

Kampf oder Kombi?

TiR versus HbA_{1c}



Fotos: freshidea – stock.adobe.com, © DZD, Bilder: Till Budde

WIESBADEN. Die Time in Range (TiR) ist in aller Munde. Doch stehen wir wirklich vor der Wachablösung des HbA_{1c} oder steckt der neue Parameter noch in den Kinderschuhen?

Die Diabetologie ist gespalten: Es gibt Expertenstimmen, die dem neuen Shooting-Star TiR als leicht erfassbaren Parameter eine rosige Zukunft voraussagen, und dass dieser mit der Ausweitung der kontinuierlichen Glukosemessung auch beim Typ-2-Diabetes über kurz oder lang dem HbA_{1c} den Rang ablaufen wird. Andere warnen vor Schnellschüssen und fordern eine verlässliche Standardisierung der TiR-Werte. Die diabeteszeitung hat mit Dr. Guido Freckmann und Professor Dr. Thomas Danne Verfechter beider Positionen zu Wort kommen lassen – jeder kennt die Vor- und Nachteile der beiden Werte genau. Gibt es am Ende sogar Hoffnung auf eine versöhnliche Koexistenz? Lesen Sie die beiden Statements auf Seite 17

Frauen sind anders – Diabetes auch

BERLIN. Gender und Diabetes hieß einer der Themenschwerpunkte auf dem Diabetes Kongress 2019. Ein Symposium war der geschlechtersensiblen Betrachtung von Risikofaktoren und Komplikationen der Diabeteserkrankung gewidmet. Dabei stellte Dr. Fransiska Prütz vom RKI aktuelle Daten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes vor. 15

Expertenwissen aus Übersee

Berichte vom Kongress der American Diabetes Association

SAN FRANCISCO. Mit Spannung wurde die Präsentation wichtiger Studienergebnisse auf dem ADA-Kongress erwartet. Ein Meilenstein für die orale Formulierung des GLP1-Rezeptoragonisten Semaglutid ist die randomisierte und placebokontrollierte Dop-

pelblind-Studie PIONEER 6. Darin wurden die Tabletten auf kardiovaskuläre Sicherheit überprüft. Menschen mit Typ-2-Diabetes und hohem kardiovaskulärem Risiko wurden über median fast 16 Monate unter oralem Semaglutid bzw. Placebo beob-

achtet. Die Ergebnisse: signifikante Nicht-Unterlegenheit für den kombinierten kardiovaskulären Endpunkt und Hinweise auf die Reduktion kardiovaskulärer Todesfälle sowie der Gesamt mortalität. Auch auf HbA_{1c}-Wert und Körpergewicht hatte die The-

rapie positiven Einfluss. Seine Alltagstauglichkeit wird die orale Formulierung aber erst noch unter Beweis stellen müssen, kommentierte Professor Dr. Vivian Fonseca. Dies, die Drei-Jahres-Daten von PREVIEW sowie die Ergebnisse von D2D: 10/11

Was ist besser: Farbe oder Zahl?

BERLIN. Wie lassen sich Nährwertangaben bei Lebensmitteln grafisch so darstellen, dass der Verbraucher beim Kauf gesundheitsbewusst entscheiden kann? Nutri-Score mit Ampelfarben und der „Wegweiser Ernährung“ mit Prozentangaben sind zwei Varianten. Das Meinungsforschungsinstitut Forsa hat Bürger befragt, welches Modell sie besser finden. 5

Ein DRG-relevantes Urteil

LSG: Hypoglykämien müssen bei Krankenhauskodierung berücksichtigt werden

STUTT GART. Ein Urteil mit besonderer Bedeutung: Das Landessozialgericht Baden-Württemberg hat die Berufungsklage einer Krankenkasse abgewiesen und keine

Revision beim Bundessozialgericht zugelassen. Die Vactiv BKK wollte ihren Anspruch auf eine Rückzahlung von 622,10 Euro von der Diabetes-Klinik Bad Mergent-

heim geltend machen. Die Krankenkasse und der MDK waren sich einig, dass die Hypoglykämien einer behandelten Typ-1-Diabetespatientin bei der Kodierung nicht als

Komplikation/Manifestation hätten berücksichtigt werden dürfen. Das sahen die Sachverständigen und die Richter anders. Der Fall und die Urteilsbegründung: 3

Seite 16 NAFLD und NASH sind ein globales Problem

BERLIN. Zum zweiten Mal fand die International Conference on Fatty Liver (ICFL) statt. Drei Tage diskutierten internationale Experten aktuelle Erkenntnisse zur Fettlebererkrankung.

Seite 20 Option für den Typ 2 bei Jugendlichen?

NEW HAVEN. Das GLP1-Analogon Liraglutid scheint auch bei adipösen Jugendlichen mit Typ-2-Diabetes effektiv zu sein. Welche Relevanz haben die US-Studienergebnisse für Deutschland?

Seite 19 BU-Versicherung trotz Typ-1-Diabetes

NEUSS. Bislang galt eine Berufsunfähigkeitsversicherung für Menschen mit Typ-1-Diabetes als fast unbezahlbar. Nun kommt ein neues Angebot auf den Markt.



Das DZD hat Grund zum Feiern

BERLIN. 10 Jahre Deutsches Zentrum für Diabetesforschung! Ein guter Zeitpunkt, um auf die Erfolgsgeschichte zurückzublicken und sich für die Zukunft neu aufzustellen. Beim Festakt in Berlin ließen es sich internationale Wegbegleiter aus Politik und Wissenschaft nicht nehmen, ihre persönlichen Glückwünsche auszusprechen – und das DZD konnte die komplette Bandbreite seiner Expertise vorstellen. 6

News & Fakten

LSG bestätigt korrekte Krankenhauskodierung von Hypoglykämien, Digitalisierungsgesetz auf Achterbahnfahrt, AOK-Diabetologievertrag mit neuem Modul, Pressekonferenz DANK/DDG, 10 Jahre DZD, Harmonisierung der Fortbildungspflicht von DDG und VDBD, Pressekonferenz der DDG und DGE 3-8

Kongress aktuell

Berichte vom ADA-Kongress 2019, Berichte vom Diabetes Kongress 2019, Berichte von der ICFL 2019 ... 10-16

Im Blickpunkt

TiR: hip oder Hype?, BU-Versicherung für Typ-1-Diabetespatienten, Kolumne von Liesa Regner, Immobilisierung bei DFS vermeiden, Aufruf von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe, Regionalgesellschaft Rheinland-Pfalz, Bundesverband Klinischer Diabetes-Einrichtungen – Die Diabetes-Kliniken, Fremdsprachige Diabetes-Informationsmaterialien 17, 19-20, 23-25

Forum Literatur

GLP1-Analoga: Option für den Typ-2-Diabetes in jungen Jahren?, Kommentar von Professor Dr. Martin Wabitsch 18

Medizin & Markt

Berichte aus der Industrie 22

Kurznachrichten

Neu- oder rezertifizierte Kliniken und Arztpraxen, Neue Diabetologen und Diabetologinnen DDG 26

Weiterbildung & Qualifikation

Diabetesberater/in DDG, Diabetesassistent/in DDG, Fit für die Weiterbildung – Vorbereitungseminar des VDBD, Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG, Train-the-Trainer-Seminar: »Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG«, Diabetespflegefachkraft DDG (Klinik), Diabetespflegefachkraft DDG (Langzeit), Wundassistent/in DDG, Podologe/Podologin DDG, 80-Std.-Kurs Klinische Diabetologie, Seminare Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung in der Diabetologie, Fachpsychologe/Fachpsychologin DDG 27-28

Job- & Praxenbörse

Stellenangebote, Stellengesuche, Nachfolge gesucht, Famulatur-, PJ- und Hospitationsbörse 30-31

Buntes 32

Neu mit Cartoon von Greser & Lenz

»Hitzewellen, heiße Phasen und hitzige Diskussionen«

Von Sommerloch keine Spur

Liebe Leserinnen und Leser,

der Sommer geht bald schon wieder zu Ende. Wenn bereits junge und gesunde Menschen unter den sich nun fast jährlich einstellenden Hitzewellen stöhnen, sind Menschen mit Diabetes nochmal deutlich stärker durch die Hitze beeinträchtigt.

»Extreme Hitze birgt besondere Gefahren für Diabetespatienten«

Klinisch belegt ist nun die Beobachtung, dass bei hohen Temperaturen, wie wir sie in diesem Sommer gleich mehrfach erlebt haben, das Herzinfarktrisiko insbesondere bei Menschen mit Diabetes erhöht ist. Die DDG rät daher, an Sommertagen, an denen das Thermometer auf über 29 Grad Celsius steigt, die Insulin- und Medikamentendosis anzupassen. U.a. sollten Blutdruckmedikamente ggf. geringer dosiert und die Insulin- bzw. Antidiabetikagabe auf den geringeren Appetit eingestellt werden.

»Deutsche Verbraucher wählen den Nutri-Score«

In die sprichwörtlich heiße Phase geht auch die politische Diskussion um die Lebensmittelkennzeichnung. Die DDG, foodwatch und sieben weitere Organisationen haben beim forsa-Institut eine repräsentative Umfrage zu den Präferenzen für zwei unterschiedliche Lebensmittelkennzeichnungen in Auftrag gegeben: den Nutri-Score und das neue Kennzeichnungssystem „Wegweiser Ernährung“, das im Auftrag des Ernährungsministeriums entwickelt wurde. Das Ergebnis ist eindeutig: 69 % der Befragten sprachen sich für den Nutri-Score aus. Besonders eindeutig war die Präferenz für den Nutri-Score bei denjenigen Konsumenten, die stark gefährdet für Adipositas und Diabetes sind oder die bereits eine Adipositas haben. Dass der Nutri-Score zu einem gesünderen Einkaufsverhalten führt, ist in über 35 Studien belegt. Seitens



Prof. Dr. Monika Kellerer
Präsidentin der
Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
Foto: © DDG/Dirk Deckbar

der DDG halten wir eine transparente, farblich abgestufte Lebensmittelkennzeichnung für einen wichtigen Baustein im Kampf gegen Übergewicht und Fehlernährung. Hier sehen wir den Nutri-Score als alternativlos an. Es bleibt zu hoffen, dass auch die Politik jetzt die richtige Entscheidung trifft (Bericht auf Seite 5).

»Krankenhauuskodierung von Hypoglykämien bestätigt«

Seit Einführung des DRG-Systems wurde die Kodierung von Hypoglykämien als Manifestation bzw. Komplikation des Diabetes mellitus hitzig zwischen Kliniken und Krankenkassen diskutiert. Die Vergütung erfolgte

nur sehr restriktiv, was viele Kliniken im Verlauf der Jahre bereits hat resignieren lassen. Ein aktuelles Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg bringt nun hoffentlich Klarheit und Ruhe in die Angelegenheit. Denn damit wurde die korrekte Kodierung in einem konkreten Abrechnungsfall aus dem Jahr 2011 (!) der Diabetes-Klinik Bad Mergentheim hochinstanzlich bestätigt. Dies ist eine wichtige Entscheidung mit besonderer Bedeutung für viele Krankenhäuser, die Patienten mit der Hauptdiagnose Diabetes mellitus behandeln (Bericht auf Seite 3).

