEHNERT, der bereits in den 1960er-Jahren mit den Diabetesschulungen anfang, verfügt die Klinik über schöne, große Schulungsräume. „Hier finden regelmäßig Gruppenschulungen mit Schulungsprogrammen statt, die von unseren Diabetesberaterinnen über viele Jahre hinweg weiterentwickelt wurden“, sagt Dr. Wiesmeth. „Wir bieten eine 360-Grad-Behandlungsqualität, nehmen nichts von der Stange.“ Für die Zertifizierung war deshalb im Grunde alles schon da. Es musste nur zusammengetragen, strukturiert und vereinheitlicht werden. Auch die Kriterien für die Zertifizierung des Fuß- und Wund-



Oberärztin Dr. Katharina Warncke (Bildmitte) und Leitender Oberarzt Dr. Alexander Wiesmeth (5. von rechts) mit den Teams der Diabetesambulanz und der Tagesklinik. Fotos: Elafi Ahmed/München Klinik, Happy_Art – stock.adobe.com

zentrierte sind längst erfüllt. Durch die Pandemie gab es zunächst andere Prioritäten. Aber Ende 2023/2024 wolle man den Antrag bei der DDG auf den Weg bringen. In Planung ist auch das Zertifizierungsmodul „Diabetes und Schwangerschaft“.

Komplettpaket für erkrankte Kinder

Die Kinderdiabetologie ist nicht minder gut aufgestellt. „Unsere Patienten bekommen von uns ein Komplettpaket aus Diagnose, Beratung und Therapie und profitieren auch von neuesten Forschungsergebnissen“, weiß PD Dr. KATHARINA WARNCKE, Oberärztin der Kinderendokrinologie und Kinderdiabetologie. Zugute komme hier die doppelte Trägerschaft durch das Klinikum München für den stationären und die TU München für den ambulanten Bereich und die Wissenschaft. Es

besteht ein enger Austausch mit dem Helmholtz Zentrum München. Die Zertifizierung hat die Abläufe und Prozesse verbessert. Durch digital hinterlegte Handlungsanweisungen wissen alle Ärzt*innen der Kinderklinik sofort, wie sie mit not-

fallmäßig eingelieferten Kindern mit entgleistem Stoffwechsel verfahren müssen. Dr. Warncke: „Eine Zertifizierung macht am Anfang immer viel Arbeit, aber sie macht einem das Leben schlussendlich auch leichter.“

Bianca Lorenz

»Alle profitieren am Ende von der Zertifizierung«

STECKBRIEF

- **Ort:** München
- **Patientenzahl im Jahr/davon Menschen mit Diabetes:** 35.000, davon 2.000 Erwachsene mit Diabetes; 70 bis 80 Kinder und Jugendliche mit der Neudiagnose Typ-1-Diabetes und 300 bis 400 Kinder in Dauerbetreuung pro Jahr
- **Anzahl der Mitarbeitenden in der Diabetologie:** 11 Ärzt*innen (bei den Erwachsenen), 7 Ärzt*innen (bei den Kindern) und insg. mehrere Diabetesberater*innen, Physiotherapeut*innen, Ernährungsberater*innen, Psycholog*innen, Mitarbeiter*innen vom Sozialdienst und Lehrer*innen
- **Gründungsjahr:** 1909 (Klinik); 1967 (eigenständige Abteilung für Diabetologie)
- **Ansiedlung der Diabetologie im Haus:** Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Angiologie

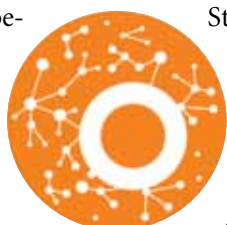
Arbeitsgemeinschaft Diabetes & Technologie

AG der Deutschen Diabetes Gesellschaft

Das Ziel der AG Diabetes & Technologie ist es, Technologien zu fördern, die in der Diabetesdiagnostik und der Diabetestherapie eingesetzt werden. Die Mitglieder der AG verstehen sich für diese Themen sowohl intern als auch extern als Ansprechpartner.

Welche Aufgaben und Ziele hat die Arbeitsgemeinschaft Diabetes & Technologie (AGDT)?

Wir bieten Diabetesfachkräften einen herstellerunabhängigen Zugang zu Informationen von etablierten und neuen Technologien in der Diabetestherapie. Damit möchten wir alle Diabetesfachkräfte unterstützen, ihre Kenntnisse und Kompetenzen im Bereich Diabetestechnologie zu erweitern.



Welche aktuellen Projekte verfolgt die Arbeitsgemeinschaft?

