

Reform – aber wie? Lage der Krankenhäuser rege diskutiert

BERLIN. Kurz vor dem Jahresende kamen beim Politischen Empfang der DDG noch einmal viele zusammen, die die Gesundheitspolitik mitgestalten. Das bestimmende Thema: die geplante Krankenhausreform.

Nach den Plänen von Gesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach soll die Behandlung in Kliniken künftig mehr nach medizinischen statt ökonomischen Kriterien erfolgen. Deshalb soll z.B. der Anteil der Fallpauschalen an der Vergütung sinken. Die DDG schätzt die Pläne nur verhalten optimistisch ein – und hat in vier Forderungen zusammengefasst, welche Änderungen in der Diabetologie dringend nötig wären. Diskutiert wurde dies während des Politischen Empfangs der DDG, an dem hochrangige Ärztevertreter von DKG, DGKJ und DGIM und Gesundheitspolitiker*innen von CDU, SPD und Grünen teilnahmen. Außerdem: ein Interview mit DDG Vizepräsident Prof. Dr. Andreas Fritsche zum Thema. **4-5**

EMPFANG IN BERLIN



V.l.n.r.: Wolfgang van den Bergh (Moderator), Dr. Gerald Gaß (DKG-Präsident), PD Dr. Burkhard Rodeck (DGKJ-Generalsekretär), MdB Dietrich Monstadt (CDU), MdB Nezahat Bardari (SPD), MdB Johannes Wagner (Grüne), Prof. Dr. Monika Kellerer und Prof. Dr. Andreas Fritsche (beide DDG).

Foto: DDG/Dirk Michael Deckbar

Ernährungsstrategie: nur Light-Version?

BERLIN. Derzeit erarbeitet das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft eine Ernährungsstrategie. Bislang nicht enthalten: die schon so oft geforderte Zuckersteuer und die Streichung der Mehrwertsteuer auf Obst und Gemüse. Und es gibt noch eine Baustelle ... **6**

Trauer um Hellmut Mehnert

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft nimmt Abschied

BERLIN. Er war Arzt, Wissenschaftler, Klinikchef, Präsident von DDG und DGIM und vieles mehr – und vor allem war er: Impulsgeber, Möglichmacher, Vorreiter, Förderer, Wegbegleiter und Lehrer für so viele in der Diabetologie. Professor Dr.

Hellmut Mehnert hat die Diabetologie in Deutschland über viele Jahrzehnte geprägt und national und international Maßstäbe gesetzt. Noch lange nach seiner aktiven Berufstätigkeit blieb er aktiv und präsent. Am 27. Januar ist er im Alter von 94 Jahren

im Kreis seiner Familie gestorben. In bester Erinnerung bleiben werden neben seiner Fachkompetenz und seinen Verdiensten um die Wissenschaft sein empathischer Umgang mit den Menschen, mit denen er zusammengearbeitet und die er behandelt

hat. Seinen feinsinnigen Witz wird niemand vergessen, der ihn kennenlernen durfte. Die Deutsche Diabetes Gesellschaft nimmt mit großem Respekt und tiefer Dankbarkeit Abschied von ihrem Gründungs- und Ehrenmitglied Hellmut Mehnert. **3, 5**

Lieferengpässe bis in den Herbst

BERLIN. Bei drei Humaninsulinen gibt es derzeit Lieferengpässe, die teils bis in den Herbst anhalten sollen. Ein Grund dafür sind laut Hersteller Probleme in den Abfüllanlagen. Menschen, die diese Humaninsuline nutzen, machen sich Sorgen – und müssen in den Praxen umgestellt werden. Was sagen Diabetologen und Schulende dazu? **10**

MedTriX^{Group}

Gleiche Leistung, (viel) weniger Geld

Bei den Diabetes-DMP hängt die Vergütung vom Praxisstandort ab

BERLIN. Für die Clearingstelle des Bundesverbandes Niedergelassener Diabetologen (BVND) sammelt Dr. Ralf-Uwe Häußler Daten zur Vergütung der Diabetologischen

Schwerpunktpraxen – und fördert Erstaunliches zutage. Die Zahlen zeigen, dass es durchaus üblich ist, für die gleiche Leistung beeindruckend ungleich vergütet zu

werden. Warum es so große Unterschiede zwischen den KV-Bezirken gibt, lässt sich aus der Historie erklären. Was aber lässt sich prinzipiell gegen schlechte Verträge

tun? Dr. Häußlers Erfahrung in Berlin: Es ist anstrengend, etwas zu ändern, aber durchaus möglich. Ein kurzer Draht zur KV kann dabei nicht schaden. **8**

Seite 16 Depression als Hauptkomplikation?

DÜSSELDORF. Sollte die Depression womöglich als eine der Hauptkomplikationen von Diabetes wahrgenommen werden? Liesa Regner-Nelke schreibt darüber in ihrer Kolumne.

Seite 17 Mit App: sicheres Gefühl beim Sport

BAYREUTH. Vor zu niedrigen, aber auch zu hohen Werten warnt Menschen mit Typ-1-Diabetes eine neue Sport-App. Prof. Dr. Othmar Moser erzählt im Interview mehr darüber.

Seite 19 Neue Serie: Zukunft der Fortbildung

BERLIN. Wie können Kongresse ökologisch nachhaltig werden? Diese Frage beschäftigt die DDG stark. Im Auftakt zur neuen Serie „Nachhaltigkeit“ geht es um Wünsche – und um ihre Kosten.



Stipendien: bis 1. Juni bewerben

BERLIN. Für Astrid Breg wurde der Traum, Diabetesberaterin zu werden, durch ein Weiterbildungsstipendium der DDG wahr. Sie hat damit die Weiterbildung finanziert, außerdem wurden Reisekosten übernommen. Um ein solches Stipendium bewerben können sich Arzt*innen und Menschen aus Gesundheitsfachberufen. Die Bewerbungsfrist für das Stipendienprogramm 2023 läuft noch bis zum 1. Juni; Informationen dazu auf Seite **7**

Foto: Daniel Ernst – stock.adobe.com

News & Fakten

Zum Tod von Prof. Dr. Hellmut Mehnert – Nachruf von Prof. Dr. H.-U. Häring; Parlamentarischer Abend der DDG – Analyse der Krankenhaus-Reformpläne (inkl. Interview mit Prof. Dr. A. Fritsche); Ernährungsstrategie der Regierung; Podcast O-Ton Diabetologie mit Prof. Dr. M. Kellerer; Weiterbildung mit DDG Stipendien; Medizin-Ticker; Regionale Unterschiede bei DMP-Honoraren; Lieferengpässe bei Humaninsulin (inkl. Interview mit Prof. Dr. B. Gallwitz); Prof. Dr. Michael Ristow übernimmt Lehrstuhl für Experimentelle Endokrinologie; Neuigkeiten aus der Diabetesforschung 3–12

Kongress aktuell

Periphere Gefäße im Blick behalten; erstes DiGA-Symposium während der Diabetes Herbsttagung 14

Im Blickpunkt

Diabetes und Depression (Kolumne); DDG schreibt Medienpreise aus; Jahrestagung der AG Diabetischer Fuß; Serie Nachhaltigkeit: Zukunft der Fortbildung; Wechsel im Redaktionsbeirat; Diabetes-Fußball-Camp; Angebot Gesundheitswandern; Drei Düsseldorfer Kliniken rezertifiziert; Augengesundheit und der Zustand der Gefäße 16, 19, 22–25

Das Interview

„Sicher und sorgenfrei Sport machen“ – Prof. Dr. Othmar Moser berichtet über neue Sport-App... 17

Medizin & Markt

Berichte aus der Industrie ... 20–21

Forum Literatur

Dulaglutid bei Heranwachsenden; Komplikationsrisiko senken durch körperliche Aktivität 23–24

Kurznachrichten

Neu oder rezertifizierte Kliniken und Arztpraxen; neue Diabetolog*innen DDG 26

Weiterbildung & Qualifikation

Diabetesberater*in DDG, Fit für die Weiterbildung – Vorbereitungsseminar des VDBD, Diabetesassistent*in DDG, Train-the-Trainer-Seminar „Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG“; Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG, Diabetespflegefachkraft DDG (Klinik und Langzeit), Wundassistent*in DDG, Seminare Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung, Fachpsycholog*in DDG, 80-Std.-Kurs Klinische Diabetologie; Auffrischungskurs „Diabetologie KOMPAKT“ 28–29

Job- & Praxenbörse

Stellenangebote, Nachfolger gesucht 30–31

Buntes

..... 32

»Wo geht die Reise hin?«

Die Pläne für die Krankenhausreform werfen Fragen auf

Liebe Leserinnen und Leser,

im Alter von fast 95 Jahren ist Ende Januar unser Ehrenmitglied Professor Dr. Hellmut Mehnert gestorben. Über Jahrzehnte hat er die Diabetologie in Deutschland klinisch und wissenschaftlich geprägt und national und international Maßstäbe gesetzt. Alle, die ihn kennenlernen durften, werden die große Empathie, die er ausstrahlte, und seinen feinsinnigen Witz nie vergessen. Die Deutsche Diabetes Gesellschaft trauert um einen hochgeschätzten Mentor, Wissenschaftler und Freund. Für die diabetes zeitung erinnert Professor Hans-Ulrich Häring ganz persönlich an Professor Hellmut Mehnert – auf Seite 3.



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

»Was ist mit der sprechenden Medizin?«

Beim Politischen Empfang der DDG Ende letzten Jahres waren die Reformvorschläge das bestimmende Thema. Vertreter wichtiger Fachgesellschaften und Bundestagsabgeordnete aus dem Gesundheitsausschuss waren vor Ort und diskutierten kritisch mit Mitgliedern des DDG Vorstands. Die DDG ist enttäuscht, dass die sprechende Medizin weder erwähnt noch gestärkt werden soll. Kritik gibt es auch daran, auf welchem Krankenhaus-Level die Diabetologie angesiedelt werden soll. Mehr darüber und ein Interview mit Vizepräsident Prof. Dr. Andreas Fritsche lesen Sie auf den Seiten 4 und 5.

»Weiterbildung leichter gemacht – mit einem Stipendium der DDG«

Seit 2021 vergibt die DDG Weiterbildungsstipendien an Ärzt*innen und an Menschen aus Gesundheitsfachberufen. Durch die finanzielle Hilfe soll es Interessent*innen leichter gemacht werden, die Weiterbildung zu absolvieren. Auf diese Weise soll die diabetologische Versorgung gestärkt und ausgebaut werden. Wer sich um ein Stipendium für 2023 bewerben möchte – die Bewerbungsfrist läuft bis zum 1. Juni –, findet alle wichtigen Informationen auf Seite 7.

»DMP: Warum wird gleiche Leistung so unterschiedlich bezahlt?«

Diabetologische Schwerpunktpraxen erhalten für Leistungen, die im Rahmen der DMP erbracht werden, bundesweit eine ähnliche Vergütung – sollte man meinen. Tatsächlich aber sind die Unterschiede je nach KV-Bezirk sehr groß. Warum das so ist und was die Praxen dagegen tun können, steht auf Seite 8.

»Ernährungsstrategie: kein grünes Licht für die Ampel-Koalition«

An der Ernährungsstrategie wird weiterhin gearbeitet. Allerdings geht es noch nicht in allen Punkten in die richtige Richtung, finden u.a. die Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK) und die DDG. Im Eckpunktepapier steht weder eine Steuer oder Abgabe auf zuckerhaltige Erfrischungsgetränke noch die Streichung der Mehrwertsteuer auf Gemüse und Obst. Zudem fordern die DDG und viele andere Organisationen Werbebeschränkungen bei ungesunden Produkten. Informieren Sie sich auf Seite 6.

»Wie werden Kongresse und Tagungen nachhaltig?«

Der Diabetes Kongress und die Diabetes Herbsttagung haben sich in den letzten Jahren verändert; viele von uns schätzen die Vorteile hybrider Veranstaltungen. Die DDG stellt sich darauf ein, und bei den Überlegungen geht es sowohl um die ökologische Nachhaltigkeit als auch um die Finanzierung. Im ersten Teil der neuen Serie „Nachhaltigkeit“ erfahren Sie mehr darüber – und zwar auf Seite 19.

Ich wünsche Ihnen eine spannende Lektüre.

Ganz herzlich Ihr

Prof. Dr. Andreas Neu

**diabetes
zeitung**

© 2023, MedTriX GmbH
Alleiniger Gesellschafter: Süddeutscher Verlag
Hüthig Fachinformationen GmbH, München
Verlag: MedTriX GmbH
Anschrift: Unter den Eichen 5, 65195 Wiesbaden
Telefon: 0611 9746-0, Telefax Redaktion: 0611 9746 480-303
E-Mail: mtd-kontakt@medtrix.group
www.medtrix.group

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

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

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

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

Koordination in der DDG Geschäftsstelle: Franziska Fey
Layout: Andrea Schmuck
Layout: Christina Mähler, Beate Scholz, Mira Vetter
Objekt- und Medialeitung: Björn Lindenau
Verkauf: Josef Hakam, Marc Bornschein, Lukas Koch
Anzeigen: Alexandra Ulbrich, Telefon: 0611 9746-121,
Julia Paulus, Telefon: 0611 9746-123
Telefax: 0611 9746 480-112
E-Mail: mtd-anzeigen@medtrix.group
Anzeigen-Preisliste Nr. 8 vom 1.1.2023

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

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

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



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

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

www.blauer-engel.de/uz195

Dieses Druckerzeugnis wurde mit dem
Blauen Engel ausgezeichnet



085

Zum Tod von Professor Hellmut Mehnert 1928–2023

Erinnerungen an einen empathischen Klinikchef

Von Hellmut Mehnert habe ich zum ersten Mal als Medizinstudent in Freiburg 1971 im Zuge meiner Physik-Vorbereitung gehört. Es gab damals ein neues blaues Thieme-Taschenbuch mit dem Titel „Stoffwechselkrankheiten: Biochemie und Klinik“ von Hellmut Mehnert und Harald Förster – ein Kliniker und ein Biochemiker. Für mich war das die erste Beschreibung einer Translation von Grundlagen und Klinik. Ich büffelte Chemie für die Biochemieprüfung im Rahmen des Physikums zu einem guten Teil aus diesem Lehrbuch und beschloss, zu versuchen, eine Promotionsarbeit bei Professor Hellmut Mehnert in München zu erhalten. Nach meinem Wechsel nach München ging ich in das Schwabinger Krankenhaus und meldete mich im Vorzimmer von Professor Mehnert an. Während ich noch mit der Vorzimmerdame verhandelte, kam Mehnert aus seinem Zimmer und ich trug mein Anliegen vor.

Krankenhaus Schwabing: ein idealer Ausbildungsort

Zu meiner großen Enttäuschung erklärte er mir – moderat sächelnd, sehr freundlich –, dass er keine biochemische Doktorarbeit betreuen wolle. Ich solle aber zu seinem Kollegen Professor Hepp gehen, der in der Forschergruppe Diabetes für so etwas der Richtige sei. Ich war zunächst enttäuscht, folgte aber seinem Rat und begann bei Karl Dieter Hepp meine Promotionsarbeit. Es war eine sehr gute Entscheidung, die mir letztlich den Weg in die Klinik von Professor Mehnert geebnet hat. Die III. Medizinische Abteilung am Krankenhaus Schwabing war ein idea-



Noch lange meldete sich Professor Hellmut Mehnert gern und oft zu Wort – hier als interessierter Fragesteller und Kommentator beim Diabetes Kongress 2013 in seiner Geburtsstadt Leipzig. Fotos: © DDG/Dirk Michael Deckbar

ler Ort, um sich zum Diabetologen ausbilden zu lassen.

Hellmut Mehnert war stets ein freundlicher Mensch, den viele seiner Patienten verehrten – ja geradezu liebten. Auch viel bayrische Prominenz fand sich bei ihm ein, auch Patienten mit „metabolischem Syndrom“ oder „Wohlstandssyndrom“, wie Professor Mehnert es nannte, waren darunter und haben wahrscheinlich den letzten Anstoß für eine Publikation mit eben diesem Titel gegeben. Treue, ehemalige Mitarbeitende bestehen daher darauf, dass nicht Gerald Reaven in Kalifornien der Erstbeschreiber des Syndroms war, sondern Mehnert in Bayern. Mehnerts Publikation erschien auf Deutsch – ein entscheidender Nachteil gegenüber Reaven. Dennoch war Mehnert der erste, der die typischen Merkmale beschrieben hat.

Professor Mehnert hatte die Fähigkeit, hervorragende Klinikerninnen

und Kliniker langfristig an seine Klinik zu binden und so durchgehend eine hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten. Stellvertretend für viele möchte ich hier an Klaus Brauch, Manfred Haslbeck, Barbara Hillebrand und Barbara Krauss erinnern. Hellmut Mehnert war ein loyaler und unterstützender Chef. Er sagte immer wieder, er habe sich vorgenommen, dass seine Assistenten gerne an ihre Ausbildungszeit zurückdenken sollen. Ein hoher Anspruch, der im oft harten, klinischen Alltag nicht immer leicht zu verwirklichen war. Diese Prämisse habe ich immer sehr geschätzt. Eine Haltung, die ihn damals wie heute von vielen seiner Chefkollegen unterschieden hat.

Zusätzliche Klinikstellen und Freiräume für die Forschung

Die Ausbildung zum Diabetologen an der III. Medizinischen Abteilung des Klinikums Schwabing war hervorragend. Nicht zuletzt auch, weil Hellmut Mehnert kontinuierlich Drittmittel eingeworben hat, mit denen er über Jahre viele zusätzliche Klinikstellen finanziert hat. Diese zusätzlichen Kollegen haben die Belastung jedes Einzelnen deutlich reduziert und die notwendigen Freiräume für die erstaunliche wis-



Hellmut Mehnert – Lebensdaten und wichtige Stationen

- 22. Februar 1928 (Leipzig) – 27. Januar 2023 (München)
 - Ab 1949 Studium der Humanmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München, Promotion 1954
 - 1957 Gastarzt bei Elliott P. Joslin am Joslin Diabetes Center in Boston
 - 1964–1990 ständiger Vertreter der Bundesrepublik Deutschland im Diabetes-Experten-Komitee der Weltgesundheitsorganisation
 - 1966–1993 Chefarzt der III. Medizinischen Abteilung des Klinikums Schwabing
 - 1967 Diabetes-Früherkennungsaktion in München
 - 1968 Gründung des Instituts für Diabetesforschung
 - 1968 apl. Professor, 1974 persönlicher Extraordinarius an der LMU München;
 - 1972/1973 Präsident der DDG; 1980/1981 Präsident der DGIM
- Gründungs- und Ehrenmitglied der DDG, Ehrenmitglied der DGIM, Träger u.a. des Bundesverdienstkreuzes 1. Klasse, der Paracelsus-Medaille der Deutschen Ärzteschaft, der Paul-Langerhans-Medaille und der Leopold-Lichtwitz-Medaille.

»Er hat Karrieren ermöglicht«

senschaftliche Leistung der Abteilung ermöglicht.

Dank der ungeheuren Popularität von Hellmut Mehnert und dem dadurch bedingten Patientenzustrom konnten wir alle Facetten diabetischer Krankheitsbilder diagnostizieren und behandeln. Auch diabetische Komata wurden in hoher Zahl in der Koma-Intensivstation behandelt. Dies war auch ein unschätzbare Ausbildungsvorteil für uns Assistenten. Nur dank der großen Autorität von Mehnert konnte die Abteilung eine eigene Koma-Intensivstation etablieren und erhalten, wo eine optimale Betreuung von Patienten mit diabetischem Koma gesichert wurde. Dies war damals im Sinne einer modernen Krankenhausorganisation ein Anachronismus. Ich bin aber nach wie vor davon überzeugt, dass es den Patienten immer zugute kam. Moderne Intensivstationskonzepte machen so etwas leider oftmals unmöglich. Ein diabetisches Koma sollte auf einer interdisziplinären Intensivstation immer nach der Meinung eines Diabetologen behandelt und versorgt werden.

Die Medizinische Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München hat Professor Mehnert 1974 die akademischen Rechte eines persönlichen Extraordinariats verliehen. Damit waren an seiner Abteilung, neben hervorragender klinischer Ausbildung, auch Ha-

bilitationen möglich. Mehnert hat damit vielen Kollegen die weitere Karriere ermöglicht. Auch dafür sind wir sehr dankbar.

Ein wesentliches Element für Mehnerts Erfolg und für den Erfolg seiner Mitarbeitenden war das zusammen mit Otto Wieland gegründete Institut für Diabetesforschung, an dem translationale und interdisziplinäre Diabetesforschung unter optimalen Voraussetzungen möglich war. Die Forschergruppe Diabetes war eine ideale Institution für Mediziner wie mich, die molekulare Mechanismen der Insulinwirkung studieren wollten, aber auch eine gute Ausbildung zum Internisten anstrebten.

In der Forschergruppe Diabetes ermöglichten wöchentliche Seminare eine institutionelle Interaktion zwischen Grundlagenforschenden und klinisch-experimentell Forschenden. Diese Projekte waren die Grundlage für erfolgreiche Translation. Hellmut Mehnert und Otto Wieland haben damit ein „role model“ für ähnliche Institutionen geschaffen. Mehnert war stets ein hervorragender Manager dieser Institution und hat das Konzept sowie die Ergebnisse in seinen zahlreichen Vorträgen einem breiten Publikum vermittelt. Ich bin ihm für diese Schule sehr dankbar.



Beim Diabetes Kongress 2016 in Berlin: Hellmut Mehnert mit seiner Frau Ulrike.

»Sein Anspruch: Die Assistenten sollten gern an ihre Ausbildungszeit denken«



Professor Dr. Hans-Ulrich Häring

Foto: © Jan Roeder

Minister sieht das System am Vorabend einer Revolution

Die DDG analysiert die Pläne für eine Krankenhausreform hinsichtlich der Diabetologie

BERLIN. Im direkten Kontakt mit Bundestagsabgeordneten hat die DDG Spitze zum wiederholten Mal deutlich gemacht, dass die Diabetologie in Deutschland strukturell ins Hintertreffen geraten ist. Zwar strebt der Bundesgesundheitsminister eine Reform des Krankenhausbereichs an. Es gibt aber Zweifel, ob diese in der intendierten Form Versorgungsdefizite ausgleicht.

Die 2004 in Deutschland eingeführten diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG) stellen Geräte- und operative Leistungen zurzeit besser als die Leistungen der sprechenden Medizin. Viele Krankenhäuser konzentrieren sich deshalb seit Jahren auf die gewinnbringenden DRG und weniger auf Fächer, in denen viel Patientenberatung nötig ist. Die Folge sind u.a. verkleinerte oder ganz abgeschaffte diabetologische Abteilungen. Und auch die klinische Kindermedizin kann – wie angesichts vieler RSV-Fälle jüngst klar wurde – mit den verbleibenden Ressourcen den Bedarf der Patient*innen längst nicht mehr decken. Die DDG kritisiert dieses System und seine Auswirkungen seit Langem. In einer Videobotschaft beim Parlamentarischen Weihnachtsempfang der DDG brachte DDG-Präsident Prof. Dr. ANDREAS NEU es so auf den Punkt: „Das Effizienzdenken nimmt breiten Raum in der Medizin ein und definiert Handlungsabläufe und Entscheidungen.“

Prof. Lauterbach: „Wir haben die Ökonomie zu weit getrieben“

Damit soll allerdings laut Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. KARL LAUTERBACH (SPD) bald Schluss sein: „Die Behandlung von Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern soll künftig mehr nach medizinischen und weniger nach ökonomischen Kriterien erfolgen.“ Der Minister sieht den Krankenhausbereich damit am Vorabend einer Revolution. Mit der Äußerung „Wir haben die Ökonomie zu weit getrieben“ zeigt er Problemverständnis. Die Reformpläne wurden beim politischen Empfang in Berlin vielfach mit Lob bedacht. Hinsichtlich Verbesserungen für die Diabetologie wurde jedoch nur verhaltener Optimismus deutlich. Past Präsidentin Prof. Dr. MONIKA KELLERER bemerkte enttäuscht, dass die Sprechende Medizin im Reformvorhaben weder erwähnt noch gestärkt wird. Besonders kritisch wird von der Fachgesellschaft die Verortung der Diabetologie allein in Kliniken

Krankenhaus-Level geplant

Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach strebt eine Vergütung mit Vorhalteleistungen, Versorgungsstufen und Leistungsgruppen an, basierend auf den Vorschlägen einer 17-köpfigen „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“. Der Vergütungsanteil der Fallpauschalen soll in einzelnen Leistungsbereichen auf 40 bis 60 % zugunsten der Vorhaltebudgets gesenkt werden. Aus DRG werden rDRG (Residual-DRG). Diese plus das Pflegebudget ergeben rechnerisch die Vorhaltepauschalen, die unabhängig von der Leistungsmenge gezahlt werden. Verteilt wird das Vorhaltebudget über das Bundesamt für Soziale Sicherung. Die Regierungskommission empfiehlt bundesweit einheitliche Krankenhaus-Level:

- Level I (integrierte ambulante/stationäre Grundversorgung)
 - Level I+ und II (Regel- und Schwerpunktversorgung mit Notfallstufe)
 - Level III (Maximalversorgung; mit Level IIIU – Universitätsmedizin)
- 128 Leistungsgruppen mit Strukturvorgaben und detaillierten Definitionen sind im Gutachten aufgelistet. Zu den Kosten der Reform befragt, bemerkte der Bundesgesundheitsminister, hierfür gebe es kein Preisschild. Es komme auf die Umsetzung an.

in Level II gesehen. Die Diabetologie sollte sich auf allen Versorgungsstufen widerspiegeln, auch in der Grund- und Maximalversorgung, so DDG Vizepräsident Prof. Dr. ANDREAS FRITSCHKE. Die Bundestagsabgeordneten NEZAHAT BARADARI (SPD) und JOHANNES WAGNER (Bündnis 90/Die Grünen) äußerten sich als Ampelvertreter beim Empfang erwartbar



Lockere Gesprächsrunde beim DDG Empfang in Berlin, rechts DDG Geschäftsführerin Barbara Bitzer.

Foto: DDG/Dirk Michael Deckbar

zuversichtlich hinsichtlich künftiger Verbesserungen im Krankenhausbereich. Sie verwiesen zudem darauf, dass vor der Reform noch ein umfangreicher Diskussionsprozess stattfinden wird. „Wir müssen natürlich jetzt im weiteren politischen Kontext gucken, im parlamentarischen Verfahren, wo noch nachgebessert, nachgeschärft werden kann“, so die SPD-Politikerin.

In diesen Anpassungsprozess will sich die Union im Bundestag einbringen, wie Oppositionsvertreter DIETRICH MONSTADT (CDU) betonte. Aus Monstadts Feder kamen in der letzten Legislaturperiode die Vorschläge für eine beschlossene Nationale Diabetesstrategie. Umgesetzt wurde diese aber bisher nicht. Monstadt äußerte sich deshalb noch

vorsichtig zuversichtlich. Zudem lägen für die Reform bisher lediglich Absichtserklärungen vor. Einen Referentenentwurf soll es erst vor der parlamentarischen Sommerpause geben, nach umfangreichen Verhandlungen mit den für den Krankenhausbereich zuständigen Bundesländern.

Die DDG drängt auf vier konkrete politische Ziele

Die DDG-Spitze betonte beim Empfang, dass auch die Fachgesellschaft im Reformprozess ihre Expertise zur Verfügung stellen wird, um dringende Veränderungen in der Diabetologie voranzubringen. Als politische Ziele nennt die DDG:

- Alle Krankenhäuser in Deutschland brauchen eine versorgungs-

»Bund und Länder beraten zurzeit«

stufenadaptierte qualifizierte Diabetesexpertise!

- Versorgungsqualität muss sich lohnen! Krankenhäuser mit Diabetesbehandlungsstrukturen sollten finanzielle Zuschläge erhalten. Einrichtungen ohne diabetologische Expertise finanzielle Abschläge.
- Vulnerable Gruppen schützen! Kinder oder multimorbide ältere Patient*innen mit einem Diabetes brauchen besondere Pflege und zeitintensive ärztliche Betreuung. Das muss im DRG-System kostendeckend abgebildet sein.
- Die Leistungen von Diabetesberater*innen und Diabetesassistent*innen müssen bei der Berechnung der Pflegeuntergrenzen in die Kalkulation mit einfließen.

DKG-Chef Dr. Gaß hat bereits die „Alarmstufe Rot“ ausgerufen

Für den Präsidenten der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Dr. GERALD GASS, agiert die Politik viel zu spät. Er hat die „Alarmstufe Rot“ für den Klinikbereich ausgerufen. „Die schon vor einigen Monaten prognostizierte Insolvenzwelle rollt jetzt an“, ist sich Dr. Gaß sicher. Die Politik habe den Zeitpunkt, zu dem sich die Welle noch stoppen ließe, fast schon verpasst; der Schaden für die Versorgung werde 2023 in vielen Regionen sichtbar werden. *Cornelia Kolbeck*



Sie sprechen die Probleme an: DDG Past Präsidentin Prof. Dr. Monika Kellerer, DDG Vizepräsident Prof. Dr. Andreas Fritsche.

Foto: DDG/Dirk Michael Deckbar

»Schaden wird in vielen Regionen 2023 sichtbar«

Angst vor dem Krankenhausaufenthalt

Die DDG fordert von der Politik in der Reformdiskussion konkrete Regeln für die Diabetologie

BERLIN. Es wird vielfach große Hoffnung in eine Reform des Krankenhaussystems gesetzt, denn vieles liegt im Argen angesichts der systembedingten starken Fokussierung auf ökonomische Kennzahlen. Welche Erwartungen die DDG hinsichtlich notwendiger Verbesserungen hat, erklärt der Vizepräsident der Fachgesellschaft Prof. Dr. Andreas Fritsche.

? Warum sollte die Diabetologie bei der Krankenhausreform besonders beachtet werden?

Prof. Fritsche: Jeder fünfte über 20-jährige Krankenhauspatient in Deutschland hat Diabetes. Wenn wir keine Spezialisten für Diabetes im Krankenhaus haben, wird ein Aufenthalt für Diabetespatienten gefährlich. Menschen mit Diabetes müssen länger im Krankenhaus behandelt werden und haben teilweise doppelt so viele Komplikationen. Die Diabetespatienten und ihre einweisenden Ärzte haben inzwischen Angst vor dem Krankenhausaufenthalt, das zeigen neue Umfragen. Besonders beachtet werden sollte die Diabetologie, weil sie ein Gegenmodell zur gegenwärtigen beklagten, aus dem Ruder gelaufenen Medizin ist. Sie ist sprechende Medizin und nicht überversorgende technokratische Prozedurmedizin. Sie ist präventiv und nachhaltig, nicht eine kurzfristige, letztlich zu spät kommende Reparaturmedizin.

Sie ist somit auch kosteneffektiv und nicht kostentreibend.

? Ziel eines Gesetzes soll sein, dass Investoren über Fallausweitungen keine maximalen Gewinne mehr erwirtschaften können. Was bedeutet das für die Diabetologie?