Was die Diabeteswelt in den letzten Wochen sonst noch beschäftigt hat, lesen Sie in dieser Ausgabe der diabeteszeitung. Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.

Herzlichst Ihre

Prof. Dr. Monika Kellerer

diabeteszeitung

© 2019, Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH
Alleiniger Gesellschafter: Süddeutscher Verlag
Hühlig Fachinformationen GmbH, München

Verlag: Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH

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

CEO: Oliver Kramer

Geschäftsführung: Alexander Paasch, Dr. Karl Ulrich

Geschäftsleitung: Stephan Kröck, Rüdiger Sprunkel

Herausgeber: Deutsche Diabetes Gesellschaft e. V. (DDG),
Albrechtstr. 9, 10117 Berlin;
Präsidentin: Prof. Dr. Monika Kellerer,
Geschäftsführerin: Barbara Bitzer

Redaktionsleitung: Jochen Schlabing

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

Redaktion Medizin: Dr. Judith Besseling, Dr. Kerstin Tillmann

Redaktion Politik: Michael Reischmann (verantwortlich),
Isabel Aulehla

Weitere Mitarbeiter: Cornelia Kolbeck, Antje Thiel

Leitung Corporate Publishing: Hannelore Schell

Redaktionsbeirat: Dagmar Arnold, Barbara Bitzer,
Anne-Katrin Döbler, Prof. Dr. Baptist Gallwitz,
Dr. Astrid Glaser, Prof. Dr. Andreas Hamann,
Prof. Dr. Lutz Heinemann, Manuel Ickrath,
Prof. Dr. Hans-Georg Joost, Dr. Matthias Kalthuner,
Prof. Dr. Monika Kellerer, Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland,
Prof. Dr. Michael Nauck, Prof. Dr. Andreas Neu,
Prof. Dr. Annette Schürmann, Priv.-Doz. Dr. Erhard Siegel

Vertreter 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: Daniela Erdtmann

Layout: Andrea Schmuck, Beate Scholz, Mira Vetter

Objekt- und Medialeitung: Björn Lindenau

Verkauf: Josef Hakam, Marc Bornschein

Anzeigen: Alexandra Ulbrich,
Telefon: 0611 9746-121, Telefax: 0611 9746 480-112
E-Mail: anzeigen@medical-tribune.de
Anzeigen-Preisliste Nr. 4 vom 1.1.2019

Vertrieb und Abonnentenservice: Cornelia Polivka,
Telefon: 0611 9746-134, Telefax: 0611 9746 480-228
E-Mail: abo-Service@medical-tribune.de

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 der Urheber damit einverstanden, dass sein Beitrag ganz oder teilweise in allen Printmedien und elektronischen Medien der Medical Tribune Group, der verbundenen Verlage sowie Dritter veröffentlicht werden kann.

Beilage: Zukunftsboard Digitalisierung

www.blauer-engel.de/uz195

Dieses Druckerzeugnis wurde mit dem
Blauen Engel ausgezeichnet



Eine DRG-relevante Komplikation

Landessozialgericht bestätigt korrekte Kodierung von Hypoglykämien

STUTT GART. Hypoglykämien müssen als Komplikation bei der Krankenhauskodierung berücksichtigt werden – was bei Vorliegen einer weiteren Manifestation/Komplikation in eine höher bewertete Fallpauschale führt. Eine Krankenkasse scheiterte mit ihrer Klage dagegen auch in zweiter Instanz.

Die Entscheidungen der Baden-Württembergischen Gerichte sind für viele Krankenhäuser, die Patienten mit der Hauptdiagnose Diabetes mellitus behandeln, von besonderer Bedeutung. Schließlich war seit Beginn des DRG-Systems die Kodierung der Hypoglykämien als Manifestation/Komplikation des Diabetes mellitus strittig. Dipl.-Psych. **WOLFGANG TROSBACH** vom Medizincontrolling der Diabetes-Klinik Bad Mergentheim und beratender BVKD-Kodierexperte in der DRG-Arbeitsgruppe der DDG berichtet von einer aktuellen Entscheidung des Landessozialgerichts (LSG) Baden-Württemberg. Dieses hat am 25. Juni 2019 die Berufung der Viactiv BKK gegen ein Urteil des Sozialgerichts Heilbronn abgewiesen und keine Revision beim Bundessozialgericht zugelassen (Az.: L11 KR 1649/17).

Ist K60D oder K60E richtig? Streitwert beträgt 622,10 Euro

Die Kasse hat demnach keinen Anspruch auf Rückzahlung von 622,10 Euro nebst Zinsen. Die BKK und der Medizinische Dienst der Krankenkassen meinten, dass die Hypoglykämien einer Patientin mit Typ-1-Diabetes bei der Kodierung nicht als Komplikation/Manifestation hätten berücksichtigt werden dürfen. Das sahen ein hinzugezogener Sachverständiger und die Richter anders. Trosbach freut sich, dass nunmehr



Wolfgang Trosbach
Medizincontrolling
der Diabetes-Klinik
Bad Mergentheim
Foto: Studio2-Fotografie

höchstinstanzlich die Korrektheit der Krankenhausabrechnung bestätigt wurde.

Der verhandelte Fall reicht ins Jahr 2011 zurück. Statt des damaligen Streitwerts von 622,10 Euro gehe es mittlerweile um eine DRG-Erlösdifferenz von etwa 1000 Euro pro Patient, erklärt Trosbach. „Das mag gering erscheinen, aber da Hypoglykämien eine der häufigsten Manifestationen/Komplikationen bei Diabetes mellitus darstellen und bezogen auf die Anzahl stationärer Behandlungen, geht es um hohe Summen.“ Laut Trosbach lehnt der MDK die strittige Kodierung „fast durchgängig“ ab. Die meisten Kliniken hätten aufgegeben, dagegen vorgehen. Dabei schwächten solche

»Abrechnung höchstinstanzlich bestätigt«

Mindererlöse die Wirtschaftlichkeit diabetologischer Schwerpunktabteilungen in Akut-Krankenhäusern.

Patientin zur Überprüfung der Therapie eingewiesen

Darum ging es im konkreten Fall: Die Bad Mergentheimer Diabetes-Klinik hatte 2011 aufgrund einer ärztlichen Verordnung eine 39-jährige Patientin mit Typ-1-Diabetes zur Therapieüberprüfung für zehn Tage stationär aufgenommen. Es erfolgten eine Neueinstellung der Pumptherapie und Schulungen. Die Klinik berechnete die DRG K60D (... mit multiplen Komplikationen) mit der entsprechenden Hauptdiagnose E10.73.

Die BKK beglich die Rechnung, veranlasste aber eine Prüfung beim MDK Rheinland-Pfalz. Der meinte, die Abrechnung sei auf Basis der DRG K60E mit der Hauptdiagnose E10.91 (ohne Komplikationen) vorzunehmen. Dem folgte die Kasse; sie forderte die DRG-Differenz von 622,10 Euro zurück.

Gutachter widerspricht der Auffassung von BKK und MDK

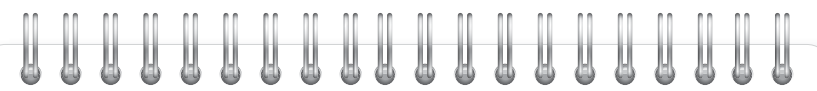
Einige Widersprüche und Stellungnahmen später reichte die BKK Mitte 2013 Klage ein. Strittig war, wie viele Komplikationen/Manifestationen vorlagen und ob die Hypoglykämien mitzählten. Ein vom Sozialgericht beauftragtes Gutachten im Jahr 2016 ergab als richtige Diagnoseschlüssel die E10.73 (Diabetes) als Kreuz-Kode und die N.083 (diabetische Nephropathie) als Sternkode. Die Abrechnung der DRG K60D sei damit korrekt. Die explizit in den Kodierrichtlinien aufgeführte Hypoglykämie sei als „sonstige näher bezeichnete Komplikation“ zu kodieren.

Das sah das Sozialgericht Heilbronn genauso (Az.: S 12 KR 2683/13). Komplikationen seien an der vierten Stelle des ICD-Kodes zu verschlüsseln – und zwar im konkreten Fall mit der „7“, da bei der Patientin zwei Komplikationen vorlagen, nämlich eine diabetische Nephropathie und Hypoglykämien. Letztere seien nicht durch die Kodierung der fünften Stelle mit „1 – als entgleist bezeichnet“ in der Hauptdiagnose enthalten. Im Berufungsverfahren beim LSG beharrten Kasse und MDK darauf, dass es sich bei Hypoglykämien nicht um ein sekundäres Ereignis (= Komplikation), sondern um ein primäres Ereignis im Rahmen des Typ-1-Diabetes handle. Es sei widersinnig, ein und denselben Sachverhalt sowohl als Grunderkrankung als auch als deren Komplikation anzusehen. Wäre die Entgleisung der Stoffwechsellage grundsätzlich als Komplikation aufzufassen, müsse man dies auch in der Diagnosen-Klassifizierung abbilden. Die Rechtsanwälte der Bad Mergentheimer Diabetes-Klinik empfahlen in ihrer Erwiderung der BKK, sich mit einem Änderungsantrag zur Kodierung ans DIMDI zu wenden.

Hinter dem Versuch, „das ICD-10-GM idiosynkratisch umzuinterpretieren, steht eine ganz andere Thematik“, nämlich die höheren Kosten, wenn bei einer „bedeutsamen Anzahl von Patienten“ mit der Hypoglykämie noch mindestens eine weitere Komplikation vorliegt.

Gericht: Unterzuckerung ist eine Akutkomplikation

Die Richter des LSG-Senats führen in ihrer Urteilsbegründung u.a. aus, dass „Vergütungsregelungen stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen“ sind. Die Unterzuckerung sei eine Akutkomplikation infolge der Therapie, z.B. aufgrund von zu viel verabreichtem Insulin. Die Auffassung der Kasse, dass nur eine Hypoglykämie, die mit einer Wahrnehmungsstörung einhergehe, eine Komplikation sei, finde in den Kodierrichtlinien 2011 keine Stütze. Weil bereits zwei Komplikationen vorlagen, gab es keine Entscheidung darüber, ob der ebenfalls dokumentierte dysregulative Diabetes eine Komplikation darstellt. REI



Kodierung Diabetes mellitus mit Hypoglykämien als Hauptdiagnose

Beispiel Typ-1-Diabetes mellitus (analog bei Typ-2-Diabetes mellitus)

1. Kodierung Diabetes mellitus Typ 1

- mit nur einer Komplikation/Manifestation Hypoglykämie
- die Hypoglykämie erfüllt die Nebendiagnose-Definition (z.B. wegen Anpassung der Insulin-Therapie, KEGabe etc.)