- Train-the-Trainer-Kurse für SPECTRUM, das Schulungsprogramm für rtCGM-Systeme
- Erarbeitung und Aktualisierung von Steckbriefen von AID-Systemen
 - Erarbeitung einer Stellungnahme zu AID-Systemen

Richtet die AGDT 2023 eine Veranstaltung aus?

Am 22./23. September 2023 findet

in Ulm die Jahrestagung der AGDT statt. Sie steht in diesem Jahr unter dem Motto „Technologie – Gemeinsam aus der Praxis für die Praxis“. Auf der Tagung möchten wir gemeinsam Erfahrungen mit aktuellen Diabetestechnologien diskutieren. Schwerpunktthema werden AID-Systeme sein, besprochen werden z.B. aber auch alternative Therapiemöglichkeiten wie AID-Systeme. Anmeldung über buero@diabetes-technologie.de; weitere Informationen auf diabetes-technologie.de/agdt-jahrestagung-2023-in-ulm.

SERIE GREMIEN IM FOKUS

- **Gründungsjahr:** 2005
- **Anzahl der Mitglieder:** 275
- **Sprecher*innen:** siehe Fotos
- **Kontakt:** 0731/40988242, buero@diabetes-technologie

»Das Ziel der AGDT ist der breite Einsatz von Diabetestechnologie als Standardoption im Klinik- und Praxisalltag. Dafür lebt die AGDT eine konstruktiv-kritische Kommunikationskultur, denn letztendlich führt uns eines immer wieder zusammen – die bessere medizinische Versorgung für Menschen mit Diabetes.«

Dr. Guido Freckmann



Dr. Sandra Schlüter



www.diabetes-technologie.de



Neu- oder re-zertifizierte Kliniken und Arztpraxen

(im Zeitraum 31.05. bis 12.07.2023)

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 0		
Asklepios MVZ Sachsen GmbH, AKG 2110 – MVZ Diabetologicum Dresden	01855 Sebnitz	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Praxis Dr. Woitek & Kollegen	04808 Wurzen	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. Kerstin Kanis	07545 Gera	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Universitätsklinikum Jena, Klinik für Innere Medizin III	07747 Jena	Diabeteszentrum DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. med. Mariana Gärtner & Dipl. med. Heike Müller	07747 Jena	Diabeteszentrum DDG
PLZ 1		
Franziskus Krankenhaus, Klinik für Innere Medizin/Ambulanz für chronische Wunden und diabetisches Fußsyndrom	10787 Berlin	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Franziskus Krankenhaus, Klinik für Innere Medizin Diabetesfußstation 6	10787 Berlin	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Hausarztpraxis am Britzer Damm, Diabetologie	12347 Berlin	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diabetologie am Lietzensee	14057 Berlin	Fußbehandlungseinrichtung DDG
PLZ 2		
Diabetes Zentrum Wandsbek Dr. med. Thorsten Koch und Dr. med. Nicole Koch	22041 Hamburg	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diabeteszentrum Hamburg Nord-West	22459 Hamburg	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Imland Klinik Eckernförde, Diabetesstation	24340 Eckernförde	Diabeteszentrum DDG
Diabetespraxis Eckernförde	24340 Eckernförde	Diabeteszentrum DDG
MVZ Lüchow-Dannenberg, Diabetologie	29451 Dannenberg	Diabeteszentrum DDG
PLZ 3		
Praxis Franzmann und Schramm	32549 Bad Oeynhausen	Fußbehandlungseinrichtung DDG
St. Josefs Krankenhaus Balesische Stiftung, Diabetologie/Station 4	35392 Gießen	Diabeteszentrum DDG
PLZ 4		
Praxis Dr. med. Arnd G. Wagner	44139 Dortmund	Fußbehandlungseinrichtung DDG
ÜBAG Nephrologikum Westfalen GbR, MVZ Lünen, Cornelia Lang	44536 Lünen	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Dr. Burkhard Sorge-Hädicke – Praxis für Nieren, Hochdruck und Gefäßkrankheiten	45131 Essen	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Dr. med. Johannes Heidemann, Facharztzentrum Allgemeinmedizin, Zentrum für Diabetologie	46325 Borken	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Niederrhein, Dr. Kathleen Döring	46446 Emmerich	Diabeteszentrum DDG
Helios Klinikum Duisburg - Helios Marien Klinik - Innere Medizin, Nephrologie und Diabetologie	47053 Duisburg	Diabeteszentrum DDG
Schwerpunktpraxis für Diabetes und Ernährungsmedizin, Dr. med. Winfried Keuthage	48153 Münster	Diabeteszentrum DDG