Die Fallpauschalen sind weiter im Spiel. Gerade in den angedachten



Prof. Dr. Andreas Fritsche
Vizepräsident der DDG
Foto: Hannes Schramm

Level-III-Krankenhäusern der Maximalversorgung ist zu befürchten, dass Gerätemedizin und operative Prozeduren weiterhin zu Fallausweitungen führen. Es wird noch mehr Reparaturmedizin der Diabetesfolgeerkrankungen betrieben,

anstatt die Grundkrankheit Diabetes zu behandeln. Hier ist die Diabetologie als sprechende Medizin dann nicht mehr präsent. Die Level-I-Pflegeanstalten dagegen sollen über Vorhaltekosten finanziert werden. Auch hier ist zu befürchten, dass die Diabetologie nicht mehr vorkommt. Denn sie erfordert spezialisiertes Fachpersonal, welches zusätzlich zur reinen Pflege bezahlt werden müsste. Die Diabetologie wird wohl verortet in den Level-II-Krankenhäusern der Grundversorgung, welche absehbar sowieso den schwersten Stand haben werden. Am Ende ist zu befürchten, dass Diabetes durchs Raster fällt und mehr Leid und Kosten entstehen werden. Diabetes ist eben nicht die einfache Erkrankung, die man nur ambulant behandeln und im stationären Kontext ignorieren kann.

? Was müsste in einem Gesetz konkret verankert werden aus Sicht der Diabetologie?

Es ist erforderlich, dass auf allen Ebenen der stationären Patientenversorgung diabetologisches Wissen und Fachkräfte auskömmlich wirken können – ganz einfach, weil häufig und überall im Krankenhaus die Diabetespatienten mit komplexen Therapieformen zu finden sind. Wenn also so ein Stufensystem des Krankenhauswesens eingeführt wird, muss auf jeder Stufe eine der

»Diabetes fällt durchs Raster«

Komplexität des Patienten angepasste diabetologische Versorgung möglich sein. Deren Vorhandensein sollte finanziert werden. Und ein Fehlen sanktioniert, denn dieses Fehlen kostet Menschenleben.

? Wie will die DDG sich politisch Gehör verschaffen? Der Minister will vor allem mit den Ländern über die Reform beraten. Die Opposition ist über den Bundestag beteiligt. Manche Player sehen sich außen vor.

Wir haben mit Gesundheitspolitikern der meisten Fraktionen gesprochen und auch den Bundesminister über unsere Forderungen informiert, ebenso den Vorsitzenden der 96. Gesundheitsministerkonferenz, Minister Lucha aus Baden-Württemberg. Ferner sind unsere Pressemitteilungen an alle Bundestagsabgeordneten im Gesundheitsausschuss versendet worden. Weitere Meldungen werden wir auch wieder an diese Personengruppe schicken. Wir versuchen also, das Thema immer wieder in die politischen Kanäle zu streuen, um Gehör zu finden. Diesen Weg setzen wir fort.

Interview: Cornelia Kolbeck

Auch eine ausreichende Finanzierung muss sein.



Foto: HNFOTO – stock.adobe.com

Mit großem Respekt und tiefer Dankbarkeit
nimmt die Deutsche Diabetes Gesellschaft Abschied von ihrem Gründungs- und Ehrenmitglied

Prof. Dr. med. Hellmut Mehnert

der kurz vor seinem 95. Geburtstag verstorben ist.

Professor Mehnert hat die Diabetologie in Deutschland geprägt wie kein anderer. Neben seiner klinischen Tätigkeit als Chefarzt am Krankenhaus München Schwabing hat er die Forschergruppe Diabetes geleitet, war Präsident und Kongresspräsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft, Kongresspräsident der Europäischen Diabetes Gesellschaft und Vizepräsident der Internationalen Diabetes Vereinigung. Sein Engagement und seine Forschung wurden mit dem Bundesverdienstkreuz 1. Klasse und zahlreichen Ehrungen und Preisen ausgezeichnet. Er war Präsident der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und Mitglied des Fortbildungsausschusses der Bundesärztekammer.

Selbst beeindruckt vom Altmeister der Diabetologie, Elliot P. Joslin, hat Hellmut Mehnert sowohl klinisch als auch wissenschaftlich Maßstäbe in Deutschland gesetzt. Viele haben von ihm gelernt, er war national und international hochgeschätzt. Durch zahlreiche Publikationen, Lehrbücher und Vorträge ist Professor Mehnert in der Diabetologie noch immer präsent und vielen auch über die Zeit seiner aktiven Berufstätigkeit hinaus lebhaft im Gedächtnis geblieben. Seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben von seinem kollegialen Führungsstil profitiert, seine Patientinnen und Patienten von seiner großen Empathie und Fachkompetenz. Sein feinsinniger Witz und ein gewisser Schalk werden unvergessen in Erinnerung bleiben.

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft verliert mit Professor Mehnert einen hochgeschätzten Mentor, Wissenschaftler und Freund.
Unser Mitgefühl gilt seiner Familie.

Prof. Dr. Andreas Neu
Präsident DDG

Prof. Dr. Andreas Fritsche
Vizepräsident DDG

Prof. Dr. Monika Kellerer
Past Präsidentin DDG

Barbara Bitzer
Geschäftsführerin DDG

Mehr Pflanzliches auf den Teller

Ampel arbeitet an einer Ernährungsstrategie und soll die Kinder besser schützen

BERLIN. Anfang 2023 fiel Bundesernährungsminister Cem Özdemir (Grüne) mit Aktivitäten gegen die Lebensmittelverschwendung auf. Vertreter*innen von Ärzteschaft, Verbraucherschutz und Kassen erwarten aber noch mehr: u.a. einen Gesetzesentwurf gegen Junkfood-Werbung, die sich an Kinder richtet, sowie die Konkretisierung der Ernährungsstrategie.

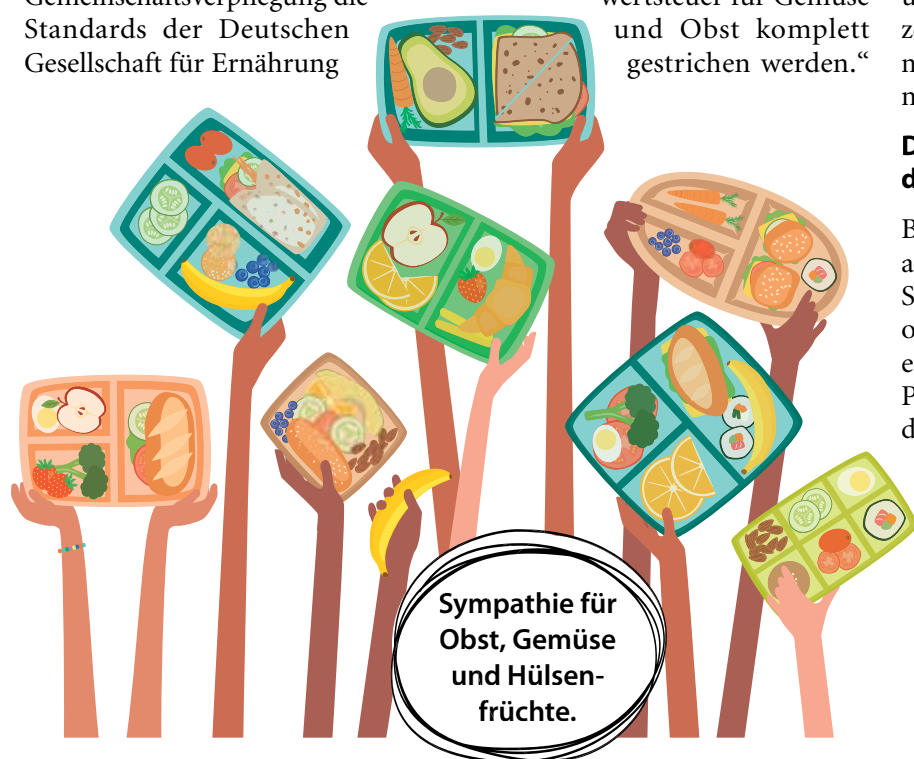
Das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) erarbeitet federführend die Ernährungsstrategie, die Ende 2023 vom Bundeskabinett beschlossen werden soll. Bis 2025 sollen erste Maßnahmen umgesetzt werden. Derzeit sind Experten-Workshops und Umfragen zu Handlungsfeldern und Maßnahmen terminiert.

Kantinenessen gemäß der Standards der DGE

Das von Bundesminister Özdemir vorgelegte Eckpunktpapier hatte das Kabinett kurz vor Weihnachten beschlossen. Als zentrale Ziele werden hier u.a. eine stärker pflanzenbetonte Ernährung und das Reduzieren von Zucker, Fetten und Salz in verarbeiteten Lebensmitteln genannt. Außerdem sollen Mahlzeiten in der Gemeinschaftsverpflegung die Standards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung

(DGE) einhalten und einen „erhöhten Anteil an saisonal-regional und ökologisch-klimafreundlich erzeugten Lebensmitteln“ bieten. „Es bleibt unklar, wie genau die Bundesregierung diese Ziele erreichen möchte“, kommentiert BARBARA BITZER, Sprecherin der Deutschen Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK), die Ankündigungen.

„Eine Zuckersteuer für Erfrischungsgetränke sucht man im Eckpunktpapier vergebens – das ist ein großer Fehler und darf so nicht bleiben! Eine Ernährungsstrategie ohne Zuckersteuer wäre mutlos und stünde im Widerspruch zu den klaren Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats des Bundesernährungsministeriums. Aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht ist eine Steuer oder Abgabe für Zuckergetränke überfällig – im Gegenzug sollte die Mehrwertsteuer für Gemüse und Obst komplett gestrichen werden.“



Auch Minister Özdemir bekundet öffentlich „große Sympathien, die Mehrwertsteuer für Obst, Gemüse und Hülsenfrüchte auf null zu setzen“. Allerdings stehe das Bundesfinanzministerium dem weiter ablehnend gegenüber, berichten Medien.

Discounter will bei Eigenmarken die WHO-Kriterien einhalten

Bewegung gibt es auch bei einem anderen Ernährungsthema, das SPD, Grüne und FDP im Koalitionsvertrag notiert haben: Werbeeinschränkungen bei ungesunden Produkten für Kinder. Nachdem der Discounter Lidl (3.200 Filialen) angekündigt hat, „grundsätzlich – mit Ausnahme von Aktionsarti-

keln zu Weihnachten, Ostern und Halloween – keine ungesunden Lebensmittel mehr an Kinder [zu] bewerben“, fordert die Verbraucherorganisation Foodwatch das Gleiche von Aldi. Lidl ist nach eigenen Angaben der erste deutsche Lebensmitteleinzelhändler, der eine entsprechende Empfehlung der WHO umsetzt. Bis Ende 2025 will man es bei den Eigenmarken schaffen, nur noch Produkte mit Kinderoptik auf der Verpackung zu verkaufen, die die WHO-Kriterien für gesunde Lebensmittel erfüllen.

Vor der Politik verlangen DANK, Foodwatch, der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) und der AOK-Bundesverband ein TV-Wer-

beverbot für ungesunde Lebensmittel auf allen Kanälen zwischen 6 und 23 Uhr. Eine bei Dr. TOBIAS EFFERTZ, Universität Hamburg, beauftragte Auswertung zeigt: Fast die Hälfte der Werbung für Zuckerbomben oder fettige Snacks, die Kinder im Fernsehen wahrnehmen, läuft zur abendlichen Primetime. Zwischen 20 und 22 Uhr sehen fernsehnutzende 3- bis 13-Jährige im Schnitt fünf Werbespots für Ungesundes.

Offener Brief soll dem BMEL Mut und Beine machen

Foodwatch hat schon zusammen mit 40 anderen zivilgesellschaftlichen Organisationen, darunter DDG und VDBD, in einem offenen Brief eine „umfassende Regelung“ gefordert. Eine „Werbebeschränkung light“, die nur klassische Kindersendungen adressiere, werde „ihr Ziel verfehlen“. Vom BMEL wird erwartet, dass es in Kürze einen entsprechenden Gesetzesentwurf vorlegen wird. REI

»Eine Werbebeschränkung light wird ihr Ziel verfehlen«

Prof. Monika Kellerer zur Situation der klinischen Diabetologie

Im Podcast spricht die DDG Past Präsidentin über Nachwuchsmangel und schwindende Lehrstühle

WIESBADEN. Wie ist es um die klinischen Lehrstühle für Endokrinologie und Diabetologie in Deutschland bestellt? Warum brauchen Kliniken eigenständige diabetologische Fachabteilungen? Dazu äußert sich Professor Dr. Monika Kellerer im Podcast O-Ton Diabetologie.

Wenn der medizinische Nachwuchs in den Kliniken nicht mehr in Kontakt mit Diabetologen kommt, dann gehe er eben in die Kardiologie oder Gastroenterologie, so die nüchterne Analyse

unseres Podcast-Gastes Professor Dr. MONIKA KELLERER. Sie und die meisten ihrer Kolleginnen und Kollegen seien in die Diabetologie gegangen, weil sie irgendwann im Studium oder im Pflichtjahr in Kontakt mit diesem Fach kamen. „Ich persönlich bin der Überzeugung, dass die Endokrinologie und Diabetologie unabhängige, selbstständige und durchaus bettenführende Lehrstühle haben muss“, betont die Past Präsidentin der DDG. Aus beiden Fachgebieten werden vielerorts nur noch Stellen als Fach-



Prof. Dr. Monika Kellerer
Klinik für Innere Medizin 1, Marienhospital Stuttgart, Past Präsidentin der Deutschen Diabetes Gesellschaft

Foto: © DDG/Dirk Deckbar

oder Oberarzt besetzt, und solche weniger attraktiven strukturellen Voraussetzungen würden durchaus auch Signale für den Nachwuchs setzen wie: „Schau, was du wer-

den kannst, wenn du in das Fach gehst“, gibt die Ärztliche Direktorin an der Klinik für Innere Medizin 1 am Marienhospital in Stuttgart zu bedenken.

Weitere Themen im Gespräch mit GÜNTER NUBER, Chefredakteur der diabetes zeitung, und dessen MedTriX-Redaktionskollegen JOCHEN SCHLABING sind Fehlreize, die durch das DRG-System gesetzt werden und unter denen vor allem auch die Diabetologie leidet, die Bedeutung der Diabetestechnologie für die Versorgung im

Krankenhaus und wie Prof. Kellerer privat Entspannung vom stressigen Arbeitsalltag im Krankenhaus findet.

Neue Folgen O-Ton Diabetologie alle 14 Tage mittwochs

Die zweite Staffel des Podcasts O-Ton Diabetologie wird von der MedTriX Group in Kooperation mit der DDG produziert. Neue Folgen erscheinen alle 14 Tage mittwochs.

Alle Folgen finden Sie unter:

bit.ly/40cHM1J

Mit Qualifizierungsoffensive die Versorgung stärken

Stipendien der Fachgesellschaft werden gut angenommen

BERLIN. Seit 2021 vergibt die DDG Weiterbildungsstipendien an Ärzt*innen und Interessierte aus Gesundheitsfachberufen. Mit den Förderungen will die DDG die diabetologische Versorgung stärken und ausbauen. Mittlerweile wurden knapp 200 Stipendien gewährt; die zweite Förderrunde für 2023 läuft bis 1. Juni.

ASTRID BREG wollte schon immer Diabetesberaterin werden. Doch bis sich die Medizinische Fachangestellte (MFA), die seit 1994 in der Klinik für chronische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter Gaißach tätig ist und dort auch ihre Ausbildung zur MFA absolviert hat, diesen Wunsch erfüllen konnte, sollten einige Jahre vergehen. Geholfen hat ihr schließlich ein Weiterbildungsstipendium der DDG.

„Vor der Geburt meiner ersten Tochter hätte ich mich nur zur Diabetesassistentin weiterbilden lassen können“, berichtet Breg. Das aber genügte der heute 46-Jährigen nicht. Als die MFA 2015 nach ihrer zweiten Elternzeit an ihren Arbeitsplatz zurückkehrte, sah die Situation anders aus.

„Auf meiner Station konnte ich zum einen ab diesem Zeitpunkt erste Erfahrungen in der Therapiesteuerung von Diabetespatientinnen und -patienten sammeln. Und 2021 bot sich mir dann endlich die Gelegenheit, mich beruflich so zu verändern, wie ich es mir immer gewünscht hatte, da die Klinik dringend eine Diabetesberaterin benötigte“, sagt Breg. Bei ihren Recherchen stieß sie auf die Qualifizierungsmaßnahme der DDG zur/zum Diabetesberater*in und bewarb sich um ein Weiterbildungsstipendium der Fachgesellschaft. Entgegen kam ihr dabei insbesondere die hybride Unterrichtsform der Weiterbildung, die sich hälftig in Präsenzveranstaltungen und Online-Kurse aufsplittet. Denn das ließ sich gut mit



Astrid Breg
Diabetesberaterin DDG
in Gaißach
Foto: privat

ihrem Familienleben vereinbaren. Mitte Juli 2021 erhielt sie die Bewilligung der DDG für eine Förderung, die die vollumfängliche Finanzierung der Weiterbildung sowie die Erstattung von Reisekosten in Höhe von 500 Euro umfasste. Startschuss der Weiterbildung war September 2021.

Keine Kursgebühren plus Zuschuss zu den Reisekosten

Ähnlich wie bei der Qualifizierung zur Diabetesberater*in verhält es sich bei allen Weiterbildungsstipendien der DDG. „Es können die gesamten Kursgebühren beglichen werden und Reisekosten bis maximal 500 Euro“, erläutert Dr. rer. nat. REBEKKA EPSCH, Leiterin Wissenschaft, Versorgung und Zertifizierung der DDG. Gefördert wird einmalig die Kursteilnahme inkl. anteiliger Reisekosten. Die Dauer des Kurses ist dabei nicht entscheidend. Im ärztlichen Bereich fördert die DDG die Kurse „Klinische Diabetologie“ und „Patientenzentrierte Kommunikation“. Bei den Gesundheitsfachberufen richten sich die Qualifizierungsmaßnahmen an Bewerber*innen, die eine mindestens dreijährige Ausbildung in einem medizinischen Grundberuf vorweisen können. Mit der Förderung verfolgt die DDG das Ziel, die qualifizierte Versorgung langfristig deutschlandweit sicherzustellen und dem Wegbrechen diabetologischer Versorgungsstrukturen durch demografischen Wandel und Fachkräfte-



Onlineangebote gewinnen an Bedeutung, lockere Workshop-Atmosphäre gibt es aber nur in Präsenz.

Fotos: DDG / Dirk Michael Deckbar

mangel entgegenzuwirken.

Bei der Vergabe der Stipendien finden Bewerber*innen besondere Berücksichtigung, die

- keine Finanzierung über ihren Arbeitgeber erhalten,
- die Weiterbildung als Umschulung oder Aufbauqualifizierung beginnen,
- Interesse am innovativen Format des Blending Learning zeigen,
- sich in Weiterbildung zur/zum Diabetolog*in DDG befinden und an einer durch die DDG zertifizierten Behandlungseinrichtung tätig sind bzw. durch ihre Zusatzqualifizierung die Zertifizierung der Einrichtung ermöglichen,
- durch ihre Qualifizierung die diabetologische Versorgung in strukturschwachen Regionen verbessern.

Aus diesen Punkten wird ein Punktescore ermittelt, anhand dessen eine unabhängige Jury über die Vergabe des Stipendiums entscheidet. Informationen zum Weiterbildungsstipendium sowie ein Antragsbogen stehen auf der Website der DDG bereit.

„Seit Beginn des Programms im Jahr 2021 haben wir 72 Ärzt*innen gefördert und 109 Gesundheitsfachkräften eine Weiterbildung ermöglicht“, sagt Dr. Epsch. 2023 werden die Stipendien in zwei Förderrunden vergeben; die erste richtete sich bevor-



Fortbildungen bieten Wiedersehen und gemeinsame Erlebnisse.

»Jury entscheidet über Gewährung«

zugt an weiterbildungsinteressierte Personen mit Interesse an frühzeitig startenden Kursen. Diese konnten bis zum 1. Februar Anträge stellen.

Das Lernpensum ist kein Pappentier

In der zweiten Förderrunde können Stipendien bis einschließlich 1. Juni 2023 beantragt werden. Förderfähig sind Weiterbildungen, die 2023 beginnen.

Astrid Breg ist für die Möglichkeit zur Qualifizierung dankbar und möchte die Erfahrungen, die sie während ihrer Weiterbildung ge-

macht hat, um keinen Preis missen, auch wenn das Lernpensum und der Arbeitsaufwand enorm waren. So betrug ihre reine Unterrichtszeit, gegliedert in Präsenz- und Onlinephasen, zwölf Wochen, verteilt über ein Jahr. Darüber hinaus musste sie 544 Stunden praktische Tätigkeit und 40 Stunden Hospitation in einer diabetologischen Einrichtung nachweisen und natürlich private Zeit zum Lernen investieren. Der wertvolle Austausch mit den Dozent*innen und ihren Kommiliton*innen sowie der tolle Zusammenhalt haben das aber alles aufgewogen, bekräftigt sie. Heute arbeitet Astrid Breg an der Fachklinik Gaißach rund 20 Stunden die Woche als Diabetesberaterin und ist darüber hinaus vier bis sechs Stunden in der Therapiesteuerung tätig.

Petra Spielberg

Der Weg zum Formular

Beantragt werden können Förderungen zur Weiterbildung

- zur/zum Diabetesassistent*in
- zur/zum Diabetesberater*in
- für den Aufbaukurs Diabetesberater*in
- zur/zum Diabetolog*in

Der Antrag ist abrufbar unter: www.ddg.info/qualifizierung/weiterbildungsstipendien, Bewerbungsfrist für das Stipendienprogramm 2023 ist der 1. Juni 2023.



»Gelegenheit zur beruflichen Veränderung«

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



Tschöp Vizepräsident der Helmholtz-Gemeinschaft

Der Diabetologe Prof. Dr. Matthias Tschöp ist neuer Vizepräsident der Helmholtz-Gemeinschaft und koordiniert den Forschungsbereich Gesundheit. Der Träger der Paul-Langerhans-Medaille (2019) ist zudem wissenschaftlicher Geschäftsführer von Helmholtz Munich.

6,9 %

weniger Organspender gab es 2022, 8,4 % weniger Organe wurden postmortal entnommen. Mehr – auch über Pankrestransplantationen – auf dso.de.

DiGA: positiv bewertet, aber verzichtbar

DiGA werden insgesamt positiv bewertet, aber ungefähr die Hälfte der Nutzer*innen hält sie für verzichtbar. Das sind zentrale Ergebnisse einer bundesweiten Online-Befragung von mehr als 2.600 AOK-Versicherten, die eine „App auf Rezept“ erhalten hatten.

Süße Früchte oder Plastikmöhre? DMP-Honorare variieren extrem

100.000 Euro Umsatz mehr oder weniger – das ist auch eine Frage des Praxisstandorts

BERLIN. Ungleiche Vergütung für die gleiche Leistung. Das ist bei den Diabetes-DMP leider üblich. BVND-Honorar-Experte Dr. Ralf-Uwe Häußler erstellt seit Jahren den regionalen Vergleich – und er weiß Rat, was sich gegen schlechte Verträge prinzipiell tun lässt.

Zu den ersten Disease-Management-Programmen (DMP), die in Deutschland in der ersten Hälfte der 2000er-Jahre starteten, gehörten die Programme für Diabetes mellitus Typ 2 (DMT2) und Typ 1 (DMT1). Davor gab es regionale Strukturverträge. Deren Umwidmung ist teilweise beim Honorar heute noch spürbar, erklärt Dr. Häußler, stellvertretender Vorsitzender im Bundesverband Niedergelassener Diabetologen (BVND). Der Berliner Diabetologe sammelt für die Clearingstelle des Verbandes bundesweit Daten zur Vergütung der Diabetologischen Schwerpunktpraxen (DSP), wertet diese aus, informiert die Mitglieder und berät die Landesverbände.

Die Zahlen zu den DMP-Vergütungen, die Dr. Häußler jährlich von den Landessprechern gemeldet bekommt oder die er im Internet bei den Kassenärztlichen Vereinigungen nachschaut, offenbaren erstaunlich große Spannweiten (siehe Tabellen). Für eine Erstdokumentation kann es im KV-Bezirk X 10 Euro geben, während in der KV-Region Y 25 Euro gezahlt werden. Ähnlich sind die Größenordnungen für Folgedokumentationen, die immerhin jedes Quartal zu Buche schlagen.

Steiles Gefälle zwischen den KV-Regionen

Dr. Häußler informiert sich bei den Kolleg*innen auch über die Fallzahlen. Seine Kalkulation zeigt: Zwischen zwei strukturell identischen Praxen in zwei unterschiedlichen KV-Bezirken kann allein bei der Dokumentation eine Jahresumsatzdifferenz von mehreren 10.000 Euro bestehen. Noch krasser ist der Unterschied bei den Betreuungspauschalen. Zahlen die Kassen im knausrigsten KV-Bezirk nur 16 oder 25 Euro pro betreutem DMT2- bzw.



Dr. Ralf-Uwe Häußler
Facharzt für Innere Medizin
Foto: zVg

DMT1-Patienten und Quartal, sind es bei der großzügigsten KV 75 Euro. In einer Praxis mit 200 DMT1- und 800 DMT2-Patient*innen ergibt sich allein durch diese Spreizung ein Minder- bzw. Mehrumsatz von über 200.000 Euro im Jahr!

Auch bei den Vergütungen für Schulungen stellt Dr. Häußler eine deutliche regionale Varianz fest. Hier gibt er zudem die Kostendeckung zu bedenken. Er hat ausgerechnet, dass beim Einsatz einer Diabetesberaterin mit einem Monatsgehalt von 3.500 Euro die Kosten für eine Gruppenschulungseinheit von 150 Minuten (Doppelstunde plus 60 Minuten für Vor- und Nachbereitung) mit etwa 71,25 Euro zu kalkulieren sind (einschließlich Nebenkosten und Arbeitgeberbeiträgen). Da macht es schon einen Unterschied, ob eine Schu-

lungseinheit mit 22,50 oder 38 Euro pro Teilnehmer*in bezahlt wird. Unzureichende Kostendeckung – das erklärt auch rückläufige Schulungszahlen, meint Dr. Häußler. Denn: „Strukturen folgen immer dem Honorar – im positiven wie im negativen Sinne.“ Der Zusammenhang zwischen finanziellen Anreizen und Versorgungsdichte lasse sich z.B. ebenso bei der bundesweit uneinheitlichen Verteilung von zertifizierten Fußbehandlungszentren erkennen.

DMP-Einnahmen sind für DSP von zentraler Bedeutung

Warum werden in einer KV z.B. für die Quartalsbetreuung 75 Euro gezahlt, in anderen dagegen deutlich weniger? Mit einer validen Kostenkalkulation hat das offensichtlich nichts zu tun. Der Berliner Diabetologe erklärt die Situation „historisch“ sowie mit dem Engagement und Know-how der jeweils handelnden Personen.

Historisch heißt: Als die Strukturverträge in DMP umgewandelt wurden, wurde der verfügbare Honorarpotopf einfach neu aufgeteilt. Da wurde aus der früheren Behandlungspauschale von z.B. 110 DM halt 56 Euro – oder auch weniger. Und wenn daran nicht gerüttelt wurde, gilt das heute noch.

So sind z.B. die Honorare für Erst- und Folgedokumentationen vielfach seit Jahren unverändert geblieben. Die Kassen begründen das damit, dass seit der Umstellung auf die elektronische Dokumentation in den Praxen weniger Arbeit anfällt. Dr. Häußler verweist dagegen auf die gestiegenen Kosten. Die führen auch dazu, dass ursprünglich lukrative DMP-Verträge, die nicht angepasst wurden, im Honorarvergleich mit der Zeit an Boden verlieren. Das ist

»Workshops mit Kassen«

aber schlecht für die betroffenen DSP, da die DMP-Einnahmen für sie von erheblicher Bedeutung sind. Wie anstrengend es ist, von einem niedrigen Vergütungsniveau wegzukommen und Besseres zu vereinbaren, weiß Dr. Häußler aus eigener Erfahrung. Acht, neun Jahre dauerte es, bis es den Berliner Diabetolog*innen zusammen mit der KV 2022 gelang, attraktive Vereinbarungen zu treffen. Um den Verhandlungsdruck auf die Kassen zu erhöhen, wurden die DMP-Verträge seitens der KV, zum Teil mehrmals, gekündigt. Außerdem wurden gemeinsam mit Vertreter*innen aller Kassen Workshops abgehalten. Darin wurde über Versorgungs- und Qualitätssicherung sowie Kostenkalkulationen geredet.

Innovative Leistungen

Herausgekommen sind Verträge, die innovative Leistungen enthalten, wie eine Deeskalationstherapie oder die Rückführung einer Insulintherapie auf Basismaßnahmen mittels intensivierter Einzelbetreuung. Sie sehen aber auch Honorarzuschläge für Einrichtungen vor, die als Diabeteszentrum

oder Diabetologikum von der DDG zertifiziert sind (siehe diabeteszeitung 12/2022). Allerdings besteht auch in Berlin noch weiterer Verhandlungsbedarf. So wird z.B. die Schulung bei Gestationsdiabetes (außer bei der AOK) nur nach Einzelgenehmigung sehr unterschiedlich bezahlt – und das sogar von ein- und derselben Kasse, berichtet Dr. Häußler.

Konkretes Verhandeln ist Sache der KV

In Berlin haben die Diabetolog*innen einen kurzen Draht zur KV, da sie sich in verschiedenen Gremien und Kommissionen einbringen. Das ist ein wesentlicher Faktor, wenn man regional etwas für die Niedergelassenen verbessern möchte. Zwar wird Dr. Häußler auch von Kolleg*innen aus anderen Bundesländern um Informationen und Unterstützung gebeten, aber bis in die direkten Verhandlungen mit den Kassen dringt der BVND dort kaum vor. Die Regel ist: Die KV spricht mit den Ärzten und dann allein mit den Kassen. Hier kommt es darauf an, ob die Personen der KV-Honorarabteilung tief in der Materie stecken und die Versorgungsbedürfnisse überzeugend erläutern können.

Und wie sieht es mit dem Interesse der Hausärzt*innen an besseren DMP-Honoraren aus? Immerhin hat der Hausärzteverband in den KVen über Delegierte und Vorstandsmitglieder ein gehöriges Wort mitzureden. Dr. Häußler weist allerdings auf die unterschiedlichen Praxisgegebenheiten hin. Eine Hausarztpraxis kann eher mit den Statusquo-Sätzen für Dokumentation und Betreuung wirtschaften als eine DSP, die diabetologisches Fachpersonal, u.a. für Schulungen und Wundversorgung, beschäftigt. Auch die räumlichen Anforderungen sind dementsprechend in der DSP höher. Es liegt also weitgehend in der Hand der organisierten Diabetolog*innen vor Ort, sich für Selektiv- und DMP-Verträge starkzumachen, die die Fortschritte in der Medizin kostendeckend abbilden. Die Clearingstelle des BVND unterstützt sie dabei gerne mit konkreten Hinweisen.

Michael Reischmann

Die Kosten für die Schulung fangen beim Plastikobst an.