Hauptdiagnose: E10.61 Diabetes mellitus Typ 1 mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen

Nebendiagnose: E16.0 Arzneimittelinduzierte Hypoglykämie ohne Koma

2. Kodierung Diabetes mellitus Typ 1

- mit multiplen Komplikationen/Manifestationen, hier z.B.: Hypoglykämien und diabetische Retinopathie
- die Hypoglykämie und die Retinopathie erfüllen die Nebendiagnose-Definition
- die Behandlung der Grunderkrankung Diabetes mellitus steht im Vordergrund (nicht die einer einzelnen Komplikation/Manifestation)

Hauptdiagnose: E10.73 + Diabetes mellitus Typ 1 mit multiplen Komplikationen

Nebendiagnosen: H36.0* diabetische Retinopathie, E16.0 arzneimittelinduzierte Hypoglykämie ohne Koma

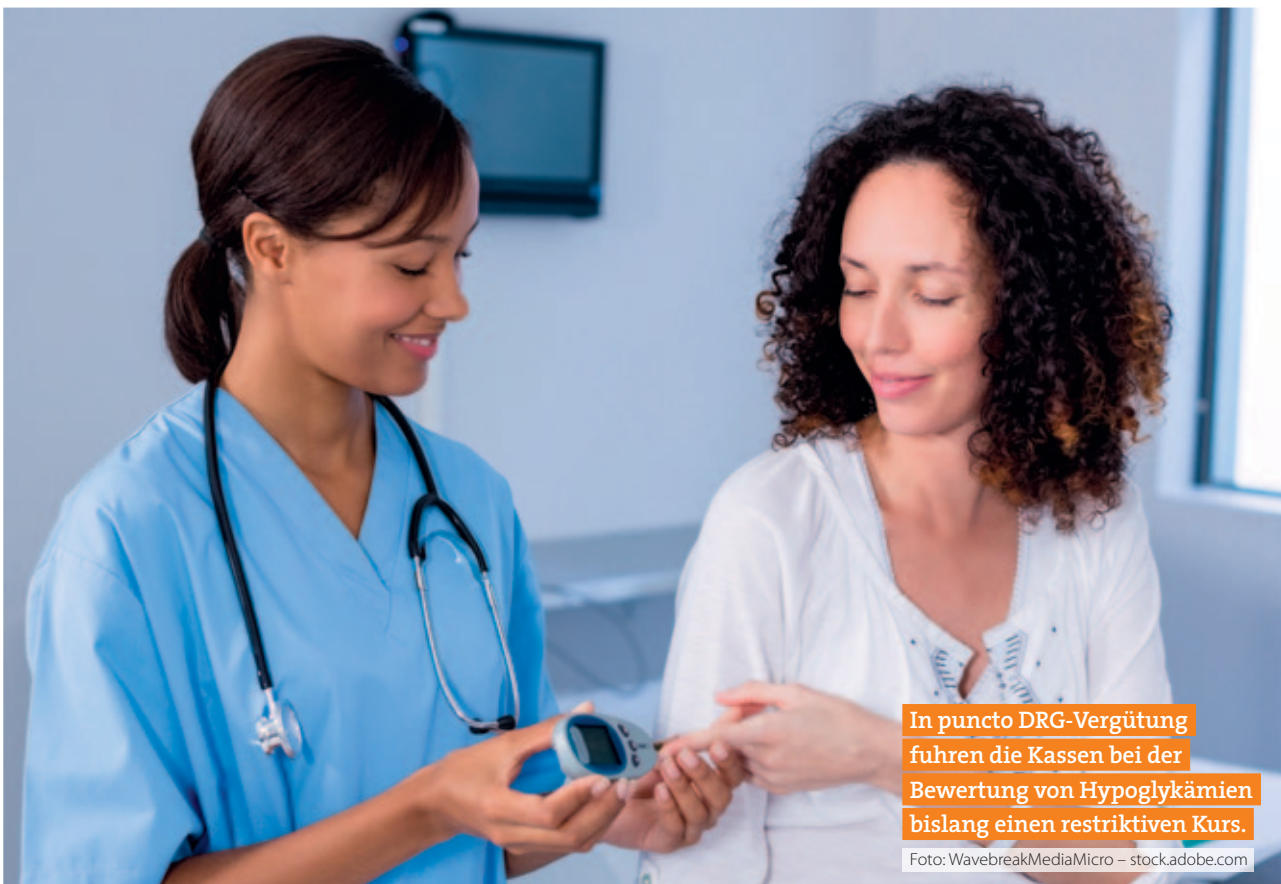
Cave:

- Um die vierte Stelle .6 oder .7 zu vergeben, reicht es bereits aus, wenn eine Komplikation/Manifestation rein anamnestisch belegt bzw. diagnostiziert ist, auch ohne dass sie die Definition von „Nebendiagnose“ erfüllt (sh. DKR 0401h, Beispiel 2).
- Als Komplikation/Manifestation kann kodiert werden, was im ICD-10-GM Alphabetisches Verzeichnis unter „Diabetes, diabetisch“ bei E10-14.– verzeichnet ist; das alphabetische Verzeichnis nennt eine Reihe von nicht im ICD-10-GM Systematisches Verzeichnis Band 1 explizit genannten Komplikationen/Manifestationen, insbesondere: Erektile Dysfunktion/Diabetes mit Sexualstörung (.6), Diabetes mellitus mit Infektionen, z.B. diabetische Parodontitis/Pilzinfektionen (.6), mit Abszess (.6), mit Ulcus cruris (.5), mit Gastroparese (.4) usw.
- Prüfen, ob eine Entgleisung vorliegt und diese an fünfter Stelle kodieren, dieser Kode triggert unter vielen Bedingungen in eine DRG mit höherem Relativgewicht. Strittig, rechtlich nicht bindend, aber zumindest eine Definition für „Entgleisung“, sh. SEG-4 KDE-9

Wolfgang Trosbach

In puncto DRG-Vergütung führen die Kassen bei der Bewertung von Hypoglykämien bislang einen restriktiven Kurs.

Foto: WavebreakMediaMicro – stock.adobe.com



Digitalisierungsgesetz auf Achterbahnfahrt

Gesundheitsministerium muss bei der elektronischen Patientenakte nachbessern



Das E-Health-Gesetz II befindet sich in einer rasanten Kurve. Gebremst wird auch.

Foto: Christian Müller – stock.adobe.com

BERLIN. Gesundheitsminister Jens Spahn hat das E-Health-Gesetz II durchs Kabinett gepeitscht, das gesamte Thema elektronische Patientenakte muss er aber wegen Datenschutzbedenken in ein neues Gesetz packen.

Zu Recht geißelt Spahn die unerträgliche Verschleppung der Digitalisierung unseres Gesundheitswesens durch die Selbstverwaltung von Kassen, Ärzten und Krankenhäusern. Deshalb strukturierte er die Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH, kurz Gematik, um und ordnete die Gesellschafterverhältnisse neu zugunsten des Bundesgesundheitsministeriums: 51 % BMG-Mehrheit zu 49 % Selbstverwaltung. Zum 1. Juli wurde Dr. med. MARKUS LEYCK DIEKEN als neuer Geschäftsführer berufen, ein erfahrener Pharmamanager, der weiß, wie man verkrustete Firmen erfolgreich umstrukturiert.

Gute Voraussetzungen also, um die Ziele, flächendeckend eine elektronische Patientenakte (ePA) zu implementieren und damit endlich auch hierzulande sektorenübergreifend und interoperabel Gesundheitsversorgung betreiben zu können, ab dem 1. Januar 2021 realisieren zu können.

DDG begrüßt grundsätzlich das Digitale-Versorgung-Gesetz

Dazu braucht die Regierung aber auch ein Gesetz, das E-Health-Gesetz II oder – wie es jetzt genannt wird – das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG).

Der DVG-Referentenentwurf wurde im Juni schriftlich von der Deut-

schen Diabetes Gesellschaft kommentiert (siehe DDG-Homepage). Diese Kommentare konnten auch bei der Anhörung zum Gesetz am 17. Juni 2019 persönlich gegenüber Dr. GOTTFRIED LUDEWIG, dem Abteilungsleiter Digitalisierung im BMG, geäußert werden.

Die DDG begrüßt grundsätzlich dieses neue Gesetz, denn es legt in Teilen fest, wie die Leistungserbringer, die sich jahrelang wechselseitig blockiert haben, nun die digitale Transformation umzusetzen haben. Umso überraschender kam am 4. Juli die Nachricht, dass nun ein neuer Gesetzentwurf vorliegt, aus dem alle Bestimmungen zur elektronischen Patientenakte wieder gestrichen waren. Was war passiert? Aufgrund datenschutzrechtlicher Einwände des Bundesjustizministeriums wurde das Gesetz noch einmal hastig überarbeitet. Die Passagen zur ePA sollen nun in einem eigenen umfas-

senden Datenschutzgesetz kurz nach der Sommerpause erneut vorgelegt werden. Am 10. Juli brachte Minister Spahn das abgespeckte DVG durch das Bundeskabinett, im September werden sich Bundestag und Bundesrat damit befassen.

Versicherte erhalten Anspruch auf Gesundheits-Apps

Um was geht es genau? Es geht um Maßnahmen, die den Zugang digitaler Innovationen in die Regelversorgung erleichtern. Telemedizinische Versorgungsangebote sollen forciert (und auch besser vergütet) werden, innovative Versorgungsansätze werden durch eine Verlängerung des Innovationsfonds bis ins Jahr 2024 unterstützt. Vor allem: Versicherte erhalten einen Anspruch auf digitale Gesundheitsanwendungen, also Gesundheits-Apps.

Bei der Anhörung zum Gesetz am 17. Juni waren allerdings noch die Paragraphen zur ePA im Entwurf. Bei aller Zustimmung zu den neuen Ansätzen hat die DDG kritisiert, dass eindeutige Regeln zur Herstellung einer umfassenden Interoperabilität, also der Fähigkeit unterschiedlicher Systeme wie Praxisverwaltungs- und Krankenhausinformationssysteme oder Diabetes-Management-Software zur möglichst nahtlosen Zusammenarbeit, nicht getroffen worden sind.

Einen umständlichen „Benehmensprozess“, den ausgerechnet die Kas-

senärztliche Bundesvereinigung mit Hausärzterverband, Spitzenverband Fachärzte und der AWMF (AG der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften) zur Interoperabilität veranstalten soll, hält die DDG primär nicht für zielführend, weil diese Organisationen nicht die Interessen der Diabetologen vertreten. Hier muss ggf. eine Verfahrensregelung her, denn die DDG will selbst für die Inhalte eingebunden werden.