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 5		
GFO Kliniken Rhein-Berg Marien-Krankenhaus Bergisch Gladbach, Innere Medizin	51465 Bergisch Gladbach	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Praxis Dr. med. M. Puschmann	51645 Gummersbach	Fußbehandlungseinrichtung DDG
MVZ Stolberg, Praxis Dr. med. Udo Kallenberg, Fußambulanz	52222 Stolberg (Rhld.)	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. med. Heinz Peter Kröll	56073 Koblenz	Fußbehandlungseinrichtung DDG
DRK Krankenhaus Kirchen, Pädiatrie	57548 Kirchen	Diabeteszentrum DDG
Diabetes- und Stoffwechselfachpraxis Wetter	58300 Wetter	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Gerd Friese	58840 Plettenberg	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Mariannen Hospital Werl, Innere Abteilung Station 1	59457 Werl	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Werl, BAG Sevim Yücel, Dr. med. Jörg Weidinger, Dr. med. Lukas Klute	59457 Werl	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Mariannen Hospital Werl, Fußambulanz	59457 Werl	Fußbehandlungseinrichtung DDG
PLZ 6		
St. Marien- und St. Anastiftskrankenhaus, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	67065 Ludwigshafen	Diabetes Exzellenzzentrum DDG
Theresienkrankenhaus Mannheim, Abteilung für Gefäß- und Endovascularchirurgie	68165 Mannheim	Fußbehandlungseinrichtung DDG
PLZ 7		
Robert Bosch Krankenhaus	70376 Stuttgart	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
Krankenhaus Bietigheim im Verbund der Regionalen Kliniken Holding RKH, Klinik für Innere Medizin, Geriatrie, Endokrinologie, Diabetologie	74321 Bietigheim-Bissingen	Diabetes Exzellenzzentrum DDG
PLZ 8		
Diabetologische Schwerpunktpraxis	83022 Rosenheim	Fußbehandlungseinrichtung DDG
m&i-Fachklinik Bad Heilbrunn, Diabetes- und Stoffwechselfachzentrum	83670 Bad Heilbrunn	Diabeteszentrum DDG
Heigl Health GmbH MVZ Kempten-Allgäu	87439 Kempten	Fußbehandlungseinrichtung DDG
PLZ 9		
Medic-Center, Schwerpunktpraxis für Diabetologie und Endokrinologie	90766 Fürth	Diabeteszentrum DDG
Kreisklinik Wörth an der Donau	93086 Wörth	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. med. Michael Winter	96231 Bad Staffelstein	Fußbehandlungseinrichtung DDG

Service der DDG

Unsere Empfehlung



Wichtige Termine auf einen Blick


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

Kongress
DGA-Kongress
21. – 23.09.2023 – Leipzig

Tagung
Tagung der AG Diabetes & Psychologie
29. – 01.10.2023 – virtuell

Kongress
EASD-Jahrestagung
02. – 06.10.2023 – Hamburg

Jahrestagung der Dt. Ges. f. päd. u. adolescente Endokrinologie und Diabetologie (DGPAED)
JA-PED
02. – 04.11.2023 – Ulm

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

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

Prof. Dr. Alexander Hansen, Ingolstadt
Dr. Daniela Fistic, Duisburg
Genia Brückenhaus, Bad Hersfeld
Jacob Jonas Peiser, Hannover
Dr. Martina Henn, Rottenburg
Nelli Sabau, Minden
Dr. Sabine Hügler, Teningen
Sebastian Spinner, Berlin
Sofia Skotnicki, Dresden
Susanne Lehmann, Eningen
Dr. Tamas Mosonyi, Passau
Tim Webhofer, Berlin

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
249	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	1. Block: 16.10. – 27.10.2023 2. Block: 15.01. – 26.01.2024 3. Block: 11.03. – 22.03.2024 (1 Woche digital) 4. Block: 06.05. – 17.05.2024 (2 Wochen digital) 5. Block: 08.07. – 19.07.2024 (1 Woche digital) 6. Block: 09.09. – 20.09.2024 (mündliche Prüfung: 19.09.2024)
250	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-1108, ☎ Fax: 05971/42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	Aufbauqualifikation für Diabetesassistent*innen 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
Kurse nach neuem Curriculum zur Diabetesberater*in DDG – modular, durchlässig, settingbezogen <i>Das neue Curriculum ist interprofessionell ausgerichtet und ausgelegt auf den Erwerb von konkreten Handlungskompetenzen für die individuelle Praxissituation!</i>		
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 6. Modul: 16.09. – 27.09.2024 7. Modul: siehe Website 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 6. Modul: 10.02. – 21.02.2025 7. Modul: siehe Website zzgl. Wahlpflichtmodul