DMP DMT1: zwei- bis dreifache Varianz

Leistung	Honorar (Spanne zwischen den KVen)	Umsatz-Differenz (Beispiel)
Erstdokumentation	10–25 €/Quartal	bei 30 Erstdokus: 450 €/Jahr
Folgedokumentation	10–22,50 €/Quartal	bei 200 Folgedokus pro Quartal: 10.000 €/Jahr
Primas-Schulung	22,50–38 €/Doppelstunde	bei 180 Schulungen: 2.790 €/Jahr
Betreuungspauschale	25–75 €/Quartal	bei 200 Patienten in Dauerbetreuung: 40.000 €/Jahr

DMP DMT2: gewaltige Unterschiede im Jahresvergleich

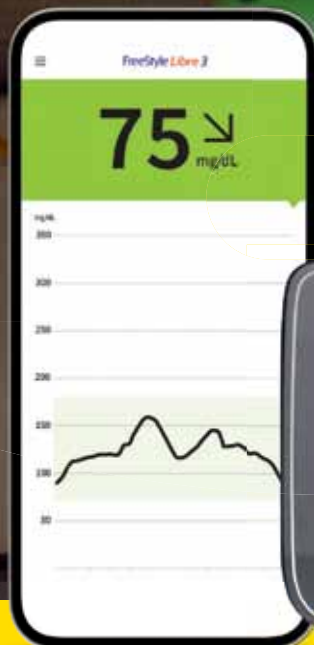
Leistung	Honorar (Spanne zwischen den KVen)	Umsatz-Differenz (Beispiel)
Erstdokumentation	10–25 €/Quartal	bei 150 Erstdokus: 2.250 €/Jahr
Folgedokumentation	10–22,50 €/Quartal	bei 3.200 Folgedokus: 40.000 €/Jahr
Medias-ICT-Schulung	20–38 €/Doppelstunde	bei 1.200 Schulungseinheiten: 21.600 €/Jahr
Betreuungspauschale	16–75 €/Quartal	bei 800 Patienten in Dauerbetreuung: 188.000 €/Jahr

Quelle: Dr. Ralf-Uwe Häußler, Stand 2021. Angegeben sind jeweils die niedrigsten und höchsten Honorare, die in den KVen für ein und dieselbe Leistung gezahlt werden, wobei nicht in einer KV alle Spitzenhonorare gezahlt werden. Fotos: pamelad_mcadams – stock.adobe.com, gruffi/stock

»Strukturen folgen dem Honorar – positiv wie negativ«



FreeStyle Libre 3



NEU
mit Lesegerät



Ihre Patient:innen können früher erkennen, schneller handeln, sind bereit, Hypoglykämien zu reduzieren¹.

Mit FreeStyle Libre 3 Glukosewerte jede einzelne Minute² einsehen.



Ausgezeichnete Messgenauigkeit³ mit einer **MARD von 7,8%**⁴.



Sensor-Datenspeicherung über die gesamte **Tragezeit von 14 Tagen**⁵ – ohne Datenlücken.



Alles mit dem **kleinsten**⁶ Sensor der Welt – kleiner als zwei übereinander gestapelte 5-Cent-Münzen.

Einfach Mehr Wissen

Mehr erfahren unter: www.FreeStyle.de

 **Abbott**
life. to the fullest.®

Agenturfoto. Mit Model gestellt. Glukosedaten dienen zur Illustration, keine echten Patientendaten. Das Lesegerät oder die Apps der FreeStyle Libre Messsysteme sind sowohl in mg/dL als auch mmol/L erhältlich.

1. Haak, T. et al. Diabetes Ther. 2017; 8(3):573-586. Bolinder, J. et al. Lancet. 2016; 388(10057):2254-2263. Leelarathna, L. et al. N Engl J Med. 2022; 387(16):1477-1487. *Die Daten dieser Studie wurden mit dem FreeStyle Libre System erhoben. FreeStyle Libre 3 verfügt über die gleichen Funktionen wie das FreeStyle Libre-System mit Echtzeit-Glukosealarmen. Daher sind die Studiendaten auf beide Produkte anwendbar. 2. Der Sensor ist 60 Minuten nach der Aktivierung für die Glukosemessung bereit. 3. Alva, S. et al. Journal of Diabetes Science and Technology, 2020 | DOI:10.1177/1932296820958754. 4. Die MARD von 7,8% setzt sich zusammen aus folgenden Studiendaten: Studie mit 56 Erwachsenen (18 Jahre +) und einer MARD von 7,5%. Studie mit 39 Kindern und Jugendlichen (6 – 17 Jahre), mit einer MARD von 8,6%. Studie mit 5 Kindern (4 – 5 Jahre), mit einer MARD von 10,0%. Daten liegen Abbott Diabetes Care vor. 5. Das Setzen eines Sensors erfordert ein Einführen des Sensorfilaments unter die Haut. Der Sensor kann bis zu 14 Tage lang getragen werden. 6. Im Vergleich mit anderen vom Patienten selbst anzubringenden Sensoren. Daten liegen vor. Abbott Diabetes Care.

FreeStyle, Libre und damit verbundene Markennamen sind eingetragene Marken von Abbott.
© 2023 Abbott. ADC-56179 v6.0

Lieferengpässe beim Insulin, Mehraufwand in den Praxen

Hersteller von nicht lieferbarem Humaninsulin rät zu Alternativen

BERLIN. Rund 300 Produkte stehen auf der Liste aller hierzulande nicht oder nur eingeschränkt verfügbaren Medikamente. Seit Dezember führt das BfArM auf dieser Liste auch Insuman®-Insuline. Der Hersteller rät zur Umstellung auf andere Insuline. So einfach geht das aber nicht, sagen Ärzte mit Blick auf den Mehraufwand.

Ein lebenswichtiges Medikament wie Insulin, das vorübergehend nicht lieferbar ist – dieser Engpass führe zu „viel Verwirrung, Sorge und Unruhe“ bei den Patienten, sagt Dr. TOBIAS WIESNER vom MVZ Stoffwechselfeld Leipzig. Aktueller Anlass für die angespannte Lage in Praxen von Diabetologen und Hausärzten ist ein temporärer Lieferengpass bei Humaninsulin Insuman® Rapid, Insuman® Basal und Insuman® Comb25, über den die Sanofi-Aventis Deutschland GmbH informiert hat. Grund für die Lieferprobleme seien mehrere Vorfälle bei Abfüllanlagen in den letzten Monaten am Produktionsstandort Frankfurt.

Umstellung gemäß Leitlinien und Patientenbedürfnissen

Dies habe zu einer „vorübergehend kritischen globalen Versorgungslage“ geführt, heißt es in einem offiziellen Informationsschreiben des Herstellers in Abstimmung mit der Europäischen Arzneimittelagentur und dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Verzögerungen gab es bei der Lieferung

»Vorübergehend kritische Versorgungslage«



Lieferengpässe beim Insulin und damit verbundene Insulinumstellungen können stabile Glukoseeinstellungen aus dem Gleichgewicht bringen.

Foto: OlyaOk – stock.adobe.com

von Pen-Komponenten, weitere Probleme bei Abfüllung, Montage und Verpackung.

Mehrere Behandlungsalternativen

Die gute Nachricht: Es gibt mehrere geeignete Behandlungsalternativen. Umgestellt werden kann laut Sanofi auf ein rekombinantes Humaninsulinpräparat, entsprechend der derzeitigen Insuman-Behandlung. Die jeweilige Wahl hängt dabei von den Leitlinien und den Patientenbedürfnissen ab.

Laut Hersteller sind für Insuman® Rapid andere reguläre Insuline zur Substitution geeignet. Statt Insuman® Basal können andere NPH-Insuline eingesetzt werden. Als Alternativen für Insuman® Comb25 werden andere vorgemischte Kombinationen mit 25 % Normalinsulin und 75 % NPH-Insulin genannt. Müssten Insuman SoloStar-Produkte durch ein anderes rekombinantes Humaninsulin ersetzt werden, sei keine Dosisanpassung nötig, heißt es. Alle Patient*innen, die umgestellt werden müssten, seien „zwingend häufiger und engmaschiger in die Praxis einzubestellen oder per Videosprechstunde zu betreuen“, erklärt Dr. Wiesner. Diese „engen

Ressourcen“ zeitlich und personell abzudecken, sei ein „finanziell nicht abrechenbarer Mehraufwand“. Als Diabetologe setze er Analoginsulin ein, also werde sich die Umstellung von Normalinsulin „zahlenmäßig in Grenzen halten“, berichtet er.

Laut Dr. Wiesner wurden im konkreten Fall die Informationen aber „sehr zeitig und aktiv“ in die Arztpraxen übermittelt, sodass sein Medizinisches Versorgungszentrum mit den Patient*innen „proaktiv reagieren“ und nötige Umstellungen in die Wege leiten konnte.

Pharmakokinetik und -dynamik beachten

In seinem Schreiben erklärt der Insulinproduzent auch, wie vorgegangen werden muss, sollten rekombinante Humaninsuline ebenfalls nicht verfügbar sein. Als Alternativen werden – je nach individuellem Bedarf – Insulin lispro, Insulin glargin, Insulin detemir und Insulin degludec genannt.

In einem Schreiben an die Patient*innen wird darauf hingewiesen, dass häufige Blutzuckerkontrollen und ggf. eine Anpassung der Insulindosis in Rücksprache mit dem behandelnden Arzt während der Umstellung notwendig werden

können und zudem eine Patientenschulung zur herstellereigenen Applikationshilfe durchgeführt wird. Bei jeder Insulinumstellung müsse immer auch die andere Pharmakokinetik und -dynamik beachtet werden, betont die Augsburger Diabetesberaterin Dr. rer. medic. NICOLA HALLER, Vorsitzende des Verbands der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe. Analog-Insulin habe eine im Vergleich zu Insuman kürzere Wirkung, auch in den Comb-Mischungen.

Um weitere „unnötige psychische Belastungen“ durch die Umstellung zu vermeiden, sollten sich Patient*innen frühzeitig an ihren

Insulin lispro wieder verfügbar

Auch Lilly gab in den zurückliegenden Monaten immer wieder Lieferschwierigkeiten bei Insulin bekannt. Der jüngste für Insulin lispro (Humalog® 100 Einheiten/ml, Injektionslösung in der Durchstechflasche) gemeldete Lieferengpass vom 2. Januar gilt inzwischen als beendet, informierte der Hersteller.

Ab Juli, August, November wohl wieder verfügbar

Als voraussichtliches Datum für die Rückkehr zur normalen Versorgung nennt der Hersteller drei Termine für seine Insuline:

- 1.07.2023 für Insuman® Basal
- 1.08.2023 für Insuman® Comb25
- 1.11.2023 für Insuman® Rapid

In dem offiziellen Informationsschreiben wird empfohlen, dass zurzeit keine neuen Patient*innen mit einem dieser drei Insuman-Formen behandelt werden und bereits Behandelte auf geeignete Alternativen umgestellt werden sollten. „Eine Unterbrechung der Insulinbehandlung ist potenziell lebensgefährlich“, wird gewarnt. Die mögliche Nichtverfügbarkeit des erforderlichen Insulins erhöhe das Risiko einer Hypoglykämie und die Möglichkeit einer diabetischen Azidose.

behandelnden Arzt wenden, „um mit ihm im Einzelfall die geeigneten Insuline und deren bestmögliche Kombination und Dosierung zu identifizieren“, empfiehlt KLAUS WARZ, Sprecher der Diabetiker-Allianz, einem Verbund der Diabetes-Selbsthilfverbände.

Lieferschwierigkeiten für Insuline sind nicht neu, es ist auch nicht der erste Lieferengpass des Herstellers. Bereits 2015 informierte Sanofi Patient*innen, Apotheker*innen und Arzt*innen über Versorgungsprobleme, die gleichen Produkte betreffend. Als Ursache für den temporären Lieferengpass wurden begrenzte Kapazitäten bei der Herstellung in Frankfurt-Höchst genannt.

Cornelia Kolbeck, Angela Monecke

Weitere Details beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte:

bit.ly/3XaQdYE

»Bei Insulin bisher kein bedrohlicher Engpass«

DDG fordert Hersteller auf, Lieferschwierigkeiten schnellstmöglich zu beseitigen

BERLIN. Insulin-Lieferengpässe bis in den Herbst. Das DDG Vorstandsmitglied Prof. Dr. Baptist Gallwitz spricht über die erforderlichen Umstellungen.

Wie schätzt die DDG diesen Lieferengpass eines lebenswichtigen Medikaments ein?

Prof. Dr. Baptist Gallwitz: Schon in der Vergangenheit hat es vereinzelt temporäre Lieferengpässe einzelner Insuline bei verschiedenen Herstellern gegeben, die bislang jedoch nie

zu einem bedrohlichen Versorgungsengpass geführt haben. Auch jetzt ist nicht davon auszugehen, dass Menschen mit Diabetes nicht mehr ausreichend mit Insulin versorgt sind. Auch wenn die Situation natürlich nicht wünschenswert ist: Man kann sie mit verschiedenen Lösungsmöglichkeiten überbrücken. Die DDG appelliert jedoch an die Hersteller, Lieferengpässe zu vermeiden und falls vorhanden, schnellstmöglich zu beseitigen.

Was empfehlen Sie Kolleg*innen?

Prof. Gallwitz: Für die Zeit des Engpasses kann relativ problemlos auf die entsprechenden Humaninsuline und NPH-verzögerten Insuline anderer Hersteller umgestellt werden. Dosisanpassungen sind nicht notwendig. Falls auf Insulinanaloga umgestellt wird, muss die andere Wirkdauer und -kinetik beachtet werden. Das macht dann oft Dosisanpassungen und häufigere Glukosemessungen notwendig.

Für Insulin gilt grundsätzlich, dass Patient*innen einen Vorrat für drei Monate haben sollten und dieser nicht erst kurz vor Aufbrauchen aufgestockt wird. Umgekehrt kann übertriebenes „Hamstern“ bei Engpässen auch kontraproduktiv sein. Die Diabetesteam und Betroffene finden aktuelle Informationen auf der Website des Bundesamts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM.de) und auf dem Diabetesinformationsportal diabinform.de.

INTERVIEW



Prof. Dr. Baptist Gallwitz
Vorstandsmitglied und Mediensprecher der DDG
© DDG/Dirk Deckbar

Wie viele Patient*innen sind betroffen?

Prof. Gallwitz: Nur ein kleiner Teil. Denn die meisten Patient*innen nutzen heute Analoginsulin.

Interview: Angela Monecke

Alterskrankheiten besser verstehen

Professor Dr. Michael Ristow übernimmt Institut für Experimentelle Endokrinologie

BERLIN. „Fettleibigkeit, Diabetes, Neurodegeneration und viele Krebsarten beruhen auf einem gestörten Stoffwechsel.“ Das sagt Professor Dr. Michael Ristow, Professor für Energiestoffwechsel. Nach zehnjähriger Forschungsarbeit in Zürich hat er seinen Schwerpunkt nun an die Charité in Berlin verlegt.

Ristows Steckenpferd ist die Stoffwechselregulation, vor allem im Hinblick auf altersbedingte Erkrankungen und Lebenserwartung. „Mein Ziel ist es, die dahinterstehenden molekularen Mechanismen besser zu verstehen. Neu entwickelte Therapieansätze und Maßnahmen zur Gesundheitsprävention könnten dann ganz gezielt an den entsprechenden Stoffwechselstellschrauben drehen und so der Entstehung von Krankheiten entgegenwirken.“ Dafür hat er nun die Professur für Experimentelle Endokrinologie und Diabetologie angenommen.

Mit Würmern den Stoffwechselwegen auf der Spur

Um den hochkomplexen Stoffwechselwegen auf den Grund gehen zu können, wird sich Prof. Dr. Ristow nicht nur mit Zellkulturen befassen, sondern auch mit Würmern. Ge-

nauer mit Versuchsmodellen des Fadenwurms *Caenorhabditis elegans*, den die Forschung häufig nutzt. Mit seinem Forschungsteam untersucht er zudem klinisches Probenmaterial und wertet anonymisierte Patientendaten mithilfe moderner computergestützter Methoden aus. Damit lässt sich etwa herausfinden, ob die Einnahme bestimmter Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel dazu führt, dass diese Patient*innen länger gesund bleiben als diejenigen,

die andere oder gar keine Medikamente einnehmen.

Endlich wieder zusätzlich klinisch tätig sein

„Ich freue mich, dass ich nach vielen Jahren forschender Tätigkeit nun zusätzlich wieder klinisch tätig sein werde“, sagt der gebürtige Lübecker. „Viele spannende Forschungsfragen, die mir schon lange unter den Nägeln brennen, werde ich nun im klinischen Umfeld der Berliner

Universitätsmedizin angehen und translational umsetzen können.“ Seine Motivation verbindet er vor allem mit dem sich schnell verän-

dernden demografischen Wandel. Denn heute gebe es eine enorm hohe Lebenserwartung.

„Doch häufig beginnt schon mit etwa 60 Jahren eine lange Lebensphase, die bei vielen Menschen von Krankheit geprägt ist“, so Prof. Dr. Ristow. Daher sei es wichtig, „die gesunde Lebenszeit – für den Einzelnen und das Gesundheitssystem – zu verlängern.“ Sein Wunsch: Diesem Ziel mit seiner Forschung einen Schritt näherzukommen. *amo*

»Das Ziel: die gesunde Lebenszeit verlängern«

JEDER KANN HELFEN - MIT BAQSIMI®

DAS ERSTE UND EINZIGE GLUKAGON ZUR NASALEN APPLIKATION¹

Schwere Hypoglykämien können trotz der besten Prävention unvorhergesehen auftreten.²

Geben Sie Ihren Patient:innen und ihrem persönlichen Umfeld ein gestärktes Gefühl für den Ernstfall!

BAQSIMI®: FÜR DIE SCHNELLE ERSTHILFE BEI SCHWERER HYPOGLYKÄMIE^{1,3}

- **Glukagon als Pulver** zur nasalen Applikation
- **Sofort und einfach anwendbar**
- **Vergleichbare Wirksamkeit wie Glukagon zur Injektion**
- **Keine Inhalation erforderlich** – wird passiv in der Nase resorbiert
- **Wirkt auch bei Schnupfen/verstopfter Nase oder Bewusstlosigkeit**
- **Muss nicht kühl gelagert werden** – Aufbewahrung bei Raumtemperatur (bis 30 °C) möglich



BAQSIMI® ist angezeigt zur Behandlung von schwerer Hypoglykämie bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab 4 Jahren mit Diabetes mellitus.

1. Fachinformation BAQSIMI®, Stand: Dezember 2019. 2. Donnelly LA et al. Diabet Med. 2005 Jun;22(6):749-55. 3. Settles JA et al. J. Endocr Pract. 2020 Apr;26(4):407-415.

Zulassungsinhaber: Eli Lilly Nederland B.V.; Papendorpseweg 83, 3528 BJ Utrecht, Niederlande; Ansprechpartner in Deutschland: Lilly Deutschland GmbH, Werner-Reimers-Str. 2-4, D-61352 Bad Homburg
Bezeichnung der Arzneimittel: Baqsimi 3 mg Nasenpulver in einem inzulosisbehältnis **Zusammensetzung:** arzneilich wirksamer Bestandteil: 3 mg Glukagon; Hilfsstoffe: Betadex (E459), O-Dodecylphosphocholin **Anwendungsgebiete:** Behandlung von schwerer Hypoglykämie bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab 4 Jahren mit Diabetes mellitus. **Gegenanzeigen:** Phäochromozytom (ein Tumor in den Nebennieren), Überempfindlichkeit gegen Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Übelkeit; Erbrechen; Kopfschmerzen; Beschwerden im Bereich der Nase einschließlich Juckreiz, Niesen, laufende oder verstopfte Nase und Nasenbluten; veränderter Geruchssinn; Reizung des Rachens und Husten; tränende Augen. Häufig: Erhöhter Blutdruck; juckende und gerötete Augen; juckende Haut; veränderter Geschmackssinn Gelegentlich: Erhöhter Puls **Warnhinweise:** Für Kinder unzugänglich aufbewahren. **Verschreibungspflichtig. Stand der Information: Dezember 2019** PP-GN-DE 0602 Dezember 2022

Lilly

ZUR PERSON



Michael Ristow, 55, studierte Humanmedizin an der Ruhr-Universität Bochum und promovierte im Bereich Endokrinologie und Diabetes. Seine fünfjährige Facharztausbildung für Innere Medizin, ebenfalls mit Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetes, begann er 1996 am Universitätsklinikum Köln – Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II. Ein Jahr später ging er als Research Fellow für zwei Jahre an das Joslin Diabetes Center der Harvard Medical School in Boston (USA), im Jahr 2000 schloss er seine Facharztausbildung in Köln ab. Ab 2001 forschte er für drei Jahre am Deutschen Institut für Ernährungsforschung in Potsdam, nach einem Jahr habilitierte er an der Freien Universität Berlin. Danach arbeitete Prof. Dr. Ristow für acht Jahre als Professor für Humanernährung an der Friedrich-Schiller-Universität Jena. Von 2013 bis Ende 2022 hatte er die Professur für Energiestoffwechsel am Department für Gesundheitswissenschaften und -technologie an der Eidgenössischen Technischen Hochschule Zürich (Schweiz) inne. Dort war Prof. Dr. Ristow zudem für zwei Jahre (2018 bis 2020) Direktor des Instituts für Translationale Medizin.

Quelle: Charité; Foto: Farbtonwerk

Alterung und Adipositas auf der Spur

DZD-Forscher*innen entdecken bisher unbekannte Mechanismen

NEUHERBERG. Adipositas betrifft alle Altersgruppen und hat weitreichende Folgen. DZD-Forscher*innen suchen nach den genetischen Ursachen, schauen beim braunen Fettgewebe genau hin und erforschen, wie sich Umweltbelastungen auf Menschen mit Adipositas auswirken. Außerdem: Verzögern Anti-Aging-Mittel wirklich den Alterungsprozess? Alle aktuellen Nachrichten aus dem Deutschen Zentrum für Diabetesforschung finden Sie auch im DZD-Newsletter und auf dzd-ev.de.



DZD
Deutsches Zentrum
für Diabetesforschung

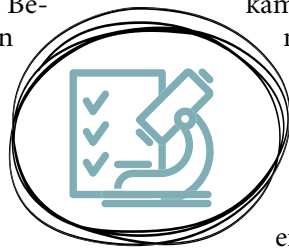
Anti-Aging-Mittel weitgehend wirkungslos

Gängige Behandlungsansätze gegen das Altern verzögern Alterungsprozesse nicht. Untersucht wurde das mit einem neuen Verfahren, mit dem sich die Alterung von Organismen messen lässt.

Forscher*innen vom Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) und von Helmholtz Munich/Deutsches Zentrum für Diabetesforschung (DZD) haben Behandlungsansätze, mit denen sich nach bislang gängiger Meinung der Alterungsprozess verlangsamen lässt, eingehend untersucht. Für ihre Studie wählten sie einen Ansatz, bei dem statt der Lebensspanne eine umfassende Untersuchung der altersabhängigen Veränderung verschiedenster Körperfunktionen im Mittelpunkt steht. Über verschiedene Lebensabschnitte hinweg untersuchten und verglichen sie Mäuse, die mit den drei Anti-Aging-Ansätzen

Intervallfasten, Freisetzung des Wachstumshormons sowie Einwirken auf einen zentralen Knotenpunkt des Zellstoffwechsels (mTOR), der auch Ziel des vermeintlichen „Anti-Aging-Medikaments“ Rapamycin ist, behandelt wurden.

Das Ergebnis war eindeutig: Zwar konnten die Forscher*innen einzelne Fälle feststellen, in denen alte Mäuse jünger aussehen, als sie wirklich sind – aber dieser Effekt



kam nicht durch eine Verlangsamung des Alterns zustande, sondern durch altersunabhängige Faktoren. „Die Tatsache, dass eine Behandlung bereits in jungen Mäusen – vor dem Auftreten von Alterserscheinungen – ihre Wirkung entfaltet, belegt, dass es sich um

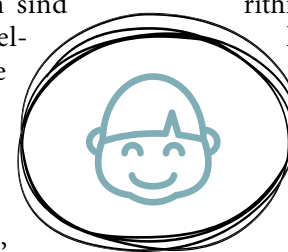
kompensatorische, allgemein gesundheitsfördernde Effekte handelt und nicht um ein Ansetzen an Alterungsmechanismen“, sagt DAN EHNINGER, DZNE. *DZNE, DZD*

Kan X et al. Nat Commun 2022; 13: 6830; doi: 10.1038/s41467-022-34515-y

Adipositas bei Kindern: Gen-Mutation entdeckt

Bei den meisten Menschen mit Adipositas, die eine erbliche Veranlagung dafür haben, spielen polygenetische Varianten eine Rolle. Forscher*innen des Helmholtz-Instituts für Metabolismus-, Adipositas- und Gefäßforschung (HI-MAG) von Helmholtz Munich und der Universitätsmedizin Leipzig wollen auch die seltenen Fälle monogener Adipositas identifizieren.

Bei diesen Patient*innen sind Defekte in einem einzelnen Gen ursächlich für die Krankheit. Bei der Untersuchung von Gewebeproben eines Mädchens mit starkem Übergewicht stellten die Wissenschaftler*innen fest, dass ein bestimmtes Gen, das Agouti-Signalprotein-Gen (kurz: ASIP), in hohem Maße in Zellen produziert wird, in denen es normalerweise nicht vorkommt. Dazu ANTIJE KÖRNER, Professorin für Pädiatrische Forschung: „Diese Entdeckung ist eine Art fehlendes Puzzelstück bei der



Forschung zu monogener menschlicher Adipositas. Es ist auch ein Hinweis für die Bedeutung der zentralen molekularen Regulationsmechanismen der Energiebilanz und des Körpergewichts über sogenannte Melanocortin-Rezeptor-Neurone beim Menschen (...).“

Die Art der Mutation, die in der aktuellen Studie gefunden wurde, entgeht den bisher üblichen genetischen Screening-Algorithmen. Durch gezieltes Screening

konnten bereits vier weitere Patienten mit der identischen Mutation identifiziert werden. „Das ultimative Ziel unserer Forschung ist es, die Erkenntnisse aus genetischen Studien in künftige personalisierte Behandlungsmöglichkeiten

für Adipositas zu übertragen“, sagt Prof. MATTHIAS BLÜHER, Direktor des HI-MAG.

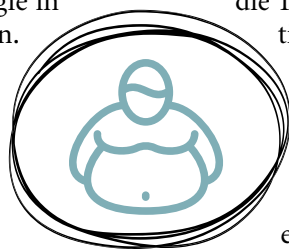
HI-MAG/Universitätsmedizin Leipzig

Kempf et al. Nat Metab 2022; 4 (12): 1697-1712; doi: 10.1038/s42255-022-00703-9

Was geschieht im braunen Fettgewebe?

Die Rekrutierung und Aktivierung von braunem Fettgewebe (BAT) führt zu einem erhöhten Energieverbrauch durch Thermogenese. Daraus ergibt sich ein vielversprechender therapeutischer Ansatz zur Bekämpfung von Fettleibigkeit.

Die Thermogenese von BAT findet in zahlreichen Mitochondrien statt. Biochemisch gesehen erfolgt der Energieverbrauch durch die Entkopplung der oxidativen Phosphorylierung von der ATP-Synthese, um die Energie in Form von Wärme abzugeben. Dieser Prozess erfordert einen kontinuierlichen Fluss von Sauerstoff und Lipiden zu den BAT-Mitochondrien. Doch wer übernimmt diese Aufgabe in unserem BAT?



Laut Lehrbüchern ist seit Langem bekannt, dass das Muskelprotein Myoglobin (MB) in der Herz- und Skelettmuskulatur stark exprimiert ist. Seine Hauptaufgabe: Die Speicherung und Förderung des Sauerstofftransports von der Zellmembran zu den Mitochondrien unter Bedingungen mit hohem Sauerstoffbedarf. In den letzten Jahren wurden dem MB jedoch weitere Eigenschaften zugeschrieben. Es gibt z.B. Hinweise darauf, dass es eine Rolle bei der Thermogenese im BAT spielt. Forscher*innen

unter der Leitung von JOHN HEIKER nahmen diese Annahme genauer unter die Lupe. Erstautorin LISA CHRISTEN und ihre Kolleg*innen konnten zeigen, dass die starke Expression von MB im BAT nicht nur die mitochondriale Atmung der braunen Fettzellen steuert, sondern auch die Reaktion auf adrenerge Aktivierung, dem wichtigsten Steuerungsmechanismus der Thermogenese. In Übereinstimmung damit stellten sie fest, dass ein Ganzkörper-Knock-out von MB in vivo die Thermoregulation und die Aktivierung des BAT bei Mäusen beeinträchtigt.

In einem zweiten Schritt untersuchte das Team, wie MB im BAT wirkt. Den Forscher*innen gelang der erstmalige Nachweis, dass die Interaktion von MB mit Lipiden für die Verbesserung der Stoffwechselaktivität in braunen Fettzellen von grundlegender Bedeutung ist. Die Analyse der MB-Expression in weißen Fettgewebeproben von Patient*innen aus der Leipziger Adipositas-Biobank (LOBB) ergab außerdem, dass MB ein geeigneter Marker für thermogene Adipozyten beim Menschen ist.

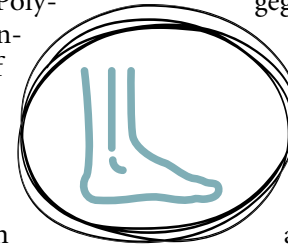
Helmholtz Munich/Universität Leipzig

Christen L et al. Clin Transl Med 2022; 12: e1108; doi: 10.1002/ctm2.1108

Umweltbelastungen als Auslöser für Neuropathien

Aktuelle Ergebnisse der prospektiven populationsbasierten KORA F4/FF4-Studie assoziieren erstmals umweltbedingte Risikofaktoren mit der Entstehung distaler sensomotorischer Polyneuropathien (DSPN).¹ Forschende des Deutschen Diabetes-Zentrums (DDZ) in Kooperation mit Helmholtz Munich konnten feststellen, dass Menschen mit Adipositas ein erhöhtes Risiko haben, eine DSPN zu entwickeln.

Typ-2-Diabetes gehört zu den häufigsten Ursachen für eine Polyneuropathie. Zahlreiche Hinweise deuten jedoch darauf hin, dass Entzündungen und oxidativer Stress ebenfalls auslösende Mechanismen darstellen. Auch eine endotheliale Dysfunktion oder Mikroangiopathie gelten



als Effektorwege, die metabolische und altersbedingte Schädigungen mit neuropathischen Schäden verbinden. Es gibt zunehmend Hinweise, dass auch Menschen mit Adipositas oder verwandten Komorbiditäten ohne die Diagnose Diabetes eine anfällige Untergruppe für DSPN darstellen: „Bei den Probanden der KORA-Studie, die eine DSPN entwickelten, konnte dies ebenfalls gezeigt werden“, erklärt Professor Dr. CHRISTIAN HERDER (DDZ), der gemeinsam mit Professor Dr.