Auch unpräzise Formulierungen zum Datenschutz kritisierte die DDG. Bemerkenswert deshalb die neue Wendung: Alles was zum Komplex ePA gehört, einschließlich Interoperabilität und Datenschutz, kommt in ein neues Datenschutzgesetz, bei dem sich hoffentlich nicht die Bremsen mit ihrem überkommenen Datenschutzverständnis aus dem letzten Jahrhundert durchsetzen.

Die ePA nicht durch überhöhten Datenschutz lahmlegen

TINO SORGE, Berichterstatter Digitalisierung der CDU/CSU-Fraktion und der Diabetologie gegenüber sehr aufgeschlossen, mahnte dringend die Erkenntnis an, dass Gesundheitsdaten für Versorgung und medizinischen Fortschritt von erheblichem Wert sind. Die ePA sei ein Leuchtturmprojekt, das nicht durch gut gemeinten, aber zum Nachteil der Patienten überhöhten Datenschutz ausgebremst werden darf.

Das DVG befindet sich also auf einer rasanten Achterbahnfahrt. Auch im Hinblick auf das DDG-Projekt der elektronischen Diabetesakte (eDA) ist zu hoffen, dass die Politik hier nicht aus der Kurve fliegt.

Manuel Ickrath
für die Kommission Digitalisierung
der DDG

»Keine klaren Regeln zur Interoperabilität«

AOK-Vertrag mit neuer »Fußnote«

Betreuung im Wundnetz soll Amputationen vermeiden helfen

STUTTGART. Im Rahmen des seit 2017 in Baden-Württemberg existierenden AOK-Diabetologievertrags werden seit diesem Juli auch Patienten innerhalb des Moduls „Diabetisches Fußsyndrom“ behandelt.

Das Modul zum § 140a-Vertrag, das AOK, Diabetologen Genossenschaft und Medi in Baden-Württemberg vereinbart haben, soll mithilfe eines abgestuften Versorgungskonzepts mit ambulant und stationär tätigen Spezialisten die Major-Amputationsrate von Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom (DFS) senken. Zielgruppen sind Hochrisikopatienten ohne Ulcus, Pa-

tienten mit Ulcus sowie Patienten mit Charcot-Fuß. Die DFS-Versorgung geschieht in einem „Wundnetz“: Der am Vertrag teilnehmende Facharzt in der diabetologischen Fußambulanz koordiniert in Abstimmung mit dem Hausarzt den weiteren Verlauf bis zur Abheilung der Wunde.

Einbindung der Wundassistentin ist Teilnahmevoraussetzung

„Ich bin überzeugt davon, dass durch die verbesserte und intensivere Betreuung die Anzahl an schwerwiegenden Komplikationen zurückgehen wird“, äußert sich Dr. RICHARD DAIKELER, 1. Vorstand der Diabetologen eG und Medi-Sprecher, in

einer Pressemitteilung. Das DFS-Modul könne ein Leuchtturmprojekt vergleichbar mit dem renommierten Fußnetz Köln werden.

Teilnahmeberechtigt sind für den Diabetischen Fuß spezialisierte Einrichtungen/Praxen, die die Anforderungen der DMP-Verträge der AOK für Diabetes mellitus Typ 1 und 2 erfüllen. Verlangt wird pro teilnehmendem Facharzt eine angestellte oder kooperierende Wundassistentin DDG (oder vergleichbare Qualifikation) mit einem Tätigkeitsumfang von mindestens 20 Stunden.

„Es wurde eine Vergütungsstruktur geschaffen, die auf den tatsächlichen Versorgungsbedarf abgestimmt ist

und über die Regelversorgung merklich hinaus geht“, schreiben AOK und Medi. Die Honorierung orientiert sich an dem vereinbarten Behandlungsschema und ist nach Indikation (Klassifikation nach Wagner-Armstrong) in ärztliche Leistungen und Verbandwechsel aufgeteilt.

Noch den „kleinen Schritt“ zur Zertifizierung der DDG gehen

Professor Dr. RALF LOBMANN, Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Diabetischer Fuß in der DDG, war zwischenzeitlich in die Verhandlungen zum DFS-Modul eingebunden. Der Ärztliche Direktor der Klinik für

Endokrinologie, Diabetologie und Geriatrie am Klinikum Stuttgart kommentiert erfreut die strukturierte Versorgung in Baden-Württemberg, die sich „inhaltlich und fachlich stark an die Vorgaben der AG Fuß und der DDG anlehnt“. Für „wünschenswert“ hält er es, wenn die Praxen, die sich um die spezialisierte Behandlung der DFS-Patienten kümmern, auch noch den „kleinen Schritt“ einer Zertifizierung als Fußbehandlungseinrichtung DDG gehen würden. REI

Vertragsunterlagen:
[mediverbund-ag.de/file/6371](https://www.mediverbund-ag.de/file/6371)

Ein Label muss vor allem eindeutig sein

Zwei Drittel der Deutschen favorisieren die Nutri-Score-Kennzeichnung

BERLIN. Laut einer Forsa-Umfrage spricht sich die Mehrheit der Deutschen für eine Nutri-Score-Ampel zur Kennzeichnung von gesundheitlich sehr günstigen, mittelmäßig günstigen und sehr ungünstigen Lebensmitteln aus. Deutlich weniger Zuspruch erfährt das Modell der Bundesernährungsministerin.

Die repräsentative Umfrage hatten zahlreiche medizinisch-wissenschaftliche Organisationen, darunter das Wissenschaftsbündnis Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK), die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) und diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe sowie die Verbraucherorganisation foodwatch beauftragt, nachdem Bundesernährungsministerin JULIA KLÖCKNER ihr Nährwertkennzeichnungsmodell „Wegweiser Ernährung“ vorgestellt hatte. (Entwickelt worden war dieses vom Max-Rubner-Institut.)

Forsa befragte dazu im Juli 1003 Bürgerinnen und Bürger ab 18 Jahre zu Nutri-Score und Klöckner-Modell. Die Modelle wurden anhand von Müsli-, Wurst- und Saft-Verpackung verdeutlicht. Grundlage für die Angaben war die Nährwerttabelle.

Die Befragten sollten mitteilen, welchem der beiden Kennzeichnungssysteme sie verschiedene Eigenschaften eher zuordnen und wie wichtig ihnen

persönlich bestimmte Eigenschaften eines Systems sind.

Besonderer Zuspruch bei Personen mit Übergewicht

Im Ergebnis sprachen sich 69 % der Interviewten für das Nutri-Score-Modell aus. Neun von Zehn lobten das auffallendere Logo, 87 % halten den Nutri-Score für schnell erfassbar und 87 % finden ihn leicht verständlich. Lediglich 25 % der Befragten favorisierten das Klöckner-Modell. Viele finden es zu kompliziert (65 %) und verwirrend (60 %). Punkten kann der Wegweiser in der Dimension „liefert genügend Informationen“ (50 % gegenüber 32 % beim Nutri-Score). Allerdings halten auch nur

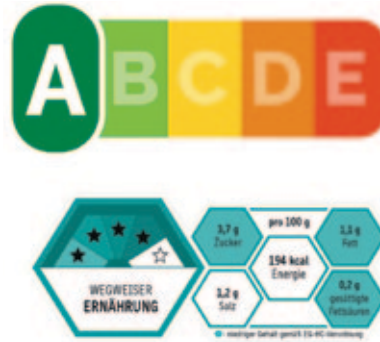
»Ministerin überzeugt nicht«



U.a. DANK, DDG und foodwatch präsentierten die Umfrageergebnisse auf der gemeinsamen Pressekonferenz.

Vergleich: Nutri-Score vs. »Wegweiser Ernährung«.

Quelle: forsa
Foto: DDG/Daniela Erdtmann



35 % der Befragten detaillierte Informationen vorn auf der Verpackung für „sehr wichtig“.

Weitere Informationen ergaben sich in der Auswertung nach Bildungsabschluss und Körpergewicht. Demnach sind vom Nutri-Score mehrheitlich Personen mit Hauptschulabschluss überzeugt (66 % versus 53 % der Befragten mit Abitur) sowie Personen mit starkem Übergewicht (68 %

versus 56 % der Befragten mit Normalgewicht). „Das neue Kennzeichnungssystem muss vor allem für die besonders von Fehlernährung und den damit verbundenen Krankheiten betroffenen Bevölkerungsgruppen verständlich sein“, betonte Professor Dr. BERTHOLD KOLETZKO, Vorsitzender der Kommission Ernährung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin.

„Die Lösung liegt auf der Hand“, sagte BARBARA BITZER, Sprecherin von DANK und Geschäftsführerin der DDG. Sie appellierte an Klöckner, den Nutri-Score schnellstmöglich einzuführen. Er habe schließlich bereits in über 35 wissenschaftlichen Studien seine Wirksamkeit bewiesen. kol

Pressekonferenz von DANK, DDG, foodwatch und weiteren medizinisch-wissenschaftlichen Organisationen

Diese Eigenschaften erwarten Bürger bei einem Lebensmittel-Kennzeichnungssystem:

	wichtig %
eindeutig	96
leicht verständlich	96
unkompliziert	93
erleichtert die Auswahl gesunder Lebensmittel	93
hilft schnell beim Vergleich von Produkten	91
auffallend	90
zeigt schnell, dass ein Produkt wegen eines hohen Fett-, Salz oder Zuckergehalts ungesünder ist	90
sinnvolle unterschiedliche Farben	84
hebt sich von anderen Siegeln/Labels oder Kennzeichnungen ab	80
liefert detaillierte Informationen zu einzelnen Inhaltsstoffen	75

ECHT* WEGWEISEND

DIE ZUKUNFT DER DIABETESKONTROLLE BEGINNT JETZT

* Das neue **Dexcom G6®** ist das erste System zur **kontinuierlichen Gewebeglukosemessung in Echtzeit (rtCGM)**, das **keine Blutzuckermessung** zur Kalibrierung und zum Treffen von Behandlungsentscheidungen¹ erfordert.

DEXCOM G6® BIETET IHREN PATIENTEN MEHR SCHUTZ, KOMFORT & FLEXIBILITÄT ALS JE ZUVOR



- Keine Blutzuckermessung¹ AUSSER IN AUSNAHMESITUATIONEN
- 10-Tage Sensortragedauer
- Werte in Echtzeit teilen²
- Warnungen & Alarmer

Dexcom Deutschland GmbH | Haifa-Allee 2 | 55128 Mainz | www.dexcom.de

1 Werkseitig kalibriert. Wenn die Warnungen zu den Gewebeglukosewerten und die Messwerte auf dem G6 nicht Ihren Symptomen oder Erwartungen entsprechen, verwenden Sie ein Blutzuckermessgerät, um Behandlungsentscheidungen zu Ihrem Diabetes zu treffen. 2 Zur Übertragung von Daten ist eine Internetverbindung erforderlich. Zum Folgen ist die Verwendung der Follow App erforderlich. Follower sollten die Messwerte der Dexcom G6® App oder des Empfängers vor dem Treffen von Behandlungsentscheidungen immer bestätigen. Eine Liste kompatibler Geräte finden Sie unter www.dexcom.com/compatibility HINWEIS: Smartphone/-watch nicht im Lieferumfang enthalten. © 2019 Dexcom Inc. Alle Rechte vorbehalten.