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
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 3. Modul: 16.09. – 27.09.2024 4. Modul: 25.11. – 06.12.2024* 5. Modul: 17.03. – 28.03.2025 6. Modul: 12.05. – 23.05.2025 7. Modul: siehe Website zzgl. Wahlpflichtmodul
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: siehe Website 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 6. Modul: 07.07. – 18.07.2025 7. Modul: siehe Website 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 an weiterbildung@ddg.info

Weitere Informationen finden Sie auf

www.ddg.info/qualifizierung-diabetesberaterin-diabetesberater

➔ Diabetesassistent*in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine	Kosten
106	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-1108, ☎ Fax: 05971/42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de, www.afg-rheine.de	1. Block: 28.08. – 08.09.2023 2. Block: 27.11. – 08.12.2023	1.655,- €*
28	Diabeteszentrum am Elisabeth-Krankenhaus Essen Klara-Kopp-Weg 1, 45138 Essen ☎ Tel.: 0208/30542818, ☎ Tel.: 0202/897 4592 a.meier@contilia.de, www.contilia.de/karriere/ contilia-akademie/aktuelle-lehrgaenge.html	1. Block: 18.09. – 29.09.2023 2. Block: 08.01. – 20.01.2024	1.550,- €*
28	Diabeteszentrum Sinsheim Hauptstraße 71, 74889 Sinsheim ☎ Tel.: 07261/92440, ☎ Fax: 07261/8668 g.buchholz@daikeler.de www.daikeler.de	1. Block: 16.10. – 21.10.2023 (online) 2. Block: 27.11. – 01.12.2023 3. Block: 16.01. – 20.01.2024 4. Block: 04.03. – 08.03.2024 mit Prüfung am 08.03.2024	1.450,- €* zzgl. MwSt.
Kurse nach neuem Curriculum zur Diabetesassistent*in DDG ab 2024 <i>Neues Curriculum mit erweitertem Kompetenzerwerb!</i>			
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	

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine	Kosten
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	
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@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	1. Modul: 08.04. – 19.04.2024 2. Modul: 17.06. – 28.06.2024 3. Modul: 01.07. – 05.07.2024	
Bad Mer- gentheim 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 3. Modul: 16.09. – 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 2. Modul: 24.06. – 28.06.2024 3. Modul: 23.09. – 27.09.2024 4. Modul: 28.10. – 01.11.2024 5. Modul: 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@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-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 Pflegenden

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
BaQ_ MOE_06	Akademie Krankenhaus Bethanien Moers Bethanienstraße 21, 47441 Moers ☎ Tel.: 02841/2000 (Ansprechpartner: Dr. med. Dietrich Rackwitz) rackwitz@bethanienmoers.de	30.08./06.09.2023
BaQ_ KOE_06	St. Hildegardis Krankenhaus Köln Lindenthal, Dr. Peter Loeff Bachemer Straße 29–33, 50931 Köln ☎ Tel.: 0221/40038280 (Ansprechpartnerin: Elke Breet) diabetesberatung.koeln@malteser.org	05./06.09.2023

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
BaQ_ TUE_02	Medizinische Klinik Tübingen Ort: Medizinische Klinik Tübingen Otfried-Müller-Straße 10, 72076 Tübingen Marjo.Graf@med.uni-tuebingen.de	20./21.09.2023
BaQ_ BW_08	Asklepios Bildungszentrum Nordhessen Ort: Asklepios Klinikum Schwalmstadt, Diabetes Schulungsraum 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	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@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	07./08.02.2024
BaQ_ RB_10	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	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.

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 (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 01	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	24.08.2023 – 15.12.2023 Achtung: Terminänderung!
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

➔ 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
25	Diabetes Zentrum Thüringen e.V. (Universitätsklinikum Jena, Klinik für Innere Medizin III, FB Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen) Am Klinikum 1, Gebäude A, 07743 Jena ☎ Tel.: 03641/9324346, ☎ Fax: 03641/9324342 nadine.kuniss@med.uni-jena.de, www.diabetes-thueringen.de	1. Block: 06.09. – 08.09.2023 2. Block: 13.09. – 15.09.2023
54	CID Centrum für integrierte Diabetesversorgung Kursort: St. Vinzenz-Hospital Merheimer Straße 221–223, 50733 Köln Anmeldung: ☎ Tel.: 0221/9349461, schulung@cid-direct.de www.cid-direct.de	25.09. – 29.09.2023