ANNETTE PETERS (Helmholtz Munich) die Studie koordinierte. „Sie waren durch höheres Alter, einen höheren BMI und Taillenumfang sowie einen höheren Anteil kardiovaskulärer Erkrankungen gekennzeichnet als Menschen, die keine DSPN entwickelten.“

Unter den gemessenen Umweltfaktoren der Studie zeigten Luftverschmutzung und insbesondere ultrafeine Partikel die stärkste Assoziation mit der Entwicklung einer DSPN. Da Umweltrisikofaktoren

gegenseitige Abhängigkeiten aufweisen, sollten sie gemeinsam betrachtet werden. Die gemeinsame Analyse zeigte, so Herder, additive Effekte mit einem 1,4-fach erhöhten DSPN-Risiko, basierend auf einer niedrigeren Lufttemperatur in der warmen Jahreszeit,

weniger Grün in der Nähe der Wohnorte, höheren Geräuschpegeln und ultrafeinen Partikelkonzentrationen – unabhängig davon, ob es Menschen mit oder ohne Adipositas betraf. Menschen mit Adipositas schienen jedoch anfälliger für die meisten Expositionen zu sein, was zu einem zweifach erhöhten DSPN-Risiko führte, wenn alle vier Risikofaktoren in einem gemeinsamen Modell bewertet wurden. *DZD*

Herder C et al. Sci Total Environ 2023; 858 (3): 159878; doi: 10.1016/j.scitotenv.2022.159878



Vielfalt & Individualität

DIABETES **NEU** DENKEN



**FRÜHBUCHER-
ANMELDUNG**
endet am 28.02.2023

DIABETES KONGRESS 2023

17.–20. Mai 2023, CityCube Berlin

Kongresspräsident: Prof. Dr. med. Matthias Blüher

www.diabeteskongress.de

Periphere Gefäße immer im Blick behalten

Schnelle Revaskularisierung ist entscheidend für die Prognose

WIESBADEN. Der Gefäßstatus sollte bei allen Menschen mit Diabetes mindestens einmal im Jahr überprüft werden. Spätestens, wenn die Fußpulse nicht gut tastbar sind, gehört auch eine Doppler-Druckmessung und gegebenenfalls auch eine Duplexsonografie dazu.

Etwa zwei Drittel der proximalen Beinamputationen erfolgen in Deutschland aufgrund eines Diabetes. 2017 waren das 9.000, hinzu kommen circa 30.000 Fuß- oder Zehenamputationen. Etwa 6 % der Menschen mit Diabetes leiden unter einem Diabetischen Fußsyndrom (DFS) – die Wahrscheinlichkeit, ein DFS zu entwickeln, liegt bei 25 bis 40 %. Angesichts solcher Zahlen wird schnell klar, dass man die peripheren Gefäße bei Menschen mit Diabetes immer im Auge behalten muss, betonte PD Dr. med. LUDWIG CASPARY, niedergelassener Angiologe aus Hannover.

Bei nicht tastbaren Fußpulsen: weitere Untersuchungen

Hauptrisikofaktoren für eine Amputation sind Diabetische Polyneuropathie und PAVK, die vor allem in Kombination zur großen Gefahr werden. Auch wenn man ein DFS zur Abheilung gebracht hat, sollte man sich nicht zurücklehnen – das Risiko für Rezidive ist hoch und die Betroffenen bleiben dauerhaft gefährdet. Bei einem DFS mit Angiopathie sollte so rasch wie möglich eine Re-

vaskularisation erfolgen, da sich die Prognose und die Chance für eine Ulkusheilung dadurch deutlich verbessert. Bei Patient*innen mit PAVK finden sich zudem oft weitere atherogene Risikofaktoren und die Prävalenz der KHK ist deutlich erhöht. Eine erste orientierende Untersuchung ist das Tasten der Fußpulse. Wenn diese gut zu tasten sind und

weder Claudicatio noch trophische Störungen bestehen, reicht eine jährliche klinische Kontrolle erst einmal aus.

Sind die Fußpulse nicht tastbar, sollte in jedem Fall eine Doppler-Druckmessung (ABI) erfolgen. Allerdings kann die Aussagekraft bei Patient*innen mit Diabetes hier durch eine Mediasklerose eingeschränkt sein – das gilt auch für automatisierte oszillografische Verfahren. Auch die technisch aufwendige Zehendruckmessung ist eng mit dem ABI korreliert und hat keinen wesentlichen diagnostischen Vorteil. Die transkutane Sauerstoffdruckmessung ist aufgrund des tech-

nischen und zeitlichen Aufwandes eher eine Klinikmethode. Bei Werten < 10 mmHg im Liegen (oder < 40 mmHg im Sitzen) ist eine Wundheilung ohne vorherige Revaskularisierung sehr unwahrscheinlich.

Duplexsonografie auch bei Diabetes aussagekräftig

Das aussagefähigste nicht-invasive Verfahren ist die Duplexsonografie. Hier lässt sich die periphere Perfusion valide bewerten, die Verschlusslokalisation erfassen und auch die Indikation für die Revaskularisierung einschätzen. Auch aus kalkifizierten Gefäßen sind Flusssignale ableitbar. Allein durch den Einsatz der Duplexsonografie konnte die Amputationsrate innerhalb von fünf Jahren um 25 % gesenkt werden.

Bei reduzierten Dopplerdrücken (oder pathologischen Befunden der alternativen Untersuchungen) kann es sich lohnen, noch einmal die Risikofaktoren wie LDL, Nikotin oder

Übergewicht in Angriff zu

nehmen. Bei Claudicatio intermittens mit geringem Leidensdruck steht ein Bewegungs- und Geh-

training im Vordergrund. Eine Duplexsonografie kann hier jährlich erfolgen – bei stabilen Verläufen auch seltener.

Bei hohem Leidensdruck sollte aber auch kurzfristig eine Duplexsonografie angeboten werden, um Revaskularisierungsmöglichkeiten abzuklären.

Leiden die Betroffenen unter einem DFS, haben aber gut tastbare Fußpulse, können klinische Verlaufskontrollen ausreichen und Maßnahmen wie Wundversorgung und Druckentlastung stehen im Vordergrund.

Was bedeutet das in Zahlen?


Unter dem Strich benötigen pro Jahr mindestens 200.000 Patient*innen mit einem potenziellen Gefäßproblem beim DFS einen Termin bei Gefäßspezialist*innen, hinzu kommen noch einmal so viele Betroffene mit Claudicatio und Diabetes und ca. 5.000 in der Nachsorge nach Gefäßeingriffen. Geht man davon aus, dass in einer angiologischen Praxis 5.000 Patient*innen pro Jahr untersucht werden können, bräuhete man somit etwa 100 Gefäßspezialist*innen nur für die Versorgung von Menschen mit Diabetes. Dabei ist zu bedenken, dass nach dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) jeder Betroffene mit DFS einen Akuttermin innerhalb von vier Tagen erhalten sollte, der dann entbudgetiert ist.

Sind die Fußpulse aber nicht tastbar oder kommt es zu einer klinischen Verschlechterung, ist eine umgehende Duplexsonografie erforderlich, um die Interventionsmöglichkeiten zu prüfen.

Nach einem vaskulären Eingriff sollte bei stabilem Verlauf alle 3–6 Monate eine klinische Kontrolle erfolgen und anfangs auch eine jährliche Duplexsonografie. Bei jeder neuen Symptomatik ist aber auch hier eine kurzfristige Duplexsonografie erforderlich.

Maria Weiß

Diabetes Herbsttagung 2022

 **Unter amputation-nein-danke.de informiert die AG Diabetischer Fuß über das Thema.**

Immer die peripheren Gefäße im Auge behalten – aber welche Methode ist wann geeignet?

Fotos: AKS – stock.adobe.com, Pointer Maker – stock.adobe.com



»Fußpulse nicht tastbar? Doppler-Druckmessung«

»Die Informationen zu DiGA gehören auf die Kongresse«

DDG möchte mit eigener Klassifizierung Orientierung zu Digitalen Gesundheitsanwendungen geben

BERLIN. Erstmals haben es die DiGA in ein eigenes Symposium auf einen Kongress wie die Diabetes Herbsttagung geschafft. Zurecht, denn sie werden ein integraler Bestandteil der Diabetestherapie werden, betonten Experten die Position der DDG.

An die DiGA werden Diabetes-Teams sich gewöhnen müssen – unter Leitung von Professor Dr. PETER SCHWARZ, Dresden, und Professor Dr. DIRK MÜLLER-WIELAND, Aachen, bekamen die Vertreter*innen von Diabetes- und Adipositas-DiGA Zeit und Raum, sich zu präsentieren: Vitadio, Ovi-va, zanadio, Esysa und Una Health

nutzen die Chance. „Aus Sicht der Fachgesellschaft werden und sind die DiGA eine neue Säule der Therapie wie Medikamente oder diagnostische Verfahren – das heißt, die Informationen zu DiGA gehören auf die Kongresse“, erläuterte Prof. Dr. Müller-Wieland. Um sich als Fachgesellschaft zu positionieren, hat die DDG bereits den Kodex zur Digitalisierung publiziert, dieser wurde Ende 2022 auch in Bezug auf die DiGA aktualisiert¹, berichtete er. Zu den für die DDG relevanten Punkten zählt insbesondere die Integration der DiGA in den Behandlungspfad. Zwar ist die Verordnung auf Rezept möglich. Doch daneben

können sich Patient*innen auch von den Krankenkassen eine DiGA genehmigen lassen. Aus Sicht der DDG sollten die digitalen Therapieansätze jedoch integraler Bestandteil des Behandlungs- und Versorgungsprozesses sein. Zudem kritisiert die DDG den Leistungskatalog des BfArM für neue DiGA als zu schwammig – es brauche eine Verfahrensordnung, mit ganz konkreten, prozeduralen

»DiGA: neue Säule der Therapie«

Erwartungen. Für eine Empfehlung der Fachgesellschaft sind u.a. publizierte wissenschaftliche Nachweise der Wirksamkeit erforderlich, so Prof. Dr. Müller-Wieland.

Um den Diabetesteams eine bessere Orientierung zu geben, arbeitet die DDG an Kriterien und einer Klassifizierung: In Klasse A sollen Produkte gelistet werden, die „sehr wirksam oder bei sehr vielen (fast allen) Patienten“ wirksam sind – diese DiGA würden von der DDG aktiv empfohlen. Klasse B bedeutet: „wirksame DiGA, gegebenenfalls hohe Wirksamkeit in bestimmten Zielgruppen“. Klasse-C-DiGA würden nicht empfohlen. Insbesondere wenn

die Zahl der Anwendungen weiter steige, verspreche man sich eine bessere Orientierung für Diabetesteams und einen Mehrwert der Klassifizierung, so Prof. Dr. Müller-Wieland. Prof. Dr. Schwarz empfahl, sich auf die DiGA einzulassen und an Real-World-Studien teilzunehmen. Für Ärzt*innen würden Hersteller in der Regel Probezugänge ermöglichen.^{jos} 1. ddg.info/politik/projekte/code-of-conduct Diabetes Herbsttagung 2022

Interviews von der Herbsttagung u.a. mit Prof. Dr. Müller-Wieland und Prof. Dr. Wagner auf medical-tribune.de/medizin-und-forschung/kongress-aktuell

Ozempic®: NUTZE DAS POTENZIAL

Ozempic®
1x pro Woche

-26%

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

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 Monotherapie bei Metformin-Kontraindikation oder -Unverträglichkeit oder 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® mit Dulaglutid (0,5 mg Semaglutid vs. 0,75 mg Dulaglutid und 1,0 mg Semaglutid vs. 1,5 mg Dulaglutid) Head-to-Head verglichen.
- d. In Kombination mit Standardtherapie. Die Standardtherapie beinhaltet 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 gewertet, 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, Hypoglykämie (bei gleichzeitiger Anwendung mit Sulfonylharnstoff oder Insulin). Häufig: Erbrechen, Hypoglykämie (bei gleichzeitiger Anwendung mit oralen Antidiabetika außer Sulfonylharnstoff oder Insulin), 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: Änderungen des Geschmacksempfindens, schneller Puls, Reaktionen an der Injektionsstelle (z. B. Ausschlag, Hautreizung), allergische Reaktionen (z. B. Hautausschlag, Jucken). 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:** September 2022

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

DE220ZM00408



www.ozempic.de

1x pro Woche
OZEMPIC®
Semaglutid Injektion

Folgenschweres Zusammenspiel

Diabetes mellitus und Depression



von Liesa Regner-Nelke

Kannst du dem Patienten vielleicht noch etwas für die Stimmung ansetzen? Diese Frage höre ich immer wieder von besorgten Pflegenden. Der hektische Klinikalltag ist geprägt von schnellen Visiten, kurzen Patientenkontakten und jeder Menge organisatorischer Aufgaben. Bei diesem Ablauf ist es nur selten möglich, sich mit einem Patienten oder einer Patientin lange genug zu unterhalten, um ein Gespräch für das mentale

Wohlbe- finden des Gegenübers zu bekommen. Umso wertvoller sind die Hinweise von anderen Mitgliedern des versorgenden Teams oder auch von Angehörigen. Schließlich beeinflusst das psychische Wohlbefinden bekanntermaßen auch die physische Gesundheit. Allein die Depression ist ein wichtiger unabhängiger Risikofaktor und ein negativer prognostischer Indikator für viele chronische Krankheiten wie Herzkrankungen, Schlaganfall, Krebs und Diabetes. Depressionen können aber auch erst im Rahmen dieser Krankheiten und im Zusammenhang mit

den mit ihnen einhergehenden Belastungen entstehen. Diabetes mellitus erfordert eine intensive Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung und ein stetiges Diabetes-Management.

Diabetes kann depressive Symptome triggern

Das kann für Betroffene sehr anstrengend sein und stetig Stress erzeugen. Dieser kann wiederum das physische als auch das psychische Wohlbefinden beeinflussen. Der Verlust der Gesundheit und Fitness sowie soziale Faktoren und biologische Ursachen können bei Personen mit Diabetes mellitus Typ 2 die Entstehung einer Depression verursachen.

In unterschiedlichen Studien konnte bereits gezeigt werden, dass Diabetes mellitus als Trigger für das Entstehen oder die Verschlechterung depressiver Symptome fungieren kann. Die Depression selbst beeinflusst möglicherweise die Selbstfürsorge und den Lebensstil insbesondere

in Bezug auf die Ernährung und Bewegung.

So war in einer Studie eine Verbesserung der depressiven Symptomatik mit einer Verbesserung der Blutzuckerkontrolle bei Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 assoziiert.

Ist Depression eine Hauptkomplikation?

Wissenschaftler diskutieren eine mögliche bidirektionale Beeinflussung von Diabetes mellitus und Depression. Rossella Messina, Forscherin in der Abteilung Biomedizinische und Neuromotorische Wissenschaften an der Universität Bologna, und ihre Kolleg*innen stellen nun die Frage, ob die Depression als eine der Hauptkomplikationen von Diabetes mellitus wahrgenommen werden sollte.

Grundlage für diese Fragestellung bildet die kürzlich im Fachmagazin

Acta Diabetologica veröffentlichte Studie von Messina und Kolleg*innen. Im Rahmen einer bevölkerungsbezogenen, retrospektiven Kohortenstudie untersuchte die Arbeitsgruppe die Daten von 30.815 Menschen, welche kürzlich mit Diabetes mellitus Typ 2 diagnostiziert worden waren. Die Ergebnisse zeigten, dass 16,7 % dieser Menschen im Verlauf von 10 Jahren mit einer Depression diagnostiziert wurden. Insbesondere Frauen und Menschen älter als 65 Jahre waren hiervon betroffen. Auch das Leben in ländlichen Gebieten und das Vorhandensein weiterer Erkrankungen zeigte sich mit dem Auftreten einer Depression assoziiert. Bei der Untersuchung von akuten Komplikationen im Zusammenhang mit Diabetes mellitus zeigte sich, dass diese häufiger auftreten, wenn Patient*innen ebenfalls an einer Depression litten. Während der gesamten Beobachtungszeit von 10 Jahren starben 26,2 % der Proband*innen mit einer Depression und 13,5 % der Proband*innen ohne Depression.

Die Autor*innen schlussfolgern aus diesen Ergebnissen, dass eine De-

pression bei Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 als eine Hauptkomplikation der Erkrankung gewertet werden sollte, da sie zu einem schwerwiegenden Krankheitsverlauf führen kann.

Es gilt jedoch zu bedenken, dass Messina und ihr Team in der Studie von dem Vorhandensein einer Depression ausgingen, wenn diese sich unter den Diagnosen befand und/oder die Patient*innen Antidepressiva einnahmen. Antidepressiva werden jedoch nicht ausschließlich für die Behandlung von Depressionen verwendet, sondern auch bei Angststörungen, Schlafstörungen oder chronischen Schmerzen eingesetzt. Zudem konnten diejenigen, die nicht aufgrund ihrer Depression behandelt wurden, und jene, die beispielsweise eine psychotherapeutische Behandlung privat zahlen, durch das Studiendesign nicht erfasst werden.

Dennoch unterstreicht die Arbeit von Messina und ihren Kolleg*innen erneut den Zusammenhang von chronischen somatischen Erkrankungen und der Psyche. Ein Faktor, der in der klinischen Praxis mehr Beachtung finden sollte, um Menschen eine umfassendere Behandlung zukommen lassen zu können.

Liesa Regner-Nelke

Messina R et al. Acta Diabetol 2022; 59: 95-104; doi: 10.1007/s00592-021-01791-x

»Depression ist ein Risikofaktor für viele chronische Krankheiten«



Foto: iStock/vladwiel

»Diabetes von allen Seiten«: DDG schreibt Medienpreise aus

Schon zum zehnten Mal werden preiswürdige Arbeiten gesucht

BERLIN. Mittlerweile sind die Medienpreise der Deutsche Diabetes Gesellschaft schon zu einer richtigen Tradition geworden – dieses Jahr werden sie zum zehnten Mal ausgeschrieben. Das Motto für 2023: „Diabetes von allen Seiten: Leben. Behandlung. Forschung. Prävention.“

Diabetes ist so vielfältig wie die Menschen, die damit leben oder ihn täglich behandeln. Daher haben wir unsere Ausschreibung in diesem Jahr ganz bewusst geöffnet, um der thematischen Bandbreite der Volkskrankheit – passend zum zehnjährigen Jubiläum der Medienpreise – in besonderer Maße Rechnung zu tragen“, betont DDG Mediensprecher Prof. Dr. med. BAPTIST GALLWITZ. Das diesjährige Motto ist breit gefasst: „Leben“ meint den Alltag mit Diabetes mit seinen besonderen

Herausforderungen. Beim Stichwort „Behandlung“ geht es z.B. um kreative Lösungen des Diabetes-Teams, um eine gelungene Patientenansprache und um die Integration digitaler Lösungen in die Versorgung.

Das Motto ist breit gefasst – und bietet viele Möglichkeiten

Auch Beiträge zum Thema Forschung sind gefragt: Wie werden Forschungsergebnisse in die Praxis übersetzt? Wie wird an einer Stoffwechselerkrankung geforscht? Eingereicht werden können zudem Publikationen, die sich mit Prävention beschäftigen: Wie können Betroffene effektiv erreicht werden? Brauchen wir mehr moderne Präventionsmaßnahmen? Wie kann in Zeiten steigender Preise eine gesunde Ernährung gestaltet werden? „Diese und andere Fragen können

im Mittelpunkt der Medienbeiträge stehen. Die Berichterstattung kann dabei sowohl aus Sicht der Patientinnen und Patienten als auch aus der Perspektive der Behandelnden beziehungsweise der Forschenden erfolgen“, so Mediensprecher Professor Gallwitz. Journalist*innen können sich mit Beiträgen aus den Kategorien „Hören“, „Sehen“ und „Lesen“ bewerben. Berücksichtigt werden Beiträge, die zwischen 1. August 2022 und 31. Juli 2023 erschienen sind. Die Preise sind jeweils mit 2.000 Euro dotiert; Einsendeschluss ist der 31. Juli 2023. *DDG/dz*

Mehr unter ddg.info/pressebereich/medienpreis; Kurzvideos der Preisträger*innen 2022 sind über den QR-Code erreichbar.



Füße im Mittelpunkt: Jahrestagung der AG Diabetischer Fuß

Anmeldung bis zum 1. bzw. 15. März möglich

BERLIN. Die 31. Jahrestagung der AG Diabetischer Fuß findet am 17. und 18. März statt. Die Teilnahme am Hauptprogramm ist auch digital möglich.

Während der DDG Herbsttagung war der Diabetische Fuß nicht zuletzt durch den Launch des Portals www.amputation-nein-danke.de ein bestimmendes Thema. „Amputation – nein danke!“ ist eine Initiative der AG Diabetischer Fuß und vor allem für Menschen gedacht, denen eine Amputation aufgrund eines Diabetischen Fußsyndroms (DFS) droht. An alle, die sich beruflich mit dem DFS beschäftigen, ist die Einladung zur 31. Jahrestagung der AG gerichtet. Teilnehmen können Ärzt*innen, Orthopädie- und Podolog*innen, Diabetesberater*innen und -assistent*innen und MFA. Die Teilnahme am Hauptprogramm ist auch digital möglich. Die Mitgliederversammlung, die im



Rahmen der Jahrestagung stattfindet, kann nur vor Ort in Berlin (GLS Campus) besucht werden.

Angeboten werden Workshops und Vorträge. Workshops gibt es zu den Themen Fußuntersuchung, OSM/OT und „Prävention Erstulcus & Podologie“. Außerdem findet ein Workshop für junge Fußinteressierte statt. In den Vorträgen geht es u.a. um aktuelle Entwicklungen in der Hilfsmittelversorgung, um „Rehabilitation neu gedacht“, um Osteomyelitis-Pathologie, um Antibiotika (aus Sicht eines Mikrobiologen und einer Klinikerin) und um den Schuhbau.

Im Jahr 2024 wird die Jahrestagung der AG Diabetischer Fuß in Osnabrück stattfinden. *dz*

Weitere Informationen und Anmeldung: ag-fuss-ddg.de

»Sicher und sorgenfrei Sport machen«

Professor Dr. Othmar Moser über eine neue Sport-App, die nicht nur Hypos vermeidet

BAYREUTH. Keine anstrengende Hypoglykämie bei der Gartenarbeit, keine schwere Unterzuckerung beim Joggen, Radfahren oder danach: Vor zu niedrigen, aber auch zu hohen Werten warnt eine neue Sport-App für Menschen mit Typ-1-Diabetes – und das präzise. Entwickelt hat sie ein junges Start-up, unterstützt von Professor Dr. Othmar Moser. Der Traum: die App kostenfrei auf den internationalen Markt bringen.

Für sein Forschungsprojekt, das Menschen mit Typ-1-Diabetes neue Möglichkeiten für risikofreie sportliche Aktivitäten eröffnet, wurde Professor Dr. OTHMAR MOSER – an der Universität Bayreuth leitet er die Abteilung für Exercise Physiology and Metabolism – vor Kurzem von der Europäischen Gesellschaft für Diabetesforschung (EASD) in Kooperation mit deren Stiftung, der EFSD, ausgezeichnet. Die Auszeichnung ist mit einer Förderung des Projekts mit 100.000 Euro verbunden. Die klinischen Studien, die in das Projekt integriert sind, nimmt er gemeinsam mit Professor Dr. HARALD SOURIJ, Medizinische Universität Graz, und Professor Dr. NICK OLIVER, Imperial College London, vor. Wir sprachen mit Prof. Dr. Moser, der selbst Typ-1-Diabetes hat und Sport liebt, über seine Vision, Hypoglykämien beim Sport und im Nachgang möglichst für alle Menschen mit Typ-1-Diabetes zu vermeiden.

? Für das tägliche Diabetes-Management gibt es schon gute Tagebuch-, Bewegungs- und Ernährungs-Apps für Tablet, Smartphone und als PC-Version. Was unterscheidet die neue App von allen anderen?
Prof. Dr. Othmar Moser: Mit der App werden Menschen mit Typ-1-Diabetes sorgenfrei Sport treiben können. Sie haben damit künftig die Chance, die gleichen Glukosewerte wie Menschen ohne Diabetes zu erreichen. Längerfristig führt dies hoffentlich dazu, dass deutlich mehr Menschen mit Typ-1-Diabetes physisch aktiv sind und gesünder leben. Durch regelmäßige Bewegung sinkt auch das Risiko für diabetische Folgeerkrankungen. Die App könnte damit letztlich auch zu Kostensenkungen im Gesundheitssystem führen.

? Das klingt vielversprechend. CGM-Systeme machen aber heute doch schon genau das: Sie warnen vor Hypo- und Hyperglykämien. Was kann die App da besser, wo liegt die eigentliche Innovation?

INTERVIEW



Prof. Dr. Othmar Moser
Physiologe
Universität Bayreuth
Foto: zVg

Prof. Moser: Es ist klar: Sportlich aktive Menschen mit Typ-1-Diabetes erkennen heute während physischer Belastungen sofort, wenn ihr Glukosespiegel gefährlich absinkt oder auch umgekehrt, wenn er problematisch ansteigt. Dafür tragen viele von ihnen ein CGM-System, das rechtzeitig Alarm schlägt. Der wesentliche Unterschied zu unserer App und zu allen anderen Anwendungen ist: Sie kann hier noch früher und präziser eine Absenkung der Glukosewerte erkennen und gegensteuern. Die App signalisiert genau, wie viele Gramm Kohlenhydrate der Sportler oder die Sportlerin zu sich nehmen sollte, um den Glukosespiegel zu stabilisieren. Steigen die Glukosewerte zu hoch an, gibt die App an, wie viel Insulin zugeführt werden sollte. Diese Empfehlungen richten sich in beiden Fällen nach der gemessenen Geschwindigkeit, mit der sich die Glukosewerte ändern.

? In der laufenden Projektstudie gehen Sie dem Zusammenspiel zwischen Unterzuckerungen und Sport auf den Grund. Wie funktioniert dieser Testlauf konkret?

Prof. Moser: Zunächst geht es darum, die App bei verschiedenen Arten der physischen Belastung zu testen.

Die Messergebnisse, die wir daraus gewinnen, spielen bei der weiteren Optimierung der App eine zentrale Rolle. Mit ihren grundlegenden Funktionen ist die App ja bereits fertig entwickelt worden – von einem Start-up namens GLAICE, das Studierende der TU München gegründet haben.

Das Besondere an unserem Projekt ist, dass wir exakte klinische Empfehlungen beschrieben haben, wie man bei Typ-1-Diabetes und Sport das CGM nutzt. Das heißt: Die für die Programmierung verwendeten klinischen Richtwerte stammen aus einem Positionspapier der EASD und der Internationalen Gesellschaft für Kinder und Jugendliche mit Diabetes (ISPAD). Das Papier ist von 2020 und ich habe es als Erstautor verfasst. Schon die Vorläuferstudien zur App konnten zeigen, dass Menschen mit Typ-1-Diabetes deutlich bessere Glukosewerte erzielen, wenn sie die in diesem Positionspapier ausgesprochenen Empfehlungen beachten. Mit diesem Algorithmus lassen sich Unter- und Überzuckerungen nahezu vermeiden.

? Die Studie wird derzeit mit 22 Testpersonen in Bayreuth, Graz und London getestet, die in Gruppen betrachtet werden. Welche sind das?

Prof. Moser: Es gibt drei Testgruppen, die jeweils drei verschiedenen Sportarten nachgehen: Kraft-, Ausdauer-, Intervalltraining. Die erste Gruppe macht dies basierend auf Standardempfehlungen. Die zweite Gruppe bekommt das Positionspapier als A4-Blatt in die Hand.

Die dritte Gruppe erhält die App. Unser Effizienz-Outcome ist die Zeit im Zielbereich (70 bis 180 mg/dl) während des Sports.

? Wie funktioniert die Kommunikation der App mit den gängigen CGM-Systemen – gibt es da keine zeitliche Verzögerung?

Prof. Moser: Nein – und das ist ja das Faszinierende für uns: Es gibt bislang keine App, die mit dem Sensor in Echtzeit kommuniziert. Alle anderen Anwendungen haben ein Delay von 15 Minuten und geben auch keine Therapieempfehlungen für den Sport. Spannend ist auch: Wir können die Schwellenwerte individualisieren. Das heißt: Der höchste Unterzuckerwert, den ich beim CGM eingeben kann, ist 100 mg/dl. Wir können den Alarm aber bei bis zu 160 mg/dl setzen, etwa bei Hochrisikopatienten für Hypoglykämien. Die App schlägt dann schon bei diesem Wert Alarm und gibt eine Empfehlung. Das kann kein anderes Gerät der Welt.

? Welche Patient*innen sollen die App später in der Praxis nutzen, ausschließlich mit Typ-1- oder auch Menschen mit Typ-2-Diabetes?

Prof. Moser: Unsere Empfehlungen funktionieren für alle Menschen mit Typ-1-Diabetes, die eine Insulinpen- oder -pumpentherapie – auch mit einem CGM-System – haben, aber keine Hybrid- oder Closed-Loop-Systeme nutzen, bei denen alles automatisiert ist. Man darf eines nicht vergessen: Es gibt momentan auch viele Menschen, die auf eine Pen-

Die App soll getestet werden

Ziel des Projekts ist es, eine bereits entwickelte App zu testen, die Menschen mit Typ-1-Diabetes in Zukunft unbeschwertem Sport ermöglichen wird. „Die App nimmt ihnen die Angst, dass ihr Glukosespiegel während des Sports plötzlich und unvorhergesehen abfällt und so eine lebensbedrohliche Unterzuckerung verursacht“, betont Prof. Dr. Othmar Moser, einer der Studienleiter.

Therapie eingestellt sind und keine Pumpe wollen. Innerhalb der Pumpengruppe gibt es ebenfalls einige, die keinen Hybrid-Closed-Loop wollen, weil sie dem System noch nicht ganz vertrauen. Die aktuelle Achillesferse von Hybrid- zu Closed-Loop sind übrigens weiterhin der Sport und das Essen. Hier setzt unsere App mit ihrem Algorithmus an. Momentan kann sie ausschließlich von Menschen mit Typ-1-Diabetes genutzt werden.

? Was ist mit Typ-1-Patient*innen, die in ihrem Alltag keinen Sport machen, sondern sich nur moderat bewegen, z.B. bei der Gartenarbeit – wie kann die App hier unterstützen?

Prof. Moser: Wenn man z.B. Rasen mähen möchte, wählt man den Sportmodus der App aus und fängt an zu mähen. Für die App spielt es keine Rolle, ob man Ski fährt, Gartenarbeit macht oder einkaufen geht. So lange man physisch aktiv ist, kann die App helfen. Denn sie arbeitet nur mit dem Abfall der Glukosekonzentration. Der App ist es daher absolut egal, ob man gerade laufen oder spazieren geht. Wir haben uns für den Test bewusst die drei schwierigsten Komponenten ausgesucht – Kraft-, Intervall- und Ausdauertraining. Zudem wissen wir jetzt: Auch wenn das System extrem gereizt wird, funktioniert es einwandfrei.

? Die App soll international kostenfrei im App Store, im Google Play Store etc. verfügbar sein. Gibt es schon Interesse seitens der Industrie, mit einzusteigen?

Prof. Moser: Dazu sind wir weiter im Gespräch mit den großen CGM-Herstellern. Der Bedarf an unserer App ist da, wir bekommen sehr viele Anfragen von Menschen mit Typ-1-Diabetes. Ich möchte, dass jeder Patient und jede Patientin, die daran Interesse hat, den Zugang zu dieser App erhält – for free. Das ist mein Lebenstraum.

Interview: Angela Monecke



Sport machen ganz ohne Hypo- oder Hyperglykämie? Ein Traum, der bald wahr werden kann.