Happy Birthday, DZD!

Das Deutsche Zentrum für Diabetesforschung wird 10 Jahre



BERLIN. Es ist eine Erfolgsgeschichte: Mit der Gründung des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung am 24. Juni 2009 in Berlin hat für die Diabetesforschung in Deutschland eine neue Zeitrechnung begonnen. Das zehnjährige Jubiläum wurde nun gebührend gefeiert.



Auf Initiative des Bundesforschungsministeriums wurde das DZD im Juni 2009 als zweites der insgesamt sechs Deutschen Zentren für Gesundheitsforschung (DZG) ins Leben gerufen. „Ich gratuliere der deutschen Bundesregierung für so viel Weitsicht“ sagte der Vorsitzende des wissenschaftlichen Beirats des DZD, Professor Dr. ULF SMITH von der Universität Göteborg, Schweden. „In dieser kurzen Zeit seines Bestehens war das DZD bereits extrem erfolgreich“ und hat sich national und international als Institution der translationalen Diabetesforschung etabliert.

Inzwischen arbeiten mehr als 400 internationale Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler unterschiedlicher Disziplinen wie Grundlagenforschung, Epidemiologie, Versorgungsforschung und Klinik an den bundesweiten Standorten – vertreten durch Partner, assoziierte Partner und Projektpartner. „Ihr gemeinsames Ziel ist es, Forschungsergebnisse möglichst schnell zum Patienten zu bringen, um Diabetes besser vorbeugen und behandeln zu können sowie Folgeerkrankungen zu vermeiden“, erklärte DZD-Sprecher Professor Dr. MARTIN HRABÉ DE ANGELIS vom Helmholtz Zentrum München. „Hinter den vielen Partnerstandorten in ganz Deutschland, steht die Idee einer Vernetzung“, sagte Staatssekretär im Bundesministerium für Bildung und Forschung Dr. GEORG SCHÜTTE. Das föderale System mit gebündelter Stärke und verteilter Exzellenz sieht er als deutsche Antwort auf „Leuchtturm-Universitäten“ in anderen Ländern. Er dankte den Partnern für ihr Engagement, dieses Netzwerk aufrechtzuerhalten und immer wieder eine Balance zu finden zwischen den Einzelinteressen von Partnerstandorten und Forschungsprioritäten, die man gemeinsam angehen will.

Im wissenschaftlichen Symposium präsentierten DZD-Wissenschaftle-

rinnen und -Wissenschaftler in Auszügen aktuelle Arbeiten der sieben Forschungsschwerpunkte, der DZD Academies, die translationale Fragestellungen bearbeiten.

➔ **Prävention:** Hinweise zum individuellen Diabetes-Risiko gibt der DIFE – Deutscher Diabetes-Risikotest (DRT), der am Deutschen Institut für Ernährungsforschung in Potsdam-Rehbrücke entwickelt wurde. CATARINA SCHIBÖRN vom Institut stellte den Online-Test vor. Mithilfe des DRT lässt sich das individuelle Risiko, innerhalb der nächsten fünf Jahre an Typ-2-Diabetes zu erkranken, bestimmen. Der Test ist auf drs.dife.de frei zugänglich. Professor Dr. MARTIN HENI von der Universität Tübingen präsentierte u.a. Studien, die zeigen, dass die Insulinsensitivität des Gehirns entscheidenden Einfluss auf die Response auf Lebensstilinterventionen hat und Sport die Insulinsensitivität verbessern kann.

➔ **Komplikationen:** Analysen der Deutschen Diabetes Studie (DDS) haben gezeigt, dass Patienten, die bestimmten Subtypen des Typ-2-Diabetes zuzuordnen sind, auch ein verschiedenes hohes Risiko für Folgeerkrankungen tragen. Privatdozentin Dr. JULIA SZENDRÖDI vom Deutschen Diabetes-Zentrum (DDZ) Düsseldorf präsentierte aktuelle Daten. Der Frage, ob Fasten gegen diabetische Folgeerkrankungen hilft, widmet sich Dr. ALBA SULAJ von der Unikli-

nik Heidelberg. Im Mausmodell und an gesunden Probanden konnte sie bereits Hinweise auf einen positiven Einfluss finden.

➔ **NAFLD:** Dr. SABINE KAHL vom DDZ Düsseldorf stellte gewichtsreduzierende Ansätze zur Therapie der nicht-alkoholischen Fettleber (NAFLD) vor. Dabei untersuchte sie in ihrer Arbeitsgruppe verschiedene Lebensmittelmischungen auf ihr Potenzial, das Leberfett zu reduzieren. Jüngst konnte zudem gezeigt werden, dass auch SGLT2-Hemmer den Leberfettgehalt reduzieren können. Dr. WENKE JONAS vom DIFE zeigte darüber hinaus auf, dass eine Low-Protein-Diät die Expression von DPP4 herunterregulieren kann, was wiederum günstigen Einfluss auf den Leberfettgehalt hat.

➔ **Genetik und Epigenetik:** Professor Dr. ANTJE KÖRNER vom Uniklinikum Leipzig berichtete, dass Adipositas sich im Alter von 2–6 Jahren entwickelt. Dabei sind vererbte Risikofaktoren, aber auch frühe Ernährungseinflüsse von Bedeutung.

➔ **Gehirn:** Das Gehirn ist wichtiger Regulator des Stoffwechsels und ein insulinempfindliches Organ. Dr. CRISTINA GARCÍA CÁCERES vom Helmholtz Zentrum München untersuchte dabei die besondere Rolle der Astrozyten, den Nährstoffversorgern des Nervensystems. Dr. CLAUDIUS BRANDT vom Max Planck Institut für Stoffwechselforschung in Köln ana-

lysiert die regulatorischen Prozesse, die vom Gehirn in Gang gesetzt werden, bei Anblick, Geruch und tatsächlicher Nahrungsaufnahme.

➔ **Betazelle:** Bei der Protektion und Regeneration von Inselzellen sind regenerative Verfahren, bei denen aus Stammzellen Betazellen generiert werden, ein vielversprechender Ansatz. Zudem arbeitet das DZD an einer künstlichen Bauspeicheldrüse, bei der die Betazellen mit einer speziellen Teflonmembran umgeben sind, die Hormone und Nährstoffe ungehindert passieren lässt, jedoch keinen Kontakt zu den körpereigenen Immunzellen zulässt. Aktuelle Studien aus diesem Bereich stellte Professor Dr. BARBARA LUDWIG vom Paul Langerhans Institut in Dresden (PLID) vor. Dr. ELISABETH KEMTER von der LMU München arbeitet an der genetischen Optimierung von Schweinen als Spender von Pankreasinseln.

➔ **Typ-1-Diabetes:** Mittels eines Risikomodells mit ausgewählten Genen ist es mittlerweile möglich, eine Risikovorhersage für Typ-1-Diabetes zu berechnen. Neugeborene mit erhöhtem Risiko können so erkannt und die Familien auf die Erkrankung vorbereitet werden, wie Privatdozent Dr. PETER ACHENBACH vom Helmholtz Zentrum München berichtete. Das Ziel ist es, die Anzahl der gefährlichen diabetischen Ketoazidosen bei klinischer Manifestation zu verhindern. Zudem wird in einer Präventionsstudie untersucht, ob sich der Ausbruch der Erkrankung durch die

DZD Academies

- **Prävention des Diabetes** (Koordination: Prof. Andreas Fritsche, Prof. Martin Schulze, PD Dr. Julia Szendrödi, Prof. Andrea Icks)
- **Komplikationen** (Koordination: Prof. Stephan Herzig, Prof. Annette Peters, Prof. Dan Ziegler)
- **Nicht-alkoholische Fettlebererkrankung (NAFLD)** (Koordination: Prof. Michael Roden, Prof. Andreas Birkenfeld, Prof. Norbert Stefan)
- **Insulinwirkung und -resistenz im Gehirn** (Koordination: Prof. Hubert Preißl, Prof. Jens Brüning, Prof. Martin Heni, Dr. Cristina Garcia-Cáceres)
- **Genetischer und epigenetischer Einfluss** (Koordination: Prof. Annette Schürmann, Prof. Martin Hrabé de Angelis, Prof. Johannes Beckers, Prof. Hans-Ulrich Häring)
- **Betazelle – Schutz und Regeneration** (Koordination: Prof. Michele Solimena, Prof. Heiko Lickert, Prof. Annette Schürmann)
- **Typ-1-Diabetes** (Koordination: Prof. Anette-Gabriele Ziegler, Prof. Enzo Bonifacio)

Behandlung mit oralem Insulin verhindern lässt. Da der zugrundeliegende Pathomechanismus innerhalb des Pankreas bei Entstehung des Typ-1-Diabetes noch nicht vollständig verstanden ist, muss auch das Pankreas *in situ* genau untersucht werden. Dies ist u.a. der Forschungsbereich von Professor Dr. STEPHAN SPEIER vom PLID.

Zusätzlich zur Forschungsarbeit leistet das DZD auch Öffentlichkeitsarbeit und fördert den wissenschaftlichen Nachwuchs, hob Dr. Schütte hervor. Im Rahmen von DZD Next werden junge Forscherinnen und Forscher für eine wissenschaftliche Karriere vorbereitet. Dass das Programm erfolgreich ist, kann Professor Dr. CAROLIN DANIEL vom Helmholtz Zentrum München, die DZD Next vorstellte, bestätigen. Sie selbst kam als junge Wissenschaftlerin an das DZD und hat nun vor Kurzem eine Professur erhalten.

Alisa Ort

Festveranstaltung „10 Jahre DZD“

Partner im DZD

Mitglieder

- Deutsches Diabetes-Zentrum Düsseldorf; Sprecher: Prof. Dr. Dr. h.c. Michael Roden
- Deutsches Institut für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke (DIFE); Sprecherin: Prof. Dr. Annette Schürmann
- Helmholtz Zentrum München – Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt; Sprecher: Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Martin Hrabé de Angelis
- Institut für Diabetesforschung und Metabolische Erkrankungen des Helmholtz Zentrums München an der Eberhard-Karls-Uni-

versität Tübingen; Sprecher: Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Hans-Ulrich Häring

- Paul-Langerhans-Institut Dresden des Helmholtz Zentrums München am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden; Sprecher: Prof. Dr. Dr. Michele Solimena

Weitere Partner

Assoziierte Partner des DZD sind Diabetesforschungsgruppen an den Universitäten in Heidelberg, Köln, Leipzig, München und Schleswig-Holstein. Darüber hinaus sind 10 weitere Projektpartner Teil des DZD.