➔ 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

Bad Heilbrunn, 13.07.2023

Stationsärzt*in Diabetologie (m/w/d) – Weiterbildung Diabetologie (DDG, LÄK) an der m&i Fachklinik Bad Heilbrunn

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: m&i Fachklinik Bad Heilbrunn
- Adresse: Wörnerweg 30, 83670 Bad Heilbrunn
- Ansprechpartner: Dr. med. Andreas Liebl, 08046/18-4106, andreas.liebl@fachklinik-bad-heilbrunn.de
- Website: www.fachklinik-bad-heilbrunn.de

Hamburg, 30.06.2023

Diabetolog*in (m/w/d), alternativ Ärzt*in (m/w/d) in Weiterbildung

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabeteszentrum Hamburg Nord-West
- Adresse: Tibarg 1b, 22459 Hamburg
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Hellner, dr.hellner@gmx.de
- Website: www.diabeteszentrum-hhnw.de/

Ahaus, 18.06.2023

Fachärzt*in (m/w/d) für Innere Medizin oder Allgemeinmedizin mit der Zusatzweiterbildung Diabetologie

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetespraxis der MVZ Ahaus GmbH/Fachbereich Diabetologie/Ernährungsmedizin im St. Marienkrankenhaus Ahaus
- Adresse: Wüllener Straße 99, 48683 Ahaus
- Ansprechpartner: Dr. med. Martin Lederle, 02561 - 992501 (mindestens 4x klingeln lassen), martin.lederle@kwml.de
- Website: www.mvz-ahaus-vreden.de, www.klinikum-westmuensterland.de

Wetzlar, 16.06.2023

Fachärzt*in (m/w/d) Innere oder Allgemeinmedizin

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetesschwerpunktpraxis Dr. Göbel
- Adresse: Frankfurter Straße 90, 35578 Wetzlar
- Ansprechpartner: Dr. med. Rolf Dr Göbel, 0171/1979969, Goero@t-online.de

NRW, 16.06.2023

Departmentleiter*in (m/w/d) Diabetologie – Diabeteszentrum in NRW

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Kappes & Partner Personalberatung
- Adresse: Ringenberger Straße 44b, 46499 Hamminkeln
- Ansprechpartnerin: Johanne Hüllstrung, 02852/9615-11, huellstrung@kappes.net
- Website: www.kappes.net

NRW, 16.06.2023

Chefärzt*in (m/w/d) Diabeteszentrum | NRW | Konfessioneller Krankenhausverbund

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Kappes & Partner Personalberatung
- Adresse: Ringenberger Straße 44b, 46499 Hamminkeln
- Ansprechpartnerin: Johanne Hüllstrung, 02852/9615-11, huellstrung@kappes.net
- Website: www.kappes.net



Mehr Jobs, mehr Auswahl, mehr berufliche Perspektiven

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

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

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

Düsseldorf, 13.06.2023

Arzt mit Spaß an der Diabetologie, Ärztin auch... (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: DSP Schröder-Wulff und zukünftige Partner
- Adresse: Gladbacher Straße 26, 40219 Düsseldorf
- Ansprechpartner: Dr. med. Oliver Schröder, 0178/2931654, diabetesambulanz@email.de

Buchholz, 07.06.2023

Ein Arzt ist eine(r) zu wenig – Diabetolog*in (m/w/d) gesucht!

- Arbeitsbeginn: 01.10.2023
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabeteszentrum Buchholz
- Adresse: Schützenstraße 29, 21244 Buchholz
- Website: www.diabeteszentrum-buchholz.de

GESUNDHEITSFACHKRÄFTE

Düsseldorf, 12.07.2023

Diabetesberater*in DDG (m/w/d) in Teil- bzw. Vollzeit

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: befristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Universitätsklinikum Düsseldorf – Klinik für Endokrinologie und Diabetologie
- Adresse: Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf
- Ansprechpartner: Prof. Dr. med. Robert Wagner, 0211/81-17810, robert.wagner@med.uni-duesseldorf.de
- Website: www.uniklinik-duesseldorf.de/patienten-besucher/klinikeninstitutezentren/klinik-fuer-endokrinologie-und-diabetologie

Hamburg, 08.07.2023

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

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Internisten im Ärztehaus Winterhude
- Adresse: Hudtwalckerstraße 2-8, 22299 Hamburg
- Ansprechpartner: Dr. med. Matthias Pein, 0176/4988 3578, mpe@gastrodiabetes.de
- Website: www.gastrodiabetes.de/

