

Wissen aus erster Hand
– vor Ort und digital

DIABETES KONGRESS 2022 DDG

26. Mai 2022, 10:30 Uhr, Raum A2:
Politische Projekte der DDG
in Zeiten der Ampel
www.diabeteskongress.de

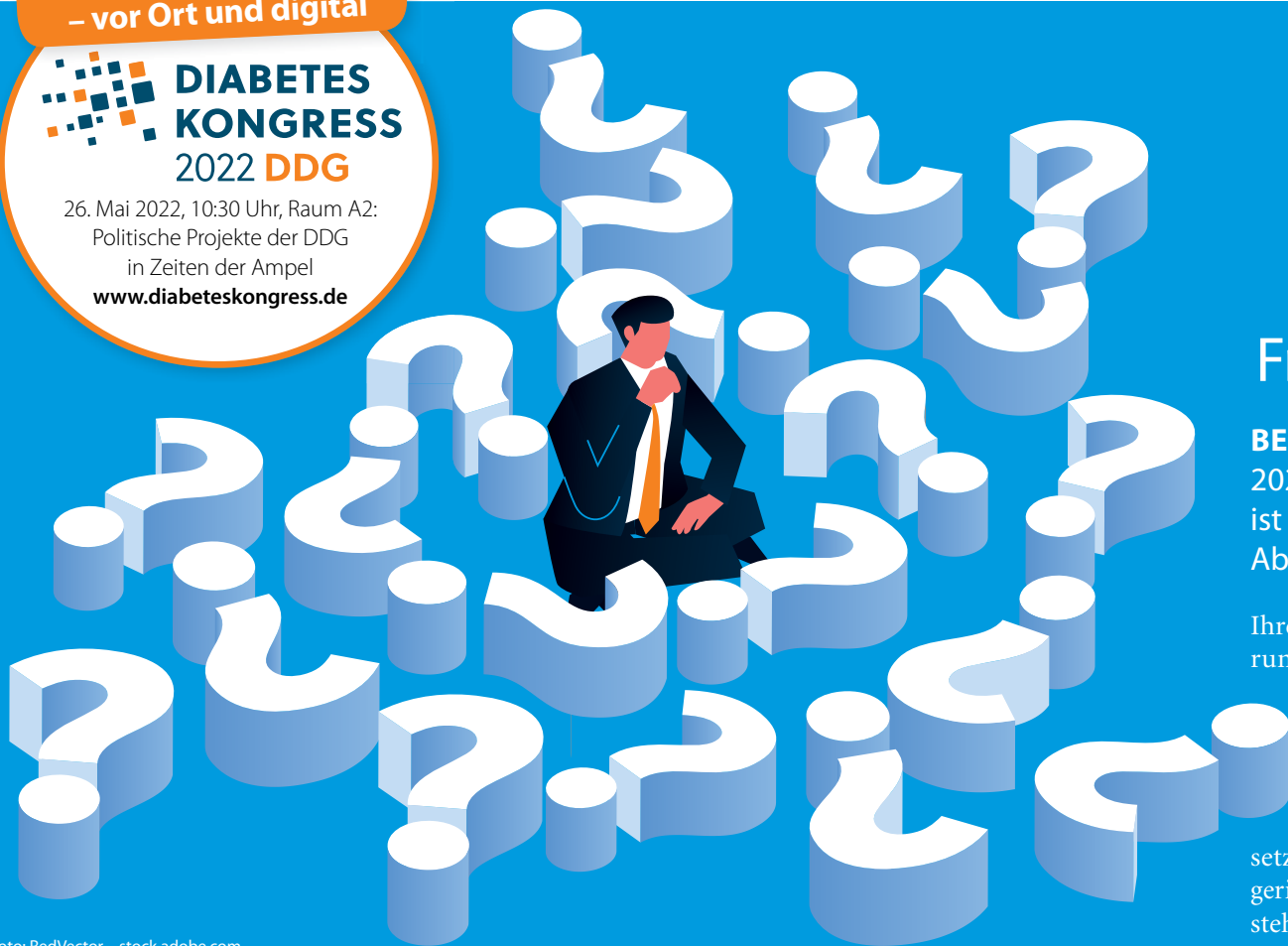


Foto: RedVector – stock.adobe.com

Wo bleibt die Strategie?

Fragen an Ampel-Politiker*innen

BERLIN. „Eine nachhaltige Ernährungsstrategie wird bis 2023 verabschiedet“, verspricht die SPD. Über die Inhalte ist noch zu sprechen. In der diabetes zeitung äußern sich Abgeordnete der Regierungskoalition zum Stand der Dinge.

Ihre gesundheitspolitischen Forderungen hat die DDG früh vor der Bundestagswahl bekannt gemacht. Der Koalitionsvertrag greift diese auch zum Teil auf. Doch still ruht seitdem der See. Wann ist mit einer Umsetzung des Verbots für an Kinder gerichtete Werbung zu rechnen? Wie stehen Gesundheitspolitiker*innen

zu einer Mehrwertsteuerentlastung bei Obst und Gemüse sowie einer Steuererhöhung für stark gesüßte Erfrischungsgetränke? Wie geht es mit der geplanten Ernährungsstrategie voran? Rita Hagl-Kehl und Peggy Schierenbeck von der SPD, Renate Künast (Grüne) sowie Prof. Dr. Andrew Uhlmann (FDP) geben Antworten – mit Nuancierungen. 4

Ausschuss QSW: Bilanz und Ausblick

BERLIN. Der Ausschuss Qualitätssicherung, Schulung und Weiterbildung (QSW) der DDG kann auf eine lange Historie zurückblicken. Doch er schaut auch nach vorne: Bei Schulungen gewinnen digitale Formate an Bedeutung. Mit Modulen soll der Spezialisierung in der Diabetologie Rechnung getragen werden. Der QSW berichtet: 17

Endlich wieder in Berlin

Diabetes Kongress 2022 verspricht zahlreiche Highlights

BERLIN. Der Diabetes Kongress der DDG findet dieses Jahr sowohl im CityCube Berlin als auch online statt. Das Hybridformat bringt nicht nur für die Besucher*innen viele Vorteile mit sich, betont Kongresspräsident Prof. Dr. Jens

Aberle im Interview. Dank der Möglichkeit, Vorträge online halten zu können, ließen sich auch international renommierte Referent*innen gewinnen. Sie beleuchten die neuesten Entwicklungen in der Erforschung und Behandlung des Diabetes. The-

matisch steht außerdem die Vernetzung der Disziplinen und Sektoren im Fokus des Kongresses, getreu dem Motto „Hand in Hand zum Ziel – einfach.besser.messbar.“ Das soll den pharmakologischen und technischen Fortschritten Rechnung tragen, durch

die die Diabetologie immer interdisziplinärer wird. So wird sich ein Symposium etwa der fachübergreifenden und multiprofessionellen Versorgung des Diabetischen Fußes widmen. Auch Kardiologie und Nephrologie kommen nicht zu kurz. 10, 12

Bariatrische OP im Ausland

ISTANBUL. Schnell mal in die Türkei fliegen, im 4-Sterne-Hotel übernachten und schon wenige Tage nach der Magen-OP geht es wieder nach Hause. Im Gepäck: die neue „Traumfigur“. Das klingt verlockend, birgt aber viele Risiken. Zahlreiche Kliniken in der Türkei locken mit derlei Versprechen. Expert*innen in Deutschland warnen davor. 20

MedTriX^{Group}

Nach COVID-19 höheres Diabetesrisiko?

Studienautor Prof. Dr. Wolfgang Rathmann im Interview

DÜSSELDORF. Eine aktuelle Studie deutet darauf hin, dass zwischen einer leichten COVID-19-Erkrankung und der späteren Diagnose eines Typ-2-Diabetes ein

Zusammenhang besteht. „Wir fanden heraus, dass neue Fälle von Typ-2-Diabetes bei Patient*innen, die in allgemeinmedizinischen und internistischen Praxen

positiv auf COVID-19 getestet wurden, häufiger auftreten als bei Patient*innen mit einer akuten Infektion der oberen Atemwege“, erklärt Erstautor Prof. Dr. Wolfgang

Rathmann, Düsseldorf. Er spricht hier auch von einer „neuen großen potenziellen Risikogruppe“. Mehr zu den Hintergründen der Studie im Interview auf Seite 6



Foto: Egor – stock.adobe.com

Code of Conduct aktualisiert

BERLIN. Konkrete medizinische Standards und ein ethisch-basierter Handlungsrahmen für die digitale Transformation stehen im Fokus des „Code of Conduct Digital Health DDG 2022“, den die Kommission Digitalisierung der DDG aktualisiert hat. Die überarbeiteten Inhalte werden beim Diabetes Kongress vorgestellt, der vom 25. bis 28. Mai 2022 in Berlin als Hybrid-Veranstaltung stattfindet (siehe auch S. 10 und 12). 22

Seite 3 Neue Plattform: diabetes-anker.de

WIESBADEN. „Diabetes Anker – Wir geben Dir Halt“ heißt eine neue Plattform für Menschen mit Typ-2-Diabetes, die das Medienunternehmen MedTriX Deutschland im Mai gestartet hat.

Seite 14 Drei wie Pech und Schwefel

MANNHEIM. Typ-2-Diabetes, Herz- und Niereninsuffizienz bedingen sich oft gegenseitig. Medikamente wie SGLT2-Inhibitoren können dem zündelnden Trio das Handwerk legen.

Seite 16 Tipps für die Videoschulung

WIESBADEN. Was tun, wenn der Bildschirm schwarz bleibt oder ein Patient während der Online-Schulung einen Burger bestellt? Die besten Tipps für eine erfolgreiche Videoschulung.

News & Fakten

diabetes-anker.de – eine neue Plattform für Menschen mit Typ-2-Diabetes, Stellungnahmen von Gesundheitspolitiker*innen der Ampelkoalition zu den Forderungen der DDG, Innovationsfonds fördert Digitalisierung von Leitlinien, DZD-News aus der Diabetesforschung, KiDS-Kurs 2022 im Juli 3–9

Das Interview

Der Präsident des Diabetes Kongresses Prof. Dr. Jens Aberle über internationale Kongress-Highlights dank des Hybridformats 10

Kongress aktuell

Vorankündigung für den Diabetes Kongress 2022, Bericht vom DGK 2022, Bericht vom ATTD 2022, Berichte von der Diabetes Herbsttagung 2021..... 12–16, 19

Forum Literatur

Mehr Insulintherapie, Hypoglykämien und Folgeschäden bei pankreatogenem Diabetes, Hybrid-Closed-Loop verhilft Kleinkindern zu stabilerer Stoffwechsellaage ... 16, 26

Im Blickpunkt

Ausschuss QSW der DDG berichtet über seine Arbeit und neue Herausforderungen, Kolumne von Liesa Regner-Nelke zur zielgerichteten Gesprächsführung, Diagnose Diabetes bei Kindern und Jugendlichen: der Erstschtulung sollte die Langzeitbetreuung folgen, bariatrische OPs im Ausland und die Folgen, die Kommission Digitalisierung der DDG hat den „Code of Conduct Digital Health DDG 2022“ aktualisiert 17–22

Medizin & Markt

Berichte aus der Industrie 23

Kurznachrichten

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

Weiterbildung & Qualifikation

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

Job- & Praxenbörse

Stellenangebote, Stellengesuche, Nachfolger gesucht, Famulatur-, PJ- und Hospitationsbörse 30–31

Buntes 32

»Hand in Hand zum Ziel!«

Diabetes Kongress 2022 in Berlin verspricht viele Highlights

Liebe Leserinnen und Leser,

die Coronapandemie, der Krieg in der Ukraine und die Klimakrise – das politische Berlin kommt nicht aus dem Krisenmodus heraus. Manchem mögen die immer wieder gestellten Forderungen der DDG nach Werbeverboten für ungesunde Lebensmittel, einer „gesunden Mehrwertsteuer“ und einer neuen Ernährungsstrategie nachrangig erscheinen angesichts der globalen Mammutaufgaben. Gleichwohl steht mit deren Umsetzung nichts weniger auf dem Spiel als die Gesundheit unserer Kinder: Ohne schnelles Handeln der Politiker*innen könnten viele von ihnen zu chronisch kranken Erwachsenen werden. Zu Menschen mit Diabetes Typ 2. Grund genug, bei den gesundheitspolitischen Vertreter*innen der Ampelkoalition im Bundestag einmal nachzuhaken, ob und wann sie zur Tat schreiten. Mehr dazu erfahren Sie auf S. 4.

»Den „Diabetes Anker“ auswerfen«

Unabhängig von diesem Gegensteuern ist heute schon klar, dass die Zahl der von Diabetes Betroffenen in den kommenden Jahren weiter steigen wird. Damit wächst auch der Bedarf an niedrigschwelligen Informationen zum Krankheitsbild. Zudem wollen sich Betroffene heutzutage digital über eine adäquate Lebensführung, Ernährung und Bewegung austauschen und vernetzen. Das Medienunternehmen MedTriX Deutschland, das u.a. die **diabetes zeitung** verlegt, wirft deshalb demnächst seinen „Diabetes Anker“ aus – eine Plattform, die Menschen mit Typ-2-Diabetes genau dort abholt, wo sie stehen. Dazu gehören auch frische neue Formate wie die Video-Reihe „Diabetes Docs“ und das Podcast-Format „Zuckerzange“. Eine wichtige Ergänzung zur individuellen Beratung bei den behandelnden Hausarzt*innen und Diabetolog*innen. Details können Sie auf S. 3 nachlesen.



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

Viel mehr Typ-2-Diabetes durch COVID-19? Vor dem Hintergrund einer aktuellen Studie zeigen sich Wissenschaftler*innen besorgt: „Incidence of newly diagnosed diabetes after COVID-19“ ergab deutlich einen Zusammenhang zwischen COVID-19 und der Entstehung eines Typ-2-Diabetes. Haben wir es hier mit einer neuen Risikogruppe zu tun? Prof. Dr. Wolfgang Rathmann vom Deutschen Diabetes-Zentrum (DDZ) und Erstautor der Studie gibt auf S. 6 seine erste Einschätzung dazu ab.

»Highlights beim Diabetes Kongress«

Nach zwei Jahren hinter den Bildschirmen findet der Diabetes Kongress der DDG endlich wieder in Präsenz statt. Coronabedingt im Hybridformat. Das Motto „Hand in Hand zum Ziel – einfach.besser.messbar.“ verrät, dass der Fokus in Berlin auf der besseren Zusammenarbeit der Fachwelt liegen wird – eine wichtige Voraussetzung für die optimale Behandlung der Patient*innen. Im Interview auf Seite 10 äußert sich Kongresspräsident Prof. Dr. Jens Aberle ausführlich dazu. Zu den Höhepunkten des Kongresses gehören u.a. Workshops zur Abdomensonographie, zur Datensicherheit gegen Cyberkriminalität sowie Symposien zum Gestationsdiabetes und zu Komorbiditäten bei Diabetes wie dem Diabetischen Fußsyndrom sowie zu kardiologischen oder nephrologischen Folgeerkrankungen. Näheres dazu und inwiefern eine Teilnahme vor Ort doch den Unterschied macht, erfahren Sie auf der Seite 12.

Ich freue mich jedenfalls schon sehr, viele Kolleg*innen auf dem Kongress wiederzusehen!

Ganz herzlich Ihr

Prof. Dr. Andreas Neu

**diabetes
zeitung**

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

CEO: Oliver Kramer
Geschäftsführung: Stephan Kröck, Markus Zobel
Gesamtredaktionsleitung Deutschland: Günter Nuber
Herausgeberschaft:
Deutsche Diabetes Gesellschaft e. V. (DDG),
Albrechtstr. 9, 10117 Berlin;
Präsident: Prof. Dr. Andreas Neu,
Geschäftsführerin: Barbara Bitzer

Chefredaktion: Günter Nuber (V.i.S.d.P.)
Redaktion Medizin: Dr. Moyo Grebbin
Redaktion Politik: Michael Reischmann (verantwortlich),
Isabel Aulehla
Weitere Mitarbeitende: Cornelia Kolbeck, Angela Monecke,
Antje Thiel
Corporate Publishing: Lena Feil, Bianca Lorenz

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

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

Layout Layout: Andrea Schmuck

Layout: Christina Mähler, Beate Scholz, Mira Vetter

Objekt- und Medialeitung: Björn Lindenaus

Verkauf: Josef Hakam, Marc Bornschein, Lukas Koch

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

Telefax: 0611 9746 480-112

E-Mail: mtd-anzeigen@medtrix.group

Anzeigen-Preisliste Nr. 7 vom 1.1.2022

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

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

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



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

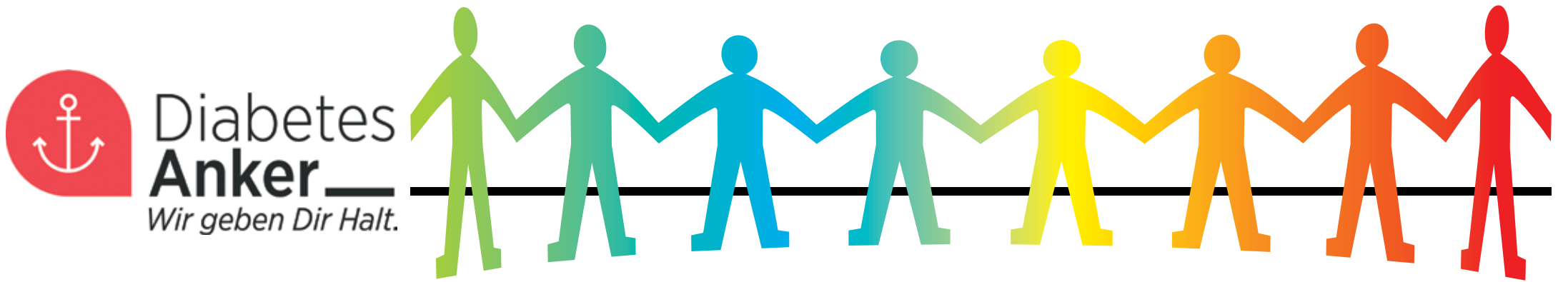
Mit der Einsendung eines Manuskriptes erklärt sich der Urheber damit einverstanden, dass sein Beitrag ganz oder teilweise in allen Printmedien und elektronischen Medien der MedTriX GmbH, der verbundenen Verlage sowie Dritter veröffentlicht werden kann.

www.blauer-engel.de/uz195

Dieses Druckerzeugnis wurde mit dem
Blauen Engel ausgezeichnet



085



Neu: diabetes-anker.de

Der Anker für Menschen mit Typ-2-Diabetes

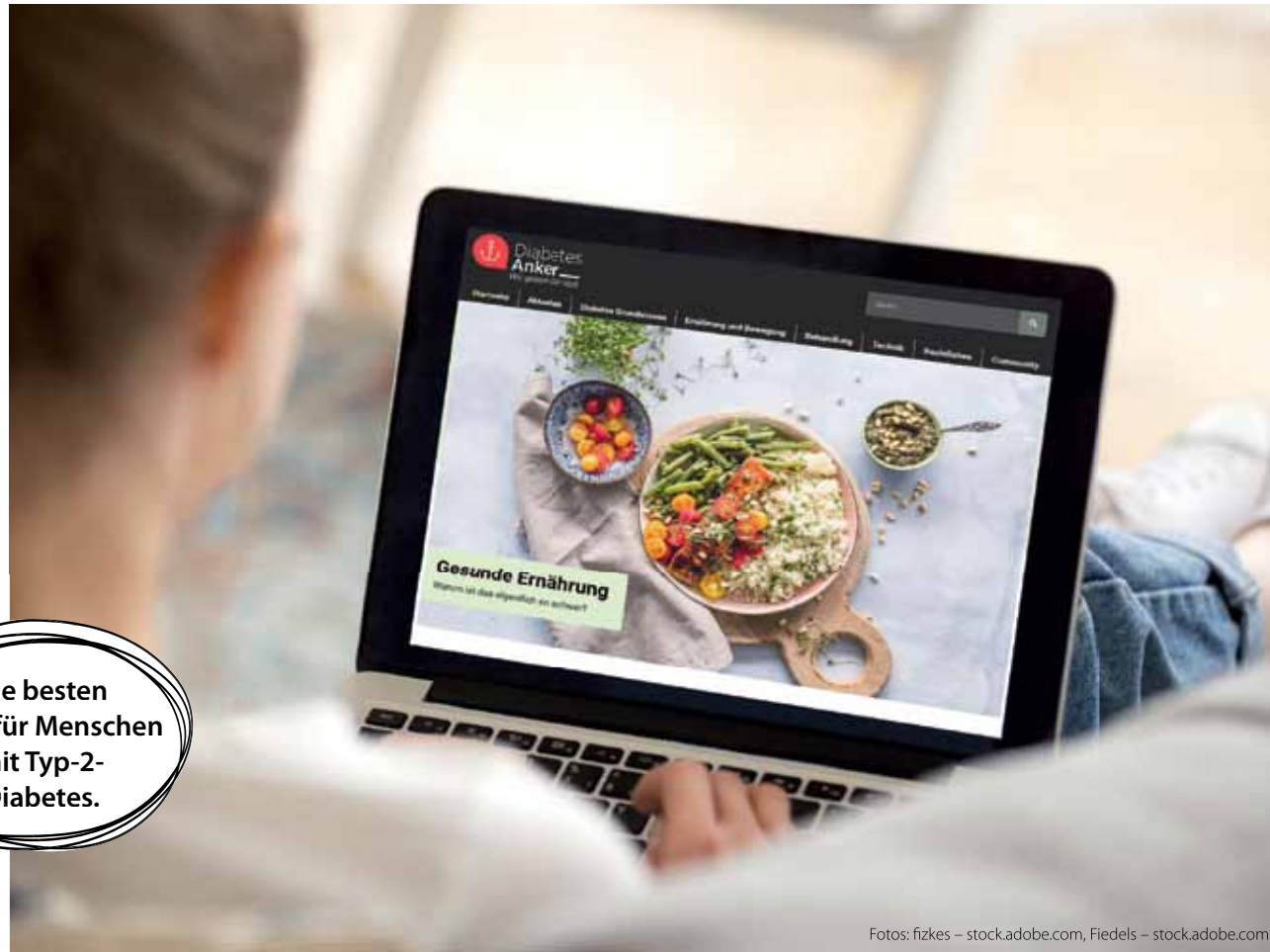
WIESBADEN Neu in der Diabetes-Medienlandschaft ist ab Mitte Mai die Plattform diabetes-anker.de des Medienunternehmens MedTriX Deutschland (Wiesbaden). Der Anker will Menschen mit Diabetes Halt geben – vor allem denen mit Typ-2-Diabetes.

Menschen mit Typ-1-Diabetes verstecken ihren Diabetes schon längst nicht mehr“, sagt Hanno Schorlemmer, Head of Digital & Marketing der MedTriX Group. „Sie gehen offen in Social Media damit um, sind in Communities“, erläutert Schorlemmer. „Diesen Bewusstseinswandel nehmen wir nun auch beim Typ-2-Diabetes verstärkt wahr, viele sagen sich: ‚Ich bin betroffen, ich teile das, ich bin an Vernetzung interessiert – meine Themen sind Bewegung, Ernährung, gesunde Lebensführung, gegenseitiges Motivieren, auch Technik.‘“

Neue Plattform „Diabetes Anker – Wir geben Dir Halt.“

Auf diese neue Situation reagiert nun das Wiesbadener Medienhaus und wirft den Anker aus. Die neue Plattform für Menschen mit Typ-2-Diabetes heißt „Diabetes Anker – Wir geben Dir Halt“. Wer die Diagnose (Typ-2-)Diabetes bekommt, hat viele Fragen, ist verunsichert, viele haben Angst.

Die besten Tipps für Menschen mit Typ-2-Diabetes.



Fotos: fizkes – stock.adobe.com, Fiedels – stock.adobe.com

Wichtige Antworten liefert die neue Webseite – in modernem responsivem Webdesign, unterhaltsam und mit verlässlichen Infos einer erfahrenen Redaktion. Das neue Portal ist seit Mai online.

»Ich bin betroffen, ich teile das«

In klarer Struktur gibt die Seite kontrastreich einen aktuellen Überblick über Themen, die Diabetiker*innen wichtig sind: Das Spektrum reicht von aktuellen News über Grundlagen des Diabetes bis hin zu konkreten Tipps für mehr Bewegung und eine gesunde Ernährung im Alltag. Außerdem werden dort alle verfügbaren Therapien und aktuelle technische Möglichkeiten sowie rechtliche Besonderheiten erklärt (Führerschein etc.).

Mit dem regelmäßigen Newsletter gelangen die wichtigsten Neuigkeiten automatisch in den Posteingang. Das ist aber längst nicht alles:

„Zuckerzange“ und Technologie: Podcasts und Videos ab Sommer

Ab Sommer beginnt die Webseite mit der Videoreihe „Diabetes Docs erklären Technik“, dann folgt auch das neue Audio-Format „Zuckerzange, der Diabetes-Politik-Podcast“. Beide Formate sind gemeinsam ent-

»Audio-, Video-, Live-Formate«

wickelt mit Gesundheitspartner diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe.

Eintauchen in (Diabetes-) Geschichten und Formate

Das neue Angebot wird in den nächsten Monaten konsequent ausgebaut und erweitert. Noch mal Hanno Schorlemmer zu der Zielrichtung: „Mit diabetes-anker.de startet die MedTriX Group ihr Engagement im Patient*innen-Bereich. Unser neues Redaktions- und Digital-Team entwickelt derzeit immersive Erzähl-Formate: Eintauchen in Audio-, Video- und exklusive Live-Formate, dabei fast spielerisch sein Wissen über Diabetes und den eigenen Körper vermehren – das ist unser Ziel!“

MedTriX: große Diabetes-Sparte, inklusive Fortbildungen

In der MedTriX Deutschland erscheinen seit Jahren die „diabeteszeitung“ (Herausgeber: Deutsche Diabetes Gesellschaft), das „diatec journal“, die neue Podcast-Reihe „O-Ton Diabetologie“, die DDG-Fortbildungsreihe „Digitalisierung und Diabetestechnologie“ und wie bereits angekündigt ab dem Sommer gemeinsam mit Gesundheitspartner diabetesDE der Politik-Podcast „Zuckerzange“ und die Webinar-Reihe „Diabetes Docs erklären Technik“.

GN

diabetes-anker.de

Typ-1-Diabetes: Achten Sie auf die Warnzeichen!

DDG Kampagne gegen Ketoazidose auf die Straße gebracht

TÜBINGEN/RATSHAUSEN. Die Früherkennung der Ketoazidose kann Notfälle und Leid verhindern. Die MedTriX Group und die diabeteszeitung begleiten per Video eine Aufklärungskampagne der DDG – mit Silozug!

Bei Typ-1-Diabetes-Manifestation erleiden 20 bis 30 % der betroffenen Kinder eine Ketoazidose. Die kleine Josephine (7) hatte Glück, dass sie vor einer schweren Entgleisung beim Team der Uni-Kinderklinik Tübingen gleich am richtigen Ort war: Die Diagnose wurde sofort

gestellt, eine moderne Insulintherapie direkt eingeleitet. „Je früher eine Diagnose gestellt wird, umso günstiger der initiale Verlauf und vermutlich auch die Langzeitprognose“, so DDG Präsident Prof. Dr. ANDREAS NEU. Josephines Vater Andreas Koch ist Spediteur. Einen seiner LKW, einen Silozug, benutzt er nun zur „Aufklärung auf der Straße. Ich fand das von Anfang an eine sehr gute Idee, weil ich denke, auf der Straße kann man schon ein sehr großes Publikum erreichen.“ Der Laster fährt nun durch Deutschland, und jeder,

der ihn sieht, sieht die Ketoazidose-Warnzeichen. So bringt man eine Kampagne ins Rollen ...

Die MedTriX Group schließt sich der Kampagne an: Gemeinsam mit der DDG und den Kochs wurde ein Video produziert: mit Josephine, ihren Geschwistern und Eltern. Und: dem Silozug. Das Video wird gestreut übers Internet, über die Wochenzeitung „MEDICAL TRIBUNE“, über Social-Media-Kanäle und Newsletter. Auch Sie können zur Verbreitung beitragen! GN




Josephine (linkes Bild, 1. Reihe, Mitte) mit ihrer Familie. Hinten: Redaktionsteam der MedTriX Group. Rechts: der Silozug.

Fotos: Förderer/Nuber

Diabetes in der Politik – k(l)eine Bewegung in Sicht?

Gesundheitspolitik*erinnen der Ampelregierung stehen Rede und Antwort

BERLIN. Werbeverbot für ungesunde Lebensmittel, „gesunde Mehrwertsteuer“, verbindliche Ernährungsstrategie. Die DDG stellte zentrale Forderungen, die Politik schweigt dazu seit Monaten. Oder bewegt sich endlich doch etwas? Gesundheitspolitiker*innen der Bundestagsfraktionen von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP geben sich zumindest verhalten optimistisch.

- 
- 4 Fragen an die Politik**
- 1 Wann rechnen Sie mit der Umsetzung des Verbots für an Kinder gerichtete Werbung?
 - 2 Wie stehen Sie zu der geforderten „gesunden Mehrwertsteuer“ und der Steuerentlastung bei Obst und Gemüse sowie einer Steuererhöhung für stark gesüßte Erfrischungsgetränke?
 - 3 Wie geht es mit der geplanten Ernährungsstrategie für Deutschland voran?
 - 4 Haben Sie in Ihrem persönlichen bzw. beruflichen Umfeld schon Erfahrungen mit Diabetes gemacht?

Fotos: Fie Fwail – stock.adobe.com, dkimages – stock.adobe.com

»Werbeverbot zügig umsetzen!«

1 Rita Hagl-Kehl: Ein Verbot von Werbung für ungesunde Lebensmittel, die sich an Kinder richtet, das war vor allem uns als SPD ein Anliegen. Das war nicht für alle Koalitionspartner leicht, aber wir haben uns erfolgreich dafür eingesetzt, dass erstmals das Verbot von an Kinder gerichteter Werbung als Arbeitsauftrag im Koalitionsvertrag verankert ist. Wir wollen eine möglichst zügige Umsetzung noch in diesem Jahr, sind dazu in engem Austausch mit dem Ernährungsministerium, aber einen genauen Termin gibt es noch nicht.

2 Peggy Schierenbeck: Die SPD hat sich Ende 2020 in unserem Positionspapier zur Bekämpfung von Ernährungsarmut für eine Preisbildung ausgesprochen, die die Umwelt- und Folgekosten ungesunder und nicht nachhaltiger Lebensmittel stärker einbezieht und eine gesunde, umwelt- und klimafreundliche Ernährungsweise finanziell attraktiver macht. So könnte z.B. die Überschreitung eines Zucker-Grenzwertes von 5g/100ml bei Süßgetränken mit einer Zuckerabgabe für die Hersteller belegt werden (Beispiel GB). Das Mehrwertsteuersystem im Lebensmittelbereich setzt bisher falsche Akzente. Aus meiner Sicht könnte eine „gesunde Mehrwertsteuer“ ein Beitrag zu fairen und gesunden Ernährungsumgebungen sein. Insgesamt sind Änderungen am Mehrwertsteuersystem aber ein heikles Thema, das immer sofort Begehrlichkeiten weckt und innerhalb der Ampel sehr unterschiedlich bewertet wird.

3 Schierenbeck: Eine nachhaltige Ernährungsstrategie wird bis 2023 verabschiedet. Uns Sozialdemokratinnen ist wichtig, dass diese Strategie von Anfang an gemeinsam mit dem Gesundheitsministerium und dem Ministerium für Arbeit und Soziales erarbeitet wird, denn die gesundheitlichen und die sozialen Aspekte sind in der Ernährungspolitik der Vergangenheit viel zu wenig berücksichtigt worden. Ich wünsche mir, dass wir mit der Entwicklung der Ernährungsstrategie schnell vorankommen. Durch den Krieg in der Ukraine hat sich die Arbeitsbelastung natürlich für alle verschärft, aber bisher haben wir keine Hinweise darauf, dass der Zeitplan nicht eingehalten werden könnte.

4 Schierenbeck: Meine persönlichen Erfahrungen mit Diabetes gehen vor allem auf meine drei Schwangerschaften zurück. Denn bei jeder Schwangerschaft hatte ich Schwangerschaftsdiabetes und musste streng Diät halten, teils auch unter ärztlicher Aufsicht. Für mich war das ein Wendepunkt, da ich zum ersten Mal am eigenen Körper erfuhr, welche Auswirkungen unsere Ernährung auf den Körper hat. Seitdem – seit nunmehr 26 Jahren – habe ich mich intensiv mit Ernährung beschäftigt und viel lernen können. Umso mehr freue ich mich, die Ernährungspolitik nun aktiv gestalten zu können.