Foto: Siam – stock.adobe.com

»Unsere App erkennt Unter- und Überzuckerungen noch früher und präziser«

MEDICAL REPORT

#Morgen-Veranstaltung „Digitale Gesundheitsversorgung am Beispiel Diabetes – Ausgangspunkt ePA“, Berlin, 12. November 2022; Veranstalter: Roche Diabetes Care Deutschland

Initiative aus der Diabetologie für eine erfolgreiche elektronische Patientenakte

Nützlich, einfach, sicher – was Diabetes-Expert*innen von einer guten Digitalstrategie erwarten

Die elektronische Patientenakte gilt im Bundesgesundheitsministerium als zentrales Element einer effektiv vernetzten Patientenversorgung. Diesen Anspruch konnte die ePA bislang aber nicht erfüllen. Was muss für einen zielführenden Neustart – insbesondere mit Blick auf die Diabetologie – getan werden? Dazu haben sich rund 20 Expert*innen bei einer Think-Tank-Veranstaltung der Reihe #Morgen in Berlin ausgetauscht.

Elifs tägliche Blutzuckerwerte werden automatisch in der ePA hinterlegt und an ihren Hausarzt übermittelt. Mit diesem tauscht sie sich regelmäßig per Videosprechstunde oder Messenger aus. Die wichtigsten Daten zum Therapieverlauf werden in der ePA dokumentiert. Diese werden auch vom ambulanten Pflegedienst genutzt, der Elifs schlecht verheilende Wunde am Fuß versorgt. Über die ePA haben alle Beteiligten Zugriff auf das aktuellste Wundprotokoll. Das nötige Material wird über elektronische Verordnungen direkt bei der Apotheke oder im Sanitätshaus bestellt. So beginnt die fiktive Geschichte von Elif, die an Diabetes erkrankt ist. Erzählt wird sie in der „Digitalstrategie“ der Bundesregierung – als Blick in die Zukunft. Die Regierung möchte, dass 2025 mindestens 80 % der gesetzlich Krankenversicherten über eine ePA verfügen. Ende 2022 waren es weniger als 1 %.

Im Gespräch mit dem Bundesgesundheitsministerium

Wie muss eine Digitalstrategie angelegt sein, die die bisherigen Inselprojekte von ePA, E-Rezept, digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) usw. verbindet? In einem partizipativen Prozess machte sich das Bundesgesundheitsministerium (BMG) 2022 auf Ideensuche. 2023 soll das Wirkung zeigen. Auch Roche Diabetes Care nimmt am partizipativen Verfahren des BMG teil und hat bereits erste Gespräche geführt. Das Unternehmen möchte gemeinsam mit weiteren Akteuren konkrete Maßnahmen für die künftige ePA-Nutzung vorschlagen und so eine Initiative „WirFürElif“ unterstützen. Um ein Bild vom Status quo zu sowie Anregungen für Veränderungen zu erhalten, hat Roche Diabetes Care vor einigen Jahren die Veranstaltung #Morgen ins Leben gerufen. Eine besonderen Impuls erhielt die Runde der Expert*innen dieses Mal durch eine kurz zuvor getroffene Entscheidung der Gematik-Gesellschafterversammlung: Die Gematik soll die Einführung des Opt-out-Prinzips für die ePA prüfen. Mit diesem Verfahrenswechsel kann die ePA künftig von den Krankenkassen für alle Versicherten automatisch eingerichtet werden. Da die Nutzung freiwillig ist, bleibt die



James Fischer, Geschäftsführer von Roche Diabetes Care Deutschland, eröffnet die #Morgen-Runde.

Foto: Roche

Möglichkeit der Ablehnung. Die Gematik beschäftigt sich nun mit dem unangeforderten Bereitstellen der Akte, dem vereinfachten Zugriff der Leistungserbringenden, dem Befüllen und der pseudonymisierten Datenweitergabe zu Forschungszwecken. Auch der Gesetzgeber muss noch tätig werden. Als wichtig erachtete es die Berliner Expert*innenrunde, dass aus der patientengeführten – d.h. unstrukturierter und unvollständigen – Akte eine patientenzentrierte wird, die von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie weiteren Beteiligten ohne technische oder bürokratische Hürden befüllt und genutzt werden kann. In der Diskussion wurden die vielfältigen Anforderungen und Wünsche deutlich.

Frischer Wind für die elektronische Patientenakte

Damit die ePA bei Versicherten wie Ärzt*innen und Kassen Akzeptanz findet, muss sie Mehrwerte bieten, also nützlich sein, aber auch sicher und einfach zu bedienen. Die anwesenden Ärzte formulierten u.a. folgende Anforderungen:

- ▶ Die ePA-Daten sollen fundierte Therapieentscheidungen unterstützen, z.B. mit schnell einsehbaren Medikationsplänen samt Hinweisen auf Wechselwirkungen.
- ▶ Die ePA muss in ihrem Aufbau sinnvolle Kommunikationswege zwischen Behandlungsteam und Patient*in unterstützen. Nur so können Praxisprozesse vereinfacht bzw. beschleunigt werden und die Zahl der Praxisbesuche aufgrund reiner Routinekontrollen reduziert werden. Damit wäre mehr Zeit für komplizierte Fälle zur Verfügung.

- ▶ Die ePA-Daten müssen für die Versorgungsforschung nutzbar sein, um zu Qualitätssicherung bzw. -verbesserung zu führen.

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) kümmert sich schon seit Jahren um die Entwicklung einer elektronischen Diabetesakte (eDA) als Ergänzung zur ePA. Jetzt eröffnet sich die Möglichkeit, die eDA konzeptionell in geplante medizinische Informationsobjekte (MIO) einfließen zu lassen. MIO, definiert von der Kassenzentralen der Bundesvereinigung, gibt es bereits, z.B. für den Impfpass. Hier will sich die Fachgesellschaft mit ihrer eDA einklinken.

Die DDG konzipiert die Akte als interdisziplinäre, transsektorale Kommunikationsplattform. An den Gesetzgeber richtet sie die Aufforderung, die Telematik-Infrastruktur „zum Leben zu erwecken“ und für einen Datenschutz „mit Zukunftsfenster“ zu sorgen. Dieser soll auf EU/Bund- statt föderaler Regelungen basieren und Datenspenden sowie die regelkonforme Nut-

zung von Cloud Services zulassen. Außerdem bedarf es der Implementierung passender Aus- und Weiterbildungskonzepte, beispielsweise für DiGA, um die Digitalkompetenz bei Ärztinnen und Ärzten sowie in den Gesundheitsfachberufen zu erhöhen.

Diabetespatient*innen suchen Praxisteams mit Digitalkompetenz

Das Ausmaß an digital unterstützter Therapie wird wohl auch die Arztwahl beeinflussen. Schon heute empfehlen sich Typ-1-Diabetespatient*innen – zumindest in Großstädten und Ballungsräumen – Praxen mit besonderer Digitalkompetenz.

Für die Behandlerseite sollte eine gute Begleitung bei der Nutzung der ePA, z.B. durch „Digital Help Desks“, gewährleistet sein, bestmögliche die anwesenden Kassenvertreter auf die Frage, wer denn wiederum den Praxisteams helfend zur Seite stehen könnte. Sie begrüßten die durch das Opt-out-Verfahren begründeten Neuerungen. Diese könnten zur schnellen

Verbreitung der Akte beitragen. Die Kassen selbst sind aus Qualitäts- und Ressourcengründen an einer zeitnahen Auswertungsmöglichkeit der DMP-Daten interessiert.

Zwar hat der Gesetzgeber viele Digitalisierungsvorhaben angeschoben. Doch die bisherigen Bemühungen um die ePA waren zu theoretisch. Auch mangelte es bislang u.a. an verbindlichen Vorgaben für Krankenhausinformationssysteme- und Praxisverwaltungssysteme (PVS) –, was das Vernetzen der Insellösungen teuer und ineffizient macht. Wichtig ist es, dass nun die Behandelnden und die Patient*innen entscheidend eingebunden werden. Wie könnte also eine neue Herangehensweise aussehen?

Konzeptworkshops mit ePA-Nutzer*innen

Die Expert*innen erörterten die Idee eines „ePA-Workshops“: Ein Team von ärztlichen, Kassens-, Hersteller-, PVS-, Fachgesellschafts-/Verbandsvertreter*innen und ggf. auch Patient*innen relevante Fragestellungen diskutieren und in Ansätzen detailliert ausformulieren. Um die Unabhängigkeit zu gewährleisten, sollte ein solcher Workshop in enger Abstimmung zwischen BMG, Fachgesellschaft und Gematik stattfinden. Parallel dazu geführte Gespräche, etwa der DDG mit der Gematik, wären zu berücksichtigen. Fragenstellungen, die im Rahmen eines solchen Workshops oder gar einer Workshopreihe besprochen werden sollten, sind z.B.:

- ▶ Wie sieht ein Vernetzungskonzept für Elemente aus, die für die Diabetesbehandlung relevant sind, wie Laborwerte, DiGA-Daten und E-Rezept?
- ▶ Wie können Schnittstellen technisch gut konfiguriert und juristisch sicher implementiert werden?
- ▶ Wie lassen sich beim Medikamentenplan die diabetologischen Erfordernisse besser abbilden?
- ▶ Wie kann die ePA die Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und Pflegefachkräften unterstützen?
- ▶ Welche Daten eignen sich für einen einfachen Identifikationsverfahren auf therapierelevante Patientendaten zugegriffen werden kann?

Die budgetierte Vergütung ist ebenfalls ein Hemmschuh bei der Umsetzung der Digitalisierung, meinten die Expert*innen. Spezifische Abrechnungsmöglichkeiten des Zusatzaufwands, z.B. für den DiGA-Einsatz in der Praxis, sollten aus der Pauschalierung herausgelöst werden. Im nächsten Schritt stellt Roche Diabetes Care das ePA-Workshop-Konzept bei einem Gespräch im Gesundheitsministerium vor. Dabei sollen die Möglichkeiten der Zusammenarbeit ausgelotet werden, um der Initiative „WirFürElif“ konkrete Formen zu verleihen.

#Morgen

- ▶ Die Think-Tank-Veranstaltung #Morgen von Roche Diabetes Care Deutschland findet seit 2014 i.d.R. jährlich statt. Sie widmet sich aktuellen Themen und Handlungsfeldern der Digitalisierung, speziell in der Diabetesversorgung.
- ▶ 2022 nahmen an der Runde neben Vertreter*innen des Unternehmens fünf niedergelassene Diabetologen, ein Hausarzt, eine Diabetesberaterin, eine Patientin und ein Patient mit Typ-1-Diabetes, ein Vertreter der Techniker Krankenkasse und einer des AOK-Bundesverbandes, eine Vertreterin des Spitzenverbandes Digitale Gesundheitsversorgung, ein Rechtsanwalt, ein Journalist sowie ein moderierender Berater teil. Der Leiter der Kommission Digitalisierung der Deutschen Diabetes Gesellschaft war online dabei.



Fortbildung live und persönlich erleben – oder lieber online vom heimischen Sofa aus?

DDG-Umfrage zeigt veränderte Nutzungsvorlieben und -bedürfnisse

BERLIN. Während der strengen Kontaktbeschränkungen im Zuge der Coronapandemie waren virtuelle Veranstaltungen die einzige Möglichkeit, wissenschaftliche Tagungen durchzuführen. Doch mittlerweile erobern sich auch Präsenz-Veranstaltungen den Markt wieder zurück, denn für viele Teilnehmende ist der persönliche Austausch vor Ort nicht unerheblich. Was bedeutet das für die Zukunft der DDG Fortbildungen?

Wer Ende Mai 2022 die DDG Jahrestagung in Berlin besucht hat, erinnert sich an volle Vortragsäle und Seminarräume, Mensentrauben auf den Rolltreppen und Schlangen an den Kaffeetheken in der Industrieausstellung. Ein Treiben fast so wie in Zeiten vor der Pandemie. Doch längst nicht alle der insgesamt knapp 6.500 Teilnehmer*innen besuchten den Jahreskongress mit seinen 74 Symposien auch wirklich leibhaftig. Zum Vergleich: Während sich gut 3.800 Menschen am Himmelfahrt-Wochenende tatsächlich im CityCube tummelten, waren knapp 2.600 Personen teils vor Ort, teils virtuell zugeschaltet. Weniger als 60 verfolgten die 40 Sitzungen, die online übertragen und aufgezeichnet wurden, ausschließlich am heimischen Bildschirm.

Wie viele sind wann und warum nach Berlin gekommen?

Die Online-Teilnahme war vor allem am letzten Kongresstag beliebt: Am Samstag zogen es viele Teilnehmer*innen (knapp 2.200) vor, den Kongress online zu verfolgen, während nur noch gut 1.100 live vor Ort dabei waren. Um herauszufinden, wie das Hybrid-Konzept bei den Teilnehmer*innen

ankommt und was diese sich für künftige Tagungen wünschen, bat die DDG im Nachgang alle, an einer kurzen Umfrage teilzunehmen. Schließlich möchte sie ihr Fortbildungsangebot auch weiterhin möglichst passgenau und zukunftsgerecht gestalten und dabei die Bedürfnisse sowie Anforderungen an Fort- und Weiterbildungsformate der Teilnehmer*innen bestmöglich berücksichtigen. An der Umfrage nahmen insgesamt 385 Personen teil, davon 254 Mitglieder und 131 Nichtmitglieder der DDG. Die große Mehrheit von ihnen waren Ärzt*innen (n = 186) und andere Gesundheitsfachkräfte (n = 179). Nach den Gründen für ihre Vor-Ort-Teilnahme gefragt, nannten die Präsenz-Teilnehmer*innen in erster Linie den persönlichen Austausch vor Ort (42 %). Aber auch Arbeitstreffen mit Kolleg*innen (gut 26 %), das Live-Erlebnis von Vorträgen und Diskussionen (25 %) sowie der Besuch von Posterausstellung und Fachmesse (24 %) machen die Präsenz-Teilnahme attraktiv. Diejenigen, die den Mix aus

Präsenz- und virtueller Teilnahme gewählt hatten, mochten den persönlichen Austausch ebenfalls nicht missen (65 %) – fanden die individuelle Kombination aus beiden Teilnahmearten aber besser mit ihren beruflichen und familiären Verpflichtungen zu vereinbaren (55 %). Auch die Möglichkeit, bei parallelen Sitzungen eine live zu besuchen und die andere später in der Mediathek anzuschauen, wiesen etliche zu schätzen (26 %).

Als Top-Argumente für die rein virtuelle Teilnahme klickten die Befragten an, dass diese weniger Organisationsaufwand bedeutet und Zeit spart. Doch auch das geringere Infektionsrisiko spielte eine wichtige Rolle, gefolgt von der besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf und der geringeren Klimabelastung durch Anreise und Ressourcenverbrauch vor Ort.

Hybrides Konzept gewünscht – und bitte alles online abrufbar

Für die Zukunft wünscht sich die überwältigende Mehrheit (gut 65 %) eine Fortsetzung des hybriden Konzepts. Allerdings besteht hierbei der Wunsch nach einem möglichst vollständigen Online-Angebot anstelle nur ausgewählter Sitzungen, die gestreamt und aufgezeichnet werden. Lediglich 20 % können sich für rein virtuelle Kongresse erwärmen, und sogar nur gut 10 % möchten zu reinen Präsenz-Veranstal-

Ich kann mir parallel stattfindende Vorträge in der Mediathek nacheinander und in Ruhe ansehen!

Vor Ort kann ich leichter Kontakte zu Weiterbildungseinrichtungen für Diabetologie/Endokrinologie knüpfen.

Ich schätze den Austausch mit Kolleg*innen vor Ort und die Teilnahme an der Industrieausstellung.

Ich bin behindert. Mir ist online bequemer.

Wollte eigentlich in Präsenz dabei sein, musste in letzter Minute wegen einer COVID-Infektion umstellen.

Präsenz? Digital? Hybrid? Neue Serie zu Veranstaltungsformaten der Zukunft

Die COVID-19-Pandemie hat Online-Konferenzen und -Kongresse nötig gemacht – und aller Voraussicht nach sind sie gekommen, um zu bleiben. Für viele ist das praktisch, wie eine Umfrage zeigt, die wir Ihnen in un-

serer ersten Folge der Serie zu nachhaltigen Veranstaltungsformaten der Zukunft vorstellen.

- Teil 2: Klimabilanz von Kongressen
- Teil 3: Kongressplanung und Kosten/Aufwand für Hybrid-Kongresse



tungen zurückkehren. Hätte es im Mai kein Hybrid-Angebot gegeben, wären gut 43 % der Befragten definitiv nach

Berlin gekommen. Etwa 13 % waren bei dieser Frage unentschlossen, doch 38 % hätten in einem solchen Fall lieber auf die Kongressteilnahme verzichtet. Aus den Antworten in den Freitextfeldern wurde deutlich: Wer weiter entfernt wohnt, Kinder zu betreuen hat, erst die Chefetage von der Kongressteilnahme überzeugen

muss oder seine Ausgaben im Blick behalten muss (Stichwort Anreise, Unterbringung, Verpflegung), ist besonders dankbar für Online-Angebote zur Fortbildung. In den Freitextfeldern wurden aber noch viele weitere Gründe für die verschiedenen Formen der Teilnahme genannt (siehe Zitate).

Nachhaltigkeit beachten

Für die DDG geht es nun darum, diese Erkenntnisse in die Planung künftiger Tagungen einfließen zu lassen. Neben den Wünschen der Kongressbesucher*innen spielen hierbei auch die ökologische Nachhaltigkeit und der organisatorische Aufwand eine Rolle. Klar ist: Virtuelle Kongresse sind klimafreundlicher als Präsenz-Veranstaltungen. Doch das besonders populäre Hybrid-Format schlägt auch mit deutlich höheren Kosten zu Buche – und diese lassen sich unter Umständen nur mit höheren Ticketpreisen und Standgebühren für die Industrie auffangen. In Teil 2 unserer Reihe beleuchten wir daher die Klimabilanz von Kongressen, in Teil 3 den (Kosten-)Aufwand für Planung und Organisation.

Antje Thiel



Volle Gänge beim Diabetes Kongress 2022 – aber nicht alle Teilnehmenden waren auch vor Ort.



Fotos: © K.I.T./Dirk Deckbar

Medizin & Markt



Foto: iStock/AzmanJaka

Erste Patch-Pumpe mit App-basierter Steuerung

Schlauchlose Pumpe wird über das Smartphone bedient

Pressemitteilung – A. Menarini Diagnostics Deutschland/Berlin Chemie AG

BERLIN. Seit Kurzem ist die GlucoMen® Day PUMP, eine schlauchlose Insulin-Patch-Pumpe, in Deutschland erhältlich. Die vom südkoreanischen Hersteller EOFlow entwickelte Insulinpumpe wird in Deutschland vertrieben von A. Menarini Diagnostics Deutschland, einer Division der Berlin Chemie AG.

Als erste Patch-Pumpe kann die GlucoMen® Day PUMP nach Angaben in der Pressemitteilung vollumfänglich durch eine App auf dem privaten Smartphone gesteuert werden. Die erforderliche Narsha-App stehe bereits für Android und iOS in den jeweiligen App-Stores kostenfrei zur Verfügung. Alternativ dazu könne die Insulinpumpe mit dem dazugehörigen Steuergerät (Advanced Diabetes Manager (ADM)) bedient werden. Das handliche Gerät zeichne sich wie die App durch eine übersichtliche

und intuitive Menüführung aus; die App besteche durch umfangreiche statistische Funktionen und grafische Darstellungen. Basalraten können von 0,1 IE/Std. in 0,05 IE-Schritten bis zu maximal 15 IE/Std. programmiert werden. Temporäre Basalraten lassen sich für Zeiträume

zwischen 0,5 und 8 Stunden festlegen. Boli sind von 0,1 bis 25 IE in Schritten von 0,05 IE einstellbar. Der Mahlzeitenbolus kann individuell in eine sofort und eine verzögert abzugebende Insulinmenge unterteilt werden. Der integrierte Bolusrechner unterstützt den Anwender bei der Ermittlung der korrekten Bolusdosis. Alle von der tageszeitlich unterschiedlichen Insulinsensitivität abhängigen Einstellungen wie die Basalrate oder das Insulin-Kohlenhydrat-Verhältnis können in 48 Segmenten à 30 Minuten individuell programmiert werden.

Das Insulinreservoir der GlucoMen® Day PUMP fasst bis zu 200 IE kurzwirksames U100- Analoginsulin, das dank des energiearmen elektro-osmotischen Antriebs über 3,5 Tage abgegeben werden kann, so die Angaben aus der Pressemitteilung. Anwender mit passendem Insulinbedarf könnten dadurch den Wechsel ihrer Insulinpumpe auf zwei gleichbleibende

Zeitpunkte in der Woche terminieren. Eine weitere Besonderheit der Patch-Pumpe sei die semi-manuelle Einführung der Softkanüle, die eine schmerzarme Applikation und eine sichere Positionierung der Kanüle im Gewebe gewährleiste.

Die GlucoMen® Day PUMP kann altersunabhängig verwendet und z. B. am Bauch, unteren Rücken, Oberarm und Oberschenkel getragen werden. Die Pumpe ist als wasserdicht deklariert.

„Wir freuen uns sehr, Menschen mit insulinpflichtigem Diabetes mit der GlucoMen® Day PUMP eine überzeugende neue Therapieoption anbieten zu können“, sagt ULRICH SCHMID, General Manager von A. Menarini Diagnostics Deutschland. Für das kommende Jahr sei eine Integration der Pumpe in ein „etabliertes AID-System“ geplant. Die GlucoMen® Day PUMP ist im Hilfsmittelverzeichnis der gesetzlichen Krankenversicherung gelistet. Mit einigen Kassen wie der Techniker Krankenkasse, der BARMER und einigen regionalen AOK wurden Versorgungsverträge geschlossen. Weitere Informationen auf glucomenday.de.



Die GlucoMen® Day PUMP mit dem Steuergerät ADM.

Foto: Berlin Chemie

CHMP empfiehlt Erweiterung der Zulassung

Pressemitteilung – AstraZeneca

HAMBURG. In einer aktuellen Stellungnahme empfahl der Ausschuss für Humanarzneimittel (CHMP) im Dezember 2022 für Dapagliflozin (Forxiga®) die Zulassungserweiterung in der Europäischen Union.

Die Empfehlung gilt für die symptomatische chronische Herzinsuffizienz (HF) über das gesamte Spektrum der linksventrikulären Ejektionsfraktion (LVEF). Dies schließt sowohl HF mit mäßig reduzierter (HFmrEF) als auch HF mit erhaltener Ejektionsfraktion (HFpEF) ein. Für die Therapie der HF mit reduzierter Ejektionsfraktion (HFrEF) ist Dapagliflozin, ein Inhibitor des Natrium-Glucose-Cotransporters-2 (SGLT-2i) des Arzneimittelherstellers AstraZeneca, bereits seit 2020 zugelassen.

Der CHMP der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) stützte seine positive Stellungnahme auf aktuelle Ergebnisse der DELIVER-Phase-III-Studie. Berücksichtigt wurden auch die Daten einer präspezifizierten, auf Patientenebene durchgeführten, gepoolten Analyse der Phase-III-Studien DAPA-HF und DELIVER.

SGLT2-Hemmer zur kardialen Primärprävention

Stellenwert der Wirkstoffklasse bei Diabetes in Positionspapier verankert

Pressekonferenz – Boehringer/Lilly

INGELHEIM/BAD HOMBURG. Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie und die Deutsche Diabetes Gesellschaft haben ein Positionspapier zu Herzinsuffizienz und Diabetes veröffentlicht. SGLT2-Hemmer nehmen darin breiten Raum ein.

Wer Diabetes hat, hat ein zwei- bis dreifach erhöhtes Herzinsuffizienzrisiko. Tatsächlich ist aktuellen Studiendaten aus Frankreich zufolge die Herzinsuffizienz – und nicht der Myokardinfarkt – kardiovaskuläre Hauptkomplikation des Typ-2-Diabetes, betonte Professor Dr. JENS ABERLE, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Das gemeinsame Positionspapier der beiden Fachgesellschaften beleuchtet das Thema Herzinsuffizienz darum sowohl aus der kardiologischen als auch aus der diabetologischen Perspektive.

SGLT2-Hemmer haben darin als einzige Klasse von Antidiabetika das Label „indiziert“ zur Primär- und Sekundärprävention der Herzinsuffizienz bei Typ-2-Diabetes erhalten.

„Neben der Behandlung der manifesten Herzinsuffizienz ist in diesem Zusammenhang besonders der Aspekt der Primärprävention interessant, da weder eine stringente Glukosekontrolle mit Insulin noch DPP4-Inhibitoren oder GLP1-Agonisten vor der Entwicklung einer Herzinsuffizienz schützen“, zitierte Prof. Aberle aus dem Positionspapier. „Wir können die Therapie beginnen und Herz und Niere schützen, noch bevor der Patient eine kardiorenale Erkrankung erleidet.“

SGLT2-Hemmer wie Empagliflozin (Jardiance®) können sich auf breite Evidenz stützen, die ihre protektive Wirksamkeit bei Herzinsuffizienz unabhängig vom Vorliegen eines

Typ-2-Diabetes und vom HbA_{1c} untermauert, ergänzte die Erstautorin des Positionspapiers, Privatdozentin Dr. KATHARINA SCHÜTT, Uniklinik RWTH Aachen.

Für die Praxis gelten bei neu aufgetretener HFrEF (Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion) einige Besonderheiten: Man muss die Begleitmedikation kontrollieren, kontraindizierte Antidiabetika absetzen und bei Verordnung des SGLT2-Hemmers eine Reduktion anderer Antidiabetika erwägen, wenn der HbA_{1c} schon unter 7 % liegt.

Patient*innen sollten außerdem wissen, dass sie die SGLT2-Hemmer-Therapie mindestens 48 Stunden pausieren müssen, wenn sie keine Nahrung und Flüssigkeit zu sich nehmen können (Stichwort: Sick Day Rules).

Empagliflozin hat darüber hinaus als erstes Medikament überzeugende Wirksamkeit bei Herzinsuffizienz mit erhaltener Pumpfunktion (HFpEF) demonstriert. Das Positionspapier empfiehlt den Wirkstoff zur Diabetes-therapie bei bekannter HFpEF.

ara

Pressekonferenz „Positionspapier Herzinsuffizienz und Diabetes: Wie kann die interdisziplinäre Behandlung gelingen?“

Insulinpumpe mit Köpfchen

Blutzuckerabweichungen nach oben und unten werden automatisch korrigiert

Symposium – Medtronic

WIESBADEN. Durch moderne technische Lösungen lassen sich Hypoglykämien unter einer Insulintherapie immer besser vermeiden, ohne dass die Glykämiekontrolle leidet.

Eines dieser Systeme ist das System MiniMed™ 780G, das der niedergelassene Diabetologe Dr. RALF KOLASSA aus Bergheim vorstellte. Das zurzeit für die Behandlung von Typ-1-Diabetes ab einem Alter von sieben Jahren zugelassene System ist mit dem SmartGuard-Algorithmus ausgestattet, der auf Grundlage der CGM-Messungen rund um die Uhr alle fünf Minuten Basalinsulin und ggf. Korrekturboli abgibt, ohne dass der Anwendende selbst tätig werden muss. Dies bietet kontinuierlichen Schutz vor zu hohen und zu tiefen Werten.

In der randomisierten kontrollierten ADAPT-Studie wurde bei erwachsenen Menschen mit Typ-1-Diabetes nachgewiesen, dass sich mit dem MiniMed™ 780G-System bessere HbA_{1c}-Werte erreichen lassen als mit einer intensivierten Insulintherapie (ICG) plus isCGM (7,3 vs. 8,9). Die Zeit im Zielbereich (TIR) stieg um 27,6 %,

das entspricht 6,6 Stunden. Die Überlegenheit zeigt sich vor allem in der Nacht, hier stieg die TIR um etwa 30 %. Dies entlaste die Patient*innen und kann zu einem verbesserten Nachtschlaf beitragen, so die Erfahrung des Diabetologen.

Die verbesserte glykämische Kontrolle ging nicht zulasten einer erhöhten Hypoglykämie-Rate. Auch diabetische Ketoazidosen oder andere schwerwiegende Ereignisse wurden nicht beobachtet.

In der ADAPT-Studie wurden 62 % der Tagesgesamtdosis automatisch vom System verabreicht (42 % als Basalinsulin, 20 % als Korrekturboli). Ein ähnliches Verhältnis zeigen Daten aus der Praxis bei mehr als 12.000 Anwender*innen. Steigt der Anteil der Autokorrekturen über 30 % an, sollte man nach Fehlerquellen suchen und die Einstellung ggf. optimieren. Ein hoher Bedarf an Autokorrekturen in der Nacht kann z. B. auf eine Insomnie oder Schlafapnoe hinweisen.

MW

Symposium „Smarte und nachweislich erfolgreiche Lösungen – MiniMed™ 780G-System & Smart ICT-System“ im Rahmen der Diabetes Herbsttagung 2022

NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

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

Mit drei Schritten ins (Dart-)Ziel

So wurde ein Patient mit Erfolg motiviert, bestärkt und unterstützt

Webinar – Novo Nordisk

MAINZ. Um die Diabetestherapie in der hausärztlichen Praxis trotz Zeit- und Ressourcenmangel möglichst effizient zu gestalten, ist ein strukturiertes Vorgehen essenziell. Wie das gelingen kann, wurde in einem interaktiven Webinar erläutert.

Dr. DAVID KREZDORN, Alzey, berichtet von einem 64-Jährigen mit einer langen „Diabeteskarriere“. Der adipöse Mann hatte seit der ersten Metformingabe vor 20 Jahren diverse andere Antidiabetika erhalten (Sitagliptin, Glibenclamid, NPH-Insulin, Insulin glargin). Ein Bolusinsulin lehnte der Berufskraftfahrer, der Ende 2020 mit einem HbA_{1c} von 9,6 % in Krezdorns Hausarztpraxis kam, aufgrund negativer Erfahrungen ab. Ein Therapieversuch mit einem SGLT2-Hemmer endete durch eine urologische Komorbidität rasch. Der leidenschaftliche Dartspieler wog damals 120 kg (BMI 41,5 kg/m²), hatte keine Hypertonie, aber eine Revision nach Magenband-Operation, Omarthrose beider Schultern, Gonarthrose, eine Spinalstenose und erhielt Atorvastatin, Tamsulosin sowie Pantoprazol. In der Diskussion des Falles wurden nicht-medikamentöse Maßnahmen angesprochen. Aufgrund seiner

schmerzhaften Bewegungseinschränkungen verzichtete der Patient auf Aktivitäten. LUCIE ARMBRECHT, Geyer, betonte die Bedeutung der Motivation und des Erlebens von Selbstwirksamkeit. „Wir können einem Patienten durch eine geeignete Pharmakotherapie helfen, eine Initialmotivation zu bekommen, aber dann muss er selbst weiterarbeiten“, ergänzte Dr. MARCEL KAISER, Frankfurt.