Bersenbrück, 05.07.2023

Diabetesberater*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: MVZ Bersenbrück
- Adresse: Ankumer Straße 11, 49593 Bersenbrück
- Ansprechpartnerin: Nicole Hatscher, n.hatscher@mvz-bsb.de
- Website: www.mvz-bsb.de

Hamburg, 04.07.2023

Diabetesberater*in m/w/d

- Arbeitsbeginn: 01.08.2023
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: medicum Hamburg MVZ
- Adresse: Beim Strohhause 2, 20097 Hamburg
- Ansprechpartnerin: Kirsten Heinze, 040/807979-0, k.heinze@medicum-hamburg.de
- Website: www.medicum-hamburg.de

Hannover, 01.07.2023

Diabetesassistent*in KVN (m/w/d) – Diabetesberaterin (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetesschwerpunktpraxis Dr. Fendler-Schrage
- Adresse: Ernst-August-Platz 3a, 30159 Hannover
- Ansprechpartner: Dr. med. Franz-Rudolf Fendler, 0160/950 82 446 oder 0511/34 39 39, fendler.fr@gmx.de
- Website: www.diabetes-hannover.info; www.fendler-stiftung.de/

Ludwigshafen, 29.06.2023

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.09.2023
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Klinikum Ludwigshafen
- Adresse: Bremserstraße 79, 67063 Ludwigshafen
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Eva Doberstein, 0621/50341895, doberste@klilu.de
- Website: www.klilu.de

München, 29.06.2023

Diabetesberater*in (m/w/d)

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

Berlin, 28.06.2023

Diabetesassistent*in/Diabetesberater*in DDG (m/w/d) für die Diabetologie/Angiologie

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: befristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: DRK Kliniken Berlin, Klinik für Innere Medizin – Schwerpunkt Diabetologie und Angiologie
- Adresse: Drontheimer Straße 39 – 40, 13359 Berlin
- Ansprechpartnerin: Bernadette Borgert, 030/3035 - 6645, bewerbung@drk-kliniken-berlin.de
- Website: karriere.drk-kliniken-berlin.de/jobs/

STELLENANGEBOTE

Dachau, 28.06.2023

Diabetesberater*in DDG (w/m/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Helios Amper-Klinikum Dachau
- Adresse: Krankenhausstraße 15, 85221 Dachau
- Ansprechpartnerin: Angelika Gress, 08131/7667380, angelika.gress@helios-gesundheit.de
- Website: www.helios-gesundheit.de/kliniken/dachau

Haan, 22.06.2023

Diabetesberater*in (w/m/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetologische Schwerpunktpraxis MVZ am Park Ville d'Eu
- Adresse: Königstraße 12-14, 42781 Haan
- Ansprechpartner: Dr. med. Ludwig Merker, 0151/46473626, diabetes@luckycloud.de
- Website: gesundheitszentrum-koenigstrasse.de/diabetologie/

Köln, 20.06.2023

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.08.2023
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Ambulantes Centrum für Diabetologie
- Adresse: Merheimer Straße 217, 50733 Köln
- Ansprechpartnerin: Ellen Zavaleta, 0157/86077921, info@diabetes-koeln-nippes.de
- Website: www.diabetes-koeln-nippes.de

Reutlingen, 27.06.2023

Diabetesassistent*in (m/w/d) mit Wunsch zur Weiterbildung zur Diabetesberater*in

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis Dr. Fink/Dr. Christaller
- Adresse: Obere Wässere 9, 72764 Reutlingen
- Ansprechpartnerin: Dr. Katrin Fink, katrin-fink@posteo.de
- Website: www.praxis-obere-waessere.de

Rüsselsheim am Main, 21.06.2023

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

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: GPR Gesundheits- und Pflegezentrum Rüsselsheim gemeinnützige GmbH
- Adresse: August-Bebel-Straße 59, 65428 Rüsselsheim am Main
- Ansprechpartner: Dr. med. Berthold Fitzen, 06142/88-1376, fitzen@gp-ruesselsheim.de
- Website: www.gp-ruesselsheim.de

München, 19.06.2023

Diabetesberater*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. Ulrike Seufert
- Adresse: Kaiserstraße 22, 80801 München
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Ulrike Seufert, 0174/9910931, dr.seufert@muenchen-diabetes.de
- Website: www.muenchen-diabetes.de