Rita Hagl-Kehl
MdB



Peggy Schierenbeck
MdB
Fotos: SPD



»Befürworte höhere Steuern für stark Zuckerhaltiges«

1 Wir haben uns mit den Koalitionspartnern u.a. darauf verständigen können, dass es an Kinder gerichtete Werbung für Lebensmittel mit hohem Zucker-, Fett- und Salzgehalt bei Sendungen und Formaten für unter 14-Jährige nicht mehr geben soll. Darüber hinaus haben wir weitere verbindliche Maßnahmen in Richtung Ernährungswende verabschiedet, wie z.B. zielgruppenabgestimmte Reduktionsziele für Zucker, Fett und Salz, die wissenschaftliche Weiterentwicklung eines EU-weiten Nutri-Scores und die verbindliche Reduzierung der Lebensmittelverschwendung. Außerdem wollen wir im Jahr 2023 eine umfassende Ernährungsstrategie verabschieden, die weitere Bausteine für eine Ernährungswende enthält. Auf die Verankerung dieser konkreten Maßnahmen bei den Koalitionsverhandlungen, die ich mit geführt habe, bin ich stolz. Die Vorhaben wird das Ministerium nun abarbeiten. Derzeit liegt der Schwerpunkt aufgrund des Ukraine-Krieges allerdings verständlicherweise auf einem anderen Thema – der Ernährungssicherung.

2 Ich persönlich habe steuerliche Entlastungen für gesunde sowie steuerliche Erhöhungen für stark zuckerhaltige Lebensmittel immer befürwortet. Bei den Koalitionsverhandlungen waren diese Maßnahmen für die Koalitionspartner leider keine Option. Aber das kann ja eines Tages noch kommen.

3 Ein abschließender Beschluss über die Strategie erfolgt, wie im Koalitionsvertrag benannt, im Jahr 2023. Das Ziel ist eine umfassende und durchdachte Ernährungsstrategie, die mit den relevanten Akteuren erarbeitet werden soll, um eine gesunde Umgebung für Ernährung und Bewegung zu schaffen. Ich erwarte ehrgeizige Maßnahmen, die auch über diese Legislaturperiode hinausgehen. Und die hoffentlich einen Schub in der Vernetzung der Akteure bringen. Ich werde mein Bestes dazu geben, denn es geht hier um zentrale soziale und gesundheitliche Fragen.

4 Ja, ich hatte im meinem persönlichen und beruflichen Umfeld schon viel insbesondere mit der ernährungsassoziierten Form der Diabeteserkrankung, dem Typ 2, zu tun. In manchen Fällen mit wirklich schrecklichen Entwicklungen. Wir haben eindeutig zu wenig Ernährungsbildung. Aber das individuelle Verhalten ist es eben nicht allein. Unser Ernährungsumfeld verlangt manchmal fast Heldentum, um den Angeboten für ein angeblich besonderes tolles Leben und Essen zu widerstehen. Hochverarbeitete Lebensmittel sind überall und ständig vor unseren Augen und ebenso die Werbung dafür. Ob am Bahnhof, auf der Straße oder im Supermarkt, überall finden wir Snacks und Fertigliefmittel, die zu viel Zucker, Fett und Salz enthalten. Viele davon suggerieren den Verbraucher*innen sogar, sie würden etwas Gesundes zu sich nehmen, wie z.B. sogenannte Frühstückscerealien, die häufig mehr Zucker enthalten als die WHO für den ganzen Tag empfiehlt.



Renate Künast
MdB
Foto: Bündnis 90/Die Grünen



»Gesundheitskompetenzen frühzeitig vermitteln!«

1 Als FDP-Politiker tue ich mich mit Verboten grundsätzlich schwer. Es stellt sich jedoch die Frage, inwieweit es schädlich ist, Werbung für Fehlernährung im Kinder-Programm zu senden. Kinder unterliegen ja einem besonderen Schutzbedürfnis. Hier kann es sinnvoll sein, regulierend einzugreifen. Ansonsten ist es besonders wichtig, bereits frühzeitig Gesundheitskompetenzen zu vermitteln. Dies kann im Kindergarten spielerisch erfolgen und später dann zum Beispiel in den Biologieunterricht integriert werden. Wichtig ist dabei, weniger auf Abschreckung zu setzen, sondern mehr auf Aufklärung. Jeder sollte selbst erkennen und verstehen, warum es gut ist, sich gesund zu ernähren und Junkfood zu vermeiden.

2 Die Senkung der Mehrwertsteuer wäre keine gezielte Maßnahme. Ich bezweifle, dass eine reine Mehrwertsteuersenkung zu einem gesünderen Kaufverhalten führen würde. Eine zusätzliche Besteuerung von zuckerhaltigen Getränken sehe ich kritisch. Für eine Verhaltensänderung sind Aufklärungskampagnen mit flächendeckender Gesundheitskompetenzvermittlung wichtiger.

3 Das Konzept zur inhaltlichen Ausrichtung und zur Gestaltung des Prozesses insbesondere mit Blick auf die Einbeziehung der Akteure befindet sich momentan noch in Arbeit, wird aber, wie im Koalitionsvertrag vereinbart, bis 2023 fertig sein und vorgestellt werden. Bei der Beteiligung aller Akteure sehen wir Hersteller und Akteure gleichermaßen beteiligt. Die Ernährungsstrategie wird ein wesentlicher Baustein sein, die Gesundheitskompetenz weiter zu stärken, denn nur so ist eine langfristige Krankheitsprävention umsetzbar. Auch ohne eine fertige Ernährungsstrategie ist es bereits jetzt möglich, die Initiative zu ergreifen und sich beispielsweise im Elternbeirat dafür einzusetzen, dass das Schulessen den DGE-Standards entspricht oder dass es neben gesüßten Softdrinks auch gesunde Alternativen gibt. Viele Schulen machen das bereits.

4 Auch ich kenne im privaten Umfeld Menschen mit Diabetes. Die Wahrscheinlichkeit, dass jeder Mensch in Deutschland jemanden kennt, der Diabetes hat, ist hoch. Wir erleben dadurch hautnah, welche Fortschritte es in den letzten Jahren und Jahrzehnten in der Behandlung von Diabetes gab. Ein solcher Fortschritt ist zum Beispiel das Konzept „Scannen statt stechen“. Viele Leser*innen werden es kennen. Mit einem Oberarmsensor wird der Blutzucker gemessen. Anschließend wird dann über eine App automatisch die Empfehlung gegeben, welches Insulin und in welcher Menge zu spritzen ist. Wenn solche Therapien im privaten Umfeld ankommen, dann weiß man um die Kraft der Innovationen.

Interviews: Angela Monecke



Prof. Dr. Andrew Ullmann
gesundheitspolitischer
Sprecher der FDP-Bundestags-
fraktion
Foto: FDP



EINLADUNG
ZUM DIABETES
KONGRESS
DDG 2022

ENDLICH INTEROPERABEL

Vivora proCare – eine neue Lösung für das digitale Diabetesmanagement.

EvivaMed Deutschland GmbH präsentiert mit Vivora proCare beim Diabetes Kongress 2022 erstmals eine Komplettlösung für das digitale Diabetesmanagement:

- ◆ Interoperabel und herstellerneutral
- ◆ Erfüllt die Anforderungen des „Code of Conduct Digital Health“ der DDG

Wir laden Sie herzlich zum Symposium und an unseren Messestand ein.

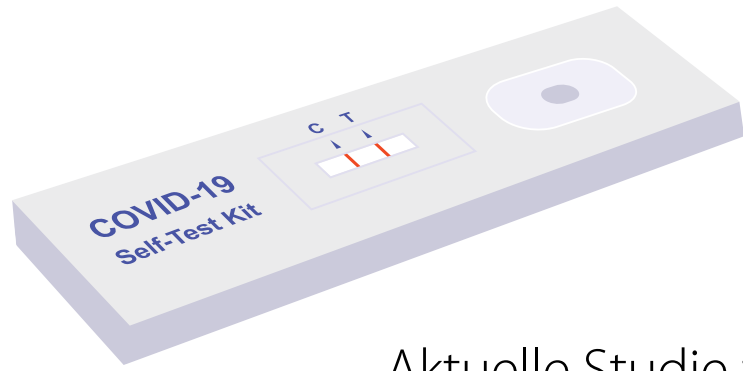
vivora

Symposium anlässlich des Diabetes Kongresses
am 26. Mai 2022, 12:30–13:30 Uhr, Raum A4

„Endlich interoperabel: Datenmanagement – von der Einzellösung zum Komplettpaket.“

- ◆ Die Realität der digitalen Versorgung von Patienten mit Diabetes (Dr. Ralf Denger)
- ◆ Anspruch und Erwartung an ein Datenmanagementsystem aus Sicht des Diabetesteam (Friedrich W. Petry und Claudia Sahn)
- ◆ Digitale Versorgung umfassend denken: neue Lösungen für bestehende Probleme (Dr. Dietrich Tews)

EvivaMed Deutschland GmbH
info@evivamed.de
www.evivamed.de



»Neue große potenzielle Risikogruppe«

Aktuelle Studie zu Typ-2-Diabetes nach COVID-19 – Interview mit dem Erstautor

DÜSSELDORF. Gibt es einen Zusammenhang zwischen einer leichten COVID-19-Erkrankung und der späteren Diagnose eines Typ-2-Diabetes? Darauf hin deutet die aktuelle Studie „Incidence of newly diagnosed diabetes after COVID-19“.¹ Wir sprachen mit Erstautor Prof. Dr. Wolfgang Rathmann vom Deutschen Diabetes-Zentrum (DDZ), Leibniz-Zentrum für Diabetes-Forschung (Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf). Die Studie zeigt eine große potenzielle Risikogruppe für Typ-2-Diabetes (s. S. 9).

Herr Prof. Rathmann, Sie sind Erstautor einer aktuellen Studie des Deutschen Diabetes Zentrums, die den Zusammenhang von COVID-19 und Diabetes untersucht. Was war der Anlass, gab es einen Anfangsverdacht?

Prof. Dr. Wolfgang Rathmann: Es gab eine Reihe klinischer Studien, die gezeigt hatten, dass SARS-CoV-2 durch die Aktivierung proinflammatorischer Zytokine die Betazellen schädigen kann. Weiterhin spielen proinflammatorische Prozesse, die zu einer chronischen Entzündung im Fettgewebe führen, eine wichtige Rolle in der Pathogenese von Insulinresistenz und Typ-2-Diabetes. Es wurden neu aufgetretene Hyperglykämien und Insulinresistenz bei Patienten mit COVID-19 ohne Vorgeschichte eines Diabetes berichtet. Es ist jedoch unklar, ob solche Stoffwechselveränderungen vorübergehend sind oder ob Personen mit COVID-19 ein erhöhtes zukünftiges Risiko für einen persistierenden Diabetes haben.

Ziel der Studie war es, das Auftreten von Diabetes nach COVID-19 bei Personen mit meist leichter Erkrankung, die in der Primärversorgung behandelt wurden, zu untersuchen.

Laut Ihrer Auswertung steigt nach COVID-19 das Diabetes-Risiko um 28%. Sind sie überrascht?

Prof. Rathmann: Es ist erwiesen, dass ein bekannter Diabetes mit einer schlechten Prognose für COVID-19 einhergeht. Aktuelle Studien haben die Möglichkeit aufgezeigt, dass SARS-CoV-2 auch Diabetes verursachen kann. Wir fanden heraus, dass neue Fälle von Typ-2-Diabetes bei Patient*innen, die in allgemeinmedizinischen und internistischen Praxen positiv auf COVID-19 getestet wurden, häufiger auftraten als bei Patient*innen mit einer akuten Infektion der oberen Atemwege. Die Neuerkrankungsrate lag bei 15,8 gegenüber 12,3 pro 1.000 Personen pro Jahr in der Kontrollgruppe. Wir berechneten ein Inzidenzratenverhältnis von 1,28, was auf einen möglichen Zusammenhang zwischen einer leichten COVID-19-Infektion

und der späteren Diagnose eines Typ-2-Diabetes hindeutet. Dies war unsere wichtigste Forschungshypothese.

Wie erklären Sie sich den Zusammenhang zwischen einer Infektion mit SARS-CoV-2 und steigenden Blutzuckerwerten?

Prof. Rathmann: Eine COVID-19-Infektion kann durch eine Hochregulierung des Immunsystems auch noch nach der Remission zu Diabetes, zu einer Fehlfunktion der Betazellen und einer Insulinresistenz führen, was das Diabetesrisiko erhöht. Darüber hinaus besteht bei einigen COVID-19-Patient*innen möglicherweise bereits vor ihrer Erkrankung ein Risiko für die Entwicklung von Diabetes aufgrund von Übergewicht oder Prädiabetes, und der Stress im Zusammenhang mit COVID-19 hat diesen Prozess beschleunigt.

Wenn 3 bis 4 von 1.000 Menschen häufiger nach COVID-19 an Diabetes erkranken als nach anderen Atemwegsinfekten: Wie groß schätzen Sie die Fallzahl der neuen Risikogruppe für Typ-2-Diabetes ein?

Prof. Rathmann: Das RKI weist aktuell 23,5 Mio. Menschen mit einer dokumentierten COVID-19-Erkrankung in Deutschland aus. Der überwiegende Anteil hatte einen leichten Verlauf der Infektion. Damit haben wir eine neue große potenzielle Risikogruppe für Typ-2-Diabetes.

Ein Typ-1-Diabetes folgte nach einer Coronainfektion hingegen selten. Überrascht Sie das?

Prof. Rathmann: Die Inzidenz von Typ-1-Diabetes wurde aufgrund der geringen Fallzahl in der Studie nicht untersucht.

Für die Studie haben Sie Daten von 70.000 Patient*innen aus einer bundesweiten Praxisdatenbank ausgewertet. Welche Parameter, außer der Coronainfektion, haben Sie für diese Stichprobe noch berücksichtigt?

INTERVIEW



Prof. Dr. Wolfgang Rathmann
Deutsches Diabetes-Zentrum (DDZ),
Deutsches Zentrum für Diabetesforschung (DZD),
Leibniz-Zentrum für Diabetes-Forschung
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Foto: zVg

Prof. Rathmann: Wir haben zusammen mit IQVIA, einem Institut für statistische Auswertung im Gesundheitswesen, eine Praxisdatenbank mit 1.171 Allgemeinmediziner*innen und Internisten in ganz Deutschland zwischen März 2020 und Januar 2021 ausgewertet. In den Praxen waren 35.865 Patient*innen, bei denen COVID-19 diagnostiziert wurde, im Durchschnittsalter von 43 Jahren, mit einem Frauenanteil von 46 %. Die Inzidenz von Diabetes nach COVID-19 wurde mit einer Kohorte von Personen verglichen, bei denen im gleichen Zeitraum eine akute Infektion der oberen Atemwege, aber nicht COVID-19 diagnostiziert wurde. Wir haben diese Kontrollgruppe ausgewählt, da der Zugang zu den Praxen ähnlich ist wie bei COVID-19. Weiterhin haben wir die beiden Gruppen hinsichtlich Geschlecht, Alter, Krankenversicherung, Monat der COVID-19- oder Atemwegsinfektion und Begleiterkrankungen wie Adipositas, Hypertonie, Hyperchol-

esterinämie, Myokardinfarkt und Apoplex gematcht.

Könnten auch Bewegungs-mangel und ungesündere Ernährung während der Lockdowns eine Rolle gespielt haben?

Prof. Rathmann: Die Coronapandemie hat das Ernährungs- und Bewegungsverhalten von Erwachsenen und damit auch ihr Gewicht verändert. Nach einer Studie der Technischen Universität München haben 40 % der Befragten seit dem Beginn der Pandemie zugenommen. Etwas mehr als die Hälfte bewegt sich weniger als vor der Coronakrise. Je höher der Body-Mass-Index der Befragten, desto häufiger geben sie an, dass sie seit Beginn der Pandemie zugenommen haben. Im Durchschnitt lag die Gewichtszunahme bei 5,6 kg, bei den Befragten mit einem höheren BMI von über 30 ergibt sich sogar eine Gewichtszunahme von durchschnittlich 7,2 kg. Das spielt ebenfalls eine Rolle für das Diabetesrisiko.

Könnte es sein, dass die hohen Stoffwechselwerte nur vorübergehend auftreten – ein Typ-2-Diabetes also wieder weggeht?

Prof. Rathmann: Da die COVID-19-Patient*innen in unserer Studie nur etwa vier Monate lang beobachtet wurden, ist eine langfristige Nachbeobachtung erforderlich, um zu verstehen, ob ein Typ-2-Diabetes nach einer leichten COVID-19-Infektion nur vorübergehend ist und wieder rückgängig gemacht werden kann – oder ob es zu einer chronischen Erkrankung führt.

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft fordert ein Diabetes-Screening mit HbA_{1c}-Messung. Bei Millionen Betroffenen ein immenser zeitlicher und finanzieller Aufwand. Sind Sie optimistisch, dass dieses Screening kommt?

»Auf COVID- und Diabetes-Symptome achten!«

Prof. Rathmann: Zunächst sollten Ärzt*innen und Patient*innen nach überstandener COVID-19-Erkrankung auch an Diabetes denken: Abgeschlagenheit, Müdigkeit und Schwäche sind Symptome, die sowohl bei Typ-2-Diabetes als auch nach einer COVID-19-Erkrankung als Corona-Langzeitfolge auftreten können. Bei Auftreten dieser Verdachtssymptome sollte nach einer Coronainfektion unbedingt auch ein Diabetes-Screening mit Langzeitblutzuckermessung durchgeführt werden. Für ein generelles Diabetes-Screening nach COVID-19 scheint mir die Datenlage noch nicht ausreichend zu sein.

Welches Studienprojekt fassen Sie als nächstes ins Auge bzw. läuft schon?

Prof. Rathmann: Wir werten derzeit longitudinale Daten von neuen Insulinverordnungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland aus und korrelieren diese Verläufe mit den COVID-19-Inzidenzen, die vom Robert Koch-Institut berichtet wurden. Damit wollen wir die Frage untersuchen, ob eine Coronainfektion direkt das Risiko für Typ-1-Diabetes erhöht. Schließlich werten wir Daten von Menschen aus, die in Praxen eine COVID-19-Impfung erhalten haben, um zu untersuchen, ob das Diabetesrisiko nach Impfung ansteigt.

Herr Professor Rathmann, herzlichen Dank für die Informationen.

Interview: Günter Nuber

1. Rathmann W et al. Diabetologia 2022; 16: 1-6; doi: 10.1007/s00125-022-05670-0

23,5 Mio. COVID-19-Patient*innen: meist leichter Verlauf.



»Wir haben eine neue große potenzielle Risikogruppe für Typ-2-Diabetes«

Wissen auf Knopfdruck

Hochwertige Leitlinien digital verfügbar machen

BERLIN. Anlässlich des Berliner Forums der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) berichteten Experten jüngst über die Notwendigkeit, neues Wissen besser verfügbar zu machen, damit dieses Patient*innen schneller zugutekommen kann. Der Innovationsfonds hilft bereits mit Förderung. Geplant ist ein Onlinezugang zu Leitlinienwissen.

An der Erstellung von medizinischen Leitlinien arbeiten inzwischen 180 Fachgesellschaften mit, vielfach sind sie interdisziplinär am Werk. Das berichtet Prof. Dr. ROLF-DETLEF TREEDE, Präsident der AWMF. Gefördert wird diese Arbeit jetzt vom Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Es sei jedoch eine Intensivierung und Verstärkung notwendig. Bedarf besteht laut Prof. Treede auch an einer nationalen Strategie, um evidenzbasiertes Wissen in digitale Gesundheitsanwendungen, Patienteninformationen oder Arztinformationssysteme zu integrieren.

41 Projekte erhalten Förderung durch den Innovationsfonds

Im Vergleich zu anderen europäischen Staaten gebe es hierzulande weniger hochwertige Leitlinien, insbesondere in Therapiegebieten außerhalb der normalen Versorgungsrealität, wie etwa bei Orphan Diseases, meint der Unparteiische Vorsitzende des G-BA Prof. JOSEF HECKEN. Vor dreieinhalb Jahren sei er deshalb an den Gesetzgeber herangetreten und habe angeregt, aus Mitteln der Versorgungsforschung jährlich mindestens fünf Mio. Euro für die Pflege und Entwicklung von Leitlinien zur Verfügung zu stellen. In Kooperation mit der AWMF sei dann ein Verfahren entwickelt worden zur Auswahl der Ausschreibungsfelder.

Der finanzielle und personelle Aufwand für das Erarbeiten systematisch hochwertiger Leitlinien sei enorm und übersteige zunehmend die Ressourcen selbst großer Fachgesellschaften, so Prof. Hecken. „Deshalb bedarf es einer unabhängigen Finanzierung, die der Innovationsfonds gewährleisten will.“ Bisher sind in zwei Auswahlrunden 41 von insgesamt 62 beantragten Projekten für eine Förderung ausgewählt worden. Das Fördervolumen beträgt in Summe 12,7 Mio. Euro.

Die nächste große Herausforderung für AWMF und G-BA ist es, die Digitalisierung von Leitlinien schnell bewerkstelligen zu können. Neues Wissen habe nur dann einen Wert, wenn der Arzt auf Knopfdruck sehe, was der letzte Stand in der Leitlinie sei, sagt Prof. Hecken. Der Innovationsfonds werde auch ein Projekt ausschreiben zur Digitalisierung von Leitlinien – mit AWMF-Begleitung.

Der Vize-Präsident der AWMF, Prof. Dr. Dr. HENNING SCHLIEPHAKE, merkt an: In Deutschland gebe es zwar sehr viele Gesundheitsdaten, dies sei aber „ein gut behüteter Datenschatz“. Er regt an, zu beraten, wie man Datenfriedhöfe besser nutzbar machen könne. Als weitere Hürde für Forschende nennt Prof. Schliephake fehlende Karrierepfade; oft fehle es an Zeit für die wissenschaftliche Arbeit. Und auch bei legislativen und

administrativen Rahmenbedingungen sieht er Optimierungsbedarf: „Bürokratischen Hürden verstärken das Negativszenario beim wissenschaftlichen Nachwuchs noch und lassen eine wissenschaftlich orientierte Laufbahn neben der klinischen Ausbildung als unattraktiv erscheinen.“

Auf eine enge Zusammenarbeit in Initiativen und Partnerschaften, um Patient*innen einen raschen und umfassenden Zugang zu wirksamen



In Deutschland sind 180 Fachgesellschaften an der Erstellung medizinischer Leitlinien beteiligt.

Foto: MQ-Illustrations – stock.adobe.com

und sicheren Produkten zu ermöglichen, setzt Prof. Dr. KARL BROICH, Präsident des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte. Zudem müssten Datenqualität und Datenbasis – randomisierte Studien und Real-World-Data – stimmen. Das sei die Voraussetzung für Evi-

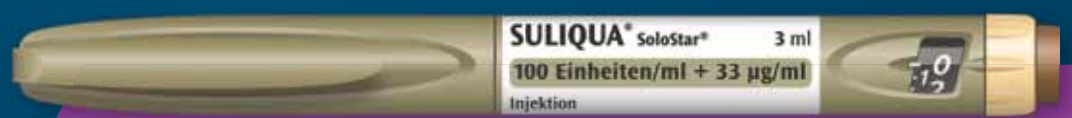
denz. Helfen könne dabei der Aufbau des Forschungsdatenzentrums. Das Ziel sei hierbei, die Daten nutzerfreundlich aufzubereiten.

Cornelia Kolbeck

AWMF-Presskonferenz „Von der Evidenz in die Versorgung – Chancen und Risiken für die aktuelle Legislaturperiode“, Berlin, 26. April 2022

SULIQUA®
Insulin glargin (100 E/ml) und Lixisenatid

DAS SULIQUA®
EINMALEINS
Einfach wie eine BOT*.
Ein Pen.
Einmal täglich[§].



SULIQUA® – der BOT Verstärker von SANOFI

Komplementäre Kontrolle des Nüchtern- und des postprandialen Blutzuckers¹⁻⁶

* Einfach eine Injektion pro Tag
§ Eine Stunde vor der am besten geeigneten Mahlzeit*
* im Allgemeinen die Hauptmahlzeit (sollte jeden Tag die gleiche Mahlzeit sein)

1. SULIQUA® Fachinformation, Stand: Januar 2022. 2. Aroda VR et al. *Diabetes Care*. 2016; 39(11):1972-1980. 3. Gerstein HC et al. *N Engl J Med* 2012; 367:319-28. 4. Werner U et al. *Regul Pept* 2010; 164:58-64. 5. Meier JJ. *Nat Rev Endocrinol* 2012; 8:728-42. 6. Lorenz M et al. *Regul Pept* 2013; 185:1-8.

Suliqua® 100 Einheiten/ml + 33 Mikrogramm/ml Injektionslösung im Fertipen.

Wirkstoffe: Insulin glargin und Lixisenatid. **Zusammens.**: Insulin glargin 100 E/ml und Lixisenatid 33 µg/ml. Jeder Fertipen enthält 300 Einheiten Insulin glargin und 100 Mikrogramm Lixisenatid in 3 ml Lösung. Sonst. Bestand. 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 Erkr.:: Gelegentlich: Nasopharyngitis, Infekt. der oberen Atemwege. **Immunsys.:** Gelegentlich: Urtikaria. **Stoffwechsel/ Ernährungsstör.:** Sehr häufig: Hypoglykämie. **Nervensyst.:** Häufig: Schwindel. Gelegentlich: Kopfschm. **Gastrointestinaltrakt:** Häufig: Übelkeit, Diarrhö, Erbrechen. Gelegentlich: Dyspepsie, Abdschmerz. **Haut/Unterhautzellgew.:** Nicht bekannt: Kutane Amyloidose, Lipodystrophie. **Allg./Verabr.art:** Häufig: Reaktionen a. d. Inj.stelle. Gelegentlich: Ermüdung. **Verschreibungspflichtig.** **Pharmazeutischer Unternehmer:** sanofi-aventis groupe, 54, rue La Boétie, F-75008 Paris, Frankreich. Örtlicher Vertreter d. Zulassungsinhabers: Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, D-65926 Frankfurt am Main. **Stand:** Januar 2022

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden.

sanofi

»Datenqualität muss stimmen«

Diäten, Biomarker, COVID-19 & Co.

Forschende des DZD präsentieren News aus der Diabetesforschung

OBERSCHLEISSHEIM. An allen DZD-Standorten arbeiten Wissenschaftler*innen daran, die Prävention und die Therapie des Diabetes zu verbessern. Und sie kommunizieren das: in wenigen Tagen beim Diabetes Kongress 2022 im Mai in Berlin und das ganze Jahr über auf der Webseite dzd-ev.de.



DZD
Deutsches Zentrum
für Diabetesforschung

Neue Methode: Lipidomik

Lipide für Herz- und Diabeteserkrankungen identifiziert

Der Fettstoffwechsel spielt eine wichtige Rolle bei der Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Typ-2-Diabetes.

Bisherige Studien haben gezeigt, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Typ-2-Diabetes eng mit dem Fettstoffwechsel verbunden sind. Über die molekularen Zusammenhänge ist bislang jedoch wenig bekannt. Das Team um Dr. FABIAN EICHELMANN vom DIfE und DZD hat mithilfe der Lipidomik, einer modernen analytischen Methode, jene Lipide identifiziert, die statistisch mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen



und Typ-2-Diabetes assoziiert sind. Zudem stellten die Wissenschaftler*innen fest, dass eine Diät mit erhöhtem Anteil ungesättigter Fettsäuren zur Reduktion der risikoassoziierten Lipide und zur Steigerung der risikoarmen Lipide führt. „Die identifizierten Lipide können als Biomarker für ein erhöhtes Risiko dienen. Zukünftige Risikovorhersage-Modelle können darauf aufbauen“, so Prof. Dr. MATTHIAS SCHULZE, Leiter der Abteilung Molekulare Epidemiologie und der EPIC-Potsdam-Studie am DIfE. Die Ergebnisse wurden im Journal „Circulation“ veröffentlicht. *amo*

Diabetesinfos auf Ukrainisch

Diabeteswissen für geflüchtete Menschen

Geflüchtete Personen aus der Ukraine können deutschsprachige Therapiehinweise oft nicht verstehen. Jetzt gibt es Hilfe.

Für Menschen mit Diabetes aus der Ukraine und deutsche Diabetes-Fachkräfte, die Geflüchtete unterstützen, hat das nationale Diabetesinformationsportal diabinfo.de nützliche Informationen rund um die Diabeteserkrankung wie Webseite-Links, Ratgeber, Infobroschüren u.a. zusammengestellt. Damit soll die Kommunikation zwischen ukra-



inischen Diabetespatient*innen und Diabetes-Teams und die notwendige medizinische Versorgung verbessert werden. Zudem gibt es wertvolle Tipps für Kinder mit Diabetes, trotz chronischer Erkrankung den Kindergarten und die Schule besuchen zu können. Weitere Infos sind zum Thema „Diabetes und Beruf“ zu finden. *amo*

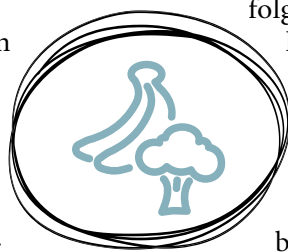
Das Angebot ist zweisprachig auf Ukrainisch und Deutsch:
diabinfo.de/leben/info-ecke/informationen-auf-ukrainisch.html

Kalorien und Mikrobiom

Kalorienarme Kost kann positiv für Immunsystem sein

Eine kalorienreduzierte Ernährung kann die Entstehung von Stoffwechselerkrankungen hinauszögern und wirkt positiv auf das Immunsystem.

Forscher*innen konnten erstmals zeigen, dass dieser Effekt über ein verändertes Darmmikrobiom* vermittelt wird, das die Verschlechterung des Immunsystems im Alter (Immunseneszenz) verlangsamt. „Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass die positiven Auswirkungen einer kalorienarmen Ernährung auf den Stoffwechsel und das Immunsystem über das Darmmikrobiom vermittelt werden“, fasst JULIA SBIERSKI-KIND, Erstauteurin der Studie, zusammen.



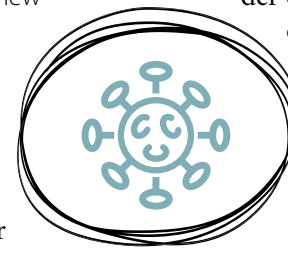
Die Studienautor*innen betonen jedoch, dass die Untersuchung bislang nur mit dem Mikrobiom eines Menschen durchgeführt wurde und weitere Experimente folgen müssten. Die neuen Erkenntnisse könnten langfristig auch für die medizinische Praxis interessant sein. „Ein verbessertes Verständnis des komplexen Zusammenspiels zwischen Ernährung, Mikrobiom und Immunsystem kann die Grundlagen für die Entwicklung neuartiger mikrobiombasierter, therapeutischer Optionen für die Behandlung von Stoffwechselerkrankungen und Immunerkrankungen legen“, betont REINER JUMPERTZ-VON SCHWARTZENBERG, Letztauteur der Studie. Die Studie ist in „Microbiome“ erschienen. *amo*

Typ-2-Diabetes und Corona

Höheres Diabetesrisiko nach COVID-19-Erkrankung

Nach einer Covid-19-Erkrankung steigt das Risiko für einen Typ-2-Diabetes. Zu diesem Ergebnis kommt ein Forscherteam mit DZD-Beteiligung anhand einer deutschlandweiten Studie (siehe Interview auf S. 6).

„Ziel unserer Studie war es, das Auftreten von Diabetes nach einer Infektion mit SARS-CoV-2 zu erforschen“, sagt Erstauteur Prof. Dr. Wolfgang Rathmann, Leiter der Forschungsgruppe Epidemiologie beim DZD-Partner Deutsches Diabetes-Zentrum (DDZ). Um diese Frage zu untersuchen, führten Forschende des DDZ, Deutschen Zentrums für Diabetesforschung (DZD) und IQVIA (Frankfurt) eine retrospektive Kohortenstudie mit 1.171 Arztpraxen in Deutschland durch (März 2020 bis Januar 2021: 8,8 Millio-



nen Patient*innen). Die Nachbeobachtung ging bis Juli 2021. Zum Vergleich wählten die Forschenden eine Gruppe von Personen mit akuten Infektionen der oberen Atemwege (AURI), die ebenfalls häufig durch Viren verursacht werden. Im Untersuchungszeitraum erkrankten 35.865 Menschen an COVID-19. „Unsere Auswertungen zeigten, dass Patient*innen mit COVID-19 im Vergleich zu Menschen mit AURI häufiger einen Typ-2-Diabetes entwickelten. Das relative Risiko, an Typ-2-Diabetes zu erkranken, war in der COVID-Gruppe um 28 % höher als in der AURI-Gruppe“, so Prof. Rathmann. Die Ergebnisse wurden in der Fachzeitschrift „Diabetologia“ veröffentlicht. *amo*

Diabetesforschung für den Nachwuchs

10. DZD Diabetes Research School 2022 in Stockholm

STOCKHOLM. Für junge Diabetesforschende aus aller Welt, veranstaltet vor dem Annual Meeting der European Association for the Study of Diabetes (EASD) und erstmals wieder als Präsenzveranstaltung: Merken Sie sich schon jetzt den Termin für die 10. DZD Diabetes Research School 2022 vor!