Die drei Schritte: „Involvieren und motivieren“, „positive Ergebnisse/ Erfahrungen reflektieren und bestärken“ und „die Therapie unterstützen“ führten auch im skizzierten Fall zum Erfolg. Dem Patienten, der seit Langem Spritzentherapien kannte,

gelang eine Neueinstellung auf Semaglutid sehr gut. Nach anfänglicher Übelkeit blieb er durch stetige Betreuung adhären, verspürte allmählich weniger Appetit und nahm innerhalb eines Jahres 15 kg ab. Bei guter Verträglichkeit sank der HbA_{1c}-Wert bis auf 6,8 % – ein seit 10 Jahren nicht mehr erreichter Wert. Das Basalinsulin konnte unter Beibehaltung von Metformin reduziert werden. Der Patient injizierte sich weiterhin freitags 1 mg Semaglutid und erlebte zufrieden die Effizienz dieser patientennahen, leitliniengerechten Therapie. *KKr*

Webinar: „Patientenfälle aufgedeckt – in 3 Schritten zu einer effizienten Diabetestherapie im Praxisalltag“



Plattform für Menschen mit Typ 1

Eine Website klärt Angehörige und Freunde über chronische Krankheiten auf

Pressemitteilung – Abbott

WIESBADEN. Für Menschen, die sich um ihre chronisch kranken Angehörigen oder Freunde kümmern und dabei helfen, Lebensqualität zu erhalten, gibt es eine Aufklärungsplattform.

Das Portal bietet leicht verständliche, grundlegende Informationen

über Ursachen, Symptome und Behandlungsmethoden für Diabetes, Herzerkrankungen wie die koronare Herzkrankheit (KHK), Herzinsuffizienz oder Herzrhythmusstörungen, chronische Schmerzen, Parkinson'sche Krankheit und Periphere Arterielle Verschlusskrankheit (pAVK).

Neben der Wissensvermittlung bietet

die Website außerdem einen Ratgeber zum Verhalten im Notfall, Experteninterviews und Erfahrungsberichte von Patient*innen sowie viele Tipps zur emotionalen und praktischen Unterstützung bei der Verbesserung des Lebensstils, zum Beispiel bei der Umstellung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens.

Insulin glargin: günstig für beide Typen

Aktuelle Daten untermauern gute Wirksamkeit und Sicherheit

Fachpressekonferenz – Sanofi

BERLIN. Für Insulin glargin wurden kürzlich aktuelle Daten vorgestellt. Sie untermauern die gute Wirksamkeit und Sicherheit des Basalinsulins in der Therapie des Typ-1- und des Typ-2-Diabetes.

In der InRange-Studie wurde bei Patient*innen mit Typ-1-Diabetes, die bereits seit mehr als acht Jahren Basalinsuline erhielten, die vergleichbare Wirksamkeit von Insulin glargin (Lantus®) 300 E/ml und Insulin degludec 100 E/ml gezeigt. Die Ergeb-

nisse stellte Prof. Dr. THOMAS DANNE, Chefarzt am Kinderkrankenhaus Auf der Bult in Hannover, vor. Demnach lag bei beiden Basalinsulinen der zweiten Generation nach 12 Wochen der Glukosewert, ermittelt anhand einer verblindeten kontinuierlichen Glukosemessung (CGM), für je rund die Hälfte der Zeit im Zielbereich von 70 mg/dl bis 180 mg/dl. Auch bei den täglichen Glukoseschwankungen, der Senkung des HbA_{1c}-Wertes infolge der Umstellung von einem Basalinsulin der ersten Generation und den Hypo- sowie Hyperglykämien habe sich kein Unterschied gezeigt, betonte Prof. Danne.

Beim Typ-2-Diabetes spielt Insulin laut Dr. TOBIAS WIESNER, niedergelassener Diabetologe aus Leipzig, ebenfalls weiterhin eine wichtige Rolle, wenn der HbA_{1c}-Zielwert nicht erreicht wird. Nach den Resultaten der Real-World-Studie DELIVER-G, die Dr. Wiesner präsentierte, nahm bei Patient*innen mit Typ-2-Diabetes, die einen GLP-

1-Rezeptoragonisten erhielten, der HbA_{1c}-Wert bei Intensivierung der Therapie mit Insulin glargin (Lantus®) 300 E/ml innerhalb von sechs Monaten signifikant ab, ohne dass eine signifikante Zunahme von Hypoglykämien zu beobachten war.

Den Ergebnissen einer weiteren Real-World-Studie zufolge konnte bei Menschen mit Typ-2-Diabetes, deren basal unterstützte orale Therapie intensiviert wurde, die Fixkombination Insulin glargin 100 E/ml plus Lixisenatid (Suliqua®) den HbA_{1c}-Wert ähnlich senken wie die Kombination aus einem schnell wirksamen und einem Basalinsulin. Gemäß Prof. Dr. MATTHIAS BLÜHER, Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Endokrinologie, Nephrologie, Rheumatologie des Universitätsklinikums Leipzig, hatte die Fixkombination zugleich den Vorteil einer geringeren Gewichtszunahme. *pe*

Sanofi General Medicines – Highlights 2022

»Interessant ist auch die Wirkung einer Fixkombination mit Lixisenatid«

Potenzial besser nutzen

Dexcom G7 ermöglicht intuitives Lernen

Pressemitteilung – Dexcom

MAINZ. Intuitives Lernen bietet ein großes Potenzial – das häufig nicht genutzt wird. Die Erfahrungen mit modernen rtCGM-Systemen machen dieses Potenzial deutlich, so das Unternehmen Dexcom, Anbieter des Dexcom G7.

Ging es beim Einsatz digitaler Technologie in der Diabetologie in der Vergangenheit um eine lückenlose Aufzeichnung der Glukosedaten, ist inzwischen von Expert*innen bestätigt, dass die Nutzungsmöglichkeiten damit bei Weitem nicht erschöpft sind. Als einen großen Gewinn wertet ein Experte auf dem Dexcom-Symposium die Möglichkeit, bei der/dem Patient*in mithilfe des Biofeedbacks wünschenswerte Lernprozesse anzustoßen – intuitive Lernprozesse, um genau zu sein.

Intuitives Lernen, wie es zum Beispiel durch den neuen G7-Sensor ermöglicht wird, stelle eine ideale Ergänzung zur klassischen Patientenschulung dar, erklärte Prof. Dr. NORBERT HERMANN, Leiter des Forschungsinstituts Diabetes, Bad Mergentheim und apl. Professor für Klinische Psychologie an der Universität Bamberg. Die grafische Darstellung der Glukosewerte wahlweise der letzten 3, 7, 14, 30 oder 90 Tage in der Dexcom G7-App oder auf dem Empfänger nutzt die Ampelfarben grün, gelb und rot,

deren Bedeutung sich ohne weitere Erklärungen erschließt. Auf dieser Basis, so Hermanns, könnten sich im normalen Lebensalltag intuitive Lernprozesse vollziehen.

Für zusätzliche Motivation ist unter der Ampeldarstellung die Veränderung in Prozent im Vergleich zum entsprechenden vorherigen Zeitraum angegeben. Das farbige Leitsystem sei „wirklich einfach und intuitiv verständlich“, bestätigte KERSTIN REMUS, die in Hannover als Diabetesberaterin DDG am größten Diabeteszentrum für Kinder und Jugendliche in Deutschland tätig ist.

Noch weiter denkt Prof. Dr. med. PETER SCHWARZ, Inhaber der ersten Professur für die Prävention des Diabetes mellitus am Universitätsklinikum Dresden. Schwarz hält moderne rtCGM-Systeme wie das Dexcom G7 für vielversprechende Hilfsmittel zur Prävention. Intelligente Warnungen, die über potenziell gefährliche Glukoseverläufe informieren, versetzen Nutzer*innen in die Lage, vorausschauend zu agieren und so Hyper- bzw. Hypoglykämien zu vermeiden. Die prädiktive Hypoglykämie-Vorwarnung („Bald niedriger Wert (dringend)“) von Dexcom rtCGM-Systemen etwa kann Nutzer*innen 20 Minuten, bevor der Glukosewert auf oder unter 55 mg/dL (3,1 mmol/L) fallen könnte, warnen und ihnen so Zeit zum Gegensteuern verschaffen. Durch Funktionen wie diese würden nicht nur die Risiken einer akuten Stoffwechsellage reduziert, es sei zudem davon auszugehen, dass sich die Optimierung der Stoffwechsellage langfristig in einem geringeren Ausmaß diabetischer Folgeschäden niederschläge, schlussfolgerte Schwarz in seinem Vortrag.

Dexcom-Symposium im Rahmen der Diabetes Herbsttagung 2022

»Intuitives Lernen kann die klassische Schulung ideal ergänzen«

2023 mehr als 45 neue Medikamente möglich

Pressemitteilung – Verband der forschenden Pharma-Unternehmen in Deutschland (vfa)

Im Jahr 2023 dürften mehr als 45 neue Medikamente gegen unterschiedlichste Krankheiten für Markteinführungen in EU-Ländern in Betracht kommen, meldet der vfa in einer Pressemitteilung. Die Zahl ergebe sich aus den beantragten oder kürzlich erteilten EU-Zulassungen für Arzneimittel. Mehr jedoch als in früheren Jahren sei offen, welche von ihnen auch in Deutschland dauerhaft für die Bevölkerung bereitstehen werden.

„Bislang konnten jedes Jahr fast alle neuen Medikamente zeitnah und auf Dauer in die deutsche Versorgung aufgenommen und damit Betroffenen zur Verfügung gestellt werden. Doch das im Januar in Kraft tretende GKV-Finanzstabilisierungsgesetz mit seinen weitgreifenden Rabattforderungen und Preisvorgaben erschwert das nun. Es ist offen, welche Medikamente tatsächlich eingeführt werden und auch nach den Preisverhandlungen als Therapieoptionen verfügbar bleiben“, sagte HAN STEUTEL, Präsident des vfa, im Dezember 2022.

Rund ein Drittel der Medikamente, für die 2023 eine Markteinführung in EU-Ländern möglich werden kann, könnte Menschen mit unterschiedlichen Krebsarten zugutekommen, ein Fünftel der Medikamente mit neuem Wirkstoff könnte, wenn sie neu eingeführt werden, Infektionskrankheiten bekämpfen. Beispielsweise, so heißt es in der Pressemitteilung des vfa, „könnte es erstmals möglich werden, allen kleinen Kindern wie auch älteren Menschen einen Schutz vor RSV-Infektionen zu bieten“. Weitere neue Medikamente könnten in der Behandlung von Krankheiten hilfreich sein, die auf erbten Gendefekten beruhen. Und auch weitere Medikamente für Patient*innen mit Typ-2-Diabetes kommen laut vfa für eine Markteinführung in Betracht.

NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

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

Wechsel im Redaktionsbeirat der diabetes zeitung

Zum Jahreswechsel sind einige Mitglieder ausgeschieden, einige sind neu hinzugekommen

BERLIN. Im Redaktionsbeirat der diabetes zeitung hat sich zum Jahreswechsel einiges getan: Vier Mitglieder haben ihr Amt nach intensiver, langer Mitarbeit zur Verfügung gestellt, drei neue sind hinzugekommen. Eine gute Gelegenheit, genauer hinzuschauen: Wer gehört dem Beirat an und wie arbeitet das Gremium?

Zum Jahresende 2022 sind vier langjährige und verdiente Mitglieder, die sehr viel zur stetigen Weiterentwicklung der diabetes zeitung (dz) beigetragen haben, aus dem Beirat ausgeschieden: Professor Dr. ANDREAS HAMANN, Professor Dr. LUTZ HEINEMANN, MANUEL ICKRATH und Professor Dr. HANS-GEORG JOOST. Sie wurden während des letzten Treffens des Beirats mit großem Dank verabschiedet. Neu mit dabei sind seit Anfang 2023 KATHRIN BOEHM, Professor Dr. THOMAS SKURK und Dr. TOBIAS WIESNER.

Impulse aus verschiedenen Forschungsgebieten

Die Mitglieder des Beirats treffen sich viermal im Jahr zur virtuellen Planungskonferenz, um über die anstehenden Ausgaben zu sprechen. Die vorgeschlagenen Themen werden durchaus kontrovers diskutiert, es

»Auch durch den Beirat bleibt die dz am Puls der Zeit« werden gemeinsam weitere interessante Aspekte gefunden und geeignete Darstellungsformen erörtert. Die Mitglieder des Redaktionsbeirats ergänzen sich dabei gut, bringen Argumente und Forschungsergebnisse ein aus Ernährungsmedizin, Kardiologie, Endokrinologie, Schulung u.v.m. So bekommen Redaktion und Layout, angesiedelt beim Medienunternehmen MedTriX in Wiesbaden, neue Impulse und die dz bleibt mit ihren Inhalten am Puls der Zeit. Die Vorschläge aus den Planungskonferenzen werden gemeinsam mit der Redaktion umgesetzt. Geht die

Die Mitglieder des Redaktionsbeirats der diabetes zeitung (in alphabetischer Reihenfolge)

- **Barbara Bitzer** Geschäftsführerin DDG und Sprecherin Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK)
- **Kathrin Boehm** stv. Vorsitzende VDBD, Berufsfachliche Leitung Weiterbildung Diabetesberater*in DDG an der Diabetes Akademie e.V. Bad Mergentheim
- **Prof. Dr. Andreas Fritsche** Vizepräsident DDG und Schatzmeister DDG, u.a. stellvertretender Leiter des Instituts für Diabetesforschung und Metabolische Erkrankungen des Helmholtz Zentrums München an der Universität Tübingen
- **Prof. Dr. Baptist Gallwitz** u.a. Vorstandsmitglied DDG und Mediensprecher DDG, stv. Ärztlicher Direktor Innere Medizin IV, Diabetologie, Endokrinologie, Nephrologie, Universitätsklinikum Tübingen
- **Dr. Astrid Glaser** Geschäftsführerin Deutsches Zentrum für Diabetesforschung (DZD)
- **Dr. Matthias Kaltheuner** Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der niedergelassenen Diabetologen (winDiab)
- **Prof. Dr. Monika Kellerer** Past Präsidentin DDG, Ärztliche Direktorin an der Klinik für Innere Medizin I am Marienhospital, Stuttgart
- **Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland** u.a. Vorsitzender der Kommission Digitalisierung der DDG, Leiter des Koordinierungszentrums für Kardiologische Studien, Universitätsklinikum Aachen
- **Prof. Dr. Michael Nauck** Leiter der klinischen Forschung Diabetes im St. Josef-Hospital (Klinikum der Ruhr-Universität Bochum)
- **Prof. Dr. Andreas Neu** Präsident DDG, Kommissarischer Ärztlicher Direktor der Abteilung Neuropädiatrie, Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie an der Kinderklinik Tübingen, Leiter der Behandlungseinrichtung für Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus
- **Prof. Dr. Annette Schürmann** Sprecherin der AG Nachwuchs, Leiterin der Abteilung Experimentelle Diabetologie am Deutschen Institut für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke
- **Prof. Dr. Erhard Siegel** u.a. Vorsitzender der Kommission Kodierung & DRG in der Diabetologie, Ärztlicher Direktor und Chefarzt Gastroenterologie, Diabetologie, Endokrinologie & Ernährungsmedizin, St. Josefskrankenhaus Heidelberg
- **Prof. Dr. Thomas Skurk** Vorsitzender des Ausschusses Ernährung, Leitung der Core Facility Humanstudien am ZIEL – Institute for Food & Health, Wissenschaftliche Zentralinstitute, Technische Universität München
- **Dr. Tobias Wiesner** Vorstandsmitglied DDG, Landesgruppensprecher Sachsen des BVND, MVZ Stoffwechselerkrankungen Leipzig

Die aktuelle Besetzung des Redaktionsbeirates finden Sie in jeder Ausgabe der diabetes zeitung im Impressum auf Seite 2.

Arbeit an einer Ausgabe dem Ende zu, bekommen die Beiratsmitglieder den Gesamtumbruch zur Durchsicht und Korrektur zugeschickt: Ist fachlich alles richtig? Wurden die Anliegen der DDG adäquat dargestellt?

Bevor die Ausgabe in Druck geht, arbeitet die Redaktion die Korrekturen ein.

Persönlich treffen sich viele Beiratsmitglieder über das Jahr natürlich immer wieder, sind sie doch bestens

vernetzt in der diabetologischen Szene – in Deutschland, aber auch international. Ein persönliches Treffen nach Möglichkeit aller Mitglieder gibt es traditionell während des Diabetes Kongresses. *nf*

MEDICAL REPORT

Mit Closed-Loop-System nach Jahren endlich gut eingestellt

Innovativer Algorithmus hält Glukosewerte automatisch im grünen Bereich

Manche Menschen mit Typ-1-Diabetes erreichen trotz intensiver Insulintherapie (ICT) und intermittierend scannender kontinuierlicher Glukosemessung (isCGM) für längere Zeit keine optimale Zuckereinstellung. Einen Ausweg aus dieser Situation bietet die Umstellung auf ein modernes Advanced-Hybrid-Closed-Loop (AHCL)-System, wie die ADAPT-Studie¹ kürzlich gezeigt hat.

Die ADAPT-Studie ist die erste randomisierte kontrollierte Studie, die das AHCL-System mit der Standardversorgung (ICT/isCGM) verglichen hat, wie Dr. med. Ralf Kolassa, Diabetologe aus Bergheim, auf einem Symposium während der DDG-Herbsttagung in Wiesbaden betonte. Erwachsene Patienten mit Typ-1-Diabetes seit mindestens 2 Jahren, die seit mindestens drei Monaten eine ICT mit isCGM durchführten, nahmen an der Studie teil.

Trotz guter Kooperation schlecht eingestellt

Weitere Einschlusskriterien waren, dass die Patienten mindestens fünf Scans pro Tag vorweisen konnten (im Mittel waren es etwa 9) und mindestens 70 % der Sensormessungen verfügbar waren. Diese Bedingungen

implizieren, dass es sich um ein Kollektiv handelte, das bestens kooperierte, betonte Kolassa. Trotzdem lag der HbA1c-Wert dieser Patienten bei 8 % oder darüber.

Die Teilnehmer wurden nun nach einer 14-tägigen Vorlaufphase mit ICT und isCGM randomisiert in zwei Gruppen zu je 41 Patienten: Die erste Gruppe wurde umgestellt auf eine in Erprobung befindliche Vorversion des MiniMed™ 780G Systems. Dieses System verfügt über einen AHCL-Algorithmus, der die basale Insulinabgabe und Korrekturboli je nach Sensorglukosewerten bis zu alle fünf Minuten automatisch anpasst, wenn dies erforderlich ist. Es schützt damit sowohl vor zu tiefen als auch vor zu hohen Glukosekonzentrationen. Ausgelegt ist das System für ein Glukoseziel von 100 mg/dl. Eine individuelle Anpassung ist möglich. Die zweite Gruppe in der ADAPT-Studie führte die ICT/isCGM fort. Nach sechs Monaten wurde Bilanz gezogen.

Signifikant besserer HbA1c-Wert

Der mittlere HbA1c-Wert nahm in der AHCL-Gruppe von 9,0 % auf 7,3 % ab. In der ICT/isCGM-Gruppe blieb er mit initial 9,1 % nach sechs Monaten 8,9 % praktisch unverändert. Der modellbasierte Behandlungseffekt

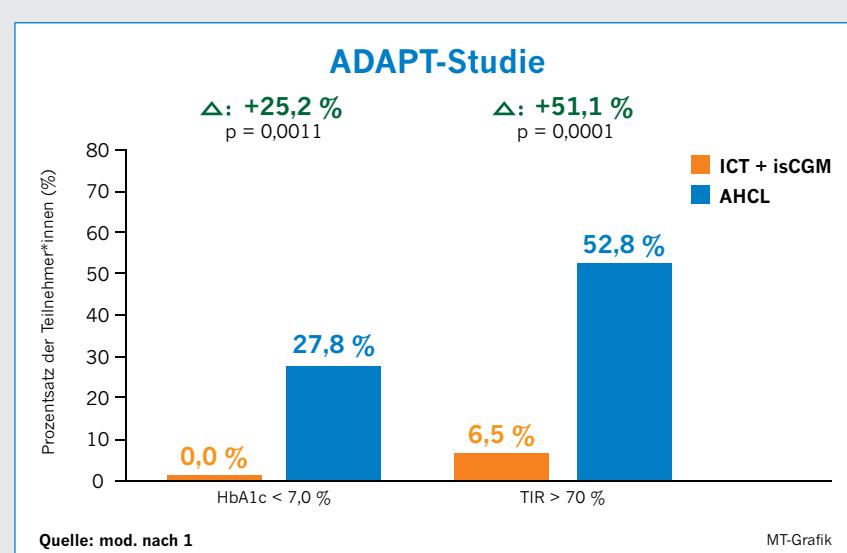


Abb. Prozentsatz von Patienten, die in der ADAPT-Studie glykämische Behandlungsziele erreichten (HbA1c < 7 %, TIR > 70 %).

zugunsten der AHCL-Gruppe betrug 1,4 % Punkte und war statistisch signifikant ($p < 0,0001$). Das Behandlungsziel eines HbA1c-Werts < 7,0 % erreichten 27,8 % der Patienten der AHCL-Gruppe, aber kein einziger der ICT/isCGM-Gruppe (Abb.).

Mehr Zeit im Zielbereich

Die Teilnehmer der AHCL-Gruppe bewegten sich über 70,6 %, die der Kontrollgruppe über 43,6 % der Zeit im Glukosezielbereich. Dies

entsprach einem modellbasierten Behandlungseffekt von +27,6 % ($p < 0,0001$) und einer Zunahme der Zeit im Zielbereich (time in range, TIR) von 6,6 Stunden. Eine TIR > 70 % erreichten 52,8 % versus 6,5 % der Patienten (Abb.). Diese Verbesserungen waren nachts, das heißt unter voller Kontrolle des Algorithmus, noch größer als tagsüber. Dies spiegelt die gute Funktion des Algorithmus wider, erklärte Kolassa.

Vorteile des MiniMed™ 780G Systems

- ▶ Zielwert 100 mg/dl einstellbar, aber auch flexibel auf 110 mg/ml oder 120 mg/ml anpassbar
- ▶ Sensor erfordert nahezu keine Kalibrationsmessungen
- ▶ Erhöhte Glukosewerte werden automatisch durch entsprechende Insulinabgabe alle fünf Minuten korrigiert
- ▶ Signifikant bessere Glukoseeinstellung als mit ICT/isCGM zu erreichen

Die Verbesserung der Glykämie durch das MiniMed™ 780G System führte nicht zu einem Anstieg von Hypoglykämien. Die Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung nahm zu, die Angst vor Hypoglykämien verringerte sich.

DDG-Herbsttagung, Symposium „Smarte und nachweislich erfolgreiche Lösungen – MiniMed™ 780G System & Smart ICT-System“, Veranstalter Medtronic, Wiesbaden, 26. November 2022

1. Choudhary P et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2022; doi: 10.1016/S2213-8587(22)00212-1

Vierversprechend, aber risikobehaftet?

Dulaglutid bringt auch bei Heranwachsenden den Glukosestoffwechsel ins Lot

PITTSBURG. Kinder und Jugendliche mit Typ-2-Diabetes profitieren hinsichtlich der glykämischen Kontrolle von wöchentlichen Injektionen des GLP1-Rezeptoragonisten (GLP1-RA) Dulaglutid. Zu diesem Ergebnis kommt eine placebokontrollierte Doppelblindstudie. Bedenken bezüglich einer möglicherweise vermehrten Sekretion von Wachstumshormonen werden von den Autor*innen zerstreut.

Bei Heranwachsenden zeichnet sich ein Typ-2-Diabetes durch eine deutliche Insulinresistenz und Betazellfunktion sowie ein häufiges Nichtansprechen auf Metformin aus, berichtet Professor Dr. SILVA ARSLANIAN von der Universität Pittsburgh. Ein großes Problem bei den jungen Patient*innen sind die eingeschränkten Therapieoptionen. Kürzlich erhielten zwar zwei GLP1-RA, Liraglutid und Exenatid, die Zulassung zur Therapie des Typ-2-Diabetes im Jugendalter. Liraglutid muss allerdings täglich gespritzt werden, und bei Exenatid muss die wöchentlich verabreichte Injektionslösung von den Betroffenen selbst hergestellt werden. Benutzerfreundlichere Medikamente sind daher dringend erforderlich, meint die Expertin.

»Bei Kindern und Jugendlichen gibt es nicht viele Optionen«

Hoffnung verspricht der GLP1-RA Dulaglutid, der seit 2014 zur Therapie des Typ-2-Diabetes bei Erwachsenen zugelassen ist: Der Wirkstoff wird nur einmal pro Woche subku-

tan injiziert und steht in verschiedenen Dosen zur Verfügung. Seine Wirksamkeit und Sicherheit im Kindes- und Jugendalter untersuchte Prof. Arslanian nun gemeinsam mit weiteren internationalen Forscher*innen im Rahmen der AWARD-PEDS-Studie¹, an der sich 46 Zentren in neun Ländern beteiligten. An der Phase-3-Untersuchung nahmen 154 Heranwachsende mit Typ-2-Diabetes im Alter zwischen zehn und 18 Jahren teil. Alle hatten einen BMI jenseits der alters- und geschlechtsspezifischen 85. Perzentile

und wurden mittels Lebensstilmodifikation allein oder in Kombination mit Metformin – mit oder ohne zusätzliches Basalinsulin – behandelt. Je ein Drittel der Adoleszenten wendete über 26 Wochen einmal wöchentlich 0,75 mg Dulaglutid, 1,5 mg Dulaglutid bzw. Placeboinjektionen an. In einer anschließenden entblindeten zweiten Studienphase, die ebenfalls 26 Wochen dauerte, setzten die Heranwachsenden der Dulaglutid-Arme ihre jeweilige Therapie fort, die Jugendlichen der Placebogruppe erhielten dagegen 0,75 mg Dulaglutid.

Vorteile für HbA_{1c} und Nüchternblutzucker

Nach 26 Wochen hatte der HbA_{1c}-Wert in der Placebogruppe durchschnittlich um 0,6 Prozentpunkte

»Hoffnung auf eine baldige Zulassung von Dulaglutid«

zugenommen, unter niedrig bzw. hoch dosiertem Dulaglutid dagegen um 0,6 bzw. 0,9 Prozentpunkte abgenommen (jeweils $p < 0,001$). Das Therapieziel eines HbA_{1c}-Werts unter 7,0 % erreichten 51 % der mit Dulaglutid behandelten Teilnehmer*innen, aber nur 14 % der Kinder und Jugendlichen in der Kontrollgruppe ($p < 0,001$). Auch im Hinblick auf den Nüchternblutzucker erwies sich der GLP1-RA als vorteilhaft: Während der Nüchternblutzucker im Placeboarm im Schnitt um 17,1 mg/dl zunahm, sank er in den Dulaglutid-Armen um 18,9 mg/dl ($p < 0,001$). Bezüglich der Veränderung des BMI unterschieden sich die drei Studiengruppen dagegen nicht. Unter Dulaglutid traten häufiger gastrointestinale Nebenwirkungen auf als unter Placebo, das Nebenwirkungsprofil des GLP1-RA war aber insgesamt ähnlich wie im Erwachsenenalter. Angesichts dieser Ergebnisse halten die Forschenden Dulaglutid für eine vielversprechende Therapieoption und hoffen auf eine baldige Zulassung für das pädiatrische Patientenkollektiv.

Dr. Judith Lorenz

1. Arslanian SA et al. N Engl J Med 2022; 387(5): 433-443; doi: 10.1056/NEJMoa2204601
2. Senoo Y et al. a.a.O.: 387(16): 1529-1530; doi: 10.1056/NEJMc2211623
3. Arslanian SA et al. a.a.O.: 387(16): 1530-1531; doi: 10.1056/NEJMc2211623

An der Studie nahmen 154 Kinder und Jugendliche mit einem BMI jenseits der 85. Perzentile teil.

Fotos: fotografxx/gettyimages, iStock/gruffis



Fördern GLP1-RA die Sekretion von Wachstumshormonen?

Untersuchungen deuten darauf hin, dass GLP1-RA möglicherweise die Sekretion von Wachstumshormonen fördern oder sogar Krebserkrankungen begünstigen, warnen YUKI SENOO und Dr. MASAHIRO KAMI vom Medical Governance Research Institute in Tokio.² Angesichts des sehr jungen Studienkollektivs – 40 % der Teilnehmenden waren jünger als 14 Jahre – sorgen sie sich um die Auswirkungen von Dulaglutid auf das Wachstum der Kinder und baten daher die Studienautor*innen um eine Stellungnahme. Diese konnten die Befürchtungen der Kommentatoren zerstreuen: Sie berichten³, dass sich die Dulaglutid- und die Placebogruppe weder insgesamt noch in der jüngeren Altersgruppe bezüglich des Längenwachstums unterschieden.

Kick it like Anderbrügge: Fußballspaß mit Lerneffekt

Camps der Fußballfabrik für Kinder mit Diabetes sorgen für große Freude und neues Wissen

WIESBADEN. Der ehemalige Fußballprofi Ingo Anderbrügge betreibt seit seinem Karriereende eine Fußballschule für junge Kicker*innen und bietet seit einigen Jahren auch spezielle Camps für Kinder mit Diabetes an.

Mit bereits 24 durchgeführten Diabetes-Fußballtagen hat die Fußballfabrik von Ex-Bundesliga- und UEFA-Cup-Sieger INGO ANDERBRÜGGE deutschlandweit bereits mehr als 200 Kinder mit Typ-1-Diabetes im Alter von 5 bis 15 Jahren mit einem bunten Mix aus Fußball, Bewegung, Spaß und Lernen begeistert. »Neben Übungen zum sauberen Passspiel und zielstrebigem Torabschluss stehen vor allem der Umgang mit der Krankheit und die Vermittlung von Werten im Sport auf dem Plan«, fasst Initiator Ingo Anderbrügge den Grundgedanken der Camps zusammen.

Während der Trainingseinheiten überprüfen die Teilnehmenden alle 20 bis 30 Minuten ihre Glukosewerte. Zudem werden die Kinder während der gesamten Veranstaltung medizinisch von lokalen Ärzteteams und Diabetologen betreut. Die Eltern nutzten die Gelegenheit außerdem oft für einen ausgiebigen Erfahrungsaustausch untereinander und konnten so einiges an Wissen für ihre Familien mit nach Hause nehmen. Unterstützt und gefördert wird das Projekt durch diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe.

Spielspaß und neues Wissen beim letzten Event

All dies erwartete die Teilnehmenden auch beim »DOPPELPAK« Typ-1-Diabetes-Fußballwochenende in einem 4-Sterne-Sport- und Tagungshotel in Goch im Dezember letzten Jahres. In Begleitung eines gesunden

Freundes oder eines Geschwisterkindes waren neben den Trainingseinheiten auf den hauseigenen Indoor-Plätzen auch Workshops und ein attraktives Abendprogramm im Angebot. In verschiedenen Seminaren und Vorträgen erhielten die Kinder Informationen etwa zu Hypoglykämien, zur Ernährung sowie zur Glukosemessung. Durch die Begleitung von Dr. NIKOLAUS SCHEPER, Vorsitzender des BVND, wurde eine professionelle medizinische Rundumdie-Uhr-Betreuung gewährleistet. »Wichtig war uns, Diabetes mit dem Sport zu vereinen und den Kindern sowie den Eltern das Verhalten

»Ausgiebiger Erfahrungsaustausch«



mit der Erkrankung näherzubringen. Entstanden ist die Idee nach meinem ersten Spiel mit der FC Diabetologie-Mannschaft. In meinem Umfeld wurde ich bis zu dem Zeitpunkt nicht mit der Erkrankung konfrontiert. Als ich einen tieferen Einblick bekommen habe, entstand die Idee unserer Diabetes-Fußballtage«, erklärt der ehemalige Profi von Borussia Dortmund und Schalke 04.