Stuttgart, 26.06.2023

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Geriatrie
- Adresse: Kriegsbergstraße 60, 70174 Stuttgart
- Ansprechpartner: Prof. Dr. med. Ralf Lobmann, 0711/278 22601, M3-KBC@klinikum-stuttgart.de
- Website: www.klinikum-stuttgart.de/kliniken-institute-zentren/klinik-fuer-endokrinologie-diabetologie-und-geriatrie/startseite

Köln, 20.06.2023

Medizinische*r Fachangestellte*r (w/m/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Ambulantes Centrum für Diabetologie Köln-Nippes
- Adresse: Merheimer Straße 217, 50733 Köln
- Ansprechpartnerin: Ellen Zavaleta, 0157/86077921, info@diabetes-koeln-nippes.de
- Website: www.diabetes-koeln-nippes.de

NACHFOLGE-GESUCHE

Ettlingen

Partner*in/Nachfolge (m/w/d) gesucht – Endokrinologie/ Diabetologie oder fachärztlich-internistisch Praxissitz perspektivisch abzugeben

- Praxisbezeichnung: Facharztpraxis für Endokrinologie Dr. Gönül Koca
- Adresse: Wilhelmstraße 1, 76275 Ettlingen
- Ansprechpartnerin: Dr. Gönül Koca, 0159/04050215, juergen.blechinger@ekiba.de
- Website: www.facharztpraxis-endokrinologie-karlsruhe.de

Direkt zu allen Stellenangeboten



Direkt zu allen Nachfolgegesuchen



Fortsetzung Weiterbildung & Qualifikation von Seite 32/33

Wundassistent*in DDG

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
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@katholischaekademie-regensburg.de www.katholischaekademie-regensburg.de	1. Block: 15. – 16.04.2024 2. Block: 22. – 26.04.2024
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

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	15.09. – 18.09.2023 (Online-Kurs) 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

Kurs	Termine	Tagungsort	Kosten
Dipl. Psych. Susan Clever Psychol. Psychotherapeutin/Psychodiabetologie Fachpsychologien (DDG) Med. Psych. Consultancy Palmaille 35, 22767 Hamburg Info und Anmeldung per Mail: Tel.: 01709/226067 susan9woods@aol.com www.diabetespraxisblankenese.de	Termine direkt anfragen!	Diabetespraxis Blankenese Blankeneser Bahnhofstraße 23, 22587 Hamburg	750,- € inkl. MwSt.
willms.coaching Wilhelm-Busch-Str. 19, 37083 Göttingen Tel.: 0551/7974741 Fax: 0551/29213514 office@willmscoaching.de www.willmscoaching.de	Online-Termine: 12.10. – 13.10 und 26.10. – 27.10.2023 06.11. – 07.11. und 20.11. – 21.11.2023 18.01. – 19.01. und 01.02. – 02.02.2024 Präsenzkurse im Hotel Eden, Göttingen: 06.12. – 09.12.2023 Schwerpunkt Pädiatrie (online): 26. – 27.01.2024 und 09. – 10.02.2024		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	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 25.08. – 27.08.2023 21.09. – 24.09.2023 26.10. – 29.10.2023	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

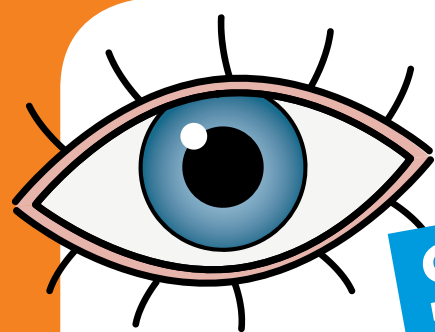
Aktuelle Termine, Online-Anmeldung und weitere Informationen zu der Weiterbildung zum Fachpsychologen bzw. zur Fachpsychologin finden Sie direkt auf der Website www.diabetes-psychologie.de