Punkte auf dem Online-Konto

DDG und VDBD regeln die Verwaltung von Fortbildungsnachweisen neu

BERLIN. Zum 1.1.2020 haben DDG, VDBD und VDBD Akademie die Regelungen zu Vergabe und Anerkennung von Fortbildungspunkten für Diabetesberaterinnen und Diabetesassistenteninnen DDG harmonisiert. Das schafft Übersichtlichkeit und vereinfacht die Abläufe. Die VDBD Akademie bietet zudem eine Online-Punkteführung an.

Die Organisationen einigten sich darauf, ab dem nächsten Jahr bei der Anerkennung und Vergabe von Fortbildungspunkten für Diabetesberater und -beraterinnen (DB) sowie Diabetesassistenten und -assistentinnen (DiAss) die gleichen Regeln anzuwenden. Auf der Webseite der Akademie des Verbandes der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland (VDBD) ist der aktuelle Punktecatalog einsehbar. Ab 2020 erteilt die DDG der VDBD Akademie das Mandat zur Führung und Überprüfung der Fortbildungspunkte von DB und DiAss. Das Erreichen von 75 Punkten in drei Jahren wird durch ein Fortbildungszertifikat bescheinigt.

Als Vorteile des persönlichen Fortbildungskontos bei der VDBD Akademie werden genannt:

- Ortsunabhängige Abrufbarkeit und Übersicht der Punkte
- Benutzerfreundliche Oberfläche zum Führen des Punktekontos
- Eindeutiger Nachweis der beruflichen Qualifikation mit Schwerpunktsetzung
- Anerkennung des Fortbildungszertifikats im Rahmen der DDG Zertifizierungen für diabetologische Einrichtungen
- Vereinfachung und Harmonisierung der Verfahren
- Aufwertung des Systems durch ein fortschrittliches Tool

Die Nutzung des persönlichen Profils ist kostenfrei. Die Akademie kündigt an, die Punkte-Verwaltung kontinuierlich optimieren zu wollen.

Hilfreich für die geforderte Anerkennung des Berufsbildes

„Die Harmonisierung und Überprüfung der Fortbildungspflicht sind insbesondere für die berufspolitischen Forderungen des VDBD ein wichtiger Schritt, denn ein kontinuierlicher Nachweis über den qualitativ hohen Qualifizierungs- und Fortbildungsstand von Diabetesfachkräften ist eine wichtige Voraussetzung für die Forderung nach einer bundesweiten Anerkennung und Weiterentwicklung des Berufsbildes“, schreibt Dr. GOTTLOBE FABISCH, Geschäftsführerin VDBD und VDBD Akademie, in einem Newsletter zum einheitlichen Punktesystem.

Die Akademie prüft das Erfüllen der Fortbildungsanforderungen personenbezogen. Für das Ausstellen des Zertifikats zahlen Nicht-Mitglieder

50 Euro einmal in drei Jahren; für VDBD-Mitglieder gilt eine Übergangsfrist – sie zahlen ab Januar 2021 für das Zertifikat 30 Euro einmal in drei Jahren.

DDG-seitig ist das nachgewiesene Erfüllen der Fortbildungsverpflichtung ein wichtiges Kriterium bei der Zertifizierung als Diabeteszentrum und Diabetologikum DDG. Fehlt der Nachweis, erfolgt keine Zertifizierung. Das mühsame Einreichen der einzelnen Teilnahmezertifikate



Stetige Fortbildung dient der Qualitätssicherung.

Foto: pictworks - stock.adobe.com

bei der DDG im Rahmen des Zertifizierungsverfahrens entfällt nun. Ab 2021 müssen die Behandlungseinrichtungen das Fortbildungszertifikat der VDBD Akademie und/oder den Ausdruck des aktuellen Punktestands als Nachweis für die Diabetesfachkräfte einreichen.

Für Veranstalter bedeutet dies die obligatorische Zertifizierung ihrer Fortbildungsangebote über die VDBD Akademie. Es gilt eine Übergangsfrist bis zum 1.1.2021, während der über die Anrechenbarkeit eingereicherter nicht-zertifizierter Veranstaltungen im Einzelfall entschieden wird. Veranstalter aus diabetesassoziierten Verbänden und Fachgesellschaften haben die Möglichkeit, ihre Veranstaltungen kostenfrei zertifizieren zu lassen. REI

Für Ihre **Typ-2-Diabetes**-Patienten. Nach Metformin und Sitagliptin.

Steglujan®
Ertugliflozin/Sitagliptin, MSD

VOLLE KRAFT VORAUSS

MIT STEGLUJAN® –
Der **einzigsten oralen Fixkombination** aus
Sitagliptin und einem SGLT-2-Hemmer für eine
effektive*¹ und anhaltende*¹ HbA_{1c}-Senkung.

STEGLUJAN® – EINFACH. WEITER. ORAL.

* zusätzliche, stabile HbA_{1c}-Senkung um 0,8% über 52 Wochen
1 Dagogo-Jack S et al. Diabetes Obes Metab 2018 Mar; 20(30): 530 – 540.



Steglujan® 5 mg/100 mg Filmtabletten

Steglujan® 15 mg/100 mg Filmtabletten

Wirkstoff: Ertugliflozin/Sitagliptin. **Zus.: Arzneil. wirks. Bestandt.:** Jede Tbl. enth. 5 mg bzw. 15 mg Ertugliflozin (als Ertugliflozin-Pidolsäure) und 100 mg Sitagliptin (als Sitagliptinphosphat-Monohydrat). **Sonst. Bestandt.:** Mikrokrist. Cellulose (E 460), Calciumhydrogenphosphat (wasserfrei), Croscarmellose-Natrium, Natriumstearylfumarat (E 487), Magnesiumstearat (E 470b), Hypromellose (E 464), Hyprollose (E 463), Titandioxid (E 171), Eisen(III)-oxid (E 172), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E 172), Eisen(II,III)-oxid (E 172), Carnaubawachs (E 903) **Anw.:** B. folgenden Erw. ab 18 J. m. Typ-2 Diabetes mellitus zusätzl. zu Diät u. Beweg. zur Verb. d. Blutzuckerkontr.: Pat., deren Blutzucker unter Metformin u./od. e. Sulfonylharnstoff u. e. der in Steglujan® enth. Einzelwirkstoffe nicht ausreichend gesenkt werden kann; Pat., die bereits m. d. Komb. aus Ertugliflozin u. Sitagliptin in Form von einzelnen Tabl. behandelt werden. **Gegenanz.:** Überempf.-keit gg. d. Wirkstoffe od. e. d. sonst. Bestandt. **Vorsicht bei:** Älteren Pat. (> 65 Jahre); Pat. m. Hypovolämie; Pat. m. Pankreatitis in d. Vorgeschichte; Pat. m. eingeschr. Nierenfkt.; Pat. d. Diuretika einnehmen; Pat. unter Antihypertonika, m. Hypotonie in d. Vorgeschichte; Pat. m. Erk., d. zu Flüssigkeitsverlust führen können; Pat. m. erhöhtem Risiko für e. Ketoazidose; Pat. m. erhöh. Risiko für Amputationen (Pat. überwachen und bei Auftreten von Ereign., die Amputationen vorausgehen. Behandl. ggf. abbrechen.); Komb. m. Insulin od. Insulin-Sekretagoga (wie Sulfonylharnstoff); Pat. m. Pilzinfekt. in d. Vorgeschichte; Männern ohne Beschneidung; Pat. m. Herzinsuff. NYHA Klasse I–IV. **Nicht empf.:** Pat. m. geschätzter GFR < 60 ml/min/1,73 m² od. CrCl < 60 ml/min. Pat. m. schwerer Einschr. d. Leberfkt.; Pat., die unter e. SGLT2-Inhib. diabet. Ketoazidose hatten. **Nicht anw.:** Typ-1-Diabetiker; Pat. m. schwerer Einschr. d. Nierenfkt.; Pat. m. terminaler Niereninsuffizienz, dialysepflichtigen Pat.; Schwangerschaft; Stillzeit. **Nebenw.:** Sehr häufig: Vulvovag. Pilzinfekt. u. and. genit. Pilzinfekt. b. Frauen. Häufig: Candida-Balanitis u. and. genit. Pilzinfekt. b. Männern. Hypoglykämie, Kopfschm. Hypovolämie, Erhöht. Harndrang, Vulvovaginaler Pruritus, Durst. Serumlipide veränd.; Hämoglobin erhöht; BUN erhöht. Gelegentl.: Schwindel, Obstipation, Pruritus, Dysurie, Kreatinin im Blut erhöht/glomeruläre Filtrationsrate vermind. Seltener: Thrombozytopenie, Diabet. Ketoazidose. Häufig, nicht bekannt: Nekrotisierende Faszitis d. Perineums (Fournier-Gangrän). Überempf.-keitsreakt. einschli. anaphylaktischer Reakt. Inter-

STEGLUJAN®

stitielle Lungenkrankh. Erbr.; akute Pankreatitis; letale u. nicht letale hämorrhagische u. nekrotisierende Pankreatitis. Angioödem; Hautausschlag; Urtikaria; kutane Vaskulitis; exfoliative Hauterkr. einschli. SJS; bullöses Pemphigoid. Arthralgie; Myalgie; Rückenschm.; Arthropathie. Nierenfunktionsstör.; akutes Nierenversagen. **Zusätzl. unter Sitagliptin (ungeachtet e. Kausalszusammenh.):** Infekt. d. ob. Atemwege; Nasopharyngitis. Osteoarthritis; Schm. in d. Gliedmaßen. **Hinw.:** Nierenfkt. vor Beginn u. während der Behandl. in regelm. Abständen überprüfen. Zur Blutzuckerkontrolle keine Urintests auf Glucose verw. Überwachung d. Blutzuckerkontrolle mit 1,5-AG Assays nicht empfohlen. **Verschreibungspflichtig.** Stand: 05/2019

Bitte lesen Sie vor Verordnung von Steglujan® die Fachinformation!

Pharmazeutischer Unternehmer:
Merck Sharp & Dohme B.V.
Waarderweg 39
2031 BN Haarlem
Niederlande

Lokaler Ansprechpartner:
MSD SHARP & DOHME GMBH, Lindenplatz 1, 85540 Haar

MSD
Infocenter

www.steglujan.de

Tel. 0800 673 58 38
Fax 0800 673 673 329
E-Mail infocenter@msd.de

Zertifikat
für drei Jahre

Souveräner Umgang mit Typ-1-Diabetes

Diabetologen warnen angesichts steigender Erkrankungszahlen vor Unterversorgung

BERLIN. Kinder und Jugendliche mit Typ-1-Diabetes brauchen besondere Aufmerksamkeit und ausreichende Versorgungsstrukturen. Doch in Anbetracht der steigenden Erkrankungszahlen droht eine Unterversorgung, insbesondere in der stationären Behandlung, warnen Experten.