Und das nächste Event steht auch bereits vor der Tür: Unter dem Motto »Fit & Fun mit Diabetes« findet am 1. April 2023 in Hamburg das nächste Diabetes-Camp der Fußballfabrik statt.

Alle wichtigen Informationen sowie die Anmelde-möglichkeit finden Sie unter www.fussballfabrik.com/camps#camp=9

Schritt für Schritt das Risiko senken

Je mehr Sport, desto unwahrscheinlicher werden Komplikationen



DÜSSELDORF. Körperliche Aktivität reduziert das Risiko für diabetesassoziierte makro- und mikrovaskuläre Komplikationen. Dabei gilt: Viel hilft viel! Besonders wirksam ist ein intensives Training – aber auch mit weniger Aktivität lassen sich bereits positive Effekte erzielen.

Menschen mit Diabetes haben bekanntlich ein hohes Risiko für makrovaskuläre Komplikationen wie koronare Herzkrankheit (KHK), zerebrovaskuläre Ereignisse oder Herzinsuffizienz, aber auch für mikrovaskuläre Komplikationen wie Retinopathie, Nephropathie oder Neuropathie. Dass körperliche Aktivität einem Typ-2-Diabetes vorbeugen kann, ist längst hinreichend wissenschaftlich belegt. Inwiefern Sport Menschen mit bereits manifestem Diabetes vor diabetesassoziierten Folgeerkrankungen schützt, ist allerdings deutlich weniger gründlich erforscht. Gleiches gilt für die Frage nach der optimalen Trainingsintensität. Um diese Wissenslücke zu schließen, unterzog ein Forscherteam um

MARLENE RIETZ vom Deutschen Diabetes-Zentrum (DDZ) in Düsseldorf, einem Partner im DZD, 31 thematisch relevante prospektive Studien einer Metaanalyse.

MET-Stunden als Maß für die sportliche Aktivität

Alle Untersuchungen hatten den Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und der Inzidenz verschiedener Diabeteskomplikationen geprüft. Als Maß für die sportliche Aktivität der Studienteilnehmenden wählten die Forschenden das metabolische Äquivalent (s. Kasten). Hierzu rechneten sie die Art, Dauer und Intensität der Belastungen in MET-Stunden pro Woche um.

Die in den USA, Europa, Asien und Australien durchgeführten Studien hatten Erwachsene mit einem Typ-1- und/oder Typ-2-Diabetes eingeschlossen und waren zwischen 1995 und 2021 publiziert worden. Sechs Untersuchungen wiesen ein mäßiges und 25 ein hohes Verzerrungsrisiko auf. Dieses bestand hauptsächlich darin, dass in den Primärstudien nicht alle potenziellen Störvariab-

len berücksichtigt worden waren und dass die körperliche Aktivität mit nicht-validierten Instrumenten erfasst worden waren.

Die Metaanalyse der Studiendaten ergab: Sportlich sehr aktive Menschen mit Diabetes hatten im Vergleich zu wenig aktiven ein um 16 % geringeres Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen, wobei das Risiko pro 10 MET-Stunden pro Woche intensiverer Belastung um 3 % abnahm. Sie entwickelten ferner 16 % seltener eine koronare Herzkrankheit, 26 % seltener zerebrovaskuläre Ereignisse, 24 % seltener eine Herzinsuffizienz und 18 % seltener kardiovaskuläre Major-Ereignisse.

Intensive sportliche Belastungen wirken protektiv

Auch im Hinblick auf die kardiovaskuläre Mortalität erwiesen sich intensive sportliche Belastungen als protektiv: Die besonders Aktiven hatten im Vergleich zu den wenig Aktiven ein um 38 % geringeres Sterberisiko, wobei dieses

pro 10 MET-Stunden pro Woche um 18 % abnahm. Die stärkste Mortalitätsreduktion ergab sich bei 40 MET-Stunden pro Woche.

Weiterhin senkte hohe körperliche Aktivität aber auch das Risiko für mikrovaskuläre Diabetesfolgen: Das Risiko hierfür war um 24 % geringer (Risikoabnahme pro 10 MET-Stunden pro Woche um 7 %). Die intensiv Sporttreibenden erkrankten zudem um 32 % seltener an einer Retinopathie (Risikoabnahme pro 10 MET-Stunden pro Woche um 5 %). Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt für Erwachsene mit chronischen Erkrankungen mindestens 150 bis 300 Minuten mäßig intensive

Zwischen 20 bis 40 MET-Stunden pro Woche schützen am besten.

aerobe bzw. 75–150 Minuten intensive körperliche Aktivität pro Woche. Dies entspricht etwa 8,25 bis 16,5 MET-Stunden pro Woche. Die aktuelle Untersuchung zeigt, dass beim Diabetes Belastungen zwischen 20 und 40 MET-Stunden pro Woche offenbar am besten vor makro- und mikrovaskulären Spätfolgen schützen. Aber auch geringere Aktivitäten senken das Komplikationsrisiko. Ihr Fazit: Beim Diabetes zahlt sich jeder Schritt in Richtung eines aktiveren Lebensstils aus. Weitere Studien müssen nun diese Beobachtungen bestätigen.

Dr. Judith Lorenz

Rietz M et al. Diabetes Care 2022; 45(12): 3101-3111; doi: 10.2337/dc22-0886

»Bisher ungeklärt: Wie intensiv soll das Training sein?«

EDENKOBEN. Vom 28. April bis 1. Mai 2023 veranstaltet die AG Diabetes, Sport und Bewegung der DDG ein Wander- und Erlebniswochenende. Die Anmeldung ist bis 1. März möglich.

Mehr Bewegung ist einer der Basis-Bausteine der Therapie des Typ-2-Diabetes. Die gängige Empfehlung lautet: „Probieren Sie es mal mit Nordic Walking, Radfahren oder Schwimmen.“

Wer sich für diese Sportarten nicht so recht erwärmen kann, kann es mit Gesundheitswandern versuchen. Darunter versteht man geführte kur-

ze Wanderstrecken in Verbindung mit Übungen zur Verbesserung von Kraft, Beweglichkeit und Koordination.

Die positive Wirkung ist wissenschaftlich belegt

Wie eine Studie von Sportwissenschaftler*innen um Professor Dr. BJÖRN EICHMANN von der SRH Hochschule für Gesundheit in Karlsruhe und Stuttgart aus 2019 zeigen konnte, sinken bei regelmäßigem Gesundheitswandern Body Mass Index, Bauchumfang, viszerales Fett und Gesamtkörperfettanteil, wäh-

rend Muskelmasse aufgebaut wird. Bei leichter Hypertonie kann sich durch Gesundheitswandern der Blutdruck auch ohne medikamentöse Therapie normalisieren. Nicht zuletzt tut Gesundheitswandern der Psyche gut: Wer sich in Gesellschaft Gleichgesinnter in der Natur bewegt, fühlt sich ruhiger und ausgeglichener

»Wandern tut auch der Psyche gut«

– außerdem scheint Gesundheitswandern nachhaltig Lust auf mehr Bewegung im Alltag zu wecken.

Grund genug für die Arbeitsgemeinschaft Diabetes, Sport & Bewegung, der DDG unter dem Motto „Wandere dich gesund!“ interessierte Menschen mit Typ-2-Diabetes zu einem Wander- und Erlebniswochenende einzuladen. Neben Tageswanderungen von 15 bis 25 km durch den Pfälzer Wald, die von einem Diabetesteam begleitet werden, gibt es auch Schulungen zum Thema Diabetes und Bewegung. Bei der konkreten individuellen Therapie-

anpassung hilft die kontinuierliche Gewebeglukosemessung.

Voraussetzungen für die Teilnahme sind – neben einem Typ-2-Diabetes – Lust am Wandern mit guter Grundkondition und ein ärztliches Attest. Einschließlich des Betreuungsteams können bis zu 30 Personen mitmachen. Die Kosten belaufen sich auf 250 Euro (im Doppel- bzw. 290 Euro im Einzelzimmer) inkl. Frühstück; An-/Abreise auf eigene Kosten. *thie*

Anmeldeformular unter: www.diabetes-bewegung.de



Fotos: shironosov - stock.adobe.com, bounward - stock.adobe.com

Wege entstehen dadurch, dass man sie geht...

Gesundheitswandern: Therapeutisch begleitete Tagestouren im Pfälzer Wald für Menschen mit Typ-2-Diabetes



Das Metabolische Äquivalent (MET)

Das metabolische Äquivalent gibt die Leistung (= den Kalorienverbrauch) von Aktivitäten als ein Vielfaches des Ruheumsatzes an (Sauerstoffaufnahme in Ruhe vs. Sauerstoffaufnahme bei Belastung). Es zeigt damit an, wie intensiv die körperliche Belastung ist. 1 MET entspricht dem Sauerstoffverbrauch in vollkommener Ruhe. Leichte Hausarbeit ergibt etwa 2,5 MET, Spazierengehen etwa 3 MET, gemächliches Radfahren rund 4 MET, Joggen oder Fußball zirka 7 MET.



»Ein einzigartiges Konzept in unserer Region«

Zweite Rezertifizierung von drei Düsseldorfer Kliniken durch die DDG

DÜSSELDORF. Das Westdeutsche Diabetes- und Gesundheitszentrum bietet Diabetes-Management aus einer Hand. Gleich drei Kliniken des dem Zentrum übergeordneten Klinikverbands VKKD bekamen im vergangenen Jahr zum dritten Mal das Siegel der DDG. Was ist das Erfolgsrezept?

Den deutschen Kliniken geht es nicht gerade rosig: Viele Krankheitsausfälle und der generelle Fachkräftemangel halten den Arbeitsstress in allen Einrichtungen hoch – auch nach der Coronapandemie. In diesen Zeiten die Qualität der Versorgung nach den strengen Kriterien der DDG zu sichern, ist beachtlich. Das Siegel „Klinik für Diabetespatienten geeignet (DDG)“ haben sich 2022 zum dritten Mal in Folge drei Krankenhäuser des katholischen Klinikverbands VKKD verdient: das Augusta Krankenhaus, das St. Vinzenz Krankenhaus und das Marienhospital.

Sie alle werden zentral durch das Westdeutsche Diabetes- und Gesundheitszentrum (WDGZ) in Düsseldorf Wersten betreut, das ebenfalls zum VKKD gehört. Es wurde 2007 gegründet, um Patient*innen mit Diabetes aus den Kliniken des Verbunds bestmöglich zu versorgen. Das heißt u.a., mehrmals täglich die Blutzucker- und Nierenwerte zu

checken, den Medikationsplan anzupassen und Empfehlungen für die Weiterbehandlung in Haus- und Facharztpraxen abzugeben.

Digitale Technik für Schnelligkeit und Effizienz

Möglich macht dieses komplexe Screening von immerhin 200 Patient*innen pro Tag TEDIA, ein hochmodernes telemedizinisches Verfahren. Es wurde vom WDGZ selbst entwickelt und ermöglicht allen Behandler*innen innerhalb der Kliniken fachübergreifend einen schnellen Überblick über die aktuelle Situation der Patient*innen und die Therapieempfehlungen der

Diabetolog*innen. „Dadurch gibt es nachweislich weniger Komplikationen durch entgleiste Blutzuckerläufe und kürzere Liegezeiten“, berichtet Dr. BABETTE GÄRTNER, Oberärztin Diabetologie am WDGZ. „Menschen, die wegen anderer Erkrankungen in unsere Kliniken kommen, können wir damit bestmögliche Sicherheit bieten.“

Doch was heißt das genau? Eine Studie am Lehrstuhl für Medizinökonomie der Universität zu Köln von Professor Dr. STEPHANIE STOCK hat gezeigt, dass so betreute Patient*innen eine bessere Stoffwechselsituation haben. Und zwar sowohl prästationär vor elektiven Eingriffen als auch während ihres stationären Aufenthalts. Komplikationen konnten reduziert und der Klinikaufenthalt um einen Tag verkürzt werden.

Ein weiteres Bonbon im TEDIA ist ein intern erstelltes Ausbildungsmodul, das Ärzt*innen und Pflegepersonal mit den wichtigsten Fakten rund um den Diabetes vertraut macht und als niedrigschwellige Auffrischung dient.

Stabiler Personalsockel sorgt für Qualität

Doch trotz bester Technik – ohne ein gut aufgestelltes und qualifiziertes Team dahinter wäre dieses Niveau nicht zu halten. Insgesamt 19 Mitarbeiter*innen überwachen und dokumentieren in den fünf Kliniken des Verbunds Katholischer Kliniken Düsseldorf (VKKD) die Daten im TEDIA, passen Medikationspläne und Insulindosen an und checken Kontraindikationen, insbesondere bei multimorbiden Patient*innen. Die Diabetesmanager*innen der jeweiligen Kliniken kümmern sich um die Kranken vor Ort,

»Es war nicht leicht, die Anforderungen zu erfüllen«

Diätassistent*innen klären über gesunde Ernährung und angepasstes Essverhalten auf. „Auffällige Patient*innen werden dann in eine Arbeitsliste übertragen und von den Diabetesmanager*innen besucht und anamnestiziert“, erklärt Dr. Gärtner. „Sie prüfen den Allgemeinzustand (BMI, Adipositas, Mangelernährung), das CV-Risiko bzw. CV-Erkrankungen und Infekte. Auch eine körperliche Untersuchung mit Fußinspektion, Stimmgabeltest etc. ist Teil der Diabetesversorgung.“

Dadurch wird auch das Pflegepersonal entlastet und eine bedarfsorientierte, leitliniengerechte Versorgung stationär, aber auch später im häuslichen Bereich, möglich. Die Fachärztin für Innere Medizin betont: „Dieses Entlassungsmanagement ist wichtig, da im stationären Setting mit Akutereignissen ein anderer Therapiebedarf als im ambulanten Bereich besteht, sodass auf den Behandlungsplänen frühzeitig schon auch Therapieempfehlungen für den Hausarzt oder die Hausärztin notiert werden.“

Auch wenn es im Rückblick nicht leicht war, das fürs Siegel geforderte umfangreiche Trainingscurriculum zu absolvieren und entsprechenden Personal vorzuhalten, so ist es am Ende doch wieder geglückt. Dr. Gärtner: „Es ist einfach ein einzigartiges Konzept in unserer Region.“

Bianca Lorenz

»Das telemedizinische Verfahren TEDIA ermöglicht allen einen schnellen Überblick«



Aus Überzeugung und mit viel Herz dabei: das Kernteam des WDGZ in Düsseldorf Wersten.

Foto: WDGZ

Augengesundheit als Spiegel für den Zustand der Gefäße

Weniger Netzhautbefunde im Kindes- und Jugendalter – aber noch immer zu wenig consequentes Screening

BERLIN. Lange Zeit war die diabetische Retinopathie eine der Hauptkomplikationen bei Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes. Doch mittlerweile gibt es hier einen Trend zu weniger Augenerkrankungen, wie eine internationale Kohortenstudie¹ zeigt.

Anhand der Daten von mehr als 156.000 jungen Menschen mit Diabetes ließ sich darin zeigen, dass die Erkrankungszahlen bei dieser Komplikation international rückläufig sind. Diese positive Entwicklung ist nach Einschätzung von Professor Dr. REINHARD HOLL vom epidemiologischen Institut der Universität

Ulm auf die verbesserte glykämische Kontrolle in den letzten Jahren zurückzuführen. Er hatte mit dem deutschen DPV-Register (Diabetes-Patienten-Verlaufsdokumentation) an der Studie mitgewirkt und betont: „Das trug offenbar erheblich dazu bei, mikro- und makrovaskuläre Komplikationen, die zur Retinopathie, aber auch zur Nephropathie und Neuropathie führen, hinauszuzögern oder gar zu verhindern.“ Prof. Dr. Holl nimmt die aktuelle Publikation aber auch zum Anlass, auf Lücken in der Diabetesversorgung hinzuweisen. Denn die Studie zeige auch, dass in einigen Ländern –

darunter Deutschland – weiterhin zu wenige Maßnahmen zur Prävention von Hypertonie ergriffen werden.

Späte Behandlung, Zugang zum Screening nicht für alle

Trotz der klaren Assoziation zwischen Bluthochdruck und Gefäßschäden sei die frühzeitige antihypertensive Behandlung noch zu selten Teil der Diabetestherapie. Nur etwa jeder dritte Erwachsene mit Diabetes erhalte im Falle einer dauerhaften Hypertonie ausreichende medikamentöse Behandlung, kritisiert der Experte mit Blick auf eine Untersuchung von 2020.²

Außerdem haben zum leitliniengerechten Augen-Screening bei Diagnose nur ein Drittel und nach zwei Jahren Diabetesdauer lediglich die Hälfte der Patient*innen Zugang.³ „Das ist definitiv ein Versäumnis, wenn man bedenkt, dass im Frühstadium eines Diabetes die Netzhaut das einzige Gefäßgebiet ist, das hyperglykämische Schäden anzeigt – im Gegensatz

beispielsweise zur Niere, die vor allem bei Insulinresistenz reagiert“, mahnt Professor Dr. HANS-PETER HAMMES, ehemaliger Ko-Vorsitzender der AG Diabetes & Auge. Würde konsequenter augenärztlich untersucht und würden Risikofaktoren effektiver behandelt, ließen sich noch weit mehr Fälle von diabetischer Retinopathie verhindern.

DDG/dz

»Weit mehr Fälle identifizieren«

1. Bratina et al. *Pediatric Diabetes* 2022; 23(8): 1656–1664; doi.org/10.1111/pedi.13416

2. Shah et al. *Diabetes Obes Metab* 2020; 22(9): 1577–1585; doi: 10.1111/dom.14069

3. Hammes et al. *Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes* 2022

Neu- oder re-zertifizierte Kliniken und Arztpraxen

(im Zeitraum 17.11.2022 bis 23.01.2023)

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 0		
Universitätsklinikum Halle (Saale), Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin	06120 Halle (Saale)	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Kreiskrankenhaus Freiberg gGmbH, Medizinische Klinik I	09599 Freiberg	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
PLZ 1		
Diabetologie am Ostkreuz Praxis für Innere Medizin und Diabetologie	10245 Berlin	Zertifiziertes Diabetologikum DDG
Sana Gesundheitszentren Berlin-Brandenburg GmbH, Poliklinik „Am Tierpark“ und Diabetes-Ambulanz	10315 Berlin	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge, Klinik für Innere Medizin I – Angiologie, Kardiologie und Diabetologie	10365 Berlin	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Praxis Dr. med. Iris Dötsch	10711 Berlin	Zertifiziertes Diabetologikum DDG
DIR – Schwerpunktpraxis Diabetes & Rheuma Wilmersdorf	10713 Berlin	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diabetologie Steglitz	12163 Berlin	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diabetes-Team-Berlin Weißensee	13086 Berlin	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Diabetes-Team Berlin Weißensee	13086 Berlin	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Praxis Dr. Claudia von Bielinski	13189 Berlin	Zertifiziertes Diabetologikum DDG
Helios-Klinikum Emil von Behring, Interdisziplinäres Gefäßzentrum und Klinik für Innere Medizin II	14165 Berlin	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Krankenhaus Märkisch Oderland GmbH, Standort Strausberg	15344 Strausberg	Klinik für Diabetespatienten geeignet DDG
Immanuel Klinik Rüdersdorf	15562 Rüdersdorf	Klinik für Diabetespatienten geeignet DDG
Krankenhaus Märkisch Oderland GmbH, Standort Wriezen	16269 Wriezen	Klinik für Diabetespatienten geeignet DDG
DRV Berlin-Brandenburg, Rehaklinik Hohenelse, Abteilung Innere Medizin/Diabetologie	16831 Rheinsberg-Mark	Zertifiziertes Diabetologikum DDG
PLZ 2		
Arztzentrum Laboe, Diabetesschwerpunktpraxis	24235 Laboe	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
PLZ 3		
Diabetes-Zentrum Hannover-Nord	30165 Hannover	Zertifiziertes Diabetologikum DDG
Überörtliche Gemeinschaftspraxis Dres. med. Anderten, Kork & Kollegen, Diabetologische Schwerpunktpraxis	31139 Hildesheim	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Gemeinschaftspraxis Dres. med. Gunter Mitzloff, Ioannis Karakalpakis	32049 Herford	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Knappschafts-Klinik Bad Driburg	33014 Bad Driburg	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Klinikum Bielefeld gem. GmbH, Diabetologische Fußambulanz	33604 Bielefeld	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Klinikum Kassel, Pädiatrische Hämatologie und Onkologie, Psychosomatik und Systemerkrankungen	34125 Kassel	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
PLZ 4		
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dres. Klaus und Christian Busch/Christoph Cramer	44137 Dortmund	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Praxis an der Kreuzkirche Dr. Iris Mitschka	44623 Herne	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Gemeinschaftspraxis Dr. Markus Redzich und Dr. Andreas Patzelt	44892 Bochum	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Elisabeth-Krankenhaus Essen GmbH, Klinik für Diabetologie	45138 Essen	Zertifiziertes Diabetologikum DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. med. Ariane Sellmann	45468 Mülheim	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Diabetesschwerpunktpraxis Dr. med. Klaus Bergmann & Heike Breil-Hadick	46145 Oberhausen	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diadocto – NURTEN ACEVIT – Diabetes Schwerpunktpraxis	46236 Bottrop	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Silke Fröhlich	48308 Senden	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 4		
Diabetespraxis der MVZ Ahaus GmbH, Diabetologische Schwerpunktpraxis	48683 Ahaus	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Rehaklinikum Bad Rothenfelde – Klinik Teutoburger Wald, Diabetes und Stoffwechsel	49214 Bad Rothenfelde	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
PLZ 5		
Maria-Hilf-Krankenhaus Rhein/Erft gGmbH	50126 Bergheim	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. med. Ulrike Brockmann	50181 Bedburg	Fußbehandlungseinrichtung DDG
St. Hildegardis Krankenhaus	50931 Köln	Fußbehandlungseinrichtung DDG
St. Antonius Krankenhaus Köln, Medizinische Klinik, Kardio-Diabetes Zentrum Köln	50968 Köln	Zertifiziertes Diabetologikum DDG
Praxis Jo20 Eugen Steffens, Alexander Winkelmann, Barbara Kertz	51143 Köln	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Klinikum Leverkusen, Klinik für Kinder und Jugendliche	51375 Leverkusen	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Gemeinschaftspraxis Dres. Klempt/Ardjomand	51469 Bergisch Gladbach	Fußbehandlungseinrichtung DDG
PLZ 6		
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. C. Sommer/ Dr. A. Milnik	63739 Aschaffenburg	Fußbehandlungseinrichtung DDG
SHG-Kliniken Völklingen, Diabetologie	66333 Völklingen	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. Dirk Schulze	66953 Pirmasens	Fußbehandlungseinrichtung DDG
PLZ 7		
Klinikum Stuttgart Olgahospital, Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie	70174 Stuttgart	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Gemeinschaftspraxis Aidlingen Dr. Heindel/Müller-Schradin/Kruse	71134 Aidlingen	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
GRN-Klinik Sinsheim	74889 Sinsheim	Klinik für Diabetespatienten geeignet DDG
Praxis Dr. med. Sylke Waibel	74909 Meckesheim	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Krankenhaus Stockach	78333 Stockach	Klinik für Diabetespatienten geeignet DDG
Oberberg Fachklinik Rhein-Jura	79713 Bad Säckingen	Klinik für Diabetespatienten geeignet DDG
PLZ 8		
Universitätsklinikum Augsburg, I. Klinik für Kinder und Jugendliche	86156 Augsburg	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Oberschwabenklinik Ravensburg, Krankenhaus St. Elisabeth, Klinik für Kinder und Jugendliche	88212 Ravensburg	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
PLZ 9		
DZFO Diabeteszentrum Forchheim	91301 Forchheim	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
REGIOMED Klinikum Coburg, VI. Medizinische Klinik, Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechselerkrankungen	96450 Coburg	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG

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

Dr. med. Ghassen Hamdi, Klingenberg
Dr. med. Elisabeth Wendt, Dresden
Dr. med. Ute Muhitira, Dortmund

Ständig unter Hochdruck - was nun?

Der neue Podcast für Ihre Patient:innen!



**JETZT
NEU!**
Reinhören und
empfehlen

HyperTon

Der Podcast zum Blutdruck

Fotos: Nikolai Titov - stock.adobe.com, Lars Zahner - stock.adobe.com

Das Wichtigste zum Blutdruck direkt aufs Ohr:

- ✓ Hilfreiche Tipps & Tricks von Experten zur richtigen **Blutdruckmessung und -senkung**
- ✓ Vertiefende Einblicke in die (natürlichen) **Präventions- und Therapiemöglichkeiten** von Bluthochdruck
- ✓ Spannende **Erfahrungsberichte** anderer Hochdruck-Patient:innen

Scannen und Reinhören:



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

Alle 2 Wochen überall da,
wo es Podcasts gibt!

In Zusammenarbeit mit:

Hochdruckliga



MedTriX Group
we care for media solutions

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.

WICHTIGER TERMIN IM MÄRZ

31. Jahrestagung der AG Diabetischer Fuß am 17./18. März 2023 in Berlin

Weitere Informationen zur Jahrestagung und zur Arbeitsgemeinschaft unter www.ag-fuss-ddg.de.

Diabetesberater*in DDG

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	1. Onlinewoche: 27.02. – 03.03.2023 2. Präsenzwoche: 06.03. – 10.03.2023 3. Präsenzwoche: 17.04. – 21.04.2023 4. Onlinewoche: 24.04. – 28.04.2023 5. Präsenzwoche: 10.07. – 14.07.2023 6. Onlinewoche: 17.07. – 21.07.2023 7. Präsenzwoche: 11.09. – 15.09.2023 8. Onlinewoche: 18.09. – 22.09.2023 9. Präsenzwoche: 20.11. – 24.11.2023 10. Präsenzwoche: 08.01. – 12.01.2024 11. Präsenzwoche: 15.01. – 19.01.2024 12. Präsenzwoche: 11.03. – 15.03.2024
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: 05.06. – 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
249	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941 5696-22 ☎ Fax: 0941 5696-38 info@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	1. Block: 16.10. – 27.10.2023 2. Block: 15.01. – 26.01.2024 3. Block: 11.03. – 22.03.2024 (1 Woche digital) 4. Block: 06.05. – 17.05.2024 (2 Wochen digital) 5. Block: 08.07. – 19.07.2024 (1 Woche digital) 6. Block: 09.09. – 20.09.2024 (mündliche Prüfung: 19.09.2024)
250	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108 ☎ Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	<i>Aufbauqualifikation für Diabetesassistent*innen</i> 1. Block: 23.10. – 03.11.2023 2. Block: 05.02. – 16.02.2024 3. Block: 03.06. – 14.06.2024 4. Block: 30.09. – 11.10.2024
251	Mutterhaus der Borromäerinnen e.V. OA Feldstraße 16, 54290 Trier ☎ Tel.: 0651 947-3160 ☎ Fax: 0651 947-2205 schule@mutterhaus.de www.mutterhaus.de	1. Block: 06.11. – 18.11.2023 2. Block: 15.01. – 27.01.2024 3. Block: 15.04. – 27.04.2024 4. Block: 01.07. – 13.07.2024 5. Block: 16.09. – 28.09.2024 6. Block: 09.12. – 21.12.2024
252	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108 ☎ Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 20.11. – 01.12.2023 2. Block: 04.03. – 15.03.2024 3. Block: 21.05. – 01.06.2024 4. Block: 01.07. – 12.07.2024 5. Block: 26.08. – 06.09.2024 6. Block: 04.11. – 15.11.2024

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	Online -Angebot 02.09.2023	VDBD-Mitglieder: 85,- € Nicht-Mitglieder: 170,- €

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
105	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108, ☎ Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 17.04. – 28.04.2023 2. Block: 24.07. – 04.08.2023	1.655,- €*
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,- €*
54	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: 10.07. – 22.07.2023 2. Block: 02.10. – 13.10.2023	1.655,- €*
106	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108, ☎ Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 28.08. – 08.09.2023 2. Block: 27.11. – 08.12.2023	1.655,- €*
28	Diabeteszentrum am Elisabeth-Krankenhaus Essen Klara-Kopp-Weg 1, 45138 Essen ☎ Tel.: 0208/30542818, ☎ Tel.: 0202/897 4592 a.meier@contilia.de https://www.contilia.de/karriere/contilia-akademie/aktuelle-lehrgaenge.html	1. Block: 18.09. – 29.09.2023 2. Block: 08.01. – 20.01.2024	1.550,- €*
28	Diabeteszentrum Sinsheim Hauptstraße 71, 74889 Sinsheim ☎ Tel.: 07261-92440, ☎ Fax: 07261-8668 g.buchholz@daikeler.de www.daikeler.de	1. Block: 16.10. – 21.10.2023 (online) 2. Block: 27.11. – 01.12.2023 3. Block: 16.01. – 20.01.2024 4. Block: 04.03. – 08.03.2024 mit Prüfung am 08.03.2024	1.450,- €* zzgl. MWST.

* inkl. Prüfungs- und Zertifikatsgebühr

Anmeldung: Die Bewerbungsunterlagen sind an die jeweilige Weiterbildungsstätte zu senden.

Hier erhalten Sie auch Auskunft über das Bewerbungsverfahren.

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

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

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
8	CityCube Berlin Anmeldung über: Deutsche Diabetes Gesellschaft Albrechtstr. 9, 10117 Berlin ☎ Tel.: 030 311 69 37 18 weiterbildung@ddg.info	20.05.2023 (während des Diabetes Kongresses)

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

Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
BaQ_BW_07	Asklepios Bildungszentrum Nordhessen Ort: Asklepios Klinik Schwalmstadt, Diabetes Schulungsraum Julia Steklow, Laustraße 37, 34537 Bad Wildungen ☎ Tel.: 05621 795 24 13 j.steklow@asklepios.com	08./09.03.2023
BaQ_TUE_01	Medizinische Klinik Tübingen Ort: Medizinische Klinik Tübingen Otfried-Müller-Str. 10, 72076 Tübingen Marjo.Graf@med.uni-tuebingen.de	22./23.03.2023
BaQ_RB_10	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	20./21.04.2023
BaQ_TUE_02	Medizinische Klinik Tübingen Ort: Medizinische Klinik Tübingen Otfried-Müller-Str. 10, 72076 Tübingen Marjo.Graf@med.uni-tuebingen.de	20./21.09.2023
BaQ_BW_08	Asklepios Bildungszentrum Nordhessen Ort: Asklepios Klinik Schwalmstadt, Diabetes Schulungsraum Julia Steklow, Laustraße 37, 34537 Bad Wildungen ☎ Tel.: 05621 795 24 13 j.steklow@asklepios.com	01./02.11.2023

Weitere Informationen finden Sie auf

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

➔ Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Klinik)

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine	Kosten
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 (1.000,- €) 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

STIPENDIENPROGRAMM 2023

Wer sich weiterbilden möchte, kann sich um ein Weiterbildungsstipendium der DDG bewerben. Bewerbungsfrist für das Stipendienprogramm 2023 ist der 1. Juni 2023. Mehr dazu lesen Sie auf Seite 7.