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

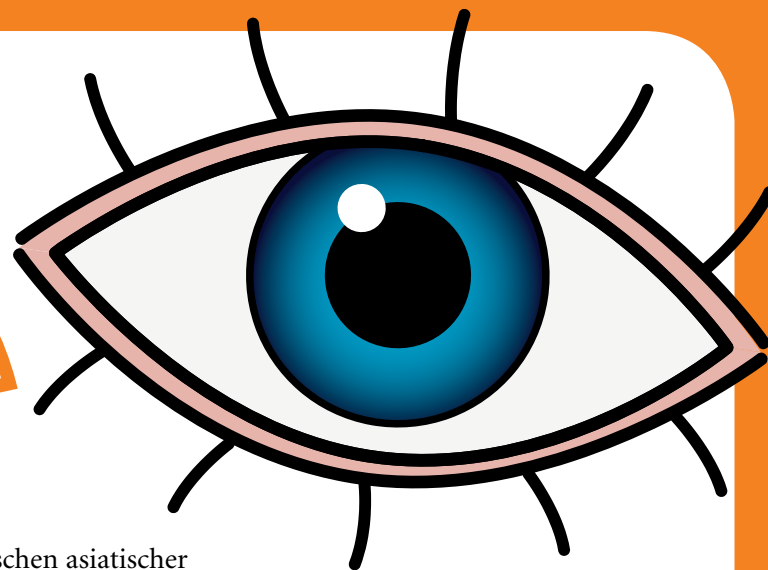


BUNTES



So blaue Augen ...

Was die Augenfarbe über die Augengesundheit aussagt

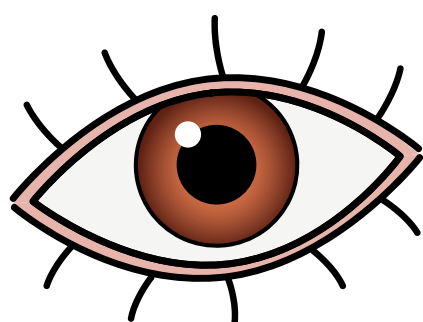


MÜNCHEN. „Blue Eyes“ singt Elton John, und es gibt noch mehr Songs und Gedichte, in denen es um die Augenfarbe und die Augen geht. Augen faszinieren – und die Augenfarbe spricht auch aus medizinischer Sicht eine eigene Sprache: Wie man heute weiß, hängt die Farbe der Iris auch mit der Neigung zu bestimmten Augenerkrankungen zusammen.

Welche Augenfarbe ein Mensch hat, hängt davon ab, wie hoch die Konzentration an Melanin in seiner Iris ist. „Das Melanin hat dabei immer dieselbe bräunliche Farbe – auch grüne und blaue Augen besitzen keine anderen Farbstoffe“, erläutert der Augenarzt Professor Dr. CLAUS CURSIEFEN, Generalsekretär der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG). Die anderen Farbschattierungen beruhen auf Lichtbrechungseffekten, die bei verschiedenen Melaningehalten zum Tragen kämen. Welche Schlüsse kann man aber nun aus verschiedenen Augenfarben ziehen?

➔ So wie in der Haut schützt das Melanin auch in der Iris vor dem Einfluss des Sonnenlichts. Bei niedrigerem Melaningehalt steigt deshalb auch das Risiko, an einem „uvealen Melanom“ zu erkranken.

„Dieser Krebstyp ist zwar sehr selten, er findet sich jedoch bei Menschen europäischer Abstammung 20- bis 30-mal



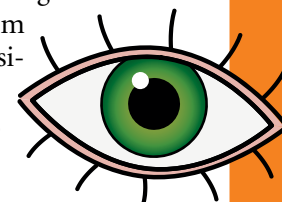
häufiger als bei Menschen asiatischer oder afrikanischer Abstammung“, erläutert Professor Dr. NIKOLAOS BECHRAKIS, Präsident der DOG.

➔ Mit einem geringeren Schutz vor den schädlichen Auswirkungen des Sonnenlichts lässt sich vermutlich auch die Beobachtung erklären, dass Menschen mit hellen Augen eher eine altersabhängige Makuladegeneration (AMD) entwickeln als Menschen mit dunklen Augen.

➔ Ein Grauer Star entwickelt sich bei Menschen mit braunen Augen zweibis viermal so häufig wie bei blauäugigen Menschen – ein Effekt, der von der

»Entscheidend ist der Melaningehalt«

Ethnie unabhängig zu sein scheint. „Eine Theorie hierzu besagt, dass in der vorderen Augenkammer eine umso höhere Temperatur herrscht, je mehr Licht durch die Iris absorbiert wird“, erläutert Prof. Cursiefen. Bei dunkler Iris wäre demnach mit einer leicht erhöhten Temperaturbelastung zu rechnen – und die wiederum stellt einen bekannten Risikofaktor für die Entstehung des Grauen Stars dar.



➔ Bei einer Hornhauttransplantation, bei der die Hornhaut in ihrer gesamten Dicke ausgetauscht wird („perforierende Keratoplastik“), werden Abstoßungsreaktionen und andere Komplikationen häufiger beobachtet, wenn die Iris dunkel ist. Womöglich verstärkte Melanin entzündliche Prozesse, so die Experten. DOG/dz



+++ Die nächste Ausgabe der diabeteszeitung erscheint am 20. September +++