Das Deutsche Zentrum für Diabetesforschung (DZD) veranstaltet jährlich eine Konferenz für

Nachwuchswissenschaftler*innen in der Diabetesforschung. Die 10. DZD Diabetes Research School (DRS) findet nach zwei Jahren mit Online-Formaten erstmals wieder in Präsenz statt. Im Vorfeld der Jahrestagung der EASD wird vom 17. – 19. September in Stockholm ein intensives Programm mit hochkarätigen Referierenden aus der aktuellen Diabetesforschung und über zukunftsweisende For-

schungsbereiche geboten. Eingeladen sind alle an Diabetes- und Metabolismusforschung interessierte Doktorand*innen, Postdocs und forschende Ärzt*innen. Die Teilnehmenden können in Posterbeiträgen eigenen Projekte präsentieren. Für intensiven Austausch und Netzwerken zur Diabetesforschung sorgen Diskussionsrunden und Abendveranstaltungen. Die DZD International Diabetes Research



Foto: iStock/SolStock

School ist der alljährliche Höhepunkt von DZD NEXT, dem DZD-Nachwuchsförderprogramm für junge Forschertalente. Die Teilnahme und die Unterkunft sind kostenlos. Die Anmeldung öffnet im Juli. *amo*

Für aktuelle Informationen können sich Interessierte für den DRS-Newsletter anmelden:

bit.ly/3kGQvWc



Kindgerechtes Selbstmanagement im Sommercamp

KiDS-Kurs 2022 vom 16. bis 30. Juli

BREMSDORF. Glukosemessung, Ernährungsfragen, Sportanpassung: Wissenswertes rund um ein kindgerechtes Diabetes-Selbstmanagement gibt es beim KiDS-Kurs 2022, der vom 16. bis 30. Juli in der Jugendherberge Bremsdorfer Mühle, Brandenburg – und „endlich wieder“ als Präsenzveranstaltung stattfindet, betont Diabetologe Dr. Karsten Milek, Hohenmölsen.

Zwei Jahre musste der KiDS-Kurs coronabedingt online über die Bühne gehen, jetzt geht es aber wieder richtig los mit dem beliebten Sommercamp, das immer mit viel Wissensvermittlung, Bewegung und Spaß verbunden ist. Der 14-tägige Behandlungs- und Schulungskurs für Kinder und Jugendliche mit Typ-1-Diabetes verfolgt ein medizinisches Konzept. Neben Schulungen und medizinischen Untersuchungen stehen auch Ausflüge, Sportwettkämpfe und sonstige Freizeitaktivitäten auf dem Programm. „Somit wird die Kur für Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus gleichzeitig zum Ferienerlebnis“, betonen die Veranstalter Dr. Karsten Milek und seine Ehefrau Dr. Susanne Milek, die das Konzept des Kurses maßgeblich immer weiter entwickelt hat.

Schulung und Spaß für 6- bis 16-Jährige

100 Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 16 Jahren lernen jedes Jahr unter professioneller Anleitung, je nach Glukosewert richtig zu reagieren. „Die jungen Patient*innen lernen aber nicht nur, ihren Körper zu verstehen, sondern auch soziale Kompetenzen“, betont Dr. Milek. Kontinuierliche Glukosekontrollen und eine Vielzahl von medizinischen Untersuchungen werden vorgenommen, um für die jungen Menschen mit Typ-1-Diabetes künftig Krankenhausaufenthalte und Schulfehl-tage möglichst zu minimieren.

Für alle Teilnehmenden findet – je nach Alter und individuellem Entwicklungsstand – zudem ein Schulungsprogramm statt, u.a. zu den Themen Hypoglykämien und Stoffwechselentgleisungen, Insulinarten,

Selbstkontrolle, Kohlenhydratschätzung. Ein*e Betreuer*in im KiDS-Kurs ist im Schnitt für zwei Kinder verantwortlich. Wer noch die eine oder andere Betreuung übernehmen

Für junge Menschen mit Typ-1-Diabetes: der KiDS-Kurs.

möchte, kann sich gerne an die Veranstalter, Dr. Karsten Milek und Dr. Susanne Milek, wenden. *amo*

Weitere Infos gibt es unter: kids-kurs.info

Foto: New Africa – stock.adobe.com

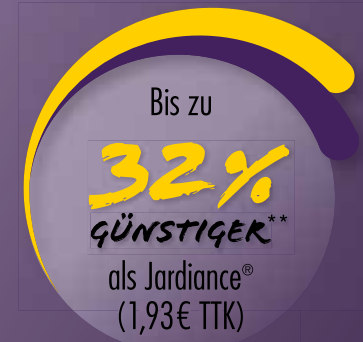
NEU: Das Monopräparat Ertugliflozin

Steglatro®
Ertugliflozin, MSD

STEGLATRO® – effektive HbA_{1c}-Senkung*¹ mit den niedrigsten Tagestherapiekosten unter den SGLT-2-Hemmern für die Typ-2-Diabetestherapie:

Vergleich mit ausgewählten SGLT-2-Hemmern:

STEGLATRO®
1,30€ TTK**



Alle gezeigten Monosubstanzen sind u. a. für die Behandlung von Erwachsenen mit unzureichend kontrolliertem Typ-2 Diabetes mellitus als Ergänzung zu Diät und Bewegung angezeigt.¹⁻³ Andere Indikationen wurden nicht berücksichtigt.

+ Kassenverträge

Zusätzlich erfahren Sie hier, mit welchen Krankenkassen MSD **Kassenverträge** zu STEGLATRO® abgeschlossen hat und wie Sie somit möglichst wirtschaftlich verordnen können.



m.msd.de/8vW

* Zusätzliche HbA_{1c}-Senkung um 0,7% nach 26 Wochen.

** Tagestherapiekosten (TTK) auf Basis des Apothekenverkaufspreis (AVP). Lauer-Taxe Stand 01.03.2022, abgefragt 01.03.2022. TTK entsprechen bei einmal täglicher Gabe einer Tablette dem Feld „Grundpreis“, ausgehend von der größten Packungsgröße: Jardiance® 10 mg N3 = 100 Tbl, Forxiga® 5 mg N3 = 98 Tbl, Steglatro® 5 mg N3 = 98 Tbl.

1. Fachinformation STEGLATRO®, Stand: Oktober 2021. 2. Fachinformation Forxiga®, Stand: November 2021. 3. Fachinformation Jardiance®, Stand: Oktober 2021.



Steglatro® 5 mg Filmtabletten
Steglatro® 15 mg Filmtabletten

Wirkstoff: Ertugliflozin **Zus.: Arznei. wirts. Bestandt.:** Jede Tbl. enth. 5 mg bzw. 15 mg Ertugliflozin (als Ertugliflozin-Pidolsäure). **Sonst. Bestandt.:** Mikrokrist. Cellulose (E 460), Lactose-Monohydrat, Carboxymethylstärke-Natrium (Typ A), Magnesiumstearat (E 470b), Hypromellose (2910/6) (E 464), Macrogol 3350 (E 1521), Triacetin (E 1518), Titandioxid (E 171), Eisen(III)-oxid (E 172) **Anw.:** Zur Behandl. v. Erw. m. unzureichend kontroll. Typ-2 Diabetes mellitus als Ergänzung zu Diät u. Beweg. als Monother., wenn Metformin aufgr. v. Unverträglichk. od. Gegenanz. nicht geeignet ist; zusätzl. zu anderen Arzneim. zur Behandl. von Diabetes. **Gegenanz.:** Überempf.-keit gg. d. Wirkstoff od. e. d. sonst. Bestandt. **Vorsicht bei:** Komb. m. Insulin od. Insulin-Sekretagogum; Pat. m. Hypovolämie; Pat. m. eingeschr. Nierenfkt.; älteren Pat. (> 65 Jahre); Pat., d. Diuretika einnehmen; Pat. unter Antihypertonika, m. Hypotonie in d. Vorgeschichte; Pat. m. Erkrank., d. zu Flüssigkeitsverlust führen können; Pat. m. erhöhtem Risiko für e. diabet. Ketoazidose; Pat. m. Pilzinfekt. in d. Vorgeschichte; Männern ohne Beschneidung; Pat. m. Herzinsuff. NYHA Klasse IV. **Nicht empf.:** Pat. m. eGFR < 45 ml/min/1,73 m² od. CrCl < 45 ml/min; Pat. m. schwerer Einschr. d. Leberfkt.; Pat., die unter e. SGLT2-Inhib. diabet. Ketoazidose hatten. **Nicht anv.:** Pat. m. Typ-1-Diabetes; Pat. m. schwerer Einschr. d. Nierenfkt.; Pat. m. terminaler Niereninsuffizienz; dialysepflichtigen Pat.; Schwangerschaft; Stillzeit. **Nebenv.:** Sehr häufig: Vulvovag. Pilzinfekt. u. and. genit. Pilzinfekt. b. Frauen; Harnwegsinfekt. **Häufig:** Candida-Balanitis u. and. genit. Pilzinfekt. b. Männern. Hypoglykämie. Hypovolämie. Erhöht. Hamdrang. Vulvovaginaler Pruritus. Durst. Serumlipide veränd., Hämoglobin erhöht; BUN erhöht. **Gelegentl.:** Dysurie; Kreatinin im Blut erhöht; glomeruläre Filtrationsrate vermind. **Selten:** Diabet. Ketoazidose. **Häufig nicht bekannt:** Nekrotisierende Faszitis d. Perineums (Fournier-Gangrän). **Hinw.:** Nierenfkt. vor Beginn u. in regelm. Abständen während d. Behandl. überprüfen. Zur Blutzuckerkontrolle keine Urintests auf Glucose verw. Überwachung d. Blutzuckerkontrolle mit 1,5 AG Assays nicht empfohlen. Pat. routinemäßige Fußpflege empfehlen. **Warnhinw.:** Enthält Lactose. **Verschreibungspflichtig. Bitte lesen Sie vor Verordnung von Steglatro® die Fachinformation!** Pharmazeutischer Unternehmer: Merck Sharp & Dohme B.V., Waarderweg 39, 2031 BN Haarlem, Niederlande; Lokaler Ansprechpartner: MSD Sharp & Dohme GmbH, Levelingstr. 4a, 81673 München
MSD Infocenter: Tel. 0800 673 673 673, Fax 0800 673 673 329, E-Mail: infocenter@msd.de

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

Neuer Podcast!

O-Ton Diabetologie

O-Ton-Diabetologie heißt der neue Podcast der #MedTriX Group. Alle zwei Wochen sprechen wir mit Expertinnen



über Behandlung, Forschung, Technologie und die Menschen in der Diabetologie. Im Trailer stellen wir das Team um Jochen Schlabing, Michael Reischmann und Günter Nuber vor. Die erste Folge er-

scheint zum Diabetes Kongress 2022. Erste Gäste sind Dr. Karsten Milek und Prof. Dr. Anette-Gabriele Ziegler. Abonnieren Sie uns!





**DIABETES
KONGRESS
2022 DDG**



Alle Vorträge vor Ort!

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

**Jetzt
anmelden!**

www.diabeteskongress.de



Internationale Highlights dank Hybridformat

Beim Diabetes Kongress der DDG steht die Vernetzung der Disziplinen im Fokus

BERLIN. Vom 25. bis 28. Mai findet der Diabetes Kongress der DDG statt, sowohl vor Ort in der Hauptstadt als auch online. Kongresspräsident Prof. Dr. Jens Aberle erzählt, welche neuen Chancen das Hybridformat bietet und worauf sich Besucher*innen besonders freuen können.

? Der Kongress findet im Hybridformat statt. Erstmals seit zwei Jahren ist der Kongressbesuch also wieder in Berlin möglich. Freuen Sie sich auf den direkten Austausch?

Prof. Dr. Jens Aberle: Ja, wir freuen uns sehr, dass erstmals seit 2019 wieder eine Teilnahme vor Ort möglich sein wird. Der Besuch der führenden Diabetesfachveranstaltung im deutschsprachigen Raum bietet die einzigartige Chance auf einen direkten Austausch und interdisziplinäres Netzwerken, was durch digitale Lösungen nicht vollständig ersetzt werden kann. In gewohnter Weise wird es auch wieder die Möglichkeit einer großen Industrieausstellung geben – ein traditioneller Treffpunkt vieler Kongressbesucher*innen. Der Kongress findet als hybride Veranstaltung statt, wir hoffen jedoch auf viele persönliche Begegnungen vor Ort, die Anmeldezahlen sind bereits großartig.

? Welche neuen Chancen bietet das Hybridformat?

Prof. Aberle: Neben etwas größerer Planungssicherheit ist ein wesentlicher Vorteil des Hybridformats die damit verbundene größere Reichweite unserer Veranstaltung – mehr Teilnehmende können informiert und eingebunden werden. Die Vor-Ort-Komponente schafft dabei eine lebendige Atmosphäre. Und natürlich ist das Konzept vor allem für diejenigen interessant, die aus zeitlichen, ökologischen und finanziellen Gründen nicht vor Ort sein können. Das Format ist zudem attraktiv für internationale Referent*innen, die wir so für den Kongress gewinnen konnten und sicherlich eine Bereicherung für die Veranstaltung darstellen werden.

? Das Kongressmotto lautet „Hand in Hand zum Ziel – einfach.besser.messbar.“ Das klingt, als werde die Kooperation der Fachdisziplinen im Fokus stehen. Warum ist dieses Thema so wichtig?

Prof. Aberle: Das ist richtig. Insbesondere durch den pharmakologischen und technischen Fortschritt ist die Diabetologie in den vergangenen Jahren zunehmend interdisziplinär geworden. Diabetolog*innen und Diabetesberater*innen kooperieren mehr denn je mit unterschiedlichen Fachdisziplinen. Kommunikationsfähigkeit, Verantwortungsgefühl und Zielorientierung der einzelnen Teammitglieder stellen dabei eine wichtige Voraussetzung für den Erfolg des gesamten Behandlungsteams dar. Und diesen besonderen Aspekt möchten wir anhand unserer Themenschwerpunkte betonen.

? Es heißt, ein Leitmotiv des Kongresses sei es, die Rolle der Diabetologie im Zentrum der fachübergreifenden Versorgung zu definieren. Was bedeutet das?

Prof. Aberle: Im Vordergrund steht hier die Organprotektion in der Therapie des Diabetes mellitus und die Rolle des/der Diabetolog*in in der Versorgung von Risikopatient*innen im Hinblick auf eine individuelle, sichere und effektive Kardio- und

INTERVIEW



Prof. Dr. Jens Aberle
Präsident des Diabetes Kongresses 2022
Mitglied im Vorstand der DDG
UKE Hamburg
Foto: zVg



Der persönliche Austausch macht Kongressbesuche interessant. Foto: © DDG/Dirk Deckbar

nachgefragt

verbesserte Koordination und Vernetzung der Sektoren stellt eine dringliche Herausforderung in der Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus dar.

? Auf welche Highlights können sich die Besucher*innen in diesem Jahr ganz besonders freuen?

Prof. Aberle: Ein Highlight stellt sicherlich der internationale Strang dar: An zwei von fünf Kongresstagen wird es Symposien in englischer Sprache geben, in denen renommierte internationale Referierende die neuesten Entwicklungen in

der Erforschung und Behandlung des Diabetes mellitus beleuchten. Zudem wird es neue Formen interaktiver und moderierter Symposien geben. Und natürlich freuen wir uns auf die KeyNote von Wissenschaftsastronaut Professor Dr. Ulrich Walter von der Technischen Universität München zum Thema „Faszination Raumfahrt“. Professor Walter verbrachte selbst mehrere Tage im Weltraum und nimmt die Teilnehmenden mit in die bewegte Geschichte der Raumfahrt und die damit verbundenen Herausforderungen.

Interview: Isabel Aulehla



Start frei für die DDG Medienpreise 2022

„Inklusion und Teilhabe: Welche Wege bei Menschen mit Diabetes aus der möglichen Isolation führen.“

So lautet das Thema der diesjährigen Ausschreibung der DDG Medienpreise für Journalist*innen aus dem deutschsprachigen Raum. Berücksichtigt werden Veröffentlichungen aus dem Zeitraum 1.8.2021 bis 31.7.2022.

Jeder der drei Preise in den Kategorien Hören, Sehen und Lesen ist mit 2.000 Euro dotiert. Die Entscheidungen fällt eine Jury aus Journalist*innen unter Leitung der DDG. Die Preisvergabe erfolgt auf der Herbsttagung der DDG.

Zur Ausschreibung:
bit.ly/ddg-medienpreise-22



Save the Date – Rahmenprogramm

■ Eröffnungsveranstaltung

Mittwoch, 25. Mai 2022
16:15 – 17:15 Uhr
Raum A8 (hybrid)

■ Get-together

Mittwoch 25. Mai 2022
17:15 – 19:30 Uhr
Foyer Cube Café (Ebene 2)

■ Diabetes-Lauf

Donnerstag, 26. Mai 2022
17:45 Uhr
vor dem CityCube

■ DDG Mitgliederversammlung

Freitag, 27. Mai 2022
08:00 – 09:30 Uhr
Raum A5 (nur vor Ort)

■ DDG Night

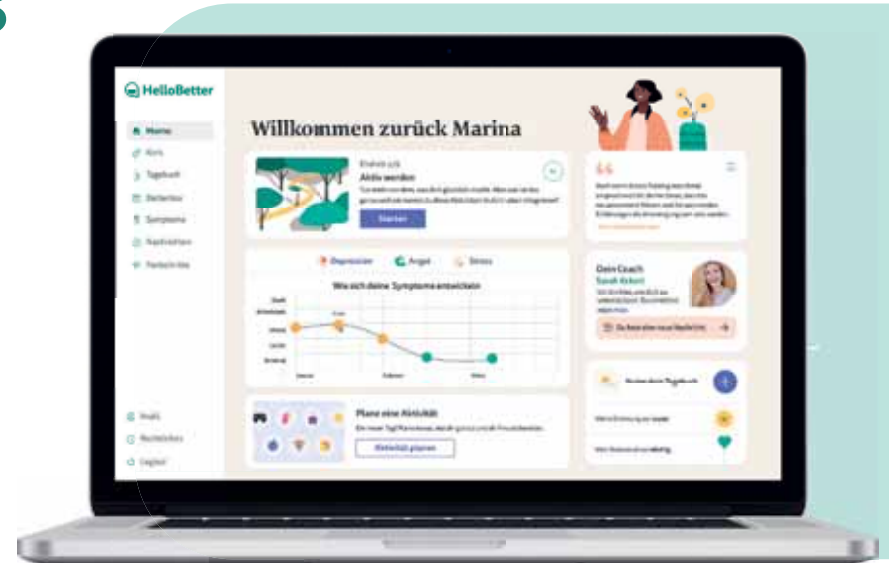
Freitag, 27. Mai 2022, 19:00 Uhr
Spindler & Klatt

Nephroprotektion. Anhand von zahlreichen Symposien, Kurzvorträgen und Posterpräsentationen soll zudem diskutiert werden, wie Kooperation und Koordination zwischen klinisch tätigen und niedergelassenen Ärzt*innen, Forschenden sowie nicht-ärztlichen Mitgliedern des Behandlungsteams optimiert werden können. Denn gerade die

NEU: Therapieoption bei Diabetes und Depression

Das erste Medizinprodukt für depressive Beschwerden bei Diabetes

Belastende Gefühle, Sorgen, Energielosigkeit – vielfach stehen depressive Beschwerden und eine Diabeteserkrankung in einem engen Zusammenhang. Doch die Suche nach professioneller Unterstützung, die auf die speziellen Bedürfnisse von Menschen mit Diabetes zugeschnitten ist, gestaltet sich oft schwierig. In der Regel ist sie mit langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz verbunden. Vor diesem Hintergrund kommen nun digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) ins Spiel.



- **Per Rezept verschreibbar**
PZN 17937797
- **Bei E10 und E11 Indikation**
Keine F-Diagnose benötigt
- **Extrabudgetär**
Abrechnung: GOÄ 01470 (18 Punkte)
- **Erfahren Sie mehr auf**
hellobetter.de/fuer_aerzte



Höchste Sicherheit beim Datenschutz

HelloBetter hat sich nach ISO 27001 zertifizieren lassen. Sämtliche Daten werden ausschließlich auf deutschen Servern und nur pseudonymisiert verarbeitet.



So funktioniert das Therapieprogramm

Die Behandlung erfolgt im Rahmen eines Online-Therapieprogramms und beruht auf bewährten Strategien aus der kognitiven Verhaltenstherapie. Das Programm ist dabei speziell auf die Bedürfnisse von Menschen mit Diabetes angepasst, die unterpsychischen Beschwerden leiden.

Die Webanwendung besteht aus sechs Kurseinheiten sowie einer abschließenden Auffrischungseinheit (jeweils 45 bis 60 Minuten). **Nach jeder Einheit erhalten die Teilnehmenden ein persönliches, schriftliches Feedback durch geschulte Psychologen.**

Zusätzlich steht eine begleitende App zur Verfügung, die ein digitales Tagebuch, einen Symptom- und Stimmungstracker, einen Aktivitätenplaner und eine Erinnerungsfunktion umfasst.

Über HelloBetter

HelloBetter ist seit 2015 als universitäre Ausgründung am Markt und entwickelt mit führenden Wissenschaftlern und Psychologen digitale Therapieprogramme. Die digitale Gesundheitsanwendung *HelloBetter Diabetes & Depression* ist eine von fünf zugelassenen Anwendungen.



Besuchen Sie uns auf dem DDG Kongress – wir freuen uns auf ein persönliches Gespräch.

25. bis 28.05.2022

**Halle B
Stand 55**

In Kooperation mit:





DIABETES KONGRESS 2022 DDG

25.-28. Mai 2022
Hand in Hand zum Ziel –
einfach.besser.messbar.
Der hybride
Diabetes Kongress
www.diabeteskongress.de

Alle Vorträge vor Ort!

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

Jetzt
anmelden!

www.diabeteskongress.de



Willkommen zum Diabetes Kongress!

Freuen Sie sich auf ein abwechslungsreiches Programm und ein persönliches Wiedersehen

Workshop

Teilnahme nur vor Ort möglich,
anmelde- und kostenpflichtig

Sonographie in der Diabetologie

Vorsitz: Dr. Peter Matheiwetz
Donnerstag, den 26. Mai 2022, 16:00 – 17:30 Uhr

Die Abdomensonographie ist als breit verfügbares bildgebendes Verfahren, das schnelle und aussagekräftige Ergebnisse liefert, bestens geeignet, um Begleiterkrankungen, Folgekomplikationen und gelegentlich auch Ursachen des Diabetes mellitus, etwa an der Leber oder der Bauchspeicheldrüse, zu erkennen.

Der Workshop richtet sich an alle sonographisch Interessierten, unabhängig vom Ausbildungsstand. Es werden die Grundlagen der sonographischen Diagnostik diffuser und fokaler Leber- und Pankreasveränderungen dargestellt und differenzialdiagnostische Überlegungen anhand ausgewählter Fallbeispiele interaktiv erarbeitet.

Workshop

Teilnahme nur vor Ort möglich,
anmelde- und kostenpflichtig

Insulinanpassung bei Sport (Wiederholung)

Vorsitz: Dr. Ulrike Becker, Gesundheitspraxis Bonn und Ulrike Thurm, Praxis Dr. Andrea Paulus
Donnerstag, den 26. Mai 2022, 10:30 – 12:00 Uhr

Sport und Bewegung führen bei insulinbehandelten Menschen immer wieder zu Problemen mit der Blutzuckerkontrolle.

Es gibt viele Faktoren, die einen Einfluss auf den Blutzuckerlauf bei Bewegung haben. Zur Beratung von insulinbehandelten Sportler*innen ist es wichtig, selbst

diese Einflussgrößen zu kennen, um gemeinsam Anpassungsstrategien zu erarbeiten. In diesem Workshop werden diese Faktoren auch anhand von praktischen Beispielen vermittelt. Ein weiteres Thema sind die unterschiedlichen Anpassungsalgorithmen der gängigen AID-Systeme bei der Sportausübung.

Dieser Workshop richtet sich an alle, die insulinbehandelte Menschen zur Sportausübung beraten möchten.

Sonstiges

virtuell und
vor Ort

Gestationsdiabetes und darüber hinaus

Vorsitz: Prof. Dr. Tanja Groten, Jena, PD. Dr. Ute Schäfer-Graf, Berlin
Mittwoch, den 25. Mai 2022, 14:30 – 16:00 Uhr

Die Epigenetik gilt als Bindeglied zwischen den Genen und Umwelteinflüssen. Es geht um die Frage, welche Faktoren die Aktivitäten eines Gens beeinflussen und so die Zellentwicklung zeitweilig festlegen. Neben wissenschaftlichen Aspekten zum Gestationsdiabetes werden die Epigenetik des Typ-2-Diabetes bis hin zur Vererbungslehre der Pathogenese des Typ-1-Diabetes behandelt sowie neue Betrachtungsweisen, die eine gekonnte Aufklärung unter-

stützen kann. Belegt ist bereits, dass die Diagnose GDM intrauterin als Exposition für eine lebenslang erhöhte Prädisposition besteht, und weitere metabolische und komplexe Erkrankungen bei Nachkommen induziert. Thematisiert werden Fragen zur Stillzeit als Prävention, auch im Kontext einer Gestations-Manifestations-Analyse als Einflussfaktor. Gibt es folglich unbedingte Abhängigkeiten in der Manifestation durchs Stillen?

Komorbidityäten

virtuell und
vor Ort

Diabetische FüÙe: fachübergreifend und multiprofessionell adäquat versorgen

Symposium der AG Diabetischer Fuß der DDG
Vorsitz: Dr. Michael Eckhard, Universitätsklinikum Giessen und Marburg/GZW Diabetesklinik Bad Nauheim und Dr. med. Joachim Kersken, Krankenhaus Maria-Hilf Stadtlohn
Freitag, den 27. Mai 2022, 10:30 – 12:00 Uhr

„Diabetische FüÙe: fachübergreifend und multiprofessionell adäquat versorgen“ heißt das Symposium der AG Diabetischer Fuß. Die Versorgung der Patient*innen mit diabetischem Fußsyndrom (DFS) ist das Paradebeispiel für eine fachübergreifende Versorgung. Gerade zertifizierte Fußbehandlungseinrichtungen sind es, die koordinierend und integrativ zum Wohle der Patient*innen Initiative ergreifen. Passend dazu gibt es drei Themengebiete mit multiprofessionellen und interdisziplinär tätigen Referent*innen.

Verschiedene Nagelerkrankungen werden unter die Lupe genommen (Dr. Sybille Wunderlich, Berlin) und therapeutische Ansätze aus Sicht einer Podologin (Kerstin

Skodell, Hüfingen) und eines biomechanisch denkenden spezialisierten Fußchirurgen (Dr. Gerald Engels, Köln) vorgestellt.

Die Essentials der überarbeiteten Fassung der in Kürze erscheinenden S3 Leitlinie „Chronische Wunde“ werden ebenfalls präsentiert (Dr. Florian Thienel, Quakenbrück). Der Startschuss für einen Paradigmenwechsel fiel beim DDG Jahreskongress 2021 gemeinsam mit Prof. Dr. Isabel Sacco aus Sao Paulo: statt DFS-Patient*innen oft in hohem Maße zu immobilisieren, wollen wir sie in Bewegung bringen und halten. Darauf aufbauend wird die auf Initiative der AG Sport und Bewegung aus dem portugiesischen Original ins Deutsche übersetzte Broschüre mit konkreten Übungsanleitungen für Neuropathien vorgestellt (Dr. Ulrike Becker, Bonn). Diskutiert wird auch die Frage, wann welche Heilmittel in der DFS-Versorgung sinnvoll zum Einsatz kommen sollten (Dr. Markus Koch, Mainz). Auf einen lebhaften Austausch freuen sich Dr. Joachim Kersken, Stadtlohn, und Dr. Michael Eckhard, Bad Nauheim.

Workshop

Teilnahme nur vor Ort möglich,
anmelde- und kostenpflichtig

Cyberkriminalität – Datenschutz und Datensicherheit in Praxis und Klinik

Vorsitz: Manuel Ickrath, Manuel Ickrath Unternehmensberatung und Friedrich W. Petry, Internistische Gemeinschaftspraxis Wetzlar
Samstag, den 28. Mai 2022, 09:00 – 10:30 Uhr

Die zunehmende Digitalisierung im Gesundheitswesen und vor allem in der Diabetologie führt zu Veränderungen in der medizinischen Versorgung und Prozessqualität in Praxis und Klinik. Ärztliche Schweigepflicht und Schutz der Patientendaten sind ein hohes Gut. Praxis und Klinik sind eine Art „Datentresor“.

Der zulässige Datenaustausch war bisher schon schwer zu kontrollieren. Die Digitalisierung stellt uns vor eine völlig neue Situation. Die notwendige Internetanbindung stellt eine neue Dimension mit erhöhten Sicherheitsrisiken dar. Ein unautorisiertem Zugriff und Angriff können zunächst unbemerkt und zu jeder Zeit erfolgen. Die Risiken werden unterschätzt. Die Folgen können für Datenschutz und Datensicherheit gravierend sein.

Cyberkriminalität ist längst nicht mehr nur ein Thema für große Industriekonzerne. Krankenhäuser und zunehmend auch Praxen stehen im Fokus der Cyberattacken. Der Workshop zeigt Risiken für Kliniken und Praxen und typische Schwachstellen im Praxisalltag auf. Klassische Cyberattacken und mögliche Schutzmaßnahmen werden besprochen. Möglichkeiten der Prävention werden erarbeitet. Praktische Lösungen im Alltag werden vorgestellt.

Effektive Präventionsmaßnahmen und Verhalten im Schadensfall werden den Teilnehmern vermittelt. Die aktuellen gesetzlichen Vorschriften zur IT-Sicherheit bilden die Grundlage des Workshops. Praktische Beispiele zeigen typische Risiken auf und schildern typische Methoden von Cyberkriminellen.

Komorbidityäten

Teilnahme nur
vor Ort möglich

Diabetologie – Kardiologie – Nephrologie: Leitlinien auf dem Prüfstand für eine optimale Patientenversorgung

Vorsitz: Prof. Dr. med. Jens Aberle, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, und Prof. Dr. Monika Kellerer, Marienhospital Stuttgart
Samstag, den 28. Mai 2022, 10:45 – 12:15 Uhr

In den letzten Jahren wurden vor allem für die neuen Antidiabetika der SGLT-2-Inhibitoren und GLP1-Rezeptoragonisten eine Vielzahl von positiven Ergebnissen aus kardiovaskulären und renalen Endpunktstudien erarbeitet. Es konnte gezeigt werden, dass diese Medikamente neben einer Blutzuckersenkung insbesondere organprotektiv wirken und kardiovaskuläre und renale Endpunkte signifikant reduzieren.

Darüber hinaus ist gezeigt worden, dass besonders SGLT-2-Inhibitoren diese Effekte nicht nur bei Menschen mit Typ-2-Diabetes, sondern auch unabhängig vom Vorliegen eines Diabetes mellitus bewirken. Diese

Studienergebnisse sind hochrelevant – nicht nur für die Diabetologie, sondern auch für die Kardiologie und die Nephrologie und haben in diesen Fachgebieten umfassend Eingang in die aktuellen Leitlinienempfehlungen gefunden.

Aufgrund der Vielzahl der Studienergebnisse ist es jedoch nicht immer einfach, diese Leitlinien-Empfehlungen zum Wohle der Patient*innen in der täglichen klinischen Praxis umzusetzen.

Experten stellen die aktuellen diabetologischen, kardiologischen und nephrologischen Leitlinien umfassend und praxisrelevant vor. Durch den Besuch dieses Symposiums werden die Teilnehmenden die aktuellsten Empfehlungen zum Einsatz neuer Antidiabetika, aber auch anderer Medikamente in Diabetologie, Kardiologie und Nephrologie für die tägliche klinische Praxis erfahren und umsetzen können.

DIABETES KONGRESS 2022

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

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



Spannende
Podiumsdiskussionen

Alle Vorträge
sechs Monate in
der Mediathek
einsehbar

Jetzt noch kurzfristig
Ticket sichern!

Vielfältige Workshops vor
Ort in Berlin

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

www.diabeteskongress.de

Drei wie Pech und Schwefel

Diabetes, Herz- und Niereninsuffizienz lassen sich gemeinsam zähmen

MANNHEIM. Typ-2-Diabetes, Herz- und Niereninsuffizienz sind eng verbandelt, sie fungieren wechselseitig als Verstärker der Schadeffekte. Inzwischen gibt es Medikamente, die mehrere Probleme gleichzeitig angehen. So gelingt die Therapie auch in komplexeren Fällen.

Im Fallbeispiel, das Privatdozentin Dr. KATHARINA SCHÜTT von der Medizinischen Klinik I der RWTH Aachen vorstellte, kam alles zusammen. Eine 74-jährige adipöse Patientin litt bereits unter einem mit Metformin unzureichend eingestellten Typ-2-Diabetes (HbA_{1c} 7,6 %) und einer moderaten Niereninsuffizienz (eGFR 49 ml/min). Zudem nahm sie wegen einer arteriellen Hypertonie einmal täglich 5 mg Ramipril. Neu aufgetreten war eine belastungsabhängige Dyspnoe, mit der sich die Frau in der Klinik vorstellte.