Kaum eine andere chronische Erkrankung im Kindesalter nimmt so stark zu wie der Typ-1-Diabetes: So hat sich die Zahl der Neuerkrankungen in den letzten 25 Jahren verdoppelt, die jährliche Zunahme liegt bei 4 %. Gleichzeitig haben sich die technischen Möglichkeiten verbessert, zwei Drittel der Patienten sind heute mit einer Insulinpumpe und mehr als 50 % mit einem System zur kontinuierlichen Glukosemessung versorgt.

Umgang mit der Erkrankung muss erlernt werden

Gerade bei Kindern und Jugendlichen kommt dabei der stationären Versorgung eine wesentliche Rolle zu, betonte Professor Dr. ANDREAS NEU von der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin an der Uniklinik Tübingen. Nach Manifestation ist ein etwa zwölf-tägiger stationärer Aufenthalt zur intensiven Schulung im Umgang mit der Erkrankung erforderlich. Hier werden die Grundlagen für einen souveränen und erfolgreichen Umgang mit der Erkrankung gelegt. Auch die Insulinpumpeneinstellung erfordert aufgrund des hohen Schulungsbedarfs in der Regel einen stationären Aufenthalt – genauso wie die Intervention bei drohenden Stoffwechsellentgleisungen vor allem im Pubertätsalter. Entsprechende Strukturen müssen auf jeden Fall flächendeckend vorbehalten

»Kompetente und sichere Behandlung«

werden, forderte der Diabetologe. Doch es droht eine Verschlechterung der stationären Versorgung „Die Gesundheitspolitik verortet den Diabetes zunehmend primär in der ambulanten Medizin“, so der niedergelassene Kinderdiabetologe Dr. RALPH ZIEGLER aus Münster. „Doch im Sinne einer ganzheitlichen und erfolgreichen Behandlung sollten Patienten ohne Einschränkung vom Zusammenspiel ambulanter und stationärer Befähigungen und Möglichkeiten profitieren können.“ Eine kompetente und sichere Behandlung und Schulung bei Manifestation oder Entgleisung könne im ambulanten Sektor derzeit nicht sichergestellt werden, mahnte Dr. Ziegler.

Hormonelle Schwankungen und psychosoziale Probleme

Junge Patienten haben häufiger mit einer chronisch schlechten Blutzuckereinstellung zu kämpfen. Dafür sind neben hormonellen Schwankungen auch psychosoziale Faktoren relevant. Auf ein Problem, dass vor allem junge Mädchen und Frauen mit Typ-1-Diabetes betrifft, ging Diplompsychologin SUSAN CLEVER aus der Diabetespraxis Blankenese in Hamburg ein. Essstörungen sind in dieser Patientengruppe weit verbreitet und etwa doppelt bis dreifach

häufiger als bei Populationen ohne Diabetes. Etwa jedes fünfte Mädchen mit Typ-1-Diabetes weist ein gestörtes Essverhalten auf. Dies betrifft vor allem die Bulimie.

Von außen sind die Probleme nicht unbedingt sichtbar

Die Gründe sind vielfältig. Ausgangspunkt ist häufig die nach Erstmanifestation und Einstellung auf Insulin beobachtete physiologische Gewichtszunahme. Bei den jungen Frauen bleibt dann oft die Botschaft „Insulin macht dick“. Hinzu kommt häufig ein gestörtes Selbstwertgefühl durch die chronische Erkrankung sowie die beim Diabetes erforderli-

che ständige Beschäftigung mit Kalorien und Nährstoffgehalten. Dadurch kann ein Gefühl für normales Essverhalten verloren gehen.

Wo andere essgestörte Patientinnen mit Bulimie auf induziertes Erbrechen oder Laxanzienabusus setzen, haben Menschen mit Diabetes ein einfacheres Mittel: Sie lassen Insulindosen aus („Insulin Purging“) und nehmen dabei bewusst eine verschlechterte Stoffwechselkontrolle mit allen negativen Folgen in Kauf. 30–34 % erwachsener Frauen geben an, die Insulindosis zwecks Gewichtsregulation zu manipulieren. Äußerlich sieht man den oft

DDG fordert Umdenken der Gesundheitspolitik

Die Zahl an bettenführenden klinischen Lehrstühlen für Diabetologie und Endokrinologie an den deutschen Universitäten habe sich drastisch reduziert, gab die DDG Präsidentin, Professor Dr. Monika Kellerer zu bedenken. Es gebe nur noch ca. acht bettenführende klinische Lehrstühle für Diabetologie an den Medizinischen Fakultäten in Deutschland. „Diabetes ist keine rein ambulant therapierbare Erkrankung. Auch im stationären Bereich müssen klinische Diabetesabteilungen nicht nur erhalten, sondern in Anbetracht der prognostizierten Diabeteszahlen sogar weiter ausgebaut werden“, forderte Prof. Kellerer.



Fotos: iStock/LVNL, sedric – stockadobe.com

Vielen klinischen Diabetesstationen droht die Schließung.

GESCHLOSSEN

normalgewichtigen jungen Frauen die Essstörung nicht unbedingt an, sagte Clever. Hinweisend können aber eine unzureichende Stoffwechseleinstellung mit erheblichen Blutzucker- und Gewichtsschwankungen sein, genauso wie fehlende Blutzuckerwerte aus der Selbstmessung.

Ein häufiges endokrinologisches Problem bei jungen Patienten mit Typ-1-Diabetes adressierte Professor Dr. HEIKO KRUDE von der Charité – Universitätsmedizin Berlin. So werden zunehmend Kinder und Jugendliche mit L-Thyroxin behandelt, die diese Behandlung gar

nicht benötigen. Immer häufiger wird vor allem bei den J1- und J2-Untersuchungen bei unspezifischen Symptomen wie Müdigkeit oder auch Übergewicht der TSH-Wert bestimmt. Nicht selten findet man hier eine isolierte TSH-Erhöhung bei normalen peripheren Schilddrüsenhormonen, die für sich genommen aber keine Behandlungsindikation ist, betonte der Endokrinologe.

Oft zu viel des Guten bei auffälligen Schilddrüsenwerten

Oft handelt es sich einfach um normale Varianten der TSH-Normalwerte, die keinerlei Krankheitswert haben und oft auch von allein wieder verschwinden. Stellt man diese Kinder unnötigerweise auf L-Thyroxin ein, gibt man ihnen das Gefühl „chronisch krank“ zu sein, was die Selbstwahrnehmung beeinträchtigen kann. Außerdem wird in 30 % der so behandelten jungen Patienten die L-Thyroxindosis zu hoch gewählt, sodass es zu einer leichten iatrogenen Hyperthyreose kommt. Möchte man die unnötige Medikation absetzen, ist das problemlos möglich. Anders als andere endokrine Organe springt die Schilddrüse sofort wieder an, sagte Prof. Krude.

Maria Weiß

PK der Deutschen Diabetes Gesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie

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



Online-Umfrage für Typ-2-Diabetespatienten

Welchen Bedarf und welche Bedürfnisse haben Menschen mit Diabetes Typ 2? Dazu hat die AG Digitale Allianz eine Patienten-umfrage initiiert. Es dauert nur 15 Minuten: <https://easy-feedback.de/diabetes-umfrage/1178031/uTiRor>

27 000

Mitglieder zählt die größte medizinische Fachgesellschaft, die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) aktuell.

DDG erkennt „flash“ an

Für das Flash Glukose Monitoring gibt es seit Kurzem „flash“ – ein neues Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten. Das Programm wurde jetzt von der DDG nach allgemeingültigen Schulungsrichtlinien anerkannt. Weitere Infos zum Programm: www.diabetes-schulungsprogramme.de

Moderne Therapielösung

Digitale Insulinpumpen- therapie



Erreichen Sie mehr Überblick, mehr Zeit und mehr Motivation für Ihre Insulinpumpen-Patienten:

- 1 Das Eversense XL Langzeit-CGM System mit einer Laufzeit von bis zu 6 Monaten zeichnet kontinuierlich Glukosewerte auf, die in Accu-Chek Smart Pix Software dargestellt werden können.
- 2 Die Accu-Chek Insulinpumpen bieten eine komfortable und diskrete Insulingabe und sind mit Accu-Chek Smart Pix Software auslesbar.
- 3 Accu-Chek Smart Pix Software lässt Sie somit Zusammenhänge zwischen Glukose- und Insulindaten schneller erkennen und bietet Ihnen damit mehr Zeit dank digitaler Analyse und Therapieunterstützung.

Mehr erfahren unter:

www.roche-diabetes-care.de

Geschluckt wie gespritzt?

PIONEER 6: Orales Semaglutid auf kardiovaskuläre Sicherheit überprüft

SAN FRANCISCO. Bewährte Medikamente in Tablettenform statt Injektion – das soll bei Diabetes Typ 2 die Adhärenz verbessern. Wichtig ist jedoch, dass auch das orale Präparat in Sachen Sicherheit und Wirksamkeit überzeugt. Für den GLP1-Rezeptoragonisten Semaglutid gibt es nun Daten bei Patienten mit hohem kardiovaskulärem Risiko.

Von dem GLP1-Rezeptoragonisten (GLP1-RA) Semaglutid wurde eine oral verfügbare Formulierung entwickelt, die im Rahmen des PIONEER-Studienprogramms auf Sicherheit und Wirksamkeit geprüft wird. Von großem Interesse ist dabei die kardiovaskuläre Sicherheit bei Patienten mit Diabetes Typ 2 – dies war Gegenstand der PIONEER-6-Studie, deren Ergebnisse nun präsentiert wurden. Geklärt werden sollte die Frage, ob die Behandlung mit oralem Semaglutid gegenüber einem Placebo das kardiovaskuläre Risiko bei Patienten mit Typ-2-Diabetes erhöht, die bereits ein hohes Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse aufweisen.

Hierzu wurden erwachsene Typ-2-Diabetespatienten rekrutiert,

- die ≥ 50 Jahre alt waren, mit bestehender kardiovaskulärer Erkrankung oder moderater chronischer Nierenerkrankung,
- oder die ≥ 60 Jahre alt waren und lediglich kardiovaskuläre Risikofaktoren aufwiesen.

Insgesamt nahmen 3183 Patienten mit einem Durchschnittsalter von 66 Jahren an der Studie teil. 85 % von ihnen waren 50 Jahre oder älter und litten bereits unter einer kardiovaskulären Erkrankung oder waren chronisch nierenkrank.

Doppelblind, randomisiert und placebokontrolliert

Sie erhielten 1:1 randomisiert und doppelblind entweder täglich 14 mg orales Semaglutid oder Placebo zusätzlich zu einem individuellen Behandlungsregime, basierend auf dem ADA/EASD-Konsensus, erklärte Professor Dr. STEPHEN BAIN, Swansea University Prifysgol Abertawe, Swansea, UK. Der primäre Endpunkt der Studie war die Zeit bis zum ersten Auftreten einer schweren kardialen Komplikation (Major Adverse Cardiovascular Event; MACE). Zu diesem zusammengesetzten Endpunkt zählten kardiovaskulärer Tod, nicht-fataler Myokardinfarkt und nicht-fataler Schlaganfall. Die mediane Beobachtungszeit lag bei 15,9 Monaten.