➔ Wundassistent*in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
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: 26.04. – 28.04.2023 2. Block: 03.05. – 05.05.2023
53	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	22.05. – 26.05.2023
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
20	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	26.06. – 30.06.2023
46	Deutsches Institut für Wundheilung Fritz-Reichle-Ring 2 (RIZ), 78315 Radolfzell Anmeldung: ☎ Tel.: 07732/9391525 info@deutsches-wundinstitut.de	17.07. – 21.07.2023
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
54	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	25.09. – 29.09.2023
61	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108, 📠 Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de, www.afg-rheine.de	23.10. – 28.10.2023
46	Deutsches Institut für Wundheilung Fritz-Reichle-Ring 2 (RIZ), 78315 Radolfzell Anmeldung: ☎ Tel.: 07732/9391525 info@deutsches-wundinstitut.de	13.11. – 17.11.2023

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.ddg.info/qualifizierung/fuer-gesundheitsfachkraefte/wundassistentin-ddg

➔ Seminare Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung in der Diabetologie

Kurs	Termine	Tagungsort	Kosten
Dr. rer. medic. Nicola Haller medipäd Am Bühl 7 1/2, 86199 Augsburg ☎ Tel.: 0175 4004901 dr.nicola.haller@medi-paed.de, www.medi-paed.de	14.04. – 17.04.2023 23.06. – 26.06.2023 15.09. – 18.09.2023 24.11. – 27.11.2023	Tagungsräume im Hotel am alten Park Augsburg	Kursunterlagen und Tagungsgetränke im Preis enthalten CME-Punkte > 30, je nach Ärztekammer
Dipl. Psych. Susan Clever Psychol. Psychotherapeutin/Psychodiabetologie Fachpsychologien (DDG) Med. Psych. Consultancy Palmaille 35, 22767 Hamburg Info und Anmeldung per Mail: ☎ Tel.: 01709/226067 susan9woods@aol.com, www.diabetespraxisblankenese.de	Termine direkt anfragen!	Diabetespraxis Blankenese Bahnhofstraße 23, 22587 Hamburg	700,- € zzgl. MwSt.
willms.coaching Wilhelm-Busch-Str. 19, 37083 Göttingen ☎ Tel.: 0551 7974741 ☎ Fax: 0551 29213514 office@willmscoaching.de, www.willmscoaching.de	Online-Termine: 23.03. – 24.03. und 30.03. – 31.03.2023 27.04. – 28.04. und 11.05. – 12.05.2023 12.10. – 13.10. und 26.10. – 27.10.2023 Präsenzkurse in Göttingen: 06.07. – 09.07.2023 06.12. – 09.12.2023		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	Termine direkt anfragen!	Bischöfliches Priesterseminar Große Domsfreiheit 5, 49074 Osnabrück	600,- € Bei Anmeldung ab 4 Wochen vor dem Termin 30,- € zusätzlich. Verpflegung und Übernachtung sind nicht im Preis enthalten.

➔ Fachpsycholog*in DDG

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

➔ 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 Website www.ddg.info/qualifizierung/fuer-aerzte-psychologen-apotheker/anererkennung-als-diabetologin-ddg/-diabetologie-ddg/kurs-klinische-diabetologie

➔ Auffrischkurs „Diabetologie KOMPAKT“

Live-Webinar am Samstag, 4. März 2023; der Kurs vermittelt in kompakter Form die wichtigsten Neuerungen aus Praxisempfehlungen, Leitlinien und der Nationalen Versorgungsleitlinie Typ 2. Anmeldungen sind bis zum 28. Februar möglich.
Mehr unter www.ddg.info/veranstaltungen/veranstaltungskalender/onlinekurs-dresden-2023-1-1



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



E-Paper ist im Web verfügbar

BERLIN. Die **diabeteszeitung** finden Sie nicht nur in Ihrem Briefkasten: Als E-Paper sind alle Ausgaben jederzeit auch online abrufbar.

In der gedruckten **diabeteszeitung** blättern oder die Ausgaben digital anschauen und lesen – beides ist möglich. Das E-Paper können Sie bequem und einfach im Internet auf www.ddg.info/diabetes-zeitung und auf epaper.medical-tribune.de einsehen.

Über die Suchfunktion lassen sich die einzelnen Ausgaben nach Themen und Stichworten durchsuchen.

Zudem können Sie die elektronische Ausgabe der **diabeteszeitung** auch als Android- oder iOS-App auf Ihrem mobilen Endgerät lesen. Die App finden Sie in Ihrem jeweiligen App-Store unter dem Suchbegriff „Medical Tribune für Ärzte“.



Kontakt zur Redaktion

Bei Fragen, Wünschen und Anregungen wenden Sie sich gerne an die Redaktion, E-Mail: diabeteszeitung@medtrix.group. Natürlich können Sie uns auch einen Leserbrief schicken – oder Sie rufen in der Redaktion an:

MedTriX GmbH, Unter den Eichen 5, 65195 Wiesbaden, ☎ Telefon: 0611 9746-0



Die DDG Job- und Praxenbörse

Sie suchen eine Stelle, eine/einen Mitarbeiter*in oder eine/einen Nachfolger*in bzw. Mieter*in für Ihre Praxis?
Dann nutzen Sie den kostenlosen Service unter www.ddg.info/jobboerse

STELLENANGEBOTE

Erdmannshausen, 18.01.2023

Diabetesberater*in DDG o.ä. (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.02.2023
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: GP Reichenbachweg
- Adresse: Reichenbachweg 14, 71729 Erdmannshausen
- Ansprechpartner: Dr. med. Joachim Kieferle, 07144/36765, mail@drkieferle.de
- Website: www.drkieferle.de
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Wir suchen eine freundliche, teamfähige Person (m/w/d) mit abgeschlossener Ausbildung als Diabetesberater*in DDG oder Diabetesassistent*in DDG mit dem Wunsch nach Weiterbildung zur/zum Diabetesberater*in DDG (Voll- oder Teilzeit).
- Wir bieten: adäquate Bezahlung, nahezu völlig freie Zeiteinteilung, sehr nettes Team aus Diabetologen und Diabetesberaterin sowie 2 Hausärztinnen. Von GDM über Fußambulanz bis Evärsense-Implantationszentrum bieten wir ein sehr interessantes Tätigkeitsspektrum.
- Wir erwarten: Freude an Patientenschulungen – egal, ob in der Einzelberatung oder in der Gruppenschulung – und eine aktive Mitgestaltung Ihres Arbeitsbereiches. Info unter www.drkieferle.de

Mannheim, 18.01.2023

Fachärzt*in (m/w/d) Diabetologie

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Nephrocare Mettmann GmbH Medizinisches Versorgungszentrum
- Adresse: Gartenstraße 4–8, 40822 Mettmann
- Ansprechpartner: Daniel Schmidt, 06172/608-5785, daniel.schmidt@fmc-ag.com
- Website: www.nephrocare.de/
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Facharzt (m/w/d) Diabetologie in der diabetologischen Schwerpunktpraxis
- Bei uns sind Sie gefragt! Gemeinsam mit Ihnen ermöglichen wir unseren Patient*innen mit Diabetes eine hohe Lebensqualität.
- Ihre Tätigkeitsschwerpunkte:
 - Betreuung ambulanter Patient*innen mit Diabetes Typ 1, Diabetes Typ 2 und Diabetes Typ 3 (Schwangerschaftsdiabetes)
 - Durchführung der zertifizierten Fußbehandlung DDG
 - Koordination einer fachübergreifenden und ganzheitlich-medizinischen Patientenversorgung
 - aktive Mitgestaltung bei der Weiterentwicklung und Etablierung medizinischer Behandlungsmethoden und -konzepte
- Wir bieten Ihnen:
 - abwechslungsreiche und verantwortungsvolle Tätigkeiten an einem modern ausgestatteten Arbeitsplatz
 - interdisziplinäre Patientenbetreuung mit einer qualitativ hochwertigen und eng verzahnten Versorgung
 - flexible Arbeitszeitmodelle
 - attraktive Vergütung inkl. Sozialleistungen
 - vielseitige interne Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten
 - kollegiales Betriebsklima in einem aufgeschlossenem Team
 - umfassende Mitarbeiter Vorteile: Mitarbeitererratte, Kindergartengeldzuschuss, Unfallversicherung u. v. m.
- Bringen Sie Ihre Stärken bei uns ein:
 - Qualifikation als Fachärzt*in für Innere Medizin oder Allgemeinmedizin mit Zusatz Diabetologie ÄK und/oder Diabetolog*in DDG
 - kooperative und verantwortungsvolle Zusammenarbeit mit unserem Diabetes- und interdisziplinären Behandlungsteam
 - sektorenübergreifende Kommunikation mit Zuweisern, niedergelassenen Ärzt*innen und Kliniken

Traunstein, 17.01.2023

Fachärzt*in (m/w/d) Innere oder Allgemeinmedizin mit Schwerpunkt Diabetologie oder Endokrinologie

- Arbeitsbeginn: 01.07.2023
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Ambulantes Diabeteszentrum Traunstein
- Adresse: Wasserburger Straße 2, 83278 Traunstein
- Ansprechpartnerin: Dr. Annemarie Voll oder Arianne Belleville, 0861/166195-0, a.belleville@diabetes-traunstein.de
- Website: www.diabetes-traunstein.de
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Haben Sie sich für das neue Jahr zum Vor-satz genommen, sich menschlich wie fachlich weiterzuentwickeln? Einen nächsten Schritt zu gehen? Wie klingt es für Sie, eine planbare Arbeitswoche zu haben, die sich übergangslos in Ihre Freizeit-/Lebensplanung eingliedert? Dies dann auch noch in einer Region, die den höchsten Ansprüchen an Lebensqualität und Freizeitaktivitäten gerecht wird?
- Verstärken Sie unser Team in dem zertifizierten Diabeteszentrum - Diabetologikum DDG mit zwei Standorten im attraktiven Chiemgau/Oberbayern (Filialpraxis in der Kreisklinik Trostberg). Schließen Sie sich unserem Praxisteam an, bei dem Sie als Mensch und wegen Ihrer Fachkompetenz geschätzt werden.
- Ihre Erfahrung wird gebraucht: breitgefächertes Patienten- und Therapiespektrum, Behandlung, Beratung und Schulung DM1 mit ICT, Insulinpumpentherapie, insbesondere auch IT-unterstützten Behandlungsformen (AID). Diabetes und Schwangerschaft/Gestationsdiabetes, Diabetes mellitus 1, 2 und 3 sowie genetische Diabetesformen, Fußambulanz.
- Ihre Meinung ist gefragt: fachärztliche Sprechstunde, Mitgestaltung der internen Fortbildung, Positionierung und Ausbau der Praxis als Kompetenzzentrum für Fragen rund um Diabetes durch mögliche Mitarbeit in entsprechenden Fachkreisen, Vortragstätigkeit, Patientenforen.
- Sie bringen Folgendes mit: abgeschlossene Ausbildung als Fachärzt*in (m/w/d) für Innere Medizin, Endokrinologie oder Allgemeinmedizin; Zusatzausbildung Diabetologe DDG oder LÄK; strukturierte, selbstständige Arbeitsweise im Team; fachliche und soziale Kompetenz für eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit.
- Wir bieten: ein cooles und motiviertes Team im Bereich Diabetologie Chiemgau/Oberbayern; herausfordernde, abwechslungsreiche Funktion in unserer zukunftsorientierten Praxis; Möglichkeit, innovative Ideen einzubringen und langfristige Entwicklungen mitzugestalten; diverse Aus- und Weiterbildungen mit Kostenbeteiligung; attraktives Gehaltspaket.

Traunstein, 17.01.2023

Diabetesberatung (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Ambulantes Diabeteszentrum Traunstein
- Adresse: Wasserburger Straße 2, 83278 Traunstein
- Ansprechpartnerin: Arianne Belleville, 0861/166195-0, a.belleville@diabetes-traunstein.de
- Website: www.diabetes-traunstein.de
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Haben Sie sich für das neue Jahr zum Vor-satz genommen, menschlich wie fachlich sich weiterzuentwickeln? Einen nächsten Schritt zu gehen? Wie klingt es für Sie, eine planbare Arbeitswoche zu haben, die sich übergangslos in Ihre Freizeit-/Lebensplanung eingliedert? Dies dann auch noch in einer Region, die den höchsten Ansprüchen an Lebensqualität und Freizeitaktivitäten gerecht wird?
- Verstärken Sie unser Team in dem zertifizierten Diabeteszentrum - Diabetologikum DDG mit zwei Standorten im attraktiven Chiemgau/Oberbayern (Filialpraxis in der Kreisklinik Trostberg). Schließen Sie sich unserem Praxisteam an, bei dem Sie als Mensch und wegen Ihrer Fachkompetenz geschätzt werden.
- Ihre Erfahrung wird gebraucht: breitgefächertes Patienten- und Therapiespektrum; Behandlung, Beratung und Schulung DM1 mit ICT; Insulinpumpentherapie, insbesondere auch IT-unterstützten Behandlungsformen (AID); Diabetes und Schwangerschaft/Gestationsdiabetes, Diabetes mellitus 1, 2 und 3 sowie genetische Diabetesformen; Mitarbeit in unserer Fußambulanz.
- Ihre Meinung und Mitarbeit ist gefragt: Beratung/Schulung; Mitgestaltung der internen/externen Fortbildung.
- Sie bringen Folgendes mit: Ausbildung Diabetesberatung DDG; strukturierte, selbstständige Arbeitsweise im Team; fachliche und soziale Kompetenz für eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit.
- Wir bieten: ein cooles und motiviertes Team im Bereich Diabetologie Chiemgau/Oberbayern; herausfordernde, abwechslungsreiche Funktion in unserer zukunftsorientierten Praxis; Möglichkeit, innovative Ideen einzubringen und langfristige Entwicklungen mitzugestalten; diverse Weiterbildungen mit Kostenbeteiligung.

Eningen unter Achalm, 13.01.2023

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetespraxis Dr. Rau & Kollegen
- Adresse: Schillerstraße 50, 72800 Eningen unter Achalm
- Ansprechpartner: Dr. med. Alexander Rau, 07121/3453600, info@diabetologie-eningen.de
- Website: www.diabetologie-eningen.de
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Wir suchen für unsere Diabetespraxis eine/n Diabetesberater*in DDG (m/w/d) in Teil- oder Vollzeit. Wir bilden das gesamte Spektrum der Diabetologie ab. Wir sind eine moderne Praxis mit flachen Hierarchien und suchen Sie als perfekte Ergänzung. Kommen Sie bei Fragen gerne auf uns zu, wir freuen uns, Sie kennenzulernen!

Heidenheim, 13.01.2023

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetespraxis Heidenheim
- Adresse: Clichystraße 6, 89518 Heidenheim
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Carolin Pflüger, 07321/7303020, info@diabetespraxis-heidenheim.de
- Website: www.diabetespraxis-heidenheim.de
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Wir suchen für unsere diabetologische Schwerpunktpraxis zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine Diabetesberaterin oder einen Diabetesberater (m/w/d) DDG in Voll- oder Teilzeit zur Verstärkung unseres Teams. Wir bieten ein langfristiges Arbeitsverhältnis in Voll- oder Teilzeit, faire Bezahlung und fachbezogene Fort- und Weiterbildungen. Neben fachlicher Kompetenz legen wir Wert auf soziale Kompetenz und die Bereitschaft zur Teamarbeit.

Berlin, 11.01.2023

Assistenzärzt*in (m/w/d) für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Helios Klinikum Berlin-Buch GmbH
- Adresse: Schwanebecker Chaussee 52, 13125 Berlin
- Ansprechpartner: Dr. med. Peter Klein-Weigel, 030/9401-14901, peter.klein-weigel@helios-gesundheit.de
Dr. med. Michael Fiedler, Leiter Diabetologie, 030/9401-15175, michael.fiedler@helios-gesundheit.de
- Website: helios-karriere.de
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Fangen Sie mit uns was Neues an! Voneinander und Neues zu lernen, bringt uns weiter! Wir bieten den passenden Weg, Ihre Stärken und Kompetenzen auszubauen! Wagen Sie die Weiterentwicklung!
- Für unsere Helios Klinik am Standort Berlin-Buch suchen wir Sie zum nächstmöglichen Zeitpunkt als Assistenzärzt*in für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie (m/w/d), Stellenummer 54459.
- Das erwartet Sie:
 - systematische Ausbildung in der Inneren Medizin mit dem Schwerpunkt Angiologie, inklusive invasive Therapien, sowie in der Diabetologie DDG
 - spannende, hochmoderne Patient*innenversorgung, welche durch unser hochqualifiziertes Team, das interdisziplinäre Umfeld und die umfangreiche technische Ausstattung der Klinik sichergestellt wird.
- Das bringen Sie mit:
 - Sie sind Ärzt*in für Innere Medizin (m/w/d) oder kurz davor und wollen die Angiologie- oder Diabetologie-Weiterbildung absolvieren.
 - Sie sind empathisch im Umgang mit den Patient*innen, Angehörigen und Mitarbeiter*innen.
 - Sie sind eine flexible und zuverlässige Persönlichkeit mit Interesse an der Arbeit in einem multiprofessionellen Team.
 - Sie zeichnen sich durch hohes klinisches Engagement aus.
 - Sie sind ein Teamplayer und offen für unkonventionelle kreative Lösungen.
 - Es besteht die Bereitschaft zur Teilnahme am Schicht- und Dienstsystem inkl. Wochenende und Feiertage.
- Freuen Sie sich auf:
 - eine strukturierte und individuelle Einarbeitung in einem wertschätzenden Team
 - sehr gute persönliche Entwicklungsmöglichkeiten wie beispielsweise die Erlangung von Zusatzbezeichnungen und die volle Weiterbildungsberechtigung
 - Vergütung nach TV Ärzte Helios
 - die Helios Zentralbibliothek und die Wissensplattform Amboss, die Ihnen jederzeit kostenfrei zur Verfügung stehen
 - die Zusatzkrankenversicherung (Helios PlusCard), unsere Corporate Benefits, die Ihnen Rabatte für über 250 Topmarken und Präventionsprogramme, BVG-Jobticket, kostenfreier Parkplatz u. v. m. ermöglichen

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

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

Foto: Brad Pict - stock.adobe.com



Weitere Angebote unter:
www.ddg.info/jobboerse



STELLENANGEBOTE

Köln, 11.01.2023

Diabetesberater*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort, spätestens April/Mai/Juni 2023
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. Judith Nage – Am Böcking-Park in Köln-Mülheim
- Adresse: Böckingstraße 54, 51063 Köln
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Judith Nage, 0221/639090, info@drjudithnage-diabetologie.de
- Website: www.drjudithnage-diabetologie.de
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Als Nachfolge für unser langjährige, im April in Rente gehende DDG-Diabetes Beraterin/Vollzeit möglich, Wunsch mindestens 17 Wochenstunden/ganz- oder halbtags, flexibel einrichtbar. Die

Einarbeitung erfolgt geduldig und miteinander im Team. Alle Diabetes Bereiche können von Ihnen abgedeckt werden. Das DSP-TEAM zählt insgesamt 17 Menschen:

- Sechs (sieben) Mitarbeitende im Diabetesteam – mit Ihnen 3 Diabetesberaterinnen (aktuell Arbeitszeiten von 6 bis 32 bzw. bis 36! Stunden), 1 Diplomökotrophologin, 2 Wundassistentinnen, darunter 1 Diabetesassistentin und eine MFA, eine türkischsprachige MFA/Schulungskraft.
- Anmeldung/Labor/Assistenz: 6 mediz. FA. 1 telemedizin. Sekretärin, 1 Reinigungskraft. Ärztlicherseits 3 langfristig angestellte TZ-Diabetologinnen. 1 Praxis-Inhaber im 13. Jahr.
- Die Praxis liegt direkt am Böcking-Park, 4 Gehminuten zum Rhein, in Köln (Mülheim) rechtsrheinisch. Einladung zur Hospitation – jederzeit! Willkommen ist eine Diabetesberaterin oder ein Diabetesberater (m/w/d) – nur Mut! Gerne sind wir Ihr neues, persönliches und gut gelauntes Berufsumfeld! Immer wieder auch mit den Neuerungen der Zeit im Bilde, uns zu verändern.

Berlin, 10.01.2023

Diabetesassistent*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetespraxis Prenzlauer Berg - Dr. med. Dr. oec. troph. E. Öhrig-Pohl und M. Stübs
- Adresse: Prenzlauer Allee 146, 10409 Berlin
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Öhrig-Pohl, kontakt@diabetespraxis-prenzlauerberg.de
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Für unsere diabetologische Schwerpunktpraxis in Berlin-Prenzlauer Berg suchen wir zur Unterstützung unseres Berteams eine Diabetesassistent*in (m/w/d).
- Ihre Aufgaben: Diabetesberatung bei ambulanter Einstellung der Insulintherapie; DMP; Ernährungsberatung; Einzel- und Gruppenschulungen; Abrechnung. Wir bieten Ihnen ein unbefristetes Arbeitsverhältnis in einem tollen Team. Bei Interesse bewerben Sie sich bitte per E-Mail.

Greven, 09.01.2023

Diabetesberater*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.03.2023
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Diabetologische Schwerpunktpraxis Greven
- Adresse: von-Kleist-Straße 2, 48268 Greven
- Ansprechpartnerin: Dr. Marie-Therese Schäfermeyer, dr.schaefermeyer@interdata.de
- Website: www.innere-diabetologie-greven.de
- Stellenbeschreibung/Aufgabengebiet: Wir sind eine fachlich breit gefächerte Diabetologische Schwerpunktpraxis (Diabetologikum DDG) im nördlichen Münsterland mit einem hohen Anteil an Menschen mit Typ-1-Diabetes. Zur Erweiterung unseres schon sehr schönen Teams suchen wir: Sie! Melden Sie sich gerne bei Frau Dr. Schäfermeyer. Wir freuen uns auf Sie!

Schwabenheim, 09.01.2023

Diabetolog*in DDG und LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Gemeinschaftspraxis Herrmann und Kollegen
- Adresse: Marktplatz 3, 55270 Schwabenheim
- Ansprechpartnerin: Lena Herrmann, 06130/9418816, enaherrmann@gemeinschaftspraxis-schwabenheim.de
- Website: www.gemeinschaftspraxis-schwabenheim.de
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Diabetolog*in (m/w/d) DDG und LÄK in Teil- oder Vollzeit in Anstellung oder perspektivisch mit Übernahme eines Kassensitzes gesucht. Zwei Praxisstandorte: Schwabenheim und Bingen.

NACHFOLGE GESUCHT

Haren, 28.12.2022

Pädiatrie/Diabetologie

- Praxisbezeichnung: Praxis für Kinderheilkunde und Jugendmedizin/Diabetesschwerpunktpraxis
- Adresse: Kirchstraße 9, 49733 Haren
- Ansprechpartnerin: Hendrik Bennink, 0170/55 71449, praxis.bennink@t-online.de
- Beschreibung: Nachfolge für pädiatrische Praxis/Schwerpunktpraxis Diabetes gesucht, nach anfänglicher Kooperation und geplanter Übernahme Ende 2024/Anfang 2025. Lage nahe dem Feriencenter Dankern. Betreuung von pädiatrischen und Diabetespatienten in der Praxis sowie regelmäßiger Diabetessprechstunde im Lingener Bonifatiushospital. Kontaktaufnahme gerne über E-Mail.

Markdorf, 28.11.2022

Facharzt*in Innere Medizin/Allgemeinmedizin und Diabetologie (m/w/d)

- Praxisbezeichnung: Gemeinschaftspraxis Dres. Kroll und Voigt
- Adresse: Gesundheitszentrum Hauptstraße 28, 88677 Markdorf
- Ansprechpartner: Dr. med. Volker Kroll, 0170/3142004 oder 07544/9523310, krollvolkerw@gmx.de
- Website: www.gemeinschaftspraxis-markdorf.de
- Beschreibung: Nachbesetzung des Hausarzt-Sitzes mit Schwerpunkt Diabetologie in Gemeinschaftspraxis mit FÄ für Gastroenterologie. Tätigkeitschwerpunkte neben der Diabetologie Abklärung von SD-Erkrankungen und allgemeinen internistischen Fragestellungen, auch Ausbau der hausärztlichen Tätigkeit möglich. Standort Mittelzentrum, 5 km Luftlinie zum Bodensee. Übernahme in 2023 oder 2024 möglich.

Oberwesel, 27.11.2022

Allgemeinmedizin

- Praxisbezeichnung: Diabetozentrum Gemeinschaftspraxis Dres. Waldenburger
- Adresse: Schaarplatz 4, 55430 Oberwesel
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Michaela Waldenburger, 06744/8188 oder 0151/6245 2152, Info@praxis-waldenburger.de
- Beschreibung: Diabetozentrum DDG mit z. Zt. 2 Diabetologen (davon einer fachinternistisch mit u.a. Echokardiografie und Duplexsonografie der Karotiden) und einer Weiterbildungsassistentin (auch für Diabetologie), 2 Diabetesberaterinnen, 1 Diabetesassistentin, 2 Wundexpertinnen in einer Allgemeinmedizinpraxis mit tollem Team in schöner Gegend am Mittelrhein, mit stark steigender Patientenzahl, sucht Kolleg*in möglichst mit Qualifizierung in Diabetologie zur Übernahme.



Weitere Nachfolgegesuche jetzt online finden:
www.ddg.info/qualifizierung/jobborse/nachfolger

Jetzt bestellen!



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

- Ja, ich bestelle _____ Exemplare
Gebühren-Handbuch 2023 / Gedruckt und digital
zum Preis von nur € 99 inkl. Porto/Verpackung gegen
Rechnung, zahlbar nach Erhalt.
(ISBN-Nr.: 978-3-938748-22-0). Den Code zur Online-
Aktivierung finden Sie in der Print-Ausgabe.

Name, Vorname

Fachrichtung

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

E-Mail

Datum, Unterschrift

Empfohlen von:



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

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

NEU!
Nur 99 €
inkl. Versand

Die praktische Kombi für alle Fälle:

Gedruckt und digital Das Gebühren-Handbuch 2023

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

Wertvolle juristische Kommentierungen – leserfreundlich aufbereitet

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

Diese Kombination kostet jetzt nur 99 €

BUNTES

„Off label“: Lebenswege außerhalb der Norm

Podcast über Frauen in der Medizin

HANNOVER. Frauen vorstellen, die begeistern und inspirieren – das möchten die Macher*innen des Podcasts „Off Label – der Podcast über Vorbilder_innen in der Medizin“. Dafür hat das Team den Wissenschaftspreis Niedersachsen 2022 erhalten. Zu Gast in Folge #14: die Kinderdiabetologin Professor Dr. Olga Kordonouri.

Nach dem Studium in Griechenland ist OLGA KORDONOURI nach Deutschland gegangen, zunächst nach Berlin, dann nach Hannover. Heute ist sie Ärztliche Direktorin am Kinder- und Jugendkrankenhaus Auf der Bult, Chefärztin der Diabetologie und Hochschullehrerin an der Medizinischen Hochschule Hannover. Wie gelingt es, im Medizinbetrieb erfolgreich zu sein? Das wollten die Podcast-Gastgeberinnen ANNA und IVANKA wissen. Professor Kordonouris Rat: nicht so zurückhaltend sein, sich auch mal was trauen und zutrauen – und sich in dieser Hinsicht durchaus ein bisschen was von den Männern abschauen.

Und wie hat sie es geschafft, Anfang/Mitte der 1990er-Jahre Familie und Beruf unter

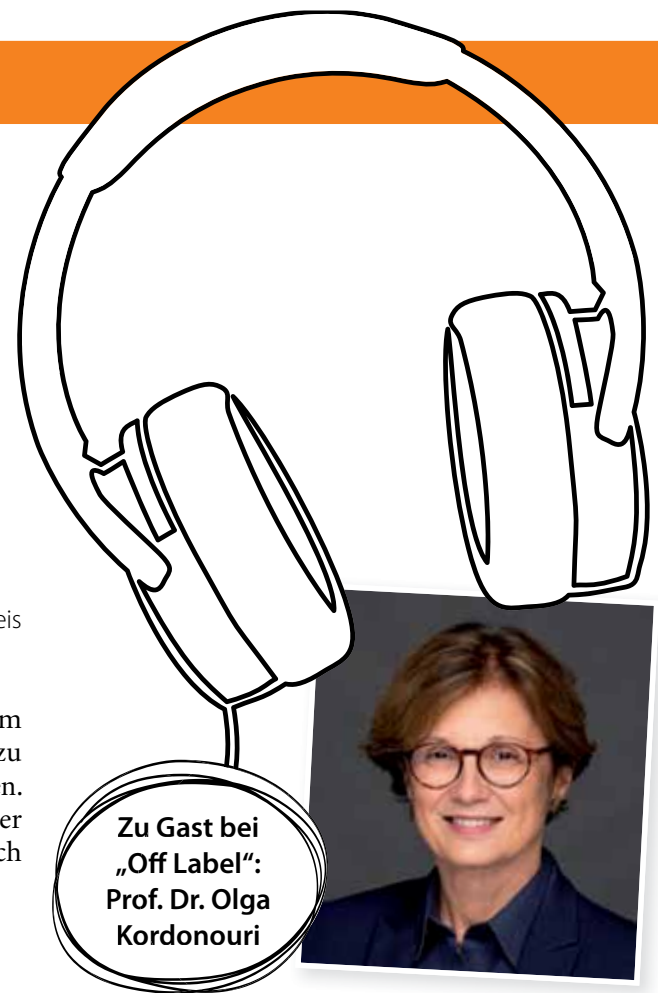
einen Hut zu bringen? „Ich habe es nicht zum Problem gemacht“, sagt sie. Sie kannte es von zu Hause nicht anders, als dass beide Eltern arbeiten. Dass man in Deutschland als arbeitende Mutter bei manchen als Rabenmutter galt, „kannte ich aus meiner Kultur und Generation nicht“.

**Kordonouris „Rezept“:
Ein Bereich muss „langsam kochen“**

Ihrer Erfahrung nach können zwei Aufgabenbereiche – z.B. Familie und Forschung – ganz gut parallel bewältigt werden.

Gibt es einen dritten Bereich, z.B. die klinische Tätigkeit, muss dieser hintenanstehen und „langsam kochen“, wie sie sagt, bevor er irgendwann wieder in den Vordergrund treten kann und vielleicht ein anderer Bereich zurückstehen muss.

Über den Wissenschaftspreis Niedersachsen – dotiert mit



Zu Gast bei
„Off Label“:
Prof. Dr. Olga
Kordonouri

3.500 Euro – hat sich die „Off Label“-Projektgruppe aus Medizinstudierenden der MH Hannover sehr gefreut. „Der Podcast-Name ‚Off Label‘ steht für Lebenswege abseits der Norm und beleuchtet Frauen, die den Spagat zwischen Kind und Karriere meistern und sich in ihrem Alltag für die faire Behandlung von anderen Frauen einsetzen. Frauen, die Vorreiterinnen auf ihrem Gebiet sind und durch ihre Führungsqualitäten andere Frauen begeistern und inspirieren. Frauen, die versuchen, strukturelle Hürden abzubauen und das System von innen heraus zu verbessern“, erklärt „Off Label“-Initiatorin ANNIKA KREITLOW.

Nicole Finkenauer

[off-label.mhh-asta.de](https://www.off-label.mhh-asta.de)



Ausgezeichnet mit dem Wissenschaftspreis Niedersachsen 2022: das Team von „Off Label – der Podcast über Vorbilder_innen in der Medizin“.



Moses' Missgeschick: Muss die Bibel umgeschrieben werden?

+++ Die nächste Ausgabe der diabeteszeitung erscheint am 22. März +++