In der Echokardiographie zeigte sich eine normale Ejektionsfraktion von 56 %, ein deutlich erhöhter Füllungsindex von 17 und ein linksventrikulärer Massenindex von 136 g/m². Angesichts dieses Befundes und des NT-proBNP-Spiegels von 643 pg/ml war die Herzinsuffizienz mit erhaltener Pumpfunktion (HFpEF) rasch diagnostiziert.

Unerkannte KHK als Ursache unwahrscheinlich

Im neuen Algorithmus HFA-PEFF (s. Kasten) sprach die Konstellation mit 6 Punkten sicher für eine HFpEF. Doch was lag der Herzschwäche zugrunde? Dass eine unerkannte koronare Herzkrankheit dahinter steckte, war angesichts des fortgeschrittenen Alters und der Dyspnoe als einzigem relevanten Symptom



Zündelndes Trio:
Diabetes, Herz- und
Niereninsuffizienz.

Foto: artshishov – stock.adobe.com

unwahrscheinlich. Die Prätestwahrscheinlichkeit betrug 12 %, weshalb Dr. Schütts Team auf die invasive Diagnostik verzichtete. Wichtiger war hingegen der komorbide Diabetes der Patientin. „Herzinsuffizienz und Diabetes verbinden sich zu einem Teufelskreis“, so die Referentin. Der Diabetes verstärkt durch chronische Inflammation und AGEs (Advanced Glycation Endproducts) die Fibrose, macht die Sarkomere steif und erhöht so das HFpEF-Risiko. Umgekehrt verstärkt die Herzinsuffizienz durch die Aktivierung von RAS-System und Sympathikus diabetische Phänomene wie eine hochregulierte Glukoneogenese und eine Insulinresistenz. Nicht alle Mediziner*innen haben auf

dem Schirm, dass die HFpEF eine ebenso miserable Prognose hat wie die Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion. Bei beiden Entitäten überlebt jeder fünfte Betroffene nach der ersten stationären Einweisung keine zwölf Monate. „Es ist an uns Kardiolog*innen, diese Botschaft noch stärker nach außen zu tragen“, betonte Dr. Schütt. Nach Jahren frustrierender Versuche, auch für die HFpEF eine spezifische prognoseverbessernde Therapie zu finden, gab es im vergangenen Jahr mit EMPEROR-Preserved die erste erfolgreiche Studie. Knapp 6.000 Menschen mit und ohne Typ-2-Diabetes nahmen daran teil. Der Effekt des SGLT2-Inhibitors Empagliflozin auf den kombinier-

ten Endpunkt war ausschließlich auf eine Reduktion der Hospitalisierungen zurückzuführen. Anders als bei HFrEF blieb die Mortalität praktisch unbeeinflusst, was laut Dr. Schütt wohl darauf zurückzuführen ist, dass die Teilnehmerzahl dafür nicht ausreichte.

Nierenschutz bei SGLT2-Hemmern wichtiger Punkt

Die Wirksamkeit ließ sich in allen Subgruppen nachweisen, unabhängig von Diabetesstatus, Ejektionsfraktion und NYHA-Klasse oder Nierenfunktion. Dr. Schütt wies darauf hin, dass die Nierenfunktion bei Patient*innen mit chronischer Herzinsuffizienz deutlich schneller nachlässt als bei Herzgesunden, was den in den SGLT2-Hemmer-Studien gezeigten nephroprotektiven Effekt zu einer bedeutsamen Begleitscheinung der Therapie macht.

Mit der Hinzunahme von Empagliflozin war der Fall der 74-Jährigen allerdings noch nicht abgeschlossen. Die DGK-Leitlinie zu Diabetes, Prädiabetes und kardiovaskulären Erkrankungen sieht als weitere Stell-schrauben eine gute Blutdruck-, Lipid- und glykämische Kontrolle vor. Für die beschriebene Patientin mit ihrem sehr hohen renalen und kardiovaskulären Risiko heißt das:

- HbA_{1c} möglichst auf unter 7 % bringen, um weitere mikrovasculäre Schäden zu verhindern.
- LDL zwecks Herz- und Gefäßschutz auf unter 55 mg/dl senken.
- Blutdruck auf 130 bis 139 mmHg systolisch einstellen.

»Teufelskreis:
Herzinsuffizienz
und Diabetes«

Diagnosealgorithmus für die HFpEF

Vier Schritte sieht der HFA*-PEFF-Algorithmus vor:

- P:** Prätest-Abschätzung anhand von Symptomen und klinischen Zeichen der Herzinsuffizienz unter Berücksichtigung von Begleiterkrankungen, EKG, natriuretischen Peptiden, Standardchokardiographie und Ergometrie.
- E:** Echokardiographie (fortgeschrittenen), in der Parameter der diastolischen Dysfunktion erhoben werden. Die Echobefunde und Serumspiegel der natriuretischen Peptide werden mit Punkten bewertet. Ab 5 Punkten gilt die HFpEF als gesichert, weitere funktionelle Tests erübrigen sich.
- F:** Funktionelle Tests wie diastolischer Stresstest oder invasive hämodynamische Messungen (nur bei echokardiographischen Unsicherheiten).
- F:** finale Sicherung der Ätiologie z.B. durch Bildgebung, Biopsie, genetische Tests.

* Heart Failure Association der ESC

Empagliflozin dürfte nicht der letzte Wirkstoff sein, der einen Benefit bei HFpEF bringt. Der ARNI Sacubitril/Valsartan ist in der PARAGON-HF-Studie knapp an der Signifikanz vorbeigeschrammt – möglicherweise ebenfalls ein Effekt zu geringer Teilnehmerstärke. „Das ist sicher eine Substanz, die man bei HFpEF in Erwägung ziehen kann“, meinte Dr. Schütt. Derzeit wird außerdem der nicht-steroidale MRA Finerenon in der FINEARTS-Studie erprobt, an der auch Patient*innen mit HFpEF teilnehmen.

Manuela Arand

DGK 2022

Wenn sich Patient*innen unter das Publikum mischen ...

Kampagne »dStigmatize« will Stigmatisierung und Diskriminierung beenden

BARCELONA. Es war das erste Mal, dass Menschen aus der Diabetes-Community sich mit einer eigenen Sitzung am ATTD-Kongress beteiligten. Die Premiere soll Schule machen und den Betroffenen mehr Gehör verschaffen.

Vorbei sind die Zeiten, in denen Ärzt*innen und ihre Angestellten sich bei Kongressbesuchen eine Auszeit von ihren Patient*innen gönnen konnten. Denn immer mehr Diabetes-Tagungen öffnen sich auch für Menschen mit Diabetes. Diese besuchen dann entweder Vortrags-sitzungen, um im Anschluss via Social Media ihrer Community davon zu berichten. Oder sie gestalten gleich selbst das Programm mit, wie

jüngst beim #dedoc^o-Symposium im Rahmen des ATTD-Kongresses. Das Kürzel dedoc steht dabei für Deutsche Diabetes Online-Community. Ein zentrales Anliegen der Community ist es, das Bewusstsein für die Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit Diabetes zu schärfen. „Das Thema ist bislang eine Leerstelle in der Diabetesversorgung“, berichtete MATHEW GARZA von der Stiftung diaTribe in

»Selbstvorwürfe
und Scham«

San Francisco. Er stellte die jüngst gestartete Kampagne »dStigmatize« vor. Diabetesbezogene Stigmatisierung bezeichnet dabei Ausgrenzung, Ablehnung, Vorurteile und Vorwürfe, die Menschen mit Diabetes im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung erleben. Sie wurzeln häufig in falschen Vorstellungen darüber, was Diabetes auslöst und wie er behandelt wird.

„Menschen mit Diabetes begegnen überall Stigmatisierung, auch in den Arztpraxen und sogar in der Diabetes-Community“, betonte Garza. Während Stigmatisierung beim Typ-2-Diabetes vor allem mit dem Körpergewicht assoziiert ist, berichten Menschen mit Typ-1-Diabetes

eher über Ausgrenzung oder Ablehnung im Zusammenhang mit der Insulininjektion.

Stigmatisierung könne sich negativ auf die psychische und physische Gesundheit auswirken. „Sie kratzt am Selbstbewusstsein und kann Selbstvorwürfe und Scham, aber auch Gefühle wie Angst, Wut und Einsamkeit auslösen“, erklärte der Referent. Außerdem begünstige sie Sorgen und Anspannung bis hin zu depressiven Episoden. Betroffene versuchten dann häufig, ihren Diabetes zu verheimlichen. Darunter leide die Behandlungsqualität ebenso wie die Leistungsfähigkeit in Beruf und Alltag. Es könne sogar zu einer psychologisch indu-

zierten Insulinresistenz kommen. „Ärzt*innen sollten wissen, dass Stigmatisierung die klinischen Ergebnisse verschlechtern kann“, sagte Garza.

Herzstück der Kampagne ist die Webseite dStigmatize.org, auf der Menschen mit Diabetes über ihre Stigmatisierungserfahrungen berichten. Daneben liefert die Seite konkrete Anregungen für den Alltag. Besonderer Fokus liegt dabei auf dem Thema Sprache. „Wir wollen keine Sprachpolizei sein“, betonte Garza, „sondern vielmehr im Zusammenhang mit Diabetes eine Kultur des Mitgefühls schaffen.“

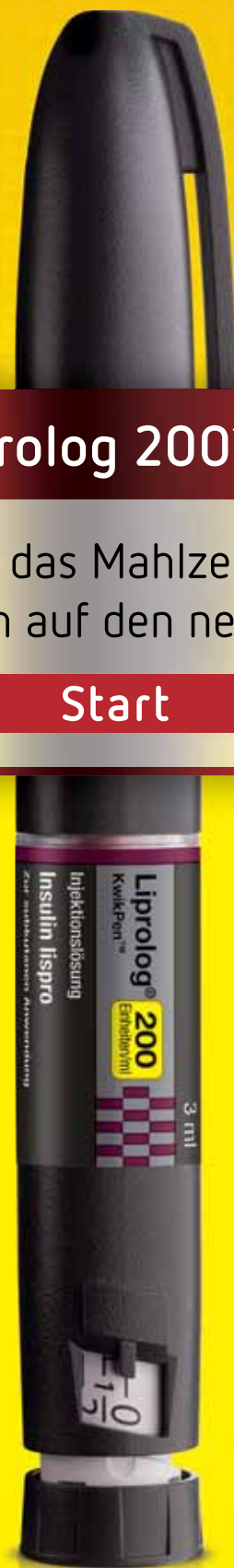
Antje Thiel

ATTD 2022

Auf Liprolog 200¹ setzen

Bringen Sie das Mahlzeiten-Insulin Ihrer Patienten auf den neuesten Stand!

Start



Liprolog[®] 200

KwikPen



Ihr starker Partner in der Diabetestherapie.
NEU: diabetes.berlin-chemie.de

 **BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

¹ Für Ihre Patienten mit einem Bedarf von > 20 Einheiten kurzwirksamen Insulins pro Tag.

Liprolog[®] 100 Einheiten/ml, Injektionslösung in Patrone; -100 Einheiten/ml, Injektionslösung in Durchstechflasche; -100 Einheiten/ml KwikPen, Injektionslösung in einem Fertigpen; -100 Einheiten/ml Junior KwikPen, Injektionslösung in einem Fertigpen; Liprolog[®] 200 Einheiten/ml KwikPen, Injektionslösung in einem Fertigpen. Wirkstoff: Insulin lispro (über rekombinante DNA hergestellt aus *E. coli*). **Zusammensetzung:** *Liprolog[®] 100 Einheiten E/ml:* 1 ml enthält 100 E (entspr. 3,5 mg) Insulin lispro. *Liprolog[®] 200 E/ml:* 1 ml enthält 200 E (entspr. 6,9 mg) Insulin lispro. *Sonstige Bestandteile:* Glycerol, Zinkoxid, *m*-Cresol, Wasser f. Injektionszwecke, Natriumhydroxid, Salzsäure; *Liprolog[®] 100 E/ml zusätzl.:* Dinatriumhydrogenphosphat 7 H₂O; *Liprolog[®] 200 E/ml zusätzl.:* Trometamol. **Anwendungsgebiete:** *Liprolog[®] 100 E/ml:* Insulinbedürftiger Diabetes mellitus; auch zur Ersteinstellung. *Liprolog[®] 200 E/ml:* Insulinbedürftiger Diabetes

mellitus bei Erwachsenen; auch zur Ersteinstellung. **Gegenanzeigen:** Hypoglykämie. Überempfindlichkeit gg. den Wirkstoff od. einen der sonst. Bestandteile. **Nebenwirkungen:** Hypoglykämie. Schwere Hypoglykämien können zu Bewusstlosigkeit und im Extremfall zum Tod führen. Häufig lokale allergische Reaktionen (Hautrötungen, Schwellungen oder Juckreiz an der Injektionsstelle). Gelegentlich Lipodystrophie und mit nicht bekannter Häufigkeit kutane Amyloidose an der Injektionsstelle. Selten systemische Allergie (general. Insulinallergie) mit Hautausschlag am ganzen Körper, Kurzatmigkeit, keuchendem Atem, Blutdruckabfall, schnellem Puls oder Schwitzen; in schweren Fällen lebensbedrohlich. Ferner Ödeme (insbes., wenn eine schlechte metabol. Kontrolle durch intensivierte Therapie verbessert wurde). **Warnhinweis:** *Liprolog[®] 100 E/ml Junior KwikPen:* Mit dem Pen können 0,5–30 Einheiten in Schritten zu je 0,5 Einheiten abgegeben werden. *Liprolog[®] 200 E/ml:* Nur in diesem Pen anwenden, sonst kann schwere Überdosierung auftreten. **Verschreibungspflichtig.** Weitere Einzelheiten enthalten die Fach- und Gebrauchsinformationen, deren aufmerksame Durchsicht empfohlen wird. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Eli Lilly Nederland B. V. Lokaler Vertreter in Deutschland: BERLIN-CHEMIE AG, 12489 Berlin. (Stand: 09.20)

 **TheraKey**

»Schön, Sie zu sehen!«

Was tun, wenn in der Videoschulung die Bildschirme schwarz bleiben?

WIESBADEN. Was Schulende tun können, um Patient*innen zur Mitarbeit anzuregen, unterscheidet sich nicht grundlegend zwischen Online- und Präsenzfortbildung. Und doch gibt es ein paar Tricks und Kniffe, die den Umgang mit dem Videoformat erleichtern.

Ich dachte, jetzt blicken mir da fünf Leute entgegen, und stattdessen habe ich fünf schwarze Bildschirme gesehen.“ Diabetesberaterin MELANIE WIESE aus Duisburg kennt die schwierigen Seiten der Videoschulung. „Es fängt doch schon an, wenn der Patient in der Praxis vor uns sitzt und nicht an einer Videoschulung teilnehmen möchte.“ Statt also bloß einzuladen mit den Worten: „Sie könnten ja auch online mitmachen“, riet die Referentin dazu, den Menschen die Vorteile des Formats deutlicher vor Augen zu führen, etwa die Teilnahme von zu Hause aus. Hilfreich könne es auch sein, vorher schon einmal eine Einzelberatung per Video stattfinden zu lassen, sagte Wiese. So könnten sich die Menschen im Vorfeld mit der Technik vertraut machen. „Auch viele ältere Patienten haben großes Interesse daran“, betonte sie. Wenn die Videoschulung dann losgeht und man die Leute begrüßt: „Schön Sie zu sehen,“ kann es aller-

dings auch passieren, dass alle anderen Bildschirme schwarz bleiben. Für Melanie Wiese steht fest: „Wir sind die Profis, wir machen einfach weiter! Wir kennen das doch aus der Präsenzschulung: Keiner redet mit uns. Wir können zehn Fragen stellen und niemand antwortet uns.“ Nachdem vielleicht ein paar Leute doch die Kamera angemacht haben, startet die erste Stunde mit einer Vorstellungsrunde. Dafür verfolgt die Referentin online eine andere Strategie als sonst: Während sie im Präsenzkurs nicht auf die Tafel schreibt, was sie von den Patient*innen wis-

sen möchte, und auch ihre Präsentation noch einen Moment auslässt, damit man sich gegenseitig ansieht und ins Gespräch kommt, findet sie es online sinnvoll, die Fragen aufzuschreiben, um zu Beginn Hemmungen abzubauen. Wiese rät: „Füllen Sie leere Seiten mit den Teilnehmern!“ Auch im Schulungsraum stünden sonst Materialien herum, die die Patient*innen ggf. neugierig machen, was als nächstes kommt. Ähnlich könne online auch die leere Seite eines Boards auf die Teilnehmenden einladend wirken, ihre Erfahrungen mitzuteilen. Auch Inhalte wie Ernährung ließen sich so gut interaktiv gestalten.

Bewegung, frische Luft und eine Tasse Tee für die Pause

Wird gerade kein Whiteboard genutzt, kann es für die Schulenden irritierend sein, sich ständig in der eigenen Kachel selbst zu sehen, be-

„Ich bin dann mal weg ...“

Gerade bei einer gewissen Stille an den anderen Bildschirmen hat Melanie Wiese für die Videoschulungen einen speziellen Tipp: „Ich tue dann gerne so, als hätte ich etwas vergessen.“ Sie lässt ihre Kamera und ihren Ton an, stellt eine Frage, und verlässt das Blickfeld mit den Worten „Ich bin gleich wieder da, Sie können ja schon einmal überlegen“. Der Effekt: „In der Regel sind die am Schnattern, wenn ich zurückkomme.“ Das funktioniert nicht in der ersten Stunde, schränkte sie ein, aber in der zweiten oder dritten, wenn sich die Teilnehmer schon etwas kennengelernt haben.

merkte Wiese. „Dann fange ich immer an, mich selbst daran zu erinnern, dass ich doch lächeln muss.“ An dieses ungewohnte Gefühl müsse man sich gewöhnen. In der Präsenzschulung lächelte man automatisch. Und gerade da man bei der Onlineschulung nicht so viel von den Referent*innen sieht, machen die Tonlage und das Lächeln viel aus, bemerkte Wiese. Vor zu viel Bewegung vor dem Bildschirm hingegen, auch mit den Händen, warnte die Diabetesberaterin. Wichtig sei stattdessen, gerade zu Beginn noch mehr

Fragen zu stellen als in der Präsenzschulung, um den Dialog zu fördern. Da das lange Stillsitzen vor dem Bildschirm anstrengend ist, macht Wiese nach etwa 45 Minuten gerne eine Pause, macht Bewegungs-

übungen mit den Teilnehmenden und bittet sie, kurz das Fenster zu öffnen oder ihren Tee aufzufüllen. Schon eine kurze Pause verbessere die Konzentration aller Beteiligten. Gibt es technische Probleme, ist die Devise der Referentin: Ruhe bewahren. „Fliegt ein Teilnehmer aus der Videokonferenz, ist er i.d.R. nach zwei Minuten wieder online.“ Und wenn nicht, könne es sein, dass die Patient*innen lieber präsent teilnehmen möchten. „Dann wird eben gewechselt.“ Dr. Moyo Grebbin

Diabetes Herbsttagung 2021

Versehentlich stummgeschaltet

Ebenso wie in einer Präsenzschulung können Patient*innen, die gerne sehr viel sprechen, auch online stören. Allerdings gibt es bei Videoformaten einen Trick, der im Kursraum nicht verfügbar ist: „Ich hatte vor Kurzem die Situation, da bin ich ‚aus Versetzen‘ auf das Stummschalten gekommen, weil eine Teilnehmerin nicht aufgehört hat zu reden“, berichtete Wiese. Als sie die Frau bat, das Gesagte nochmal zu wiederholen, kam sie genau auf den Punkt.



Fehldiagnose mit fatalen Folgen

Mehr Insulintherapie, Hypoglykämien und Folgeschäden bei pankreatogenem Diabetes

SUWON. Ein Diabetes als Folge einer exokrinen Pankreasinsuffizienz verläuft in vielerlei Hinsicht schwerer als ein klassischer Typ-2-Diabetes: Die Betroffenen benötigen häufiger eine Insulintherapie, erleben öfter mikro- und makrovaskuläre Komplikationen sowie Hypoglykämien und haben ein höheres Sterberisiko.

Ein pankreatogener Diabetes, auch „Diabetes Typ 3c“ genannt, entsteht, wenn im Zuge einer exokrinen Pankreasdysfunktion auch die endokrine Achse leidet, berichten Forschende um NAMI LEE von der Ajou University im südkoreanischen Suwon. Am häufigsten liegt ihm eine chronische Pankreatitis zugrunde. Weitere Ursachen sind

die zystische Fibrose sowie Pankreas-malignome. In der Praxis werde der pankreatogene Diabetes häufig nicht erkannt und stattdessen als Typ-2-Diabetes fehldiagnostiziert. Die Wissenschaftler*innen untersuchten in einer bevölkerungsbasierten retrospektiven Kohortenstudie, wie sich der klinische Verlauf der beiden Krankheitsbilder unterscheidet. Hierzu identifizierten sie mithilfe von Daten der nationalen Gesundheitsversicherung Südkoreas 157.523 Bürger*innen, bei denen zwischen 2012 und 2017 ein Diabetes diagnostiziert worden war. In 153.894 Fällen lag ein klassischer Typ-2-Diabetes vor, die Betroffenen hatten also keine begleitende Pankreaserkrankung. In 3.629 Fällen wurde dagegen ein

pankreatogener Diabetes diagnostiziert, da sich die Zuckerstoffwechselförderung infolge einer Pankreaserkrankung entwickelt hatte. Die Teilnehmenden waren im Schnitt 57,6 Jahre alt und wurden nach der Diabetesdiagnose durchschnittlich 4,2 Jahre nachbeobachtet. Unter Berücksichtigung zahlreicher potenzieller Störvariablen ergab sich für den pankreatogenen Diabetes im Vergleich zum Typ-2-Diabetes nach fünf Jahren eine um 38 % höhere

»Signifikant im Nachteil«

Wahrscheinlichkeit dafür, dass die Patient*innen eine Insulintherapie benötigen. Auch im Hinblick auf das Hypoglykämierisiko waren die Personen mit einer exokrinen Pankreasinsuffizienz signifikant im Nachteil (Odds Ratio, OR, 1,85).

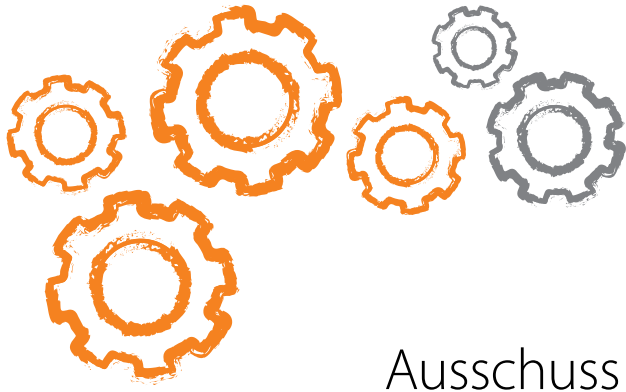
Pankreatogener Diabetes begünstigt auch Gefäßschäden

Die Analyse der mikrovaskulären, chronischen Diabeteskomplikationen ergab: Ein pankreatogener Diabetes ging im Vergleich zum Typ-2-Diabetes mit einem signifikant höheren Risiko für Neuropathie (OR 1,38), Nephropathie (OR 1,38) und Retinopathie (OR 1,10) einher. Er begünstigte zudem makrovaskuläre Langzeitschäden wie die ko-

ronare Herzerkrankung (OR 1,59), zerebrovaskuläre Erkrankungen (OR 1,38) sowie die periphere Arterienerkrankung (OR 1,34). Zudem hatten die Patient*innen mit pankreatogenem Diabetes eine um den Faktor 1,74 erhöhte Mortalität.

Ein Diabetes auf Basis einer exokrinen Pankreasfunktionsstörung nimmt demnach offenbar einen deutlich ungünstigeren Verlauf als ein klassischer Typ-2-Diabetes, schlussfolgern die Forschenden. Weitere Studien müssten nun ihrer Ansicht nach klären, ob sich die Beobachtungen auch auf andere ethnische Populationen außerhalb von Korea übertragen lassen. JL

Lee N et al. Diabetes Care 2022; doi: 10.2337/dc21-1659



Einst Laienarbeit, heute Education

Ausschuss QSW der DDG setzt die Trends bei Qualifikation und Zertifizierung

K. Boehm, A. Deml, S. Eberl, R. Epsch, E.-M. Fach, R. Holl, M. Jecht, B. Kulzer, D. Müller-Wieland, E. Narbei, M. Reuter, R. Schiel, S. Schmidt-Kubeneck (in alphabetischer Reihenfolge für den QSW)

BERLIN. Der Ausschuss Qualitätssicherung, Schulung und Weiterbildung (QSW) besteht unter Berücksichtigung der Gruppierungen, aus denen er hervorging, seit mehr als 40 Jahren. In diesem Beitrag legen wir den Hintergrund der Ausschussarbeit, den aktuellen Stand und die neuen Herausforderungen dar.

In folgenden Ausgaben der diabeteszeitung gehen wir genauer auf das Angebot Wundassistent und die Qualitätssicherung ein. Hinzu kommen Ausblicke auf die Vertiefung spezifischer Angebote durch „Module“ sowie auf die künftige Gestaltung der Gesundheitsfachberufe und der Pflege in der Diabetologie.

Ein kurzer Rückblick

Auf der Jahrestagung der DDG im Mai 1978 stellte Prof. Dr. Hellmut Mehnert (München) einen Antrag auf Gründung eines neuen Ausschusses. Dieser sollte „Ausschuss Laienarbeit der DDG“ heißen und sich insbesondere dem Kontakt und Austausch zwischen von Diabetes Betroffenen, Laienverbänden und der Ärzteschaft widmen. Prof. Dr. Berend Willms (Bad Lauterberg) wurde bis 1989 zum Vorsitzenden gewählt.

Kurze Zeit später ergab eine Umfrage unter den Mitgliedern der DDG einen großen Bedarf an qualifiziertem Schulungspersonal. Der Ausschuss sah es daher nun zunehmend

auch als seine Aufgabe an, die Ausbildung von Schulungspersonal zu etablieren und Schulungsprogramme zu analysieren, zu diskutieren und ggf. zu empfehlen.

So beauftragte er Anfang der 1980er-Jahre eine Arbeitsgruppe mit Prof. Dr. Michael Berger, Dr. Viktor Jörgens und Prof. Dr. Lutz Hornke (Düsseldorf), ein Curriculum zur Weiterbildung „Diabetesberater*in DDG“ zu erstellen. Der erste Kurs zum Erlangen dieser Qualifikation wurde im Winter 1983/84 am Universitätsklinikum Düsseldorf durchgeführt. Nun übernahm der Ausschuss Laienarbeit weitere Aufgaben, wie z.B. die Organisation

von Pflichtfortbildungen für Diabetesberater*innen und die Flankierung der Entwicklung eines Curriculums für die Schulung von Patient*innen mit Typ-2-Diabetes.

Vor dem Hintergrund dieser erweiterten Tätigkeiten wurde der Ausschuss unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Helmut R. Henrichs (Quakenbrück) 1991 in den „Ausschuss Schulung und Weiterbildung“ umbenannt. Den Vorsitz von 1995 bis 1999 hatte Prof. Dr. Manfred Dreyer (Hamburg) inne, gefolgt von Privatdozent Dr. Mathias Frank (Neun-



kirchen), der den Ausschuss bis 2005 leitete. Er übergab den Vorsitz dann an Prof. Dr. Ulrich A. Müller von der Universitätsklinik Jena. Unter dessen Leitung erfolgte später die Verschmelzung mit dem zwischenzeitlich geschaffenen „Ausschuss Dokumentation, Qualitätssicherung und Informationstechnologie (DQI)“ zum neuen „Ausschuss Qualitätssicherung, Schulung und Weiterbildung (QSW)“, der bis heute Bestand hat. Vorsitzender ab 2010 war Prof. Dr. Klaus-Dieter Palitzsch (München) und ist seit 2019 Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland (Aachen).

Aktueller Stand

Im Rahmen der Qualitätssicherung sind alle Zertifizierungsverfahren der DDG (mit Ausnahme der AG Fuß) beim Ausschuss QSW angesiedelt. In diesem werden die Kriterien zur Struktur- und Prozessqualität nach den Leitlinien festgelegt.

Derzeit sind folgende Zertifizierungsmöglichkeiten gegeben:

- Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
- Zertifiziertes Diabeteszentrum Diabetologikum DDG mit diabetesspezifischem Qualitätsmanagement; dieses wird von einem externen Auditor begutachtet
- „Klinik für Diabetespatienten geeignet (DDG)“

Die ersten beiden Zertifizierungen können von Behandlungseinrichtungen für Typ-2-Diabetes, für Typ-1- und Typ-2-Diabetes und für Kinder und Jugendliche mit Diabetes sowohl in Kliniken mit und ohne Ambulanz und Arztpraxen resp. Schwerpunktpraxen sowie Reha-Einrichtungen erreicht werden. Die Zertifizierung „Klinik für Diabetespatienten geeignet (DDG)“ wurde vom Ausschuss 2013 für Krankenhäuser geschaffen, die keine diabetologische Abteilung haben, um einen Mindeststandard der Versorgung von Patient*innen mit Diabetes zu sichern. Alle Anerkennungen erfolgen nach Überprüfung und Empfehlung des Ausschusses QSW vom Vorstand der DDG und gelten für drei Jahre.

Das zweite Hauptthema für den QSW sind Schulungen. Hierbei werden evaluierte Schulungsprogramme nach Antragstellung und Begutachtung durch den Ausschuss ggf. zur Anerkennung empfohlen. Neue Schulungsmethoden, z.B. E-Learning, werden diskutiert und zur Ausführung angeregt. Die Liste der anerkannten Schulungsprogramme wird regelmäßig aktualisiert (siehe Link).

Im Rahmen der Weiterbildung legt der Ausschuss QSW die Aus- und Weiterbildungskriterien sowie die Prüfungsordnung für die Qualifikationen als Diabetesberater*in DDG und Diabetesassistent*in DDG fest. Seit 2005 bietet die DDG die Weiterbildung Wundassistent*in DDG an. Das Ziel dieser Weiterbildung ist die Befähigung, professionell das diabetische Fußsyndrom zu behandeln. Relativ neu ist die Weiterbildung zur Diabetes-Pflegefachkraft DDG, spezifisch für die Kurz- und Langzeitpflege. Die Curricula der verschiedenen Weiterbildungen müssen an den einzelnen Weiterbildungsstätten eingehalten werden, sodass sie äquivalent sind. In den letzten beiden Jahren waren die Teilnehmerzahlen der Weiterbildungskurse Diabetesassistent*in/Diabetesberater*in trotz Coronapandemie durch das Online-Angebot stabil. Aktuell findet bis zu 50 % Online-Unterricht statt.

Liste anerkannter Schulungsprogramme:

bit.ly/ddg-qsw1



Qualifizierung Gesundheitsfachkräfte

	Gesamt	2021
Diabetesberater*innen	5.890	290
Diabetesassistent*innen	8.817	214
Wundassistent*innen	3.690	139

Qualifizierung Pflegefachkräfte

	Gesamt	2021
DPFK Klinik	240	16
DPFK Langzeit	67	0
Trainer Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG	101	25
Pflegekräfte mit Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG	321	77

Zertifizierung Behandlungseinrichtungen

	Gesamt	2021
Alle Zertifikate	601	170
Diabetologikum	103	28
■ Typ 1 und Typ 2	94	28
■ Typ 2	2	0
■ Kinder und Jugendliche	7	0
■ ambulant/stationär	70/33	22/6
■ Erstanerkennung/Rezertifizierung	11/92	4/24
Diabeteszentren	401	113
■ Typ 1 und Typ 2	292	81
■ Typ 2	41	10
■ Kinder und Jugendliche	68	22
■ ambulant/stationär	136/265	32/81
■ Erstanerkennung/Rezertifizierung	58/343	13/100
Klinik für Diabetespatienten geeignet	97	29
■ Erstanerkennung/Rezertifizierung	27/70	6/23

Zertifizierung Schulungsprogramm

	Gesamt	2021
Patientenschulungsprogramme DDG	18	1

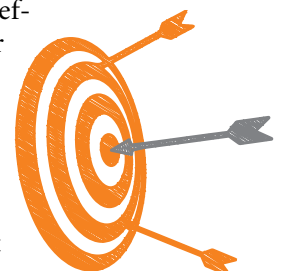
Strategischer Ausblick

In Zukunft sollen auf der Grundlage und in Ergänzung der genannten Zertifizierungen vertiefende Differenzierungsmöglichkeiten der Einrichtungen in Form von „Modulen“ geschaffen werden (z.B. Diabetes und Fuß, Diabetes und Psyche, Diabetes und Schwangerschaft). Damit soll der Spezialisierung innerhalb der Diabetologie eine für alle Beteiligten im Gesundheitswesen erkennbare zukunftsorientierte Perspektive geboten werden.

Der Ausschuss QSW verantwortet für die Gesundheitsfachberufe das bedarfs- und zielgruppenspezifische Fort- und Weiterbildungsangebot der DDG. Um die Bedarfe der Arbeitgebenden, Teilnehmenden, Interessierten und der Weiterbildungsstätten der Diabetesassistent*in DDG zu eruieren, fand 2021/22 eine Evaluation in den Kursen statt. In Bezug auf digitale Formate soll künftig Blended Learning mit Selbstlernformaten und Tools wie Podcast, Mentimeter und Padlet usw. regelhaft integriert werden. Zudem soll ein Refresher sämtlicher Weiterbildungen die Entwicklungen in den Versorgungssettings aufnehmen und auf künftige Notwendigkeiten vorbereiten.

Während im Bereich der Diabetes-„Education“ die gesellschaftlichen Entwicklungen neue Konzepte geradezu verlangen, sind es bei der Pflege politische Entscheidungen. Jedes Bundesland soll ab 2023 ein Modellprojekt zur selbstständigen Heilkunde von Pflegenden durchführen, u.a. kann dieses auch den Pflege- und Therapieprozess von Menschen „in diabetologischer Stoffwechsellage“ betref-

fen. Ziel ist es für den QSW/DDG, dass diese Veränderungen durch den Gesetzgeber nicht ohne die DDG gestaltet werden.



Gespräche zielgerichtet führen

Informationsbedarf unmittelbar nach der Diagnose besonders hoch



von Liesa Regner-Nelke

Der Mann im blauen Poloheemd mit der Aufschrift „Computer-Doc“ schaut mich mit ausdrucksloser Miene an. „Sie haben einen Trojaner. Die Reparatur dauert circa eine Woche, es kann hierbei nicht sichergestellt werden, dass nicht auch Daten verloren gehen, man kann im Nachhinein nicht genau nachvollziehen, wie der Virus auf Ihren Laptop gekommen ist“, rattert er herunter, als könne er alle meine Fragen antizipieren.

Ich möchte vor allem wissen, ob der Virus auch meine externe Festplatte befallen hat, auf der sich eine Präsentation für die Fortbildung befindet, die ich in zwei Tagen halten soll. Aber noch während ich mir diese Fragen zurechtlege, ist der Mann im Poloheemd bereits mit meinem Laptop im Lager verschwunden. Ein besseres Aufklärungsgespräch zur Diagnose hätte ich mir von einem „Computer-Doc“ schon erwartet. Vor der Ladentür werfe ich

»Wer Wissen hat, kann sich informiert entscheiden«

einen letzten Blick durch das Schaufenster, in dem sich mein noch verdatterter Gesichtsausdruck spiegelt.

Diagnose Diabetes: noch Fragen?

Diesen Ausdruck kenne ich nur zu gut von Patient*innen, die ungläubig dem Tross von Weißkitteln hinterherschauen, der „mit wehenden Fahnen“ das Zimmer verlässt, nachdem in knappen Worten eine Diagnose mit „Haben Sie noch Fragen? Nein? Super.“ quittiert wurde. Dabei weiß man u.a. aus der Onkologie^{1,2}, dass das Bedürfnis nach Informationen nach Diagnosestellung bei Patient*innen am höchsten ist und im Krankheitsverlauf abnimmt.

Eine Erkenntnis, die naheliegender scheint, dennoch in der Praxis zu wenig Beachtung findet. Auch für Menschen mit Diabetes ist Wissen eine Grundlage für gesundheitsförderndes Verhalten und ermöglicht ihnen, informierte Entscheidungen zu treffen. Der Wunsch nach mehr Informationen ist bei ihnen unmittelbar nach der Diagnose sogar stärker ausgeprägt als z.B. bei Herz-Kreislauf- oder Atemwegserkrankungen.³

Dennoch ist die Studienlage hinsichtlich des Inhalts und der Breite des Informationsbedarfs von Menschen mit Diabetes eher dünn.⁴ Die

genaue Kenntnis der Themen, die Betroffene nach Erhalt einer Diagnose interessieren, könnte hier Gespräche zwischen Patient*innen und Diabetesteams effizienter und zielgerichteter gestalten. So zeigt eine Studie⁵, dass Menschen in der Phase unmittelbar nach der Diabetesdiagnose insbesondere an Diabetesforschung und Behandlung der Erkrankung interessiert sind. Informationen, die das alltägliche Leben mit Diabetes mellitus erleichtern, stehen ebenfalls hoch im Kurs. Darüber hinaus besteht der Bedarf an Informationen, die an den Wissensstand der Patient*innen angepasst sind. Es zeigt sich, dass die inhaltlichen Informationsbedürfnisse – abhängig von Subgruppen mit bestimmten Therapien oder Komorbiditäten – unterschiedlich sind.

In Rahmen einer weiteren Studie⁶ wurden vier Klassen von Patientengruppen mit verschiedenen Wissensbedürfnissen definiert:

- hohes Informationsbedürfnis in allen Bereichen,
- niedriges Informationsbedürfnis in allen Bereichen,
- moderates Informationsbedürfnis

»Breite an Informationen für Patient*innen«

mit einem Fokus auf Komplikationen und Alltag, fortgeschrittenes Informationsbedürfnis mit einem Fokus auf soziale und juristische Aspekte und Diabetesforschung.

Die Gruppen unterschieden sich in vielen Faktoren, wie Alter, formale Bildung, Diabetestyp, Diabetesdauer oder Folgeerkrankungen.

Die Autor*innen schlussfolgern, man müsse Patient*innen Zugang zu einer Breite an Informationen geben, die jedoch abhängig von den jeweiligen individuellen Bedürfnissen angepasst werden können. Darüber hinaus sollte man einen Schwerpunkt auf Informationen legen, die für die breite Bevölkerung eher schwer zugänglich sind. Forscher*innen sollten ebenfalls bemüht sein, ihre Erkenntnisse über die wissenschaftliche Community hinaus der Zielgruppe zu vermitteln. Diesen Ansatz verfolgt beispielsweise die Informationswebseite diabinfo.de, doch auch weniger internetaffinen Altersgruppen sollte der Zugang zu aktuellen Neuigkeiten zu ihrem Krankheitsbild nicht verwehrt werden.

Doch zurück zu meinem PC-Problem: „Auf unserer Webseite finden Sie Informationen, wie Sie sich vor Computer-Viren schützen können“, flötet der gut gelaunte Mitarbeiter beim Computer-Doc dem Kunden vor mir zu. „Ach ja? Und wie soll ich da hinkommen?“ fragt der Mann mit Blick auf seinen defekten Laptop, der vor ihm auf dem Tresen liegt. „Da haben Sie natürlich recht“, lacht der Mitarbeiter, „in diesem Fall habe ich eine Broschüre für Sie.“ Er schiebt dem Mann ein kleines Heft über den Tresen. Kurze Zeit später halte ich meinen reparierten Laptop wieder im Arm. Zuhause informiere ich mich auf der Seite des Computer-Ladens zur Virenprophylaxe. Noch einmal passiert mir so etwas nicht.

Liesa Regner-Nelke

1. Matsuyama RK et al. Patient Educ Couns 2013; 90: 96-102; doi: 10.1016/j.pec.2012.09.009
2. Hsieh LY et al. PLoS One 2018; 13: e0199515; doi: 10.1371/journal.pone.0199515
3. Duggan C, Bates I. Qual Saf Health Care 2008; 17: 85-89; doi: 10.1136/qshc.2005.017590
4. Biernatzi L et al. Syst Rev 2018; 7: 27; doi: 10.1186/s13643-018-0690-0
5. Grobosch S et al. BMJ Open 2018; 8: e017895; doi: 10.1136/bmjopen-2017-017895
6. Borgmann SO et al. BMC Public Health 2020; 20: 1901; doi: 10.1186/s12889-020-09968-9

Fotos: iStock/vladwel

Diagnose Diabetes: Wie geht es weiter?

Erstschulung als Basis sollte Langzeitbetreuung folgen – für ein langfristig erfolgreiches Diabetesmanagement

BERLIN. „Ihr Kind hat Diabetes!“ Die Diagnose einer Diabeteserkrankung ist für die betroffene Familie meist ein großer Schock. Wie soll das tägliche Diabetesmanagement mit Insulinpumpe, CGM & Co. funktionieren? Direkt nach der Diagnosestellung ist der Informationsbedarf jedenfalls immer am höchsten (siehe Kolumne).

Es ist unbestritten: Eine strukturierte und qualitätsgesicherte Diabetesschulung gilt heute als integraler und unverzichtbarer Bestandteil jeder Diabetestherapie. Empfehlungen zur altersgemäßen Schulung sind daher in allen nationalen und internationalen Leitlinien zur pädiatrischen Diabetologie zu finden. Qualifizierte Schulungsprogramme für Kinder und Jugendliche – die Kosten für diese Schulungen im Rahmen des Disease-Management-Programms (DMP) Diabetes werden von den Kassen übernommen – sind seit vielen Jahren etabliert. Zudem liegen inzwischen zahlreiche Daten zur Effektivität und Effizienz von Diabetesschulungen vor. Metaana-

lysen pädiatrischer Studien belegen hier positive Effekte bei metabolischen und psychosozialen Faktoren.

Wie effektiv ist die Erstschulung auf lange Sicht?

„Wirken sich qualifizierte, strukturierte, diabetesspezifische Schulungen bei Diagnosestellung kontinuierlich im weiteren Krankheitsverlauf positiv auf das Diabeteswissen, die praktischen Kompetenzen im Selbstmanagement, die Qualität der Stoffwechseleinstellung, das Auftreten von Komplikationen, die Therapiezufriedenheit und die Belastung bei Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes aus?“ Diese Kernfrage der Diabetesschulung steht im Fokus eines Kapitels der S3-Leitlinie der DDG, die derzeit überarbeitet wird („Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter“). „Der extrem hohe Anteil an Selbstmanagement der Therapie im Alltag ist ohne Schulung prinzipiell nicht denkbar“, betont Prof. Dr. Karin Lange, Hannover, Mitauto-

rin der Leitlinie. Eine adäquate und qualitätskontrollierte Schulung der Kinder, der Jugendlichen und beider Eltern oder anderer primärer Betreuer*innen sei wesentlich, dies orientiert an strukturierten und evaluierten Schulungskonzepten, heißt es darin.¹ Eine Einschätzung der isolierten Schuleffekte innerhalb eines integrierten Therapiekonzepts sei jedoch kaum möglich, betonen die Autor*innen. Denn Informati-

onsvermittlung, Insulintherapien, psychosoziale und -therapeutische Interventionen sind in der pädiatrischen Diabetologie eng miteinander verknüpft.²

Trotz dieser methodischen Einschränkungen zeigten sich in systematischen Reviews zur Diabetesschulung in der Pädiatrie positive Effekte auf die Qualität der Stoffwechseleinstellung, das Diabeteswissen, das Therapieverhalten, die

Selbstmanagementfähigkeiten, die psychosoziale Integration und die Lebensqualität der Patient*innen und ihrer Familien. Die Effekte waren am größten, wenn die Schulungsangebote, unter Einbeziehung der Eltern, Teil eines kontinuierlichen Langzeitbetreuungskonzepts waren.³ Nach der Erstschulung sollten die jungen Betroffenen deshalb nach einiger Zeit an einer Folgeschulung teilnehmen, um noch mehr die Feinheiten des Diabetesmanagements zu erlernen. „Das beste Rezept, um mit dieser Stoffwechselförderung gut leben zu können, ist es, wenn Eltern, Jugendliche und auch Kinder zu Expert*innen auf dem Gebiet der Diabetesbehandlung werden“, erklärt Prof. Lange. *amo*

Junge Menschen mit Diabetes

Der 10-jährige Jan erzählt in fünf Kapiteln, wie er mit seinem Diabetes gut leben kann. Das „Diabetes-Buch für Kinder – Diabetes bei Kindern: ein Behandlungs- und Schulungsprogramm“ von Prof. Dr. Karin Lange et al. (Herausgeber: AGPD) ist im Kirchheim-Verlag erschienen und kostet 19,90 €. Es ist auch als e-Book und in englischer Sprache erhältlich (kostenfrei für geflüchtete Familien aus der Ukraine).



1. ADA 2022b; Lindholm Olinder et al. 2022; Martin et al. 2012; Lange et al. 2012; Jackson et al. 2015; AA Diabetes Educators 2019; alle EK IV
2. Couch et al. 2008 EK Ib
3. Hampson et al. 2001 EK Ia; Lange et al. 1998 EK Ib; Lange et al. 2001 EK Ib; Ellis et al. 2004 EK Ib; Lange et al. 2011 EK Ib; Ludvigsson et al. 2001 EK Ib; Murphy et al. 2006 EK Ia; von Sengbusch et al. 2006 EK Ib; Couch et al. 2008 EK Ia; Biester et al. 2021 EK Ib; Lange et al. 2021 EK Ib

Risikogene, Autoantikörper oder Manifestation?

Bewegung gibt es auf allen Ebenen der T1D-Prävention

WIESBADEN. Zahlreiche laufende Studien, Ansätze zu verschiedenen Krankheitsphasen und eine enge europäische Zusammenarbeit: In den kommenden Jahren werden viele neue Daten erwartet, die den autoimmunen Diabetes bei Kindern ausbremsen könnten. Sogar erste Erfolge liegen bereits vor.

Es gibt drei Stufen der Prävention des Typ-1-Diabetes, erklärte Professor Dr. OLGA KORDONOURI vom Kinder- und Jugendkrankenhaus auf der Bult in Hannover. Wenn die Autoimmunität noch nicht ausgebrochen ist, sondern lediglich Risikogene oder -faktoren identifiziert wurden, spricht man von primärer Prävention. Im Idealfall soll dadurch die Erkrankung verhindert werden. Bei der sekundären Prävention liegen bereits Autoantikörper vor, doch der Glukosestoffwechsel ist noch nicht oder kaum beeinträchtigt. Hier ist es das vorrangige Ziel, die Manifestation hinauszuzögern. Ist der Diabetes bereits klinisch manifestiert, wird im Rahmen der tertiären Prävention versucht, die Insulinsekretion in der Remissionsphase länger aufrechtzuerhalten.

Risikobabys steht aktuell eine Probiotikastudie offen

In der primären Prävention engagiert sich die Global Platform for the Prevention of Autoimmune Diabetes (GPPAD). Sie will durch ein Neugeborenen-Screening Kinder identifizieren, die ein Risiko von 10 % besitzen, bis zum Alter von sechs Jahren mehrere Autoantikörper zu entwickeln. „Die Familien klären wir dann in unseren pädiatrischen diabetologischen Zentren auf, was eventuell auf sie zukommen könnte, damit sie frühzeitig die Symptome erkennen“, beschrieb Prof. Kordonouri das Vorgehen. Zudem gibt es Studienangebote für diese Familien.

In der primärpräventiven Phase-2b-Studie POInT z.B. erhalten vier bis sieben Monate alte Kinder bis zu ihrem dritten Geburtstag orales Insulin in zunehmender Dosis. Das Follow-up erfolgt bis zum Alter von 7,5 Jahren. Ergebnisse werden in 2025 erwartet. Aktuell rekrutiert wird für die Phase-2b-Studie SInT1A. Darin erhalten Säuglinge im Alter von ein bis sechs Wochen eine Supplementation mit dem Probiotikum Bifidobacterium infantis. „Das Darmmikrobiom soll so vorbereitet werden, um Verwechslungen vorzubeugen“, erklärte die Referentin.

Erkrankung um Jahre verzögert, Insulinproduktion gesteigert

In der sekundären Prävention sind bereits Erfolge zu verzeichnen: So verzögerte der CD3-Antikörper Teplizumab die Manifestation des Typ-1-Diabetes um ca. zwei Jahre hinaus. Auch orales Insulin wird derzeit in der Sekundärprävention getestet. Der monoklonale Antikörper Golumumab wiederum steigerte in der

»Drei Stufen der Prävention«

tertiären Prävention die Insulinproduktion nach einem Jahr signifikant. Für die Tertiärprävention wird Teplizumab ebenfalls erprobt, beispiele-

weise in der PROTECT-Studie, deren Ergebnisse in 2023 erwartet werden. In einer weiteren europäischen Initiative namens INNODIA werden zudem Medikamente wie das Immunsuppressivum Antithymozytenglobulin (ATG) oder der Kalziumkanalblocker Verapamil in der Tertiärprävention getestet. mg Diabetes Herbsttagung 2021



An einer Primärprävention teilzunehmen, könnte für einige Babys den Schritt in ein Leben ohne Diabetes bedeuten.

Foto: luckybusiness – stock.adobe.com



MACHEN SIE PRALUENT® ZU IHRER WAHL

Mit **monatlicher** Dosierung
in einem Fertigpen

1x
monatlich



... ZUSÄTZLICHE LDL-C-SENKUNG, WENN DIE LIPIIDSENKENDE STANDARDTHERAPIE NICHT AUSREICHT



Sie wollen dazu mehr erfahren?
Dann besuchen Sie unsere Website.
www.pcsk9-inhibitor.de

Praluent® 300 mg


**EINFACH
PRAKTISCH
EFFEKTIV**

PRALUENT® ist angezeigt bei Erwachsenen mit bestehender atherosklerotischer kardiovaskulärer Erkrankung zur Reduktion des kardiovaskulären Risikos durch Verringerung der LDL-C-Werte zusätzlich zur Korrektur anderer Risikofaktoren.

♥ Subkutane Injektion 300 mg alle vier Wochen (monatlich).

Praluent® 75 mg Injektionslösung in einem Fertigpen • **Praluent®** 150 mg Injektionslösung in einem Fertigpen • **Praluent®** 75 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze • **Praluent®** 150 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze • **Praluent®** 300 mg Injektionslösung in einem Fertigpen

Wirkstoff: Alirocumab. **Zusammens.** Arzneil. wirks. Bestandt.: Fertigpen/-spritze mit 75/150 mg Alirocumab in 1 ml Lösung; Fertigpen mit 300 mg Alirocumab in 2 ml Lösung. **Sonst. Bestandt.:** Histidin, Saccharose, Polysorbat 20, H₂O f. Injektionszw. **Anw.-geb.:** Primäre Hypercholesterinämie u. gemischte Dyslipidämie: Begleitend zu einer Diät b. primärer Hypercholesterinämie o. gemischt. Dyslipidämie in Komb. m. Statin od. Statin u. ander. lipidsenk. Therapien b. Pat., die m. Statinther. LDL-C-Zielwerte nicht erreich. od. als Monotherapie od. in Komb. m. lipidsenk. Therapien b. Pat mit Statin-Unverträgl. od. bei Statin-Kontraindik. **Bestehende atherosklerotische kardiovaskuläre Erkrankung:** Bei Erw. mit bestehender atherosklerotischer kardiovaskulärer Erkrank. zur Reduktion des kardiovaskulären Risikos durch Verringerung der LDL-C-Werte zusätzlich zur Korrektur anderer Risikofakt.; in Komb. m. einer max. verträgl. Statin-Therapie mit od. ohne ander. lipidsenk. Therapieprinzipien od. als Monotherapie od. in Komb. mit ander. lipidsenk. Therapieprinzipien bei Pat. mit einer Statin-Unverträgl. od. wenn Statine kontraindiziert sind. **Gegenanz.:** Überempf. geg. Wirkstoff od. sonst. Bestandt. **Nebenw.:** Immunsyst.: Selten: Überempf. Hypersensibilitätsvaskulitis. **Atemw./Brust/Mediast.:** Häufig: klin. Zeichen u. Sympt. i. Bereich d. oberen Atemwege. **Haut/Unterhautzellgew.:** Häufig: Pruritus; selten: Urtikaria, nummul. Ekzem; nicht bek.: Angioödem. **Allgem./Beschw. a. Verabreichungsort:** Häufig: Reakt. a. d. Injektionsstelle; nicht bek.: grippeartige Erkr. **Verschreibungspflichtig.** Pharmazeutischer Unternehmer: **sanofi-aventis groupe**, 54, rue La Boétie, 75008 Paris, Frankreich. Örtlicher Vertreter d. Zulassungsinhabers: **Sanofi-Aventis Deutschland GmbH**, D-65926 Frankfurt am Main. **Stand:** Dezember 2021





Fotos: czibo – stock.adobe.com, iStock/elenabs

Magen-OP statt Strandurlaub

Warum bariatrische Eingriffe im Ausland so verlockend – und trotzdem keine gute Idee sind

ISTANBUL. Sechs Tage Istanbul, inklusive Flughafentransfer, Übernachtung im Vier-Sterne-Hotel, Verpflegung und Schlauchmagen-Operation für 3.300 Euro. Mit Angeboten dieser Art werben unzählige Kliniken in der Türkei um Patient*innen, die ihr Übergewicht auf möglichst einfachem Weg loswerden möchten. Dass sie dabei erhebliche Gesundheitsrisiken in Kauf nehmen, wollen die meisten von ihnen nicht wahrhaben.

Knapp 300.000 Treffer in 0,5 Sekunden spuckt Google aus, wenn man die Begriffe ‚Magen-OP‘ und ‚Türkei‘ eingibt. „Leiden Sie an extremem Übergewicht? Buchen Sie jetzt online Ihre Schlauchmagen-Operation in Istanbul!“ heißt es in deutscher Sprache auf den schick gestalteten Homepages der chirurgischen Kliniken. Endlose Galerien von Vorher-Nachher-Fotos erwecken den Eindruck, dass eine solche Reise sämtliche Gewichtsprobleme lösen kann – und zwar ganz ohne die lästige Bürokratie, die hierzulande mit

einem adipothaschirurgischen Eingriff verbunden ist.

Strenge Richtlinien in Deutschland

Denn in Deutschland ist es mit ein paar Klicks bei Weitem nicht getan. So berichtet der Adipositaschirurg Prof. Dr. OLIVER MANN, stellvertretender Klinikdirektor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie am Hamburger Universitätsklinikum Eppendorf: „Für die hiesigen Zentren gelten strenge Richtlinien. Da entscheiden interdisziplinäre Teams, für wen eine OP

infrage kommt und für wen nicht.“ Jede*r in diesem Team hat ein Vetorecht. „Wenn also die Kollegin für Psychosomatische Medizin Bedenken hat, dann operiere ich auch nicht.“ Die in der aktuellen interdisziplinären Leitlinie (siehe Kasten rechts) verankerten Indikationen haben schließlich ihren Grund. Denn unabhängig vom jeweiligen OP-Verfahren (siehe Kasten unten) verändert der Eingriff den gesamten Stoffwechsel, erfordert eine umfassende und lebenslange Nachsorge und kann insbesondere bei mangelnder Aufklärung zu erheblichen Komplikationen führen. Insbesondere unmittelbar nach der OP können Patient*innen erst einmal nur sehr kleine Nahrungsmengen zu sich nehmen. Halten sie sich nicht an die postoperativen Ernährungsempfehlungen, kann es aufgrund der veränderten Magen- und Darmpassage der Nahrung zu einer sturzartigen Entleerung des Magens (Dumping-Syndrom) mit schweren Hypoglykämien kommen.

Für Prof. Mann ist deshalb klar: „Bei Menschen mit einem BMI von 35 kg/m² muss erst einmal eine konservative Therapie erfolgen.“ Das bedeutet in erster Linie eine Lebensstiländerung: „Sie müssen über einen Zeitraum von sechs bis zwölf Monaten ernsthaft und unter ärzt-

Indikation zur OP: Das sagt die Leitlinie

Gemäß der aktuellen S3-Leitlinie ‚Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen‘ von 2018 (AWMF-Register-Nr. 088-001) ist ein adipothaschirurgischer Eingriff generell erst dann nach umfassender Aufklärung indiziert, wenn die konservative Therapie erfolglos ausgeschöpft wurde:

- bei Patienten mit BMI ≥ 40 kg/m² ohne Begleiterkrankungen bzw. Kontraindikationen.
- bei Patienten mit BMI ≥ 35 kg/m² mit Adipositas-assoziierten Begleiterkrankungen wie u. a. Diabetes mellitus Typ 2, koronare Herzerkrankung, Herzinsuffizienz, Hyperlipidämie, Hypertonie oder nicht-alkoholische Fettleber (NAFLD).

licher Begleitung versuchen, durch mehr Bewegung und Ernährungsumstellung Gewicht zu verlieren“, sagt der Adipositaschirurg. Erst wenn dies nicht gelingt und das psychologische Gutachten keinen Hinweis auf eine Essstörung liefert, kann als Ultima Ratio eine Operation erwogen werden. Doch selbst wenn alle Spezialist*innen im interdisziplinären Konsens eine Operation medizinisch für dringend erforderlich halten, stellen sich die gesetzlichen Krankenkassen häufig quer und verweigern die Kostenübernahme. „Wir haben nicht selten jahrelange juristische Auseinandersetzungen mit den Krankenkassen, obwohl leitliniengetreue Indikationen in hochspezialisierten Zentren gestellt worden sind“, beklagt Prof. Mann.

Langes Prozedere zerrt auch an den Nerven

Manchen Patient*innen ist dieser Weg zu mühsam. „Sie empfinden das Prozedere als Strafe und denken, sie hätten doch schon wirklich alles unternommen, um Gewicht zu verlieren“, weiß MELANIE BAHLKE, die sich als Vorsitzende der Adipositaschirurgie-Selbsthilfe Deutschland für eine bessere Versorgung von

»Kassen stellen sich oft quer«

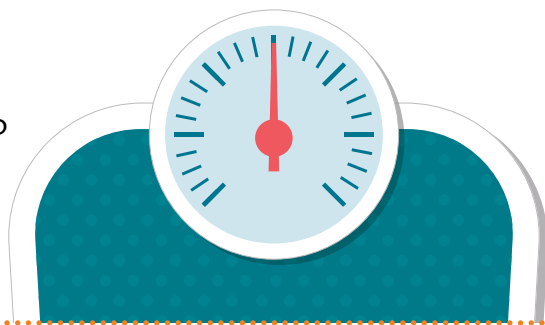
Menschen mit Adipositas einsetzt. Eine Operation in einer türkischen Klinik erscheint insbesondere Menschen, die aus der Türkei stammen oder familiäre Bindungen dorthin haben, dann als eine einfache Option, die überschüssigen Kilos und auch das damit verbundene Stigma hinter sich zu lassen. Bahlke beobachtet, dass viele der dortigen Kliniken äußerst aggressiv in Deutschland um Patient*innen werben: „Menschen wie ich, die offen mit ihrer Adipositas umgehen und eine hohe Reichweite in den sozialen Medien haben, werden oft von diesen Kliniken angeschrieben. Man hat mir tatsächlich für die Vermittlung von OP-Patient*innen Provision angeboten!“

Beratung und Begleitung im Ausland? Fehlanzeige!

Nach der vermeintlich so einfachen Operation in der Türkei folgt für viele OP-Tourist*innen allerdings ein böses Erwachen: „Sie haben nach dem Eingriff Beschwerden oder Komplikationen und nehmen die erforderlichen teuren Vitaminsupplemente nicht ein“, berichtet GÜLCAN CELEN, die als Diätassistentin im Zentrum für Adipositaschirurgie der DRK-Kliniken Berlin-Mitte arbeitet. Vor allem aber fehlt es an Beratung und Begleitung der Patient*innen: „Dabei sollte man ihnen vor der OP eigentlich klarmachen, dass der Eingriff nur dann sinnvoll ist, wenn sie auch ihr Essverhalten verändern. Sie müssen doch erst einmal verstehen, warum sie nachts zum Kühlschrank gehen oder immer zu viel Süßes essen“, sagt die Diabetesberaterin. „Doch wenn der Arzt verspricht, dass die OP dünn macht, dann hinterfragen das viele ganz einfach nicht.“

Antje Thiel

»Macht die OP ganz einfach dünn?«



Effektive OP-Verfahren zur Therapie der Adipositas

Restriktive Verfahren bewirken einen Gewichtsverlust im Wesentlichen durch die Verkleinerung des Magens, bei malabsorptiven Verfahren geschieht dies vor allem durch Hemmung der Nährstoffaufnahme im Verdauungstrakt.

■ **Schlauchmagen:** Standardoperation mit longitudinaler Magenresektion, durch die sich das Magenvolumen um 80–90 % reduziert. Restriktives Verfahren

■ **Roux-en-Y-Magenbypass (RYGB):** Standardoperation, bei der am Mageneingang ein kleiner Vormagen (Magenpouch) gebildet und der restliche Magen

ausgeschaltet wird. Der Magenpouch wird über eine kalibrierte Anastomose mit dem Dünndarm verbunden, wobei eine biliopankreatische Schlinge von der Nahrungspassage ausgeschlossen wird. Restriktives Verfahren

■ **Omega-Loop-Magenbypass:** Weiterentwicklung des klassischen RYGB, bei dem nur eine Anastomose zwischen Magenpouch und Dünndarm hergestellt wird. Restriktives Verfahren

■ **Biliopankreatische Diversion mit/ohne Duodenal Switch (BPD-DS):** Umgehung des Pylorus und Trennung des nahrungs-

führenden Darms von den Verdauungsekreten. Erst kurz vor dem Dickdarm werden die Verdauungsekrete mit der Nahrung zusammengeführt. Malabsorptives Verfahren.

Die meiste Evidenz liegt für RYGB und Schlauchmagen vor. Postoperativ sind eine lebenslange Nachsorge in einem geeigneten Zentrum und eine dauerhafte Supplementation von Vitaminen, Spurenelementen, Kalzium und Eiweiß zur Prophylaxe von Mangelerscheinungen infolge Fehlernährung oder bei Malabsorption erforderlich.

Ozempic®: NUTZE DAS POTENZIAL

Ozempic®
1x pro Woche

26%

**Risikosenkung
für schwere
kardiovaskuläre
Ereignisse^{1,2,d}**

Oder nehmen
Sie digital teil!



Besuchen Sie uns beim
DDG 2022 in Berlin,
CityCube, Halle B, Stand 05.

Ozempic® senkt den HbA_{1c}-Wert und das Gewicht stärker als andere blutzuckersenkende Vergleichspräparate^{a,1} und verringert zudem das Risiko für schwere kardiovaskuläre Ereignisse.^{1,2,d}

Ozempic® ist zugelassen zur Behandlung des unzureichend kontrollierten Diabetes mellitus Typ 2 bei Erwachsenen als Zusatz zu Diät und körperlicher Aktivität als a) Monotherapie, wenn die Anwendung von Metformin aufgrund einer Unverträglichkeit oder Kontraindikationen ungeeignet ist, b) zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung des Diabetes mellitus.¹

a. Die Studien SUSTAIN 1–5 und 7 untersuchten die Wirkung von Ozempic® im direkten Vergleich zu Placebo, Sitagliptin, Depot-Exenatid, Insulin glargin und Dulaglutid (Vergleichspräparate).¹ In SUSTAIN 7 wurden die zum Studienzeitraum zugelassenen Standarddosierungen von Ozempic® (0,5 mg und 1 mg) mit Dulaglutid (0,75 mg und 1,5 mg) Head-to-Head verglichen.

d. In Kombination mit Standardtherapie. Die Standardtherapie beinhaltete orale Antidiabetika, Insulin, Antihypertensiva, Diuretika und Lipidsenker²

1. Fachinformation Ozempic®, aktueller Stand

2. Marso SP et al. N Engl J Med 2016;375:1834–1844

Einzelheiten zur Studie: SUSTAIN 6 war eine 104-wöchige, multizentrische, internationale, doppelblinde, placebo-kontrollierte Studie, die bei 3.297 Menschen mit Typ 2 Diabetes und einem hohen kardiovaskulären Risiko die Auswirkung von Semaglutid im Vergleich zu Placebo, beides als Ergänzung zu einer Standardtherapie (bestehend aus Lebensstiländerung, blutzuckersenkend und kardiovaskulär wirkenden Substanzen), auf den primären kombinierten Endpunkt (erstes Auftreten von kardiovaskulärem Tod, nicht-tödlichem Myokardinfarkt oder Schlaganfall) untersuchte. Im primären kombinierten Endpunkt zeigte sich eine Reduktion um 26%. Die Studie war als Nichtunterlegenheitsstudie, nicht als Überlegenheitsstudie gepowert, somit war die Überlegenheitsprüfung nicht präspezifiziert.

Ozempic® 0,25 mg Injektionslösung im Fertigpen. Ozempic® 0,5 mg Injektionslösung im Fertigpen. Ozempic® 1 mg Injektionslösung im Fertigpen. Ozempic® 2 mg Injektionslösung im Fertigpen. Wirkstoff: Semaglutid. **Zusammensetzung:** Arzneilich wirksamer Bestandteil: 0,25/0,5/1/2 mg Semaglutid. Analogon zu humanem Glucagon-like peptide-1 (GLP-1), gentechnisch hergestellt durch rekombinante DNS-Technologie in *Saccharomyces cerevisiae* Zellen. **Sonstige Bestandteile:** Natriummonohydrogenphosphat-Dihydrat, Propylenglycol, Phenol, Salzsäure (zur Einstellung des pH-Wertes), Natriumhydroxid (zur Einstellung des pH-Wertes), Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Behandlung des unzureichend kontrollierten Diabetes mellitus Typ 2 bei Erwachsenen als Zusatz zu Diät und körperlicher Aktivität. Als Monotherapie, wenn die Anwendung von Metformin aufgrund einer Unverträglichkeit oder Kontraindikationen ungeeignet ist. Zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung des Diabetes mellitus. Für Studienergebnisse hinsichtlich Kombinationen, Auswirkungen auf die glykämische Kontrolle und kardiovaskuläre Ereignisse, sowie untersuchte Populationen, siehe Abschnitte 4.4, 4.5 und 5.1 der Fachinformation. **Art der Anwendung:** Zur subkutanen Injektion in das Abdomen, den Oberschenkel oder den Oberarm. Ozempic® darf nicht intravenös oder intramuskulär angewendet werden. Einmal wöchentlich zu einem beliebigen Zeitpunkt zu oder unabhängig von den Mahlzeiten. Tag der wöchentlichen Anwendung kann bei Bedarf gewechselt werden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Semaglutid oder einen der sonstigen Bestandteile. Nicht während der Schwangerschaft und Stillzeit anwenden. **Warnhinweise:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. Den Pen nicht mit aufgeschraubter Nadel aufbewahren. Darf nur von einer Person verwendet werden. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Übelkeit, Durchfall. Häufig: Erbrechen, Hypoglykämie, Verdauungsstörung, Magenschleimhautentzündung („Gastritis“), Sodbrennen („gastroösophageale Refluxkrankheit“ (GERD)), Magenschmerzen, aufgeblähter Bauch, Verstopfung, Aufstoßen, Gallensteine, Schwindel, Müdigkeit, Gewichtsverlust, geringerer Appetit, Blähungen (Flatulenz), Erhöhung von Pankreasenzymen (wie Lipase und Amylase). Gelegentlich: Überempfindlichkeit, Änderungen des Geschmacksempfindens, schneller Puls, Reaktionen an der Injektionsstelle (z. B. Ausschlag, Hautreizung). Schwerwiegend: Komplikationen bei diabetischer Retinopathie (häufig), akute Pankreatitis (gelegentlich), anaphylaktische Reaktionen (selten), Angioödem (selten). **Verschreibungspflichtig. Novo Nordisk A/S, Novo Allé, 2880 Bagsværd, Dänemark.** **Stand:** Januar 2022

Ozempic® ist eine eingetragene Marke der Novo Nordisk A/S, Dänemark

DE220ZM00132



www.ozempic.de

1x pro Woche
OZEMPIC®
Semaglutid Injektion

Digital Health und Diabetologie 2022

DDG legt ein Update ihres Code of Conduct vor

BERLIN. Die Kommission Digitalisierung der DDG hat den „Code of Conduct Digital Health DDG 2022“ aktualisiert. Beim Diabetes Kongress werden die überarbeiteten Inhalte vorgestellt.

Die Digitalisierung verändert tiefgreifend und rasant unsere Lebenswelten. Digital gesteuerte Kommunikations- und Interaktionsweisen prägen soziale, wirtschaftliche, technische und politische Prozesse. Damit beeinflusst die Digitalisierung inhaltlich und strukturell die Medizin, z.B. in Forschung, Diagnostik, Monitoring, Therapie, Versorgung sowie Beratung, Aufklärung, Screening und Prävention. Die Digitalisierung und ihre Möglichkeiten verändern nicht zuletzt das unmittelbare Verhältnis zwischen Arzt und Patient.

Die DDG als große medizinische Fachgesellschaft sieht es als ihre Aufgabe an, für diesen digitalen Transformationsprozess konkrete medizinische Standards und einen ethisch basierten Handlungsrahmen zu entwickeln und umzusetzen. Der „Code of Conduct Digital Health DDG“, erstmals publiziert im August 2018, schafft hierfür die notwendige Basis, die zur Diskussion anregen soll. Nun liegt im Mai 2022 die aktualisierte Version „Code of Conduct Digital Health DDG 2022“ vor.

Inhalte wurden mit der Kommission Digitalisierung erarbeitet und disku-

tiert. Diese werden beim Diabetes Kongress vorgestellt, am „runden Tisch“ mit anderen Stakeholdern im Gesundheitswesen diskutiert sowie im Sommer national wie international publiziert und in der weiteren Öffentlichkeit verbreitet.

Forderungen zu Datenschutz und Interoperabilität

Der Code of Conduct soll insbesondere Patient*innen, Leistungserbringern, Kostenträgern, der Industrie und Politik darlegen, zu welchen medizinisch basierten Ansprüchen die DDG sich bekennt und welche Erwartungshaltungen sich hieraus an alle beteiligten Akteure ergeben. Einige Kernforderungen werden im Folgenden zusammengefasst:

- Einhaltung des gesetzlichen Rahmens des Datenschutzes und der Datensicherheit.
- Datenschutz mit Zukunftsfenster, d.h. Regelungen schaffen, die bereits absehbare Entwicklungen antizipieren, z.B. deutliche Priorisierung personenbezogener vor anonymisierten Daten.
- Möglichkeiten der „Datenspende“ im Rahmen des europäischen Solidaritätsprinzips und der Forschung,

die global und nicht national oder föderal ist.

- Transparente und konsequente staatliche Sanktionen bei Missbrauch im Umgang mit Daten.
- Bereitschaft, übertriebene und die Versorgung und Forschung potenziell behindernde föderale Strukturen abzubauen (z.B. gibt es 18 Datenschutzbehörden in Deutschland mit eigenen und sich zum Teil widersprechenden Beurteilungen).
- Flächendeckender Netzaufbau und Stärkung der IT-Kompetenz aller Bevölkerungsgruppen.
- Komplette technische und inhaltliche Interoperabilität und Konnektivität von allen patientenbezogenen Informationssystemen (KIS, PVS, Datenmanagement-Systemen etc.) sowie patientennahe technischer Produkte zur Peripherie, dies schließt am Markt konkurrierende Systeme ein. Abgrenzung oder „Einzigartigkeit“ (Wettbewerbsvorteil) von Produkten am Markt durch technikbasierte nicht interoperable Separierung lehnt die DDG ab.

»Verantwortung bei der digitalen Transformation«



- Apps und Algorithmen, die in eine medizinische Behandlung eingreifen, müssen durch ein europäisch und nachgeordnet nationalstaatlich kontrolliertes Verfahren überprüft und „zugelassen“ werden. Wir erwarten eine methodenbasierte Verfahrensregelung und nicht allein wie bisher einen „Leitfaden“ mit Regelungen. Eine Beschleunigung der Verfahren ist notwendig, um innovative Entwicklungen zu fördern.
- Bei der Bewertung von Apps im Gesundheitsmonitoring und Beratungsbereich sollten Fachgesellschaften strukturiert eingebunden werden.
- DiGA sollten den ärztlichen Behandlungsprozess unterstützen und nicht ohne Einbindung der ärztlichen Fürsorge ersetzen.
- Die Chancen der Digitalisierung sind im Sinne der Ärzt*innen und Patient*innen zu gestalten.
- Technologisch muss es zu einer Homogenisierung und nutzerorientierten Weiterentwicklung kommen.
- Die DDG erwartet bei allen Entwicklungsprozessen beides, eine

systematische Berücksichtigung der Patientenrelevanz sowie eine Berücksichtigung der Belange der Ärzteschaft im Hinblick auf funktionierende Abläufe in Praxis und Klinik.

Der Code of Conduct ist ein „lebendes System“ und wird regelmäßig von der Fachgesellschaft aktualisiert und damit neuen Entwicklungen angepasst. Der Bewertungsanker hierbei ist neben dem medizinischen Standard der unmittelbare Nutzen für die von Diabetes betroffenen Menschen und ihre Angehörigen, aber auch für die Behandelnden. Die DDG ist sich ihrer Verantwortung bei der Gestaltung der digitalen Transformation des Gesundheitswesens bewusst.

Eine tiefergehende Darstellung einzelner o.a. Punkte bzw. des Code of Conduct wird regelmäßig in künftigen Ausgaben der diabetes zeitung vorgestellt.

Manuel Ickrath und Dirk Müller-Wieland für die Kommission Digitalisierung der DDG

INFOBOX Diabetes

SGLT2-Hemmer oder GLP1-Rezeptoragonisten (GLP1-RA)?

Überlegungen zur modernen Kombinationstherapie bei Typ-2-Diabetes

In den Therapieempfehlungen der NVL Typ-2-Diabetes vom März 2021 spielt das kardiovaskuläre Risikomanagement bei der Typ-2-Diabetestherapie eine entscheidende Rolle. Damit stehen insbesondere SGLT2-Hemmer und GLP1-RA im Fokus.

Bereits 2015 zeigte der SGLT2-Hemmer Empagliflozin in der EMPA-REG-OUTCOME®-Studie eine signifikante und beeindruckende Risikoreduktion für kardiovaskuläre und renale Endpunkte bei Erwachsenen mit Typ-2-Diabetes.^{1*} Dies hat nicht nur zu einer Weiterentwicklung dieser Substanz zur Therapie der symptomatischen, chronischen Herzinsuffizienz geführt, sondern auch einen Paradigmenwechsel bei der Typ-2-Diabetestherapie eingeleitet.

Seit der EMPA-REG-OUTCOME®-Studie wurden zahlreiche positive Endpunktstudien in Bezug auf eine kardiovaskuläre Risikoreduktion veröffentlicht.^{*}

Typ-2-Diabetes: CV-Risikomanagement im Fokus

Besonders SGLT2-Hemmer und GLP1-RA spielen hier eine Rolle. Doch nicht nur zwischen, sondern auch innerhalb der Substanzklassen gibt es teilweise heterogene Ergebnisse. Wo liegen also die Gemeinsamkeiten und wo die Unterschiede? Wie wirken die Medikamente und welche Mechanismen bewirken die positiven Vorteile insbesondere bei der kardiovaskulären Risikoreduktion? Welche langfristigen und prognoseverbessernden Vorteile zeigen sich und welche

CME-Online-Fortbildung

Das Webinar fand live am 6.11.2021 statt und steht inzwischen als CME-Online-Fortbildung der Medical Tribune zur Verfügung.

- ▶ Bearbeitungszeit: 60 Minuten
- ▶ Referent: Symposium unter der Leitung von Prof. Dr. med. Matthias Weber, Mainz

Hier kommen Sie zur CME-Online-Fortbildung!
<https://bit.ly/3vM7yeO>

Vorteile bieten sie Patientinnen und Patienten? Und was bedeutet das für die praktische Anwendung? Ist eine sequenzielle oder eine kombinierte Therapie vorzuziehen? Erfahren Sie diese und weitere Aspekte von ausgewiesenen Experten in dieser CME-zertifizierten Fortbildung.

* EMPA-REG-OUTCOME®-Studienpopulation: erwachsene Patienten mit Typ-2-Diabetes und KHK oder PAVK oder vorangegangenen Myokardinfarkt oder Schlaganfall (Ereignis > 2 Monate).
 1. Zinman B et al. N Engl J Med 2015; 373 (22): 2117-2128

FC-DE-11.0032

Blutkrebs und Diabetes endlich verhindern?

Preis für Krebs- und Diabetesforscher

WIESBADEN. Ein altes Krebsmedikament, ein SGLT2-Hemmer: Zwei zugelassene Medikamente könnten künftig auch zur Prävention von Blutkrebs und Diabetes dienen.

Dies zeigen die Ergebnisse zweier Arbeiten, für die ein Krebsforscher und ein Diabetologe beim Internistenkongress 2022 den Präventionspreis erhielten. Prof. Dr. ROBERT ZEISER, Freiburg, konnte in einer Studie an Mäusen zeigen, dass ein altes Krebsmedikament Rückfälle bei der derzeit modernsten Leukämiebehandlung verhindern kann. Seine Studie wurde in Nature Communications publiziert. Prof. Dr. MARTIN HENI, Tübingen, fand in einer klinischen Studie heraus, dass ein relativ neues Mittel zur Behandlung des Typ-2-Diabetes im Gehirn die Wirksamkeit des Hormons Insulin verbessert. Dies könnte übergewichtige

Menschen durch den Abbau von Leberfett vor Diabetes schützen. Seine Arbeit wurde in Diabetes Care veröffentlicht.

Prof. Zeiser erforscht die CAR-T-Zelltherapie bei Leukämie, durch die die körpereigene Krebsabwehr gestärkt werden soll. Bisher schlug die CAR-T-Zelltherapie bei der akuten myeloischen Leukämie (AML) nicht ausreichend an. Ein Ausweg könnte eine Vorbehandlung mit Azacitidin sein.

Prof. Heni erforscht die Wirkung von Insulin im Gehirn. Er vermutet, dass die Insulinresistenz beim Typ-2-Diabetes im Gehirn eine Schlüsselrolle spielt. Durch eine präventive Behandlung mit dem SGLT2-Hemmer Empagliflozin lässt sich verhindern, dass Übergewichtige erst an einer nicht-alkoholischen Fettleber und dann an Typ-2-Diabetes erkranken, fand der Forscher heraus. *amo*
 DGIM 2022

Medizin & Markt

Digitale Lösungen wie CGM-Systeme verbessern Therapieerfolg

Auch die Wahl des Basalinsulins spielt eine Rolle

➔ Symposium – Novo Nordisk

BERLIN. Digitale Lösungen spielen eine zunehmende Rolle in der Insulintherapie: CGM-Systeme decken Glukoseschwankungen. Smartpens erweitern die Daten um Injektionszeitpunkte und Dosis. Beides trägt zum besseren Therapieerfolg bei.

Bei Patient*innen mit insulinpflichtigem Typ-2-Diabetes werden die Zielwerte laut Dr. Erik Wizemann, Herrenberg, noch immer häufig nicht erreicht. Möglicher Grund: die Angst vor Hypoglykämien. Eine Studie zeigt, dass sich CGM-Systeme bei Menschen mit Typ-2-Diabetes, die nur Basalinsulin (ohne prandiales Insulin) verwenden, positiv auf die glykämische Kontrolle auswirkten: Im Vergleich zu einer Gruppe mit herkömmlicher Blutzuckermessung ließ sich der HbA_{1c}-Wert mit CGM innerhalb von acht Monaten signifikant stärker reduzieren.¹

Dr. Wizemann vermutet, dass die bessere Kontrolle mittels CGM womöglich die Angst vor einer aggressiveren Einstellung reduziere. Auch die Art des Verzögerungsmechanismus eines Basalinsulins sei wichtig, so der Exper-

te: Insulin degludec (Tresiba®) habe etwa ein flaches, stabiles Wirkprofil über 24 Stunden.

Ergänzend zu den CGM-Systemen bei Typ-1-Diabetes können Smartpens die glykämische Kontrolle mit der Insulintherapie verbessern. Mit dem Smartpen NovoPen® 6 ließ sich in einer nicht-interventionellen Studie unter Alltagsbedingungen bei Typ-1-Patient*innen mit Basal-Bolus-Regime und CGM die glykämische Einstellung verbessern.² Die Zeit im Zielbereich verlängerte sich um 1,9 h pro Tag, die Zahl verpasster Bolusinjektionen verringerte sich um 43,1 %. Könnten Patient*innen sehen, dass sie Injektionen verpassen, habe dies einen Schulungseffekt, so Dr. Ralph Ziegler aus Münster.

Das Erkennen von Auffälligkeiten sei auch vorteilhaft für die Kommunikation von Diabetesteams sowie der Eltern mit ihren Kindern. *pe*

Symposium „Moderne Technologien in der diabetologischen Praxis – wie CGM und Smartpens unterstützen können“ im Rahmen der DiaTec 2022; Veranstalter: Novo Nordisk

1. Martens T et al. JAMA 2021; 325: 2262-2272

2. Adolffson P et al. Diabetes Technol Ther 2020; 2: 709-718



Foto: matsurinui – stock.adobe.com



Foto: iStock/AzmanJaka

CGM bald Standard in der Diabetestherapie

Digitalisierung kann Heilbringendes schaffen

➔ Symposium – Dexcom

MAINZ. Der HbA_{1c}-Wert hat als alleiniges diagnostisches Kriterium in der Diabetestherapie ausgedient. Davon ist der Münsteraner Kinderdiabetologe Dr. Ralph Ziegler überzeugt: „Natürlich versuchen wir immer noch, einen HbA_{1c}-Wert von 15 % auf unter 10 % zu senken. Doch ein und dasselbe HbA_{1c} kann Unterschiedliches bedeuten.“

Neben dem altbewährten Langzeitglukosewert sind zunehmend die mittels CGM ermittelte Zeit im Zielbereich (TIR) und der Variationskoeffizient (CV) bedeutsam. „Alle diese Parameter korrelieren nicht direkt“, betonte der Referent. Für ihn ist allerdings klar, dass CGM-Systeme künftig zum Standard in der Diabetesbehandlung werden, vor allem, wenn man zum nächsten Level, also den Systemen zur automatisierten Insulinabgabe (AID), gelangen will. Welchen Stellenwert CGM-Systeme im stationären Bereich haben, schilderte Dr. ANTJE PREISLER, Bad Merzheim. Eine stationäre Aufnahme sei bei akuten und chronischen Stoffwechsellagen, nach der

Erstmanifestation, in der Schwangerschaft, zum Start der Insulinpumpentherapie oder bei speziellen Herausforderungen angezeigt.

„Ambulante Glukoseprofile (AGP) sind bei uns fester Bestandteil der Anamnese und Epikrise, denn wir können gezielt nach Handlungsfehlern und Motivationsproblemen schauen“, erklärte die Expertin. In ihren Augen ist das CGM „ein sehr gutes Feedback-Tool für Patient*innen, fordert deren Mitarbeit an Therapie und Einstellung“. Für Dr. TOBIAS WIESNER, Leipzig, bieten CGM- und AID-Systeme auch die Chance, gemeinsam individuelle Therapielösungen zu erarbeiten. Dabei korreliere die Zahl der genutzten Funktionen klar mit einer besseren TIR und höherer Behandlungszufriedenheit. In seinen Augen führt die Digitalisierung in der Diabetologie also nicht in die Apokalypse, sondern kann „etwas Heilbringendes und Lösendes schaffen“, erklärte Dr. Wiesner. *thie*

Symposium „Digitalisierung für Jung und Alt – wie rtCGM und Softwarelösungen Patienten in allen Altersgruppen unterstützen“ im Rahmen der DiaTec 2022; Veranstalter: Dexcom Deutschland

Vertrauen in die Technik stärken

Vor dem Start mit dem AID-System Erwartungen klären

➔ Symposium – Diabeloop

SIEGEN. Obwohl Systeme zur automatisierten Insulinabgabe (AID) die Diabetestherapie verbessern können, brechen viele Anwender*innen die Nutzung nach einigen Monaten ab. Mit gründlicher Vorbereitung und Beratung ließe sich das oft vermeiden.

Welche Diabetestechnologie sich für welchen Menschen mit Diabetes eignet, ist unter anderem eine Frage der Persönlichkeit, wie die Diabetologin Sandra Schlüter aus Northeim berichtete. Da gibt es Ängstliche und Besonnene, Zweifler, Angeber und vermeintliche Alleskönner. Dies spiegelt sich auch in ihrem Umgang mit der Technik wider: „Glücklicherweise sind 54 % sogenannte Diabetes-Freunde, die mit sich und ihrem Diabetes im Reinen sind, eher niedrige HbA_{1c}-Werte haben und eine

hohe Nutzungsrate bei ihrer Diabetestechnik aufweisen.“

Doch es gibt eben auch Freigeister (23 %), die der Technik misstrauen, Daten-Minimalisten (10 %), die generell nur wenige Diabetesdaten erheben, Vorsichtige (11 %), die sich durch Technik belastet fühlen, und Gestresste (3 %), die mit ihrem Diabetes überfordert sind.

„Je nach Charakter kann man sich im Gespräch darauf einstellen und Probleme gezielt adressieren. Da kann man sehen, wo man jemanden abholen kann, um zu verhindern, dass er ein System wieder ablegt“, erklärte Dr. Schlüter.

Um Erwartungen an ein AID-System und Vorerfahrungen mit Diabetestechnik zu erfassen und Patient*innen beim Einstieg in die neue Therapieform zu begleiten, setzt Tim Schrills, Psychologe und Kogniti-

onswissenschaftler an der Universität Lübeck, auf ein eigens in Kooperation mit der Firma Diabeloop entwickeltes Coaching-Programm namens DiaTrust. Es soll Menschen mit Diabetes dabei helfen zu verstehen, wie sich ihr Verhalten auf das AID-System auswirkt, und so Vertrauensverlust vorbeugen.

Das Coaching startet mit einem initialen Fragebogen, mit dem Technikaffinität und relevante Vorerfahrungen erfasst werden. Im weiteren Verlauf lässt sich das Coaching individuell stufenweise aufbauen. Hierfür werden beispielsweise Zielkarten mit kleinen Aufgaben für den Alltag ausgegeben. „Idee ist es, dem Loop Arbeit zu geben und dann zu schauen, wie er reagiert und ob sich das mit den eigenen Erwartungen deckt“, erklärte Schrills. Den aktuellen DiaTrust-Prototypen möchten er und sein Team gern ausgewählten Praxen zur Behandlung von Diabetespatienten zur Verfügung stellen und deren Feedback bei der Evaluation einarbeiten. *HV/dz*

Symposium „DiaTrust – Ein individuelles Coachingprogramm für Nutzer von AID-Systemen“ im Rahmen von DiaTec; Veranstalter: Diabeloop

Im Gespräch bleiben

DiabetesDialog beantwortet wichtige Fragen

➔ Pressegespräch – Sanofi

FRANKFURT. Diabetes ist eine Volkskrankheit, die immer mehr Menschen betrifft. Für ein erfolgreiches Diabetes-Management müssen die Betroffenen ihre Glukosewerte stets im Auge behalten und anpassen.

Vor 100 Jahren wurde der damals fünfjährige Teddy Rider als Erster mit Insulin behandelt. Ein Erfolg, denn mithilfe der Insulintherapie wurde er über 70 Jahre alt. Dr. KARSTEN MILEK, Hohenmölsen, erinnerte an seine erste Insulin-Patientin: „Das war eine dramatische Situation. Das 16-jährige Mädchen hatte innerhalb von vier Tagen acht Kilo an Gewicht verloren und wurde mit einer schweren Ketoazidose eingeliefert. Ihr Blutzucker war auf über 60 mmol/l (mehr als 1081 mg/dl) angestiegen. Ohne Insulin hätten wir die junge Frau nicht retten können.“

Derart hohe Werte treten heute nur noch sehr selten auf. Bei Patient*innen mit Typ-1-Diabetes hat sich inzwischen die kontinuierliche Glukosemessung plus Insulinpumpe durchgesetzt. Auch beim Typ-2-Diabetes sollte die Insulinbehandlung rechtzeitig starten, unterstrich Prof.

Dr. MATTHIAS BLÜHER, Leipzig: „Eine optimierte Behandlung bedeutet nicht nur eine Verbesserung der Lebensqualität, sondern auch eine Lebensverlängerung.“ Die Initiative „Gesünder unter 7 PLUS“ engagiert sich bereits seit Jahren im Diabetesbereich.

Mit dem neu gestarteten Diabetes-Dialog wurde eine weitere Plattform geschaffen, auf der Betroffene ihre Fragen an Expert*innen stellen können. So sollten Diabetespatient*innen etwa in der Fastenzeit oder im Ramadan nicht einfach aufhören zu essen, sondern eine geplante Fastenphase vorab mit ihrer Ärztin besprechen, rieten die Expert*innen. Mit Diabetes kann man sich auch von der Fastenpflicht aus religiösen Gründen befreien lassen. Die Gesundheitsversorgung sollte auch beim Diabetes immer individuell abgestimmt werden. Unter gesuender-unter-7.de gibt es weitere Informationen zum Leben mit der chronischen Erkrankung (Broschüren, Videos, Infografiken, Podcasts und bestimmte Aktionen). *lb*

Pressegespräch zum #DiabetesDialog: „Wissen was bei Diabetes zählt: Gesünder unter 7 PLUS“; Veranstalter: Sanofi

NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

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

Digitale Diabetesversorgung umfassend denken

Neues Diabetes-Datenmanagement verfolgt patientenzentrierten Ansatz – als herstellerunabhängiges, interoperables System

Wie sieht die digitale Versorgungsrealität von morgen aus? Welche Ansprüche haben Diabetes-Teams an ein modernes Datenmanagement? Mit welchen digitalen Versorgungskonzepten ist ein patientenzentrierter Ansatz denkbar? Ein neues herstellernertrautes, interoperables Diabetes-Datenmanagement-System hat darauf die Antwort.

Ein 75-jähriger Typ-2-Patient kommt zu seinem Diabetologen. „Ich habe mein Messgerät vergessen“, schummelt er – seine Werte waren in den letzten Wochen viel zu hoch. Eine 24-jährige Typ-1-Patientin und Pumpenträgerin sitzt seit einer halben Stunde im Wartezimmer, darauf hoffend, dass die Diabetesberaterin die Daten von Insulinpumpe und kontinuierlichem Glukosemesssystem (CGM) endlich ausliest.

Wunsch oder Wirklichkeit – die Realität der digitalen Versorgung

Zwei seltene Fälle? Im Gegenteil: Dies ist Alltag in diabetologischen Schwer-

punktpraxen. Schon bei der Anmeldung stellen sich zur Digitalisierung viele Fragen: Welches Messsystem wird genutzt? Welche Pumpe? Ist dafür ein Lesegerät oder das Handy im Einsatz? Wird das System von den Betroffenen selbst ausgelesen oder muss das die Praxis machen? Ist der Privat-Account mit dem Praxis-Account verbunden? Funktioniert die Technik (Update: Treiber, Kabel)? Im Alltag bedeutet dies für das Diabetes-Team ein Einarbeiten in diverse Gerätetypen mit oft eigener Auslesesoftware. Diese haben zwar alle ihre Vorteile, aber in dem Dschungel an Auslesesoftware ist viel Geduld gefragt.

Gesunder Lebensstil und Diabetes-Coaching

Der Bedarf an digitalen integrierten Versorgungskonzepten ist also hoch. Besonders app- und webbasierte Interventionen zur Förderung eines gesunden Lebensstils und ein entsprechendes Coaching haben in der Diabetestherapie großes Potenzial.

Das zeigen auch aktuelle Studien. Im Rahmen einer aktuellen Erhebung zum Einsatz von Telemedizin für die Versorgungsoptimierung wurden z.B. Patient*innen mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes mit einem iscCGM-System ausgestattet.¹ Das Ziel: eine verbesserte Glukosekontrolle. Der HbA_{1c}-Wert (Baseline 9 %) lag nach drei Monaten bei 7,5 %, nach einem halben Jahr bei 7,3 %. Für 70 % der Proband*innen verbesserte sich die Patient*innen-Arzt-Kommunikation. 80 % berichteten von einem besseren Empowerment (Selbst-Management), und die Therapiezufriedenheit stieg in den sechs Monaten signifikant. Das Fazit: Telemedizinische Leistungen im Rahmen der Diabetesbehandlung sind sinnvoll, kosteneffizient und zeigen Wirkung.

Diabetes-Strategie und digitale integrierte Versorgungskonzepte

Den Diabetes ganzheitlich denken und mit modernen Diabetes-Technologien das Diabetes-(Selbst-)Management stärken – Stichwort: Empowerment – ist auch ein bedeutender Teil der Nationalen Diabetes-Strategie. Eine Schnittstelle zur elektronischen Patientenakte (ePA) und zur elektronischen Diabetesakte (eDA) zu schaffen und die Datenverfügbarkeit für das Diabetesregister, um damit die Versorgungsforschung zu stärken, sind weitere wesentliche Ziele der Diabetes-Strategie.

In den letzten Jahren gab es zudem einen Paradigmenwechsel in der Behandlung von Menschen mit Typ-2-Diabetes. 2018 wurden in einem Konsensus-Papier der EASD (European Association for the Study of Diabetes) und der ADA (American Diabetes Association) die Grundlagen für die Behandlung des Typ-2-Diabetes mit einem patient*innenzentrierten Ansatz festgelegt: diabetesbedingte Komplikationen reduzieren und die Lebensqualität im Rahmen eines umfassenden kardiovaskulären



„DiGA haben großes Potenzial“

Kathrin Boehm (VDBD)
stellv. Vorsitzende VDBD
Foto: D. Deckbar



„Das Ziel: Strukturverbesserungen“

Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland
Medizinische Klinik I, Uniklinik Aachen
Foto: D. Müller-Wieland



„Therapieziele gemeinsam erarbeiten“

Dr. Richard Daikeler
Diabetologe, Sinsheim
Foto: R. Daikeler



„Daten nicht erst in Praxen auslesen“

Dr. Stefan Götz
Diabetologe, Esslingen
Foto: S. Götz



Kabelsalat beim Datenauslesen? Bei der Vielzahl an Messgeräten und digitalen Lösungen kann man heute schnell den Überblick verlieren. Foto: EvivaMed Deutschland



„Handschriftliche Tagebücher sind von den Patient*innen oft fehlerhaft und unvollständig geführt. Beim Auslesen des Messgeräts kommen nicht selten andere Werte zum Vorschein“, sagt der Diabetologe Dr. Wolfgang Stütz. Foto: EvivaMed Deutschland

Videokonferenzen heute schon wichtiger Bestandteil der Diabetestherapie

Videocalls und Videosprechstunden, vor allem Schulungen per Videokonferenz, haben im Diabetesbereich in den zurückliegenden Jahren (coronabedingt) neuen Schub bekommen. Eine Option für Videokonferenzen – für eine zeit- und ortsunabhängigere Arzt-Patient*innen-Kommunikation – ist in der Version für Fachkreise (Vivora proCare) als weitere Komponente integriert: das von der KBV-

zertifizierte Videokonferenzsystem Vivora teleCare. Dessen Leistungsbereiche wie die einfach nutzbare Terminplanungsfunktion, die praktische Aufruf-Funktion aus dem Wartezimmer, die vielfältigen Video- und Audio-Kommunikationsmöglichkeiten und die erweiterte Bildschirm-Teilen-Funktion wurde gemeinsam mit dem Advisory Board des Unternehmens erarbeitet. Die wissenschaftlichen

Evaluationsstudien zur Leistungsfähigkeit der Patient*innen-Version Vivora diCare als Basis für eine telemedizinische Kommunikation stehen unter der Leitung von Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland, Medizinische Klinik I, Universitätsklinikum Aachen. Er betont hierbei: „Unser Studienziel ist der Nachweis von patient*innenrelevanten Struktur- und Verfahrensverbesserung(en) und

medizinischem Nutzen im Rahmen verschiedener RCT-Studien“. Dazu zählen eine Proof-of-Concept-Studie sowie zwei weitere RCT-Langzeitstudien (eine Coaching- sowie eine DiGA-Evaluationsstudie). Vivora teleCare wurde in Kooperation mit der Videosprechstunden-/Telemedizin-Plattform „Arztkonsultation.de“ entwickelt. Der Leistungsumfang ist vielfältig:

- Terminplanungs-Funktion
- Aufruf-Funktion aus Wartezimmer
- Video- und Audio-Kommunikationsmöglichkeit
- End-to-End-Verschlüsselung
- Textbasierte Kommunikationsfunktion zwischen Patient*in und dem Diabetes-Team
- Verschlüsselte Datenversand-/ Datenaustausch-Funktion (Bilder, Dokumente)

Patient*innen mit Typ-2-Diabetes behandeln, zum anderen Diabetes-Teams durch digitale integrierte Versorgungskonzepte das tägliche Diabetes-Management gemeinsam mit den Betroffenen erleichtern. Ein weiteres typisches Beispiel aus der Praxis nennt Dr. Stefan Gözl, Advisory-Board, Diabetologe aus Esslingen: „Die Daten aus den Geräten werden heute meist erst durch die Diabetesberaterin heruntergeladen, wenn die Patient*in in der Praxis ist. Das kostet viel zu viel Zeit.“

Eine gute Software sollte deshalb immer interoperabel und interkonnektiv sein und eine optimale Voranalyse sowie eine gute Zusammenarbeit mit der Patient*in ermöglichen.

Digitale integrierte Versorgungskonzepte beinhalten heute in der Regel mehrere Komponenten, die dann im Zusammenspiel einen ganzheitlichen, patient*innenzentrierten Ansatz verfolgen. Die Basis ist eine integrierte Telemedizin-Plattform, mit der Ärzt*in und Patient*in ortsunabhängig miteinander kommunizieren und die Therapie jederzeit aktuell und individuell anpassen können. Die Konsultation zwischen Kolleg*innen ist dabei ebenfalls unproblematisch möglich. Die Kontrolldaten der unterschiedlichen Messgeräte, die Betroffene für das tägliche Diabetesmanagement nutzen (u.a. Blutzuckermessgerät, kontinuierliche Glukosemesssysteme, kurz: CGM), werden automatisch via Bluetooth- oder andere Übertragungstechnologien anonym in die Cloud gesendet. Im Vorfeld werden die Patient*innen dazu z.B. durch den Diabetes-Fachhandel geschult,

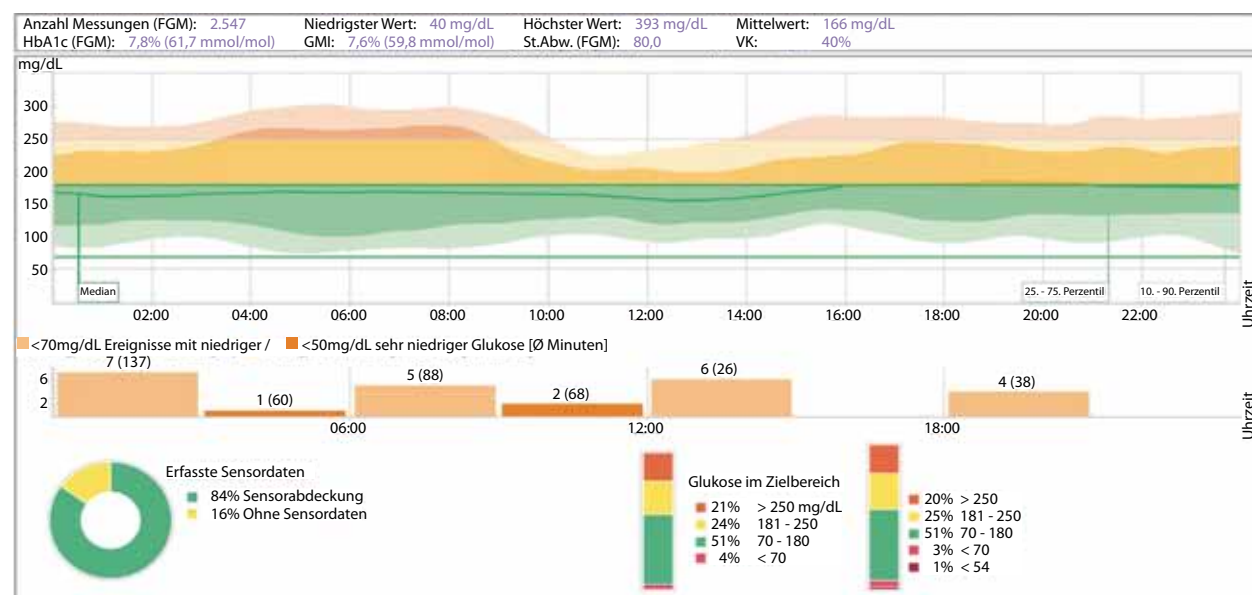
Für Fachkreise: Vivora proCare

- ▶ Patient*innendokumentation
- ▶ Datenmanagement (herstellerneutral und interoperabel) mit Mitteilungsfunktion (bei Grenzwert-Über-/Unterschreitungen)
- ▶ Datenanalyse
- ▶ Digitales Diabetes-Coaching (Zertifizierung angestrebt):
 - ▶ Dokumentation des Coaching-Bedarfs sowie der einzelnen Sitzungsergebnisse
 - ▶ Vereinbarung für Coaching-Folgetermine
- ▶ KBV-zertifiziertes Videokonferenzsystem Vivora teleCare
- ▶ Schnittstelle zur ePA/eDA (perspektivisch)

der ihnen die Messgeräte zuweist (Onboarding mit Datenschutzerklärung). Das Ziel: die „Abholung“ der anonymisierten Daten aus der Cloud, die Patient*innenzuordnung für eine strukturierte Datenanalyse, die Visualisierung der Messdaten für das Patient*innen-Monitoring und digitales Diabetes-Coaching mit integriertem Telemedizin-Programm. Der Vorteil: Das Monitoring der Adhärenz der Patient*in ist einfach möglich. So ist etwa die Versorgung mit Verbrauchsmaterialien wie Blutzuckerteststreifen, Penndadeln, Infusionssets bzw. Katheter und mehr jederzeit einsehbar, aber auch die Funktionsfähigkeit der Messgeräte lässt sich einfach kontrollieren.

Zielgerichtete digitale Diabetes-Coaching-Programme sind für ganz unterschiedliche Patientengruppen möglich und werden durch medizinisches Fachpersonal (Diabetesberater*in, Diabetesassistent*in u.a.) vermittelt. Kritisch kranke oder zu pflegende Patient*innen können damit einfach überwacht werden – durch die kontinuierliche Kontrolle therapeutischer Parameter wie Glukose- und Blutdruckwerte. Bluetooth-fähige oder auch andere Produkte können dabei zusätzlich eingesetzt werden, wie Körperwaage, Blutdruck- und Blutzuckermessgeräte mit Verbrauchsmaterial, Smartpens und Fitness-Tracker. An die beiden neuen Datenmanagement-Systeme von EvivaMed – Vivo-

Vivora proCare: Beispiel Therapieverlauf



Ereignisse mit niedrigen oder sehr niedrigen Werten, Glukose im Zielbereich (Time in Range): Therapieverlauf eines Patienten mit Typ-1-Diabetes, der ein kontinuierliches Glukosemesssystem nutzt.
 Quelle: EvivaMed Deutschland

Diabetes-Datenmanagement-System für Fachkreise (Vivora proCare) und Patient*innen (Vivora diCare)

Feature/Funktion	Vivora proCare	Vivora diCare
Patient*innen-Verwaltung	✓	✗
Patient*innendokumentation (Therapiedaten: Therapieform, Medikation, Hilfsmittel, Zielvereinbarungen, Laborparameter etc.)	✓	✓
Datenmanagement herstellerneutral und interoperabel: Synchronisierung und Verfügbarkeit von Patient*innen erhobenen Daten und Informationen • Beispiele: Blutzucker, CGM, Insulindosis, Kohlenhydrate, RR, körperliche Aktivität, Events etc.	✓	✓
Datenanalyse: Einheitliche statistische und graphische Auswertung inklusive Trend Anzeige/Bewertung sowie Darstellung von Vergleichs-Zeiträumen → Intuitive Datenanalyse aufgrund einheitlicher Darstellung	✓	✓
Optional: Freigabe der Daten an das Diabetes-Team oder weitere Bezugspersonen → Die Datenhoheit liegt bei den Patient*innen	✗	✓
Mitteilungsfunktion (Grenzwert-Über-/Unterschreitungen)	✓	✗
Digitales Diabetes-Coaching (Zertifizierung angestrebt): • Dokumentation des Coachingbedarfs sowie der einzelnen Sitzungsergebnisse • Vereinbarung für Coaching-Folgetermine	✓	✗
KBV-zertifiziertes Videokonferenzsystem (inkl. Terminvereinbarungs-Funktion)	✓	✗
Schnittstelle zur ePA/eDA	✓	✓

Quelle: EvivaMed Deutschland

ra proCare für Fachkreise und Vivora diCare für Patient*innen – können mehr als 200 marktgängige Geräte angeschlossen werden. Die Systeme arbeiten herstellerneutral, agieren interoperabel und sind in zwei bzw. drei Versionen verfügbar: als Webbrowser-sowie PC-Version und als App. Sowohl die Version für Fachkreise mit integriertem, KBV-zertifiziertem Videokonferenzsystem als auch die Patient*innenversion basieren auf den Anforderungen des „Code of Conduct Digital Health“ der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und sind für alle Therapieformen ausgelegt. Bei der Version für Fachkreise ist auch ein digitales Diabetes-Coaching möglich (die Zertifizierung ist angestrebt). Die Patient*innenversion wurde für Menschen mit Diabetes entwickelt. Das heißt: Alle Daten der oralen Diabetestherapie und/oder Insulintherapie sowie der CGM- bzw. Blutzuckermessung können in der Patient*innenversion erfasst und ausgewertet werden. Als weitere Option ist eine automatische Übertragung von Gesundheitsparametern durch andere Geräte (Körperwaage, Blutdruckmessgerät, Schrittzähler etc.) möglich. Patient*innenzentrierte Behandlung, digitale integrierte Versorgungskonzepte, neue gesundheitspolitische

Entscheidungen bei Digitalisierung und Datenschutz: Die Herausforderungen im Diabetesbereich bleiben groß. Digitale Großprojekte wie die elektronische Patientenakte (ePA), deren Einführung immer wieder ins Stocken gerät, und die weiterhin geplante elektronische Diabetesakte (eDA) als interoperable Ergänzung der ePA mit dem Ziel, zeitnah und real ein Diabetesregister zu schaffen, müssen zudem gestemmt werden. „Wir holen die Stakeholder im Markt ab und bieten für jede Zielgruppe eine konkrete, herstellerunabhängige und interoperable Lösung“, betont Detlef Jantos, Geschäftsführer EvivaMed Deutschland mit Sitz in Wenzelbach bei Regensburg. Die Zulassung der neuen digitalen Datenmanagement-Systeme seines Unternehmens als digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) wird derzeit evaluiert. Das Unternehmen steht zudem kurz vor dem Markteintritt einer Produktinnovation für Insulinpens in Deutschland – ein spezieller, digitaler Insulinpen-Clip für Fertipens, mit dem „jeder Fertipen zum digitalen Smartpen wird“, so der Geschäftsführer.

1. Neumann C et al. Diabetes, Stoffwechsel Herz 2021; 30: 153-162
 2. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30291106/>

Hintergrund

Die beiden Diabetes-Datenmanagement-Systeme Vivora proCare für Fachkreise und die Patient*innenversion Vivora diCare hat EvivaMed Deutschland gemeinsam mit einem hochkarätigen Advisory Board aus Diabetolog*innen, Diabetesberater*innen und Diabetesassistent*innen konzipiert und inhaltlich entwickelt. Für die technische Entwicklung und als Hersteller ist das Unternehmen SINOVO verantwortlich. Aus diesem Haus stammt sowohl eine eigene Patienten-Software, die bereits viele Patient*innen für ihr Datenmanagement verwenden sowie die Entwicklung diverser Datenmanagementsysteme für namhafte Diabetes-Unternehmen.

Digitales Diabetes-Coaching – neues Fortbildungskonzept mit dem VDBD

Der Berufsverband der Diabetes-Beratungs- und -Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD) sieht in digitalen Gesundheitsanwendungen, E-Health-Ansätzen und Telemedizin großes Potenzial, schreibt der Verband in einem aktuellen Positionspapier (vdbd.de). Einerseits lässt sich die Versorgung von Diabetespatient*innen und deren Lebensqualität durch neue Diagnose- und Behandlungsansätze verbessern. Andererseits bieten digitale Gesundheitsanwendungen vielversprechende Optionen

zur Prävention, d.h. Krankheitsrisiken früher zu erkennen und durch patient*innenzentrierte Angebote zu adressieren. Die vielfältigen Möglichkeiten der Digitalisierung zu nutzen, bedeutet nicht nur analoge Prozesse zu digitalisieren, sondern vor allem innovative Therapien und Beratungsangebote zu entwickeln, die die Betroffenen aktiv und selbstbestimmt einbinden, so der VDBD. Der Verband geht davon aus, dass das große Angebot an Gesundheits-Apps weiter zunimmt. Während rein digitale Anwendungen

in der Prävention eine Rolle spielen können, scheinen bislang sog. „guided“ Angebote, also digitale Anwendungen, die einen „Coach“ einbinden, effektiver zu sein. Das digitale Diabetes-Coaching (Vivora diaCoach) ist über die eigene KBV-zertifizierte Telemedizin-Plattform Vivora teleCare möglich und wurde als Fortbildung in Zusammenarbeit mit der VDBD AKADEMIE konzipiert. Das Kernstück ist ein Curriculum, das die Anforderungen an die Struktur- sowie an die Prozess- und Ergebnisqualität des digitalen Diabetes-

Coachings definiert. Zudem wurden sog. Standard Operating Procedures (SOPs) auf Basis des Curriculums mit 7 Basis- und 6 Zusatzthemen erarbeitet. Als Basisthemen genannt sind die Motivation zur Gewichtsreduktion und Bewegungssteigerung, der Umgang mit Hypoglykämien, besondere Ernährungsformen, die Behandlung des diabetischen Fußes, eine verbesserte Umsetzung der bestehenden Therapie und die psychische Belastung durch eine chronische Erkrankung wie Diabetes. Mit dem VDBD wurde auch ein Train-

the-Trainer-Weiterbildungskonzept entwickelt. Die Fortbildung zum Diabetes-Coach erfolgt in Kooperation mit der VDBD AKADEMIE. „Digitale Gesundheitsanwendungen haben großes Potenzial, um die Versorgung von Diabetespatient*innen und deren Lebensqualität zu verbessern“, sagt Kathrin Boehm (VDBD), Mitglied des Advisory-Boards. „Digitale Diabetestechnologien sind eine gute Ergänzung zu den bereits bestehenden qualifizierten Beratungs- und Schulungsangeboten von Ärzt*innen und Diabetesfachkräften.“

Achterbahn ausgebremst

Hybrid-Closed-Loop verhilft
Kleinkindern zu
stabilerer Stoffwechsellage

CAMBRIDGE. Im Direktvergleich verbesserte ein Hybrid-Closed-Loop gegenüber einer sensorunterstützten Pumpentherapie die Blutzuckerkontrolle bei Kindern bis sieben Jahren. Der Algorithmus senkte die Glukosewerte, ohne die Zeit unter Hypoglykämien zu erhöhen. Besonders nachts schnitt der Loop besser ab: Er erhöhte die TiR von 66 % auf 82 %.

Gerade bei den Jüngsten mit Typ-1-Diabetes schwanken die Glukosewerte häufig stark. Grund sind der variable Insulinbedarf, eine hohe Insulinsensitivität und schwer vorhersehbares Ess- und Aktivitätsverhalten. In einer randomisierten Cross-Over-Studie untersuchte ein Forschungsteam um Dr. JULIA WARE von der Universität Cambridge 74 Kinder im Alter von 1–7 Jahren. In zufälliger Reihenfolge nutzten die jungen Patient*innen jeweils 16 Wochen lang entweder eine sensorunterstützte Pumpentherapie (SuP) oder ein Hybrid-Closed-Loop-System (HCL) und wechselten anschließend zur jeweils anderen Therapie. Die teilnehmenden Kinder lebten im Schnitt seit etwa zweieinhalb Jahren mit Typ-1-Diabetes, ihr HbA_{1c}-Wert lag bei durchschnittlich 7,3 %. Rekrutiert wurden sie über Diabeteseinrichtungen in Österreich,

Deutschland, Luxemburg und Großbritannien. Die Kinder bzw. ihre Eltern hatten alle bereits Erfahrung mit der Pumpentherapie. Für die beiden Studienphasen nutzten sie jeweils dieselbe Technik; während der SuP-Phase wurde lediglich der in Cambridge entwickelte Android-AID-Algorithmus „CamAPS FX“ deaktiviert.

Mehr Zeit im Zielbereich während der HCL-Phase

Hauptziel der Untersuchung war es, herauszufinden, wie die HCL-Nutzung die Zeit im Zielbereich (TiR, 70–180 mg/dL) verändert. Als sekundäre Endpunkte analysierten die Forschenden unter anderem die zeitlichen Anteile von leichten und schweren Hyper- und Hypoglykämien, den HbA_{1c}-Wert und die Glukosevariabilität.

In der HCL-Phase wiesen die Kinder um 8,7 Prozentpunkte verbes-

serte TiR-Werte auf als während der SuP-Phase (HCL: 71,6 %, SuP: 62,9 %). Gleichzeitig sank im HCL-Zeitraum der Anteil von Glukosewerten oberhalb des Zielbereichs signifikant (-8,5 %), ebenso wie der durchschnittliche HbA_{1c}-Wert (-0,4 %) und der durchschnittliche Glukosewert (-12,3 mg/dL).

Diese Verbesserungen waren den Autor*innen zufolge nicht auf vermehrte Hypoglykämien zurückzuführen: In der HCL-Phase verbrachten die Kinder einen ähnlichen Zeitanteil mit Glukosewerten unterhalb von 70 mg/dL wie wäh-

»Risiko für neurokognitive Defizite«

rend der SuP-Therapie (HCL: 4,5 %; SuP: 3,9 %) bzw. weniger als 54 mg/dl (0,8 % vs. 0,6 %). In der Studie kam es zu einem schweren hypoglykämischen Ereignis während der Closed-Loop-Phase.

Anderes Verhältnis von Basal- und Bolusinsulin

Besondere Bedeutung misst das Autor*innenteam der reduzierten Hyperglykämierate in der Gruppe mit Hybrid-Closed-Loop-System bei. So hätten gerade Kinder, die in jungen Jahren die Diagnose Typ-1-Diabetes erhalten, ein hohes Risiko für neurokognitive Defizite infolge einer gestörten Gehirnentwicklung durch häufige Hyperglykämien. „Unsere Ergebnisse zeigen eine Reduzierung der Zeit in hyperglykämischen Zustand durch die Insulinzufuhr mit einem Hybrid-Closed-Loop-System, ohne dass sich die Zeit mit hypoglykämischen Werten erhöht. Daher vermuten wir, dass eine Closed-Loop-Therapie gerade für jüngere Kinder, die sich in einem vulnerablen Stadium der Gehirnentwicklung befinden, vorteilhaft ist“, betonen sie.

Zudem beobachteten die Forschenden in der Studie eine unterschiedliche Verteilung von Basal- versus Bolusinsulin in den beiden Studienphasen. Während sich die zugeführte Gesamtinsulinmenge nur unwe-

sentlich unterschied (HCL: 16,9 U/Tag, SuP: 17,6 U/Tag), erhöhte sich in der Gruppe mit Hybrid-Closed-Loop-System der Anteil des automatisch via Algorithmus angepassten Basalinsulins (HCL: 8,0 U/Tag, SuP: 5,7 U/Tag) gegenüber dem zu den Mahlzeiten oder für Korrekturen abgegebenen Insulin (HCL: 8,6 U/Tag, SuP: 11,0 U/Tag).

Als bemerkenswert stuft das Autor*innenteam auch den Umstand ein, dass sich die Zeit im Zielbereich in der HCL-Phase insbesondere nachts deutlich gegenüber der SuP-Phase verbesserte (HCL: 82,2 % TiR, SuP: 66,3 % TiR).

Mehr Lebensqualität dank ungestörter Nachtruhe

„Schlechte Schlafqualität ist eine große Herausforderung für Familien von Kindern mit Typ-1-Diabetes, weil der Insulinbedarf nachts besonders stark schwankt und Eltern in diesem Zeitraum besonders viel Angst vor Hypoglykämien haben“, bewerten die Forschenden diese auffällige Verbesserung. „Entsprechend gehen wir davon aus, dass die HCL-Therapie diese nächtlichen Probleme effektiver adressiert als die SuP-Therapie – was sich auch positiv auf die Lebensqualität der Familien auswirkt.“

Antje Thiel

Ware J et al. N Engl J Med 2022; 386: 209-219; doi: 10.1056/NEJMoa2111673



Wenn der Loop
läuft, hat das Auf
und Ab der Werte
ein Ende.

Foto: iStock/ Bert1123

INFOBOX ■ Insulintherapie

Hypos bei Sportlern mit Typ-1-Diabetes

Wie schnellwirksames Insulin lispro unterstützen kann

Wenn Menschen mit Typ-1-Diabetes häufig und intensiv Sport treiben, stellt dies besondere Anforderungen an ihre Insulintherapie. Vor allem gilt es, sie vor gehäuften Hypoglykämien zu bewahren. Der Einsatz eines Mahlzeiteninsulins, das die physiologische Insulinwirkung noch genauer als herkömmliches Insulin lispro imitiert, kann dabei helfen.

Das hat auch bei Lucas zum Erfolg geführt. Der 28-jährige passionierte Läufer hat kürzlich wieder an einem Marathon teilgenommen und kam als Fünfter ins Ziel. Von seinem täglichen Training lässt sich der Athlet durch seinen Typ-1-Diabetes nicht abhalten, obwohl er schon mehrfach Hypoglykämien beim Sport hatte. Lucas kontrolliert seine Insulinpumpentherapie mittels CGM und ist beim Therapiemanagement beinahe ebenso motiviert wie beim

Sport: Er möchte seine Time in Range auf jeden Fall über 70 % halten. Seine häufigen Hypoglykämien stören und beunruhigen ihn jedoch. Ein Dilemma?

Schneller Wirkbeginn, kurze Wirkdauer

Die Einstellung auf ein modernes Mahlzeiteninsulin wie zum Beispiel Lyumjev[®] kann die Situation verbessern. Denn seine große Nähe zur physiologischen Insulinwirkung gibt Lucas mehr Sicherheit beim Sport. Das weiterentwickelte Insulin lispro zeichnet sich nicht nur durch einen schnellen Wirkbeginn, sondern auch durch eine kurze Wirkdauer aus.¹ Dadurch kommt es bei Typ-1-Diabetes, auch beim Einsatz in einem CSII-System, nachweislich zu weniger



Hypoglykämien als bei herkömmlichem Insulin lispro.² Eine Studie hat gezeigt, dass bei dieser Applikationsform die Zeit im hypoglykämischen Bereich unter Lyumjev[®] signifikant kürzer ist als unter Humalog[®].² Auf diese Weise kann Lucas seine ehrgeizigen Ziele erreichen – bei der Diabetestherapie und beim nächsten Marathon.

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



a Lyumjev[®] ist angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen mit Diabetes mellitus
1. Fachinformation Lyumjev[®]; aktueller Stand
2. Warren M et al. Diabetes Obes Metab. 2021; 23: 1552-1561

PP-UR-DE-0350

Mitautor aus Leipzig wünscht sich schnelle Zulassung und Kostenübernahme

von Dr. Thomas Kapellen

KOMMENTAR

Die Universitätsmedizin Leipzig war als einziger deutscher Standort an der internationalen Studie beteiligt. Dort leitete PD Dr. Thomas Kapellen die Studienteilnahme und betreute zehn Kinder im Alter von vier bis sieben Jahren. „Neun von ihnen nutzen das System auch nach dem Ende der groß angelegten Studie, aktuell im Rahmen einer nachfolgenden Beobachtung im realen Le-

ben“, kommentierte er. „Die App ist CE-zertifiziert, wird derzeit jedoch noch nicht von den Kostenträgern in Deutschland bezahlt“, erklärte Dr. Kapellen.

„Da es das einzige derzeit weltweit CE-zertifizierte System für ein Behandlungsalter ab einem Jahr ist, würde ich mir eine schnelle Zulassung und Kostenübernahme durch die Krankenkassen in Deutschland wünschen.“

Pressemitteilung
der Universität Leipzig

Neu- oder re-zertifizierte Kliniken und Arztpraxen

(im Zeitraum 29.03. bis 25.04.2022)

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 0		
Diabetologische Schwerpunktpraxis Katrin Krause	06366 Köthen	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Zeisigwaldkliniken Bethanien	09130 Chemnitz	Klinik für Diabetespatienten geeignet DDG
PLZ 1		
Vivantes Klinikum Kaulsdorf	12621 Berlin	Klinik für Diabetespatienten geeignet DDG
Internistische Facharztpraxis für Diabetes Dr. med. Angela Weber-Albl	13507 Berlin	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Klinikum Karlsburg, Klinik für Innere Medizin	17495 Karlsburg	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
PLZ 3		
Main-Kinzig-Kliniken gGmbH	36381 Schlüchtern	Klinik für Diabetespatienten geeignet DDG

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 3		
Diabeteszentrum Magdeburg/Haldensleben, Betriebsstätte Magdeburg - Antje Weichard	39124 Magdeburg	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
PLZ 4		
St. Josef-Hospital, Medizinische Klinik I, Abteilung für Diabetologie	44791 Bochum	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Diabeteschwerpunktpraxis Dr. med. Klaus Bergmann & Heike Breil-Hadick	46145 Oberhausen	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Alexianer Krefeld GmbH Krankenhaus Maria-Hilf, Klinik für Kardiologie, Pneumologie und Innere Medizin	47805 Krefeld	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Klinikum Ibbenbüren, Medizinische Klinik I	49477 Ibbenbüren	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
PLZ 5		
DRK Krankenhaus Neuwied, Innere Medizin I	56564 Neuwied	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG

Immer auf dem Laufenden



DDG Social Media

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

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

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

Sonja Jedlitschka, Schnaittach
 Simone Biallas, Hüttenberg
 Dr. med. Zuzana Miklasova, Großostheim
 Karoline Heilmann, Röbel/Müritz
 Mohamad Jawich, Menden
 Dr. med. Susan Blasius, Alzenau
 Dr. med. Jan-Marc Thrun, Regensburg
 Dr. med. Verena Riehle, Königheim
 Reza Falsafi, Erzhausen
 Dr. med. Jürgen Wagner, Offenburg

Forschung 

Forschungsnetzwerk Diabetes



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



Eine Initiative von:

DDG Deutsche Diabetes Gesellschaft

DZD Deutsches Zentrum für Diabetesforschung



Fotos: iStock/Shams Suleymanova, Farknot Architect – stock.adobe.com



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



Noch kein DDG-Mitglied?

Überzeugen Sie sich von den Vorteilen!



Foto: iStock/Infadel

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

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

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

Mitglieds-Antrag auch online



Ihr Ansprechpartner in der Geschäftsstelle ist:
Steffi Rudloff

Tel.: 030 / 3 11 69 37 15

Fax: 030 / 3 11 69 37 20

E-Mail: rudloff@ddg.info

Angebote zur DDG Weiterbildung

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

Neue Möglichkeit zur Qualifizierung im Train-the-Trainer-Seminar zur BASISQUALIFIKATION DIABETES PFLEGE DDG

Termine für 2023 nun auch online! Bewerben Sie sich frühzeitig!

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

➔ Diabetesberater*in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
236	Diabetes-Akademie Südostbayern Bürgerwaldstr. 1, 83278 Traunstein ☎ Tel.: 0861 20401041, ☎ Fax: 0861 909807 68 info@diabetesakademie.net www.diabetesakademie.net	1. Block: 21.07. – 06.08.2022 2. Block: 03.10. – 15.10.2022 3. Block: 05.12. – 17.12.2022 4. Block: 13.03. – 25.03.2023 5. Block: 03.07. – 14.07.2023
237	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941 5696-22, ☎ Fax: 0941 5696-38 info@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	1. Block: 10.10. – 21.10.2022 2. Block: 16.01. – 27.01.2023 3. Block: 20.03. – 31.03.2023 4. Block: 02.05. – 12.05.2023 5. Block: 03.07. – 14.07.2023 6. Block: 11.09. – 22.09.2023
238	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108, ☎ Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	<i>Aufbauqualifikation für Diabetesassistent*innen</i> 1. Block: 24.10. – 04.11.2022 2. Block: 21.02. – 04.03.2023 3. Block: 12.06. – 23.06.2023 4. Block: 25.09. – 06.10.2023
239	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108, ☎ Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 21.11. – 02.12.2022 1. Block: 16.01. – 27.01.2023 1. Block: 11.04. – 22.04.2023 1. Block: 26.06. – 07.07.2023 1. Block: 21.08. – 01.09.2023 1. Block: 06.11. – 17.11.2023
240	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941 5696-22, ☎ Fax: 0941 5696-38 info@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	1. Präsenzwoche: 12.09. – 16.9.2022 (Regensburg) 2. Onlinewoche: 04.10. – 08.10.2022 (Bad Mergentheim) 3. Präsenzwoche: 07.11. – 11.11.2022 (Regensburg) 4. Onlinewoche: 14.11. – 19.11.2022 (Rheine) 5. Präsenzwoche: 09.01. – 13.1.2023 (Regensburg) 6. Onlinewoche: 06.02. – 11.02.2023 (Trier) 7. Präsenzwoche: 27.02. – 03.03.2023 (Regensburg) 8. Onlinewoche: 27.03. – 31.03.2023 (Jena) 9. Präsenzwoche: 15.05. – 19.05.2023 (Regensburg) 10. Onlinewoche: 22.05. – 27.05.2023 (Rheine) 11. Onlinewoche: 31.07. – 04.08.2023 (Traunstein) 12. Präsenzwoche: 25.09. – 29.09.2023 (Regensburg)
242	Diabetes Zentrum Thüringen e.V. Am Klinikum 1, Gebäude A, 07740 Jena ☎ Tel.: 03641 9324346, ☎ Fax: 03641 9324347 nadine.kuniss@med.uni-jena.de www.diabetes-thueringen.de	1. Block: 09.01. – 20.01.2023 2. Block: 13.03. – 24.03.2023 3. Block: 26.06. – 07.07.2023 4. Block: 21.08. – 01.09.2023 5. Block: 16.10. – 27.10.2023 6. Block: 08.01. – 19.01.2024
243	Wannsee-Akademie Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin ☎ Tel.: 030 80686-040, ☎ Fax: 030 80686-404 akademie@wannseeschule.de www.wannseeschule.de	1. Block: 16.01. – 27.01.2023 2. Block: 13.03. – 24.03.2023 3. Block: 02.05. – 15.05.2023 4. Block: 04.09. – 22.09.2023 5. Block: 13.11. – 24.11.2023 6. Block: 19.02. – 01.03.2024
244	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108, ☎ Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 01.02. – 10.02.2023 2. Block: 20.03. – 31.03.2023 3. Block: 30.05. – 10.06.2023 4. Block: 09.10. – 20.10.2023 5. Block: 04.12. – 15.12.2023 6. Block: 22.01. – 02.02.2024
245	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941 5696-22, ☎ Fax: 0941 5696-38 info@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	<i>Aufbauqualifikation für Diabetesassistent*innen</i> 1. Block: 06.02. – 17.02.2023 2. Block: 17.04. – 28.04.2023 3. Block: 17.07. – 28.07.2023 4. Block: 04.12. – 15.12.2023

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

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

Kosten: Die Kosten für die Weiterbildung betragen 3.400,- € Teilnahmegebühr für den regulären Kurs und 2.850,- € für den verkürzten Kurs, zzgl. 300,- € Anmeldegebühren sowie 200,- € Prüfungsgebühr, ohne Material- und Reisekosten.
Anmeldeverfahren: Bitte senden Sie die Unterlagen an: Deutsche Diabetes Gesellschaft, Abteilung Weiterbildung, Albrechtstraße 9, 10117 Berlin, Tel.: 030/3 11 69 37-18 oder an weiterbildung@ddg.info
Weitere Informationen finden Sie auf www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung-diabetesberaterin-diabetesberater

➔ Fit für die Weiterbildung – Vorbereitungsseminar des VDBD

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

ACHTUNG Online-Angebot

Weitere Informationen finden Sie auf www.vdbd-akademie.de/seminar/details/vorbereitungskurs-fit-fuer-die-weiterbildung-18/

➔ Diabetesassistent*in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine	Kosten
11	Diabetes Zentrum Thüringen e.V. c/o Universitätsklinikum Jena Am Klinikum 1, Gebäude A, 07740 Jena ☎ Tel.: 03641 9324346 ☎ Fax: 03641 9324347 nadine.kuniss@med.uni-jena.de, www.diabetes-thueringen.de	1. Block: 13.06. – 24.06.2022 2. Block: 28.11. – 09.12.2022	1.300,- €*
104	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108 ☎ Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de, www.afg-rheine.de	1. Block: 05.09. – 16.09.2022 2. Block: 28.11. – 09.12.2022	1.665,- €*
27	Diabeteszentrum am Elisabeth-Krankenhaus Klara-Kopp-Weg 1, 45138 Essen ☎ Tel.: 0208/30542818 ☎ Tel.: 0202/897 4592 a.meier@contilia.de www.contilia.de/karriere/contilia-akademie/aktuelle-lehrgaenge.html	1. Block: 19.09. – 30.09.2022 2. Block: 09.01. – 21.01.2023	1.550,- €*
105	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108 ☎ Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de, www.afg-rheine.de	1. Block: 17.04. – 28.04.2023 2. Block: 24.07. – 04.08.2023	1.665,- €*

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine	Kosten
12	Diabetes Zentrum Thüringen e.V. c/o Universitätsklinikum Jena Am Klinikum 1, Gebäude A, 07740 Jena ☎ Tel.: 03641 9324346 ☎ Fax: 03641 9324347 nadine.kuniss@med.uni-jena.de www.diabetes-thueringen.de	1. Block: 05.06. – 16.06.2023 2. Block: 27.11. – 08.12.2023	1.300,- €*
106	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108 ☎ Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 28.08. – 08.09.2023 2. Block: 27.11. – 08.12.2023	1.655,- €*

* inkl. Prüfungs- und Zertifikatsgebühr

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


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

➔ Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
BaQ_ RB_09	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ort: Ostengasse 27, 93047 Regensburg Frau A. Deml ☎ Tel.: 0941 569622 ☎ Fax: 0941 569638 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	20.06. + 21.06.2022
BaQ_ BL_04	Diabeteszentrum Bad Lauterberg Dr. Thomas Werner, Kirchberg 21, 37431 Bad Lauterberg ☎ Tel.: 05524 81-218 sekretariat@diabeteszentrum.de	14.10 + 15.10.2022
BaQ_ Co_06	REGIOMED-Akademie Ort: REGIOMED-Kliniken Coburg Nicole Freund, Gustav-Hirschfeld-Ring 3, 96450 Coburg ☎ Tel.: 09561 22-7355 ☎ Fax: 09561 22-7354 nicole.freund@regiomed-kliniken.de	09.11. + 10.11.2022
BaQ_ BW_06	Asklepios Bildungszentrum Nordhessen Ort: Asklepios Klinikum Schwalmstadt, Diabetes Schulungsraum Julia Steklow, Laustraße 37, 34537 Bad Wildungen ☎ Tel.: 05621 795 24 13 j.steklow@asklepios.com	16.11. + 17.11.2022

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

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

 weiterbildung@ddg.info

Weitere Informationen finden Sie auf

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

➔ Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Klinik)

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

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

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

➔ Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Langzeit)

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine	Kosten
1	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108 ☎ Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	19.06.2023 Präsenz 21.06.2023 Präsenz 24.08.2023 Online 25.08.2023 Online 12.10.2023 Online 13.10.2023 Online 25.10.2023 Präsenz 27.10.2023 Präsenz	1.270,- € inkl. Lehrgangsgebühr und Material- und Prüfungsgebühr 270,- €

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

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

➔ Wundassistent*in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
16	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941 5696-22, ☎ Fax: 0941 5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	30.05. – 03.06.2022
51	CID Centrum für integrierte Diabetesversorgung Kursort: St. Vinzenz-Hospital, Merheimer Str. 221-223, 50733 Köln Anmeldung: ☎ Tel.: 0221/9349461 schulung@cid-direct.de, www.cid-direct.de	26.09. – 30.09.2022
23	Diabetes Zentrum Thüringen e.V. (Universitätsklinikum Jena, Klinik für Innere Medizin III, FB Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen) Am Klinikum 1, Gebäude A, 07743 Jena ☎ Tel.: 03641 9324346, ☎ Fax: 03641 9324342 nadine.kuniss@med.uni-jena.de, www.diabetes-thueringen.de	10.10. – 14.10.2022
61	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Rheine Frankenburgstr. 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/421101, ☎ Fax: 05971/421116 www.afg-rheine.de	24.10. – 29.10.2022
19	Karl Borromäus Schule am Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen Feldstraße 16, 54290 Trier ☎ Tel.: 0651 947-0, ☎ Fax: 0651 947-2205 schule@mutterhaus.de, www.mutterhaus.de	07.11. – 11.11.2022
9	Diabetes-Akademie Bad Mergentheim Theodor-Klotzbücher-Str. 12, 97980 Bad Mergentheim ☎ Tel.: 07931/8015, ☎ Fax: 07931/7750 diabetes.akademie@diabetes-zentrum.de, www.diabetes-akademie.de	21.11. – 25.11.2022
24	Diabetes Zentrum Thüringen e.V. (Universitätsklinikum Jena, Klinik für Innere Medizin III, FB Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen) Am Klinikum 1, Gebäude A, 07743 Jena ☎ Tel.: 03641 9324346, ☎ Fax: 03641 9324342 nadine.kuniss@med.uni-jena.de, www.diabetes-thueringen.de	1. Block: 03.05. – 05.05.2023 2. Block: 10.05. – 12.05.2023
25	Diabetes Zentrum Thüringen e.V. (Universitätsklinikum Jena, Klinik für Innere Medizin III, FB Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen) Am Klinikum 1, Gebäude A, 07743 Jena ☎ Tel.: 03641 9324346, ☎ Fax: 03641 9324342 nadine.kuniss@med.uni-jena.de, www.diabetes-thueringen.de	1. Block: 06.09. – 08.09.2023 2. Block: 13.09. – 15.09.2023
17	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941 5696-22, ☎ Fax: 0941 5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	12.06. – 16.06.2023

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

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

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

➔ Seminare Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung in der Diabetologie

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

➔ Fachpsycholog*in DDG

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

➔ 80-Std.-Kurs Klinische Diabetologie

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



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



Die DDG Job- und Praxenbörse

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

STELLENANGEBOTE

Wolfratshausen / Filiale Ingolstadt, 4.5.22

Diabetologe DDG / Diabetologe BLÄK w/m/d

- Tätigkeit als: Diabetologe DDG / Diabetologe BLÄK w/m/d
- Arbeitsbeginn: 01.07.2022
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: MVZ DiaMedicum Starnberger See GmbH / Filiale Ingolstadt
- Adresse: Am Floßkanal 7, Wolfratshausen / Filiale Ingolstadt
- Ansprechpartner/in: Dr. med. Georg Guggenberger, 08171-410773, guggenberger@diamedicum.de
- Webseite: <https://starnbergersee.diamedicum.de>
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Haben Sie Lust, neue Wege in der Diabetologie zu gehen? Haben Sie Spaß daran, sich in einem hochmotivierten Team einzubringen und zu verwirklichen? Dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung! Als Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin oder Allgemeinmedizin mit der Zusatzbezeichnung Diabetologe DDG oder BLÄK verstärken Sie das Team des MVZ DiaMedicum Starnberger See GmbH am neuen Standort Ingolstadt. Sie genießen hier ein hohes Maß an Gestaltungsfreiheit und Eigenverantwortlichkeit und können dennoch jederzeit auf ein erfahrenes und eingespieltes Team zurückgreifen. Wir als DiaMedicum stehen für patientenorientierte, individualisierte Behandlung und zeitgemäße Diabetestherapie mit allen modernen Technologien. Bei uns erwartet Sie eine vielseitige und abwechslungsreiche Tätigkeit. Fühlen Sie sich angesprochen? Wir freuen uns auf Ihre Anfrage! Bitte senden Sie Ihre Bewerbungsunterlagen online an den Ärztlichen Leiter, Herrn Dr. med. Georg Guggenberger: guggenberger@diamedicum.de

Gerne können Sie für Rückfragen auch einfach anrufen unter 08171-410773.

Wolfratshausen / Filiale Ingolstadt, 4.5.22

Diabetesberater m/w/d

- Tätigkeit als: Diabetesberater m/w/d
- Arbeitsbeginn: 01.07.2022
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: MVZ DiaMedicum Starnberger See GmbH
- Adresse: Am Floßkanal 7, Wolfratshausen / Filiale Ingolstadt
- Ansprechpartner*in: Dr. med. Guggenberger Georg, 08171-410773, guggenberger@diamedicum.de
- Webseite: <https://starnbergersee.diamedicum.de>
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Haben Sie Lust, neue Wege in der Diabetologie zu gehen? Haben Sie Spaß daran, sich in einem hochmotivierten Team einzubringen und zu verwirklichen? Für das DiaMedicum am Standort Ingolstadt suchen wir Sie als Diabetesberater/in DDG. Sie leiten Menschen mit Diabetes mellitus aller Klassifikationen an, coachen, beraten und schulen. Sie erstellen individuelle Maßnahmenprogramme und unterstützen Betroffene bei ihrem Diabetes-Management. Wir stehen für patientenorientierte, individualisierte Behandlung und zeitgemäße Diabetestherapie mit allen modernen Technologien. Bei uns erwartet Sie eine vielseitige und abwechslungsreiche Tätigkeit. Wir freuen uns auf Ihre Anfrage! Bitte senden Sie Ihre Bewerbungsunterlagen online an den Ärztlichen Leiter, Herrn Dr. med. Georg Guggenberger: guggenberger@diamedicum.de

Gerne können Sie für Rückfragen auch einfach anrufen unter 08171-410773.

Gelsenkirchen, 4.5.22

Diabetesberater (m/w/d)

- Tätigkeit als: Diabetesberater (m/w/d)
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: befristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Marienhospital Gelsenkirchen GmbH
- Adresse: Virchowstraße, 122, Gelsenkirchen
- Ansprechpartner*in: Peter Mueller, 020917253124, p.mueller@st-augustinus.eu
- Webseite: <https://st-augustinus.eu/>
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Das dürfen Sie erwarten: eine anspruchsvolle und abwechslungsreiche Tätigkeit in einem motivierten und aufgeschlossenen Team, eine angemessene und strukturierte Einarbeitungszeit sowie die Möglichkeit zur Teilnahme an internen und externen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, familienfreundliche Personalpolitik, Zertifikat „audit berufundfamilie“, seit 2010 eine Vergütung nach den Richtlinien des Deutschen Caritasverbandes (AVR) und zusätzliche Sozialleistungen des Kirchlichen Dienstes, zahlreiche Benefits wie vergünstigte Gesundheits- und Sportangebote, Unterstützung bei der Pflege Angehöriger oder bei der Kinderbetreuung. Das sind Ihre Tätigkeitsschwerpunkte: Durchführung sowohl von Einzelberatungen als auch von strukturierten Gruppenschulungen, alle Formen der Diabetestherapie, Übernahme von Aufgaben in der Dokumentation sowie der Qualitätskontrolle. Das bringen Sie mit: eine abgeschlossene Ausbildung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, abgeschlossene Weiterbildung in der Diabetesberatung (DDG), eine verantwortungsvolle, patientenorientierte und selbstständige Arbeitsweise, kollegiales und teamorientiertes Verhalten, die Bereitschaft zur konstruktiven interdisziplinären und interprofessionellen Arbeitsweise, Eigeninitiative, Engagement und Bereitschaft zur Weiterbildung. Für fachliche Nachfragen: Ramona Majewski, Bereichsleitung Kinderklinik/ Gynäkologie T 0209 172-54806

Dingolfing, 4.5.22

Diabetesassistentin DDG/Diabetesberaterin DDG (m/w/d)

- Tätigkeit als: Diabetesassistentin DDG/Diabetesberaterin DDG (m/w/d)
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxen Dr. Braun
- Adresse: Aitrachstraße 5, Dingolfing
- Ansprechpartner/in: Dr. med. Jürgen Braun, 08731-3945670, info@praxen-dr-braun.de
- Webseite: <https://www.praxen-dr-braun.de>
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Für verantwortungsvolle und vielseitige Aufgaben im Bereich der nephrologisch-diabetologischen Facharztpraxis suchen wir ab sofort eine freundliche und engagierte Diabetesassistentin DDG oder Diabetesberaterin DDG (m/w/d). Ihr Profil: - eine abgeschlossene Weiterbildung zur Diabetesassistentin DDG oder Diabetesberaterin DDG - freundliche, patientenorientierte Persönlichkeit - Zuverlässigkeit, Einsatzbereitschaft und Flexibilität - betriebswirtschaftliches Denken und Handeln. Wir bieten Ihnen: - ein langfristiges Arbeitsverhältnis in einem interessanten Aufgabengebiet - eine attraktive Vergütung - ein motiviertes und engagiertes Team - die Chance beruflicher Weiterentwicklung - Teilnahme an internen und externen Qualifikationsmaßnahmen. Besuchen Sie uns auch im Internet: www.praxen-dr-braun.de

Kassel, 2.5.22

MFA (m/w/d) und/oder Wundassistentin, Kassel

- Tätigkeit als: MFA (m/w/d) und/oder Wundassistentin, Kassel
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Diabetespraxis
- Adresse: Pettenkoferstr.26, Kassel
- Ansprechpartner/in: Dr. med. Regina Winkelmann-Lind, 0561 3165577, info@diabetespraxis-kassel.de
- Webseite: <https://www.diabetespraxis-kassel.de>
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Wir suchen eine MFA (m/w/d) zur Mitarbeit in der Fußsprechstunde. Gut wäre ein bisschen Berufserfahrung und Interesse an der Weiterbildung zur Wundassistentin DDG. Wir bezahlen leistungsgerecht nach Tarifvertrag! Ihre Arbeitszeit wäre überwiegend vormittags, gelegentlich mal eine Nachmittagsprechstunde.

Berlin Lichtenberg, 29.4.22

Medizinische Fachangestellte / Arzthelfer (m/w/d) in diabetologischer Schwerpunktpraxis

- Tätigkeit als: Medizinische Fachangestellte / Arzthelfer (m/w/d) in diabetologischer Schwerpunktpraxis
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Sana Gesundheitszentren Berlin-Brandenburg GmbH
- Adresse: Fanningerstr. 32, Berlin Lichtenberg
- Ansprechpartner/in: Kaja Lademann, 03055187026, Kaja.Lademann@sana-bb.de
- Webseite: <https://www.sana.de/gesundheitszentren-berlin>
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Verstärken Sie uns ab sofort in Vollzeit oder Teilzeit in Berlin Marzahn als MFA / Arzthelfer (w/m/d) in einer diabetologischen Praxis Zur Sana Gesundheitszentren Berlin-Brandenburg GmbH gehören über 60 Arztpraxen, drei psychotherapeutische Praxen sowie eine physiotherapeutische Praxis. Das Angebot umfasst fünf Gesundheitszentren und verschiedene Gemeinschaftspraxen an insgesamt 18 Standorten in Berlin und Brandenburg. + Hier ist Ihr Einsatz gefragt - Zum nächstmöglichen Zeitpunkt suchen wir eine Medizinische Fachangestellte (m/w/d) für eine diabetologische Schwerpunktpraxis in Berlin Marzahn. - Der mögliche Stundenumfang beträgt 30 - 39h/Woche. - Zu Ihren Aufgaben gehören das Termin- und Telefonmanagement, die Organisation des Praxis- und Sprechstundenablaufs, die Unterstützung der Ärzte in der Patientenbehandlung, Abrechnung nach EBM und GOÄ, das Bestellwesen sowie Blutabnahmen. + Darum sind Sie unsere erste Wahl - Sie haben eine abgeschlossene Ausbildung zur Arzthelferin (m/w/d) oder zur Medizinischen Fachangestellten (m/w/d) und idealerweise bereits Erfahrung im Sprechstundenablauf und in der Praxisorganisation einer diabetologischen Praxis sowie in der Assistenz bei Untersuchungen. - Sie sind in hohem Maße verantwortungsbewusst. - Sie haben gute Abrechnungskennnisse. - Mit der Praxissoftware MEDISTAR kennen Sie sich aus oder können sich schnell einarbeiten. + Und darum sind wir Ihre erste Wahl! Wir bieten Ihnen eine langfristige Perspektive in einer abwechslungsreichen und verantwortungsvollen Tätigkeit in einem netten Team. Es erwarten Sie ein unbefristeter Arbeitsvertrag, ein 13. Monatsgehalt, eine Gewinnbeteiligung, 30 Tage Urlaub, finanzierte Fortbildungen, ein Prämiensystem bei der Anwerbung von Personal sowie Mitarbeiterabbatte bei vielen namhaften Firmen. Als eine der großen privaten Klinikgruppen in Deutschland versorgt Sana jährlich rund 2,2 Millionen Patienten nach höchsten medizinischen und pflegerischen Qualitätsansprüchen. Mehr als 32.000 Mitarbeiter an über 50 Standorten vertrauen bereits auf uns. Sie alle profitieren von einem Arbeitsumfeld mit abwechslungsreichen Herausforderungen und viel Raum für Eigeninitiative. Bei Sana können Sie sowohl eigene Schwerpunkte entwickeln als auch ein interdisziplinäres Netzwerk aufbauen. Sie haben vorab noch Fragen? Kaja Lademann beantwortet Sie Ihnen gerne: kaja.lademann@sana-bb.de Für Ihre Bewerbung geht es unter Angabe der Kennung DIAB-ME-22 hier entlang: personal@sana-bb.de der Sana Gesundheitszentren Berlin-Brandenburg GmbH Personalabteilung Fanningerstraße 32 10365 Berlin Weitere Infos und viele gute Gründe, um bei uns zu arbeiten: sana.de/karriere

Kaufbeuren, 30.4.22

Eine medizinische Fachkraft (m/w/d) zur Ausbildung als Diabetesberater DDG

- Tätigkeit als: Medizinische Fachkraft (m/w/d) zur Ausbildung als Diabetesberater DDG
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Facharztzentrum für Innere Medizin und Dialyse
- Adresse: Hartmährerweg 2, Kaufbeuren
- Ansprechpartner/in: Dr. Marcus Steger, 083419936444, diabetologie@t-online.de
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Wie bieten Ihnen die Ausbildung zum Diabetesberater (m/w/d) an. Zugelassene Grundberufe sind Altenpfleger, MFA, Diätassistent oder Diabetesassistent DDG (m/w/d). Wir decken das komplette Spektrum der Erwachsenen-Diabetologie ab. Ihre Aufgaben bestehen in der Mitbetreuung von Patienten mit allen Formen des Diabetes sowie das Abhalten von Schulungen je nach Ausbildungsstand. Sie finden hier bei uns ein abwechslungsreiches Aufgabengebiet, eingebettet in ein sympathisches Team und einer positiven Arbeitsatmosphäre.

Frechen, 27.4.22

Diätassistent*in (m/w/d)

- Tätigkeit als: Diätassistent*in
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: St.Katharinen-Hospital Frechen
- Ansprechpartner*in: Birgit Meyer-Noack, diabetologie@khs-frechen.de
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Das Sankt-Katharinen-Hospital in Frechen sucht für die Abteilung Gastroenterologie, Diabetologie und Ernährungsmedizin ab sofort eine*n Diätassistent*in (m/w/d) zur Verstärkung des Diabetes-Beratungsteams. Die Vollzeitstelle mit 39 Wochenstunden ist, vorerst befristet, zur Vertretung einer Mutterschutzfrist und sich anschließender Elternzeit zu besetzen. Ihr Profil: • Erfolgreich abgeschlossene Berufsausbildung zum/zur staatlich anerkannten Diätassistent*in • Weiterbildung zur Diabetesassistent*in DDG wünschenswert • Kompetentes und freundliches Auftreten, Zuverlässigkeit, Teamfähigkeit, selbstständiges Arbeiten • Bereitschaft zur fachlichen Fort- und Weiterbildung • Fundierte PC-Kenntnisse Ihre Aufgaben: • Durchführung des Mangelernährungsscreenings und entsprechende ernährungstherapeutische Betreuung der Patient*innen • Beratung von Patient*innen bzgl. der Ernährungstherapie – Schwerpunkt Diabetes und Gastroenterologie • Schulung von Mitarbeiter*innen anderer Berufsgruppen • Erstellen von Informations- und Beratungsmaterial für Patient*innen • Administrative Aufgaben / Dokumentation Wir bieten: • Breitgefächerte diabetologische Betreuung in allen Fachdisziplinen unseres Hauses (Zertifikat Klinik für Diabetespatienten geeignet DDG) • Ein professionelles und interdisziplinäres Team • Vergütung nach AVR • Zusatzversorgung Bewerbungen von schwerbehinderten Menschen werden bei gleicher Eignung bevorzugt berücksichtigt. Da wir mehrere Bewerber*innen einladen werden, bitten wir um Verständnis, dass wir Ihnen keinerlei entstehende Kosten für die Wahrnehmung des Vorstellungsgesprächs erstatten können. Für Fragen wenden Sie sich bitte an das Beratungsteam unter 02234/502-8110 oder diabetologie@khs-frechen.de Bitte richten Sie Ihre schriftliche Bewerbung an: Zeeh@khs-frechen.de (Anhänge nur als .pdf) oder St. Katharinen-Hospital Frechen GmbH Abteilung Gastroenterologie, Diabetologie und Ernährungsmedizin Priv. Doz. Dr. med. J. Zeeh Kapellenstraße 1-5 50226 Frechen

Frechen, 27.4.22

Diabetesberater*in oder -assistent*in (m/w/d)

- Tätigkeit als: Diabetesberater*in oder -assistent*in
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: St.Katharinen-Hospital Frechen
- Ansprechpartner*in: Birgit Meyer-Noack, diabetologie@khs-frechen.de
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Das Sankt-Katharinen-Hospital in Frechen sucht für die Abteilung Gastroenterologie, Diabetologie und Ernährungsmedizin ab sofort eine*n Diabetesberater*in (m/w/d) oder Diabetesassistent*in (m/w/d) zur Verstärkung des Diabetes-Beratungsteams. Die Vollzeitstelle mit 39 Wochenstunden ist, vorerst befristet, zur Vertretung einer Mutterschutzfrist und sich anschließender Elternzeit zu besetzen. Ihr Profil: • Erfolgreich abgeschlossene Berufsausbildung zum/zur staatlich anerkannten Diätassistent*in oder Medizinische*r Fachangestellte*r oder Gesundheits- und Krankenpfleger*in • Weiterbildung zur Diabetesberater*in DDG oder Diabetesassistent*in DDG • Kompetentes und freundliches Auftreten, Zuverlässigkeit, Teamfähigkeit, selbstständiges Arbeiten • Bereitschaft zur fachlichen Fort- und Weiterbildung • Fundierte PC-Kenntnisse Ihre Aufgaben: • Beratung von Patient*innen in allen Bereichen der Diabetestherapie (Diabetes mellitus Typ 1-3, GDM, FGM, CGM, CSII) • Schulung von Mitarbeiter*innen anderer Berufsgruppen • Erstellen von Informations- und Beratungsmaterial für Patient*innen • Administrative Aufgaben / Dokumentation Wir bieten: • Breitgefächerte diabetologische Betreuung in allen Fachdisziplinen unseres Hauses (Zertifikat Klinik für Diabetespatienten geeignet DDG) • Ein professionelles und interdisziplinäres Team • Vergütung nach AVR • Zusatzversorgung Bewerbungen von schwerbehinderten Menschen werden bei gleicher Eignung bevorzugt berücksichtigt. Da wir mehrere Bewerber*innen einladen werden, bitten wir um Verständnis, dass wir Ihnen keinerlei entstehende Kosten für die Wahrnehmung des Vorstellungsgesprächs erstatten können. Für Fragen wenden Sie sich bitte an das Beratungsteam unter 02234/502-8110 oder diabetologie@khs-frechen.de Bitte richten Sie Ihre schriftliche Bewerbung an: Zeeh@khs-frechen.de (Anhänge nur als .pdf) oder St. Katharinen-Hospital Frechen GmbH Abteilung Gastroenterologie, Diabetologie und Ernährungsmedizin Priv. Doz. Dr. med. J. Zeeh Kapellenstraße 1-5 50226 Frechen



Weitere Angebote unter:

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



STELLENANGEBOTE

Oberhausen, 29.4.22

DiabetesberaterIn (m/w/d)

- Tätigkeit als: DiabetesberaterIn
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Diabetes-Zentrum Ruhr
- Adresse: Flockenfeld 86, Oberhausen
- Ansprechpartner/in: Dr. med. Ariane Montrobert, 0170 41 69 488, arimontro@hotmail.com
- Webseite: <https://www.diabetes-zentrum.ruhr>
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet:

Wir suchen zur Verstärkung Dich als DiabetesberaterIn! Du brauchst einen Kurswechsel und Arbeiten auf Augenhöhe? Ein respektvolles Miteinander im Team sowie eine leistungsgerechte Bezahlung? Dann besuche uns virtuell auf unserer Homepage und informiere Dich oder besuche uns für einen Kaffee und lerne uns persönlich kennen! Wir freuen uns!

NACHFOLGE GESUCHT

Löbau, 30.4.22

Diabetologe/in, Internist/in, Allgemeinmediziner/in

- Fachrichtung: Diabetologe/in, Internist/in, Allgemeinmediziner/in
- Praxisbezeichnung: Diabetologische Schwerpunktpraxis
- Adresse: Blumenstrasse 4, 02708 Löbau
- Ansprechpartner/in: Dr. med. Rosemarie Bock, 03585 862044, Praxis_dr_Bock@yahoo.de
- Beschreibung: Diabetologische Schwerpunktpraxis in Löbau abzugeben

Ueckermünde, 27.4.22

Diabetologie/Allgemeinmedizin

- Fachrichtung: Diabetologie/Allgemeinmedizin
- Adresse: Pattenser Str. 1, 17373 Ueckermünde
- Ansprechpartner/in: Dr. med. Sabine Meinhold, 0151-41822840 dr.sabine.meinhold@meinhold.net
- Webseite: <https://www.hausarztzentrum-ueckermuende.de>
- Beschreibung: Nachfolger/in für Diabetologische Schwerpunktpraxis und Allgemeinmedizin nordöstlich in Mecklenburg-Vorpommern gesucht. Alle Kooperationen sind möglich. Die Praxis befindet sich im Seebad Ueckermünde am Stettiner Haff. Weiterbildungsmöglichkeit Allgemeinmedizin für 18 Monate und Diabetologie für 12 Monate vorhanden. Die Praxis ist Mitglied im Ärztenetz HaffNet. Weitere Informationen finden Sie unter www.hausarztzentrum-ueckermuende.de sowie www.haffnet.de. Bitte melden Sie sich bei Interesse per Mail dr.sabine.meinhold@meinhold.net oder telefonisch unter 0151-41822840. Wir freuen uns auf Sie! Lage/ Infrastruktur: Das Hausarztzentrum befindet sich in einer verkehrsgünstig und landschaftlich äußerst reizvoll gelegenen Umgebung mit allen weiterführenden Schulen sowie einer Musikschule und Sportvereinen am Ort. Der Ort befindet sich am Stettiner Haff und ist als Seebad ausgezeichnet. Die weitläufige Landschaft und die direkte Lage am Wasser bieten zahlreiche Möglichkeiten für Freizeitaktivitäten wie Wassersport. Für die Verwirklichung von Lebensprojekten finden sich günstige Immobilien, Resthöfe oder Grundstücke. Viele ärztliche Kolleginnen und Kollegen fanden und finden hier eine Heimat; bereits nach kurzer Erfahrung entschließen sich viele, auf Dauer zu bleiben, da man hier Beruf, Hobby und Familie in eine hervorragende Balance bringen kann. Wir leben und arbeiten auf dem so genannten „Sonnen-deck Deutschlands“ – statistisch gesehen bietet die Region im Deutschlandvergleich die meisten Sonnentage im Jahr.

Meine, 7.4.22

Hausärztlich-internistische Gemeinschaftspraxis

- Fachrichtung: Hausärztlich-internistische Gemeinschaftspraxis
- Adresse: Praxis Balck, Gifhomer Str. 1, 38527 Meine
- Ansprechpartner/in: Dr. Katharina Balck, 05304 919114, k.black@kabelmail.de
- Webseite: <https://www.gesundheit-in-meine.de>
- Beschreibung: Wir suchen für unsere hausärztlich-internistische Gemeinschaftspraxis eine/n Nachfolger/in. Alle Kooperationen sind möglich. Weiterbildungsmöglichkeit Allgemeinmedizin für 24 Monate vorhanden.
- Praxisprofil: Sonographie, Ergometrie, Lungenfunktionsprüfung, DSP mit 2 Diabetes-beratern, ca. 1000 DMP Diabetes

Markt Indersdorf, 1.3.22

Diabetologe/in - Internist/in - Allgemeinmediziner/in

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

STELLENGESUCHE

Stuttgart und Umgebung, 20.4.22

Facharzt Innere Medizin und Diabetologie

- Tätigkeit als: Facharzt Innere Medizin und Diabetologie
- Arbeitsbeginn: 01.01.2023
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Ausbildung: Facharzt Innere Medizin Diabetologie DDG und LÄK
- Einsatzort: Stuttgart Großraum bis 150 km
- Kontakt: 80.carmenmaria@gmail.com

Köln, 13.4.22

Diabetesberaterin DDG

- Tätigkeit als: Diabetesberaterin DDG
- Arbeitsbeginn: 01.07.2022
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Ausbildung: Krankenschwester, Assistentin, Beraterin
- Berufsgruppe: Diabetesberaterin
- Einsatzort: Bonn, Köln, Düsseldorf, Essen/Duisburg etc.
- Kontakt: tusnela12@web.de

Nidda - Bad Salzhausen, 7.4.22

Diabetesberater/in DDG

- Tätigkeit als: Diabetesberater/in DDG
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Ausbildung: Abgeschlossene Ausbildung zum/zur Diätassistent/in oder vergleichbare medizinische Ausbildung
- Berufsgruppe: Ernährungsberatung
- Einsatzort: Bad Salzhausen - Nidda (Hessen)
- Kontakt: Julia Dieser, j.dieser@klinik-rabenstein.de

Wenn Sie eine Stellenausschreibung veröffentlichen möchten, einen Nachfolger oder Mieter für Ihre Praxisräume suchen oder ein Stellengesuch aufgeben möchten, füllen Sie bitte auf <https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung/jobborse> unter der jeweiligen Kategorie das Formular aus.

Ihre Ansprechpartnerin in der DDG Geschäftsstelle ist:

Daniela Wilberg
Tel.: 030 / 311 69 37 35
E-Mail: service@ddg.info

Foto: Brad Pict - stock.adobe.com

ECHT* WAHRGENOMMEN

Nachweislich weniger Hypoglykämien¹



-72%



-56%

* DEXCOM G6 – DIE KONTINUIERLICHE GEWEBEGLUKOSEMESSUNG IN ECHTZEIT (rtCGM)
OHNE SCANNEN. OHNE STECHEN.²

dexcom.de

MEDIZINISCHER KONTAKT: +49 6131 4909065
DEXCOM DEUTSCHLAND GMBH | HAIFA-ALLEE 2 | 55128 MAINZ

dexcomG6

- HOHE MESSGENAUIGKEIT ÜBER ALLE GLUKOSEBEREICHE²
- INDIVIDUELLE WARNUNGEN, PRÄDIKTIVE HYPO³-VORWARNUNG (ULS), HYPO³-SICHERHEITSLARM
- AUTOMATISCHE GLUKOSEWERTE UND WARNUNGEN KONTINUIERLICH MIT BIS ZU 10 FOLLOWERN TEILEN⁴



JETZT! ECHT* EASY:
VEREINFACHTE VERORDNUNG
FÜR GESETZLICH VERSICHERTE
Mehr unter www.dexcom.com/erstattung

◇ Wenn die Warnungen zu den Gewebuglukosewerten und die Messwerte auf dem G6-System nicht den Symptomen oder Erwartungen entsprechen, sollte der Patient ein Blutzuckermessgerät verwenden, um Behandlungsentscheidungen zu seinem Diabetes zu treffen. | Smartphone/Smartwatch nicht im Lieferumfang enthalten. | 1 Heinemann et al. Lancet. 2018; 391(10128): 1367–1377. (rtCGM ggü. SMBG, Ergebnisse ggü. Baseline, p < 0,0001) | 2 Shah et al. Diabetes Technol Ther. 2018; 20(6): 428–433 | 3 Hypo = Hypoglykämie | 4 Zur Übertragung von Daten ist eine Internetverbindung erforderlich. Zum Folgen ist die Verwendung der Follow App erforderlich. Follower sollten die Messwerte der Dexcom G6 App oder des Empfängers vor dem Treffen von Behandlungsentscheidungen immer bestätigen. Liste kompatibler Geräte unter: www.dexcom.com/compatibility | Dexcom, Dexcom G6, Dexcom Follow, Dexcom Share sowie Dexcom CLARITY sind eingetragene Marken von Dexcom, Inc. in den USA und können in anderen Ländern eingetragen sein. © 2022 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

L.B.U.0919Rev004

BUNTES

Entengrütze und Stuhlproben im Atomkraftwerk

Mikrobiom-Autotransplantation verlängert Effekte einer guten Diät

MAINZ. Von einer „faszinierenden“, „sehr originellen“ und „völlig verrückten“ Studie berichtete Prof. Dr. Michael Stumvoll aus Leipzig beim Diabetes-Update 2022. Neben viel Unterhaltungswert liefere die Arbeit neue Hinweise, wie künftig kluge Mikrobiominterventionen gelingen könnten.

Es war einmal in der Kantine eines israelischen Atomkraftwerks. Von den drei Armen einer dort durchgeführten Diät-Interventionsstudie erhielt eine Gruppe den Hinweis, sich nach gesunden Richtlinien zu ernähren. Dem zweiten Studienarm setzten die Autor*innen eine mediterrane Diät vor, der dritten Gruppe eine „grüne mediterrane Diät“, die zusätzlich angereichert war mit grünem Tee und Entengrütze.¹

Diese auch als Mankai bekannte Frucht der Wasserlinse kann z.B. in Form von Suppen, Omelette oder Smoothies in die Ernährung integriert werden. Sie ist ein wertvoller Lieferant für bestimmte Vitamine, Folsäure, Zink, Eisen, Omega-3 Fettsäuren und eine Vielzahl an Polyphenolen, erklärte Prof. Dr. Michael

Stumvoll vom Universitätsklinikum und der Universität Leipzig. Basierend auf der Idee der autologen Stuhltransplantation (aFMT) sammelten die Wissenschaftler*innen am Ende der ersten Interventionsphase von jedem Teilnehmenden Stuhlproben ein und bereiteten sie als gefriergetrocknete Kapseln auf.

Anschließend nahmen die Mitarbeitenden entweder diese Kapseln oder ein Placebo ein. „Es wurde also getestet was passiert, wenn man Personen ihr eigenes Mikrobiom aus einer günstigen Stoffwechselphase autotransplantiert“, kommentierte Prof. Stumvoll. Das Ergebnis: Einzig im Arm der „grünen mediterranen Diät“ blieb während der zweiten Intervention unter aFMT der verbesserte Stoffwechselftrend erhalten. Etwa in Form eines niedrigeren Insulinspiegels und verzögerter Gewichtszunahme. „Die Arbeit liefert damit den ersten griffigen Hinweis darauf, dass kluge Interventionen dieser Art machbar sind“, betonte Prof. Stumvoll. *mg*

1. Rinott E et al. Gastroenterology 2021; 160: 158-173.e10; doi: 10.1053/j.gastro.2020.08.041

Diabetes-Update 2022



+++ Die nächste Ausgabe der diabeteszeitung erscheint am 29. Juni +++