Unter Placebo kam es zu insgesamt 76 Ereignissen, was einer Rate von 3,7 Ereignissen pro 100 Patientenjahren entspricht, erklärte Professor

bei 8,2 %, berichtete Dr. OFRI MOSENZON, Hadassah Hebrew University Hospital, Jerusalem, Israel. Unter Placebo sank dieser Wert bis zum Ende der Studie um 0,3 Prozentpunkte $\pm 0,033$, unter der Studienmedikation jedoch um 1,0 Prozentpunkte $\pm 0,037$. Zudem erhielten mehr Patienten in der Placebogruppe im Verlauf der Studie eine zusätzliche glukosesenkende Therapie, die ihnen zu Beginn der Studie noch nicht verschrieben war. „Biguanide, Insulin, Sulfonylharnstoffe und SGLT2-Inhibitoren wurden häufiger bei Patienten zugefügt, die mit Placebo behandelt wurden“, erklärte Dr. Mosenzon.

Sicherheitsprofil entsprach dem der Wirkstoffklasse

Auch beim **Körpergewicht** zeigten sich Unterschiede in beiden Behandlungsarmen: Zu Studienbeginn lag das gemittelte Körpergewicht bei 90,9 kg, dieses sank im Placeboarm bis Studienende um 0,8 kg. Mit oralem Semaglutid verloren die Teilnehmer 4,2 kg. Zudem ergaben sich Abweichungen beim **Blutdruck**: „Mit der Zeit sehen wir eine kleine Reduktion des systolischen Blutdrucks im Behandlungsarm“, sagte die Expertin. Gleichzeitig war der Puls unter Semaglutid erhöht, wie dies bereits von GLP1-RA bekannt ist. Am Ende der Behandlungszeit lag der Unterschied bei 4 Schlägen/Minute im Vergleich zu Placebo, berichtete Dr. Mosenzon.

Dr. MANSOOR HUSAIN, University of Toronto, Kanada. Mit oralem Semaglutid kam es zu 61 Ereignissen mit einer Rate von 2,9 Ereignissen pro 100 Patientenjahren – das entspricht einer Hazard Ratio (HR) von 0,79 (95%-KI: 0,57–1,11). Die Analyse auf Nicht-Unterlegenheit ergab einen p-Wert von $< 0,001$, das Sicherheitskriterium wurde somit erfüllt, betonte der Experte. Eine Überlegenheit des Präparats bezüglich des primären Sicherheitsendpunkts konnte jedoch nicht gezeigt werden ($p = 0,17$).

Auch wenn die Anzahl der Ereignisse gering war und die Dauer des Follow-up kurz, wie Prof. Husain einräumte, wiesen Patienten unter oralem Semaglutid eine ca. 50%ige Reduktion von Todesfällen aufgrund von kardiovaskulären Ereignissen (95%-KI: 0,27–0,92) und auch der Gesamtmortalität auf (95%-KI: 0,31–0,84).

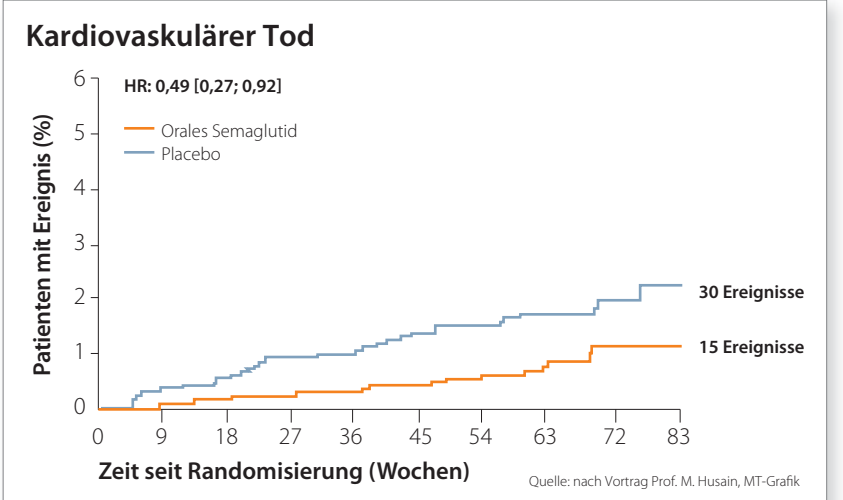
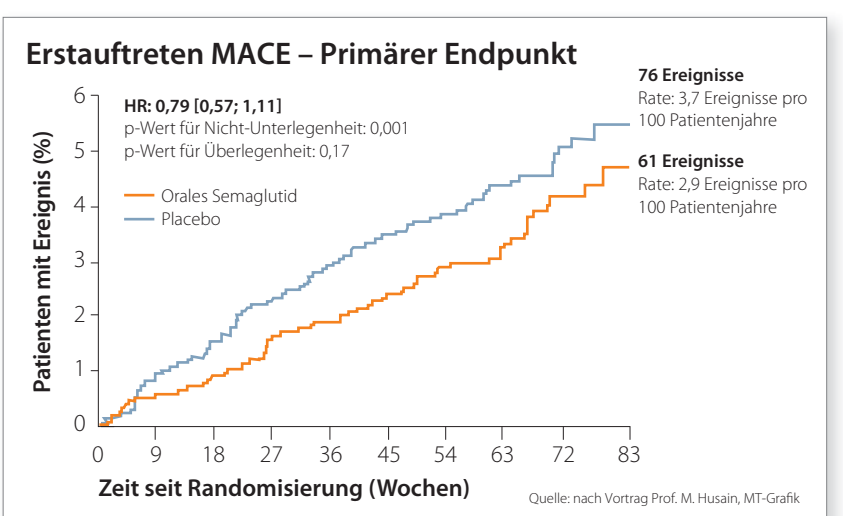
Stärkerer Rückgang des HbA_{1c}-Werts im Behandlungsarm

HbA_{1c}: Der Einfluss von oralem Semaglutid auf den Stoffwechsel der Patienten wurde ebenfalls in PIONEER 6 untersucht. Zu Beginn lag der gemittelte HbA_{1c}-Wert



Kann Semaglutid als Tablette überzeugen?

Foto: bonnontawat – stock.adobe.com



Mit Blick auf die Sicherheit von oralem Semaglutid wurden auch **Nebenwirkungen** systematisch erfasst. Das Sicherheitsprofil entsprach in der Studie dem der Klasse der GLP1-RA, so Dr. Mosenzon. Zu den häufigsten Nebenwirkungen, die zu einem Therapieabbruch führten, zählten gastrointestinale Nebenwirkungen. Dies führte bei 6,8 % der Patienten unter oralem Semaglutid zu einem Abbruch, im Vergleich zu 1,6 % im Placeboarm. Ein besonderes Augenmerk wurde auf Retinopathien gelegt: Hier ergaben sich jedoch keine Unterschiede zwischen den Studienarmen. 85 % aller Fälle wurden allerdings im Rahmen der in der Studie vorgesehenen Untersuchungen entdeckt, betonte Dr. Mosenzon.

Alltagstauglichkeit wird sich erst noch zeigen müssen

Des Weiteren waren schwere Hypoglykämien von Interesse. „Die Rate war sehr niedrig“, so die Expertin. Unter oralem Semaglutid kam es zu 23 Ereignissen, mit Placebo wurden 13 Fälle verzeichnet. „Berechnet man

die Ereignisrate pro 100 Patientenjahren, liegt der Wert bei 1 in beiden Gruppen“, so Dr. Mosenzon. Zudem traten alle schweren Hypoglykämien bei Patienten auf, die zu dem Zeitpunkt mit Insulin oder Sulfonylharnstoff behandelt wurden.

Insgesamt sei die Effektivität von oraler GLP1-Technologie in Bezug auf Glykämie, Gewicht und kardiovaskuläre Risikofaktoren über einen längeren Zeitraum bestätigt, fasste Professor Dr. VIVIAN FONSECA, Tulane University, New Orleans, USA, zusammen. Doch es werde interessant zu sehen, was das Medikament im Alltag leisten wird. Zudem müssen Patienten nach der Einnahme eine halbe Stunde mit dem Essen warten: „Werden die Leute die 30 Minuten warten? Wenn sie nicht warten, wird die Effektivität abgeschwächt?“ Er sei auch interessiert daran, wie die Therapietreue der Patienten aussehen wird, so Prof. Fonseca. Orales Semaglutid wird aktuell von verschiedenen Zulassungsbehörden, unter anderen der EMA, geprüft. Dr. Kerstin Tillmann

79th Scientific Sessions der ADA

Orale Formulierung eines GLP1-RA

Medikamente auf Peptidbasis sind eigentlich kaum für eine orale Gabe geeignet. Denn ein niedriger pH-Wert und proteolytische Enzyme im Magen sorgen dafür, dass diese Medikamente rasch abgebaut werden. Hinzu kommt, dass Peptide kaum das gastrointestinale Epithelium überwinden können – die orale Bioverfügbarkeit für GLP1-Rezeptoragonisten liegt bei unter 0,01 %.

Diese Schwierigkeiten können jedoch mithilfe eines kleinen Fettsäurederivats namens N-(8-(2-Hydroxybenzoyl)Amino) Caprylate – oder SNAC – gelöst werden: SNAC fördert die Absorption über die Magenschleimhaut und erhöht zudem lokal den pH-Wert, wodurch sich die Löslichkeit von Semaglutid verbessert und außerdem vor dem Abbau durch proteolytische Enzyme schützt. Im Fall von Semaglutid wurde der Wirkstoff mit 300 mg SNAC in einer Tablette zusammengebracht.

»Werden die Leute die 30 Minuten warten?«

»Zu wenig« Diabetesfälle

PREVIEW: Inzidenzrate nach drei Jahren in allen Interventionsarmen niedrig

SAN FRANCISCO. In der PREVIEW-Studie sollte geklärt werden, ob eine proteinreiche Ernährung besser geeignet ist, eine Diabetesmanifestation zu verhindern, als der standardmäßig empfohlene Nahrungsplan bei Prädiabetes. Doch scheinbar waren alle getesteten Interventionen erfolgreicher als geplant.

Lässt sich bei übergewichtigen Menschen mit Prädiabetes mithilfe von Lebensstilinterventionen verhindern, dass sie Diabetes Typ 2 entwickeln? Um diese Frage zu beantworten, wurde die internationale, multizentrische PREVIEW-Interventionsstudie ins Leben gerufen, deren Drei-Jahres-Daten Professor Dr. IAN McDONALD, University of Nottingham, im Rahmen des ADA-Kongresses vorstellte.

Eine kumulative Inzidenzrate von nur 4 %

An der Studie nahmen 2223 übergewichtige Menschen teil, die erhöhte Nüchternblutzuckerwerte (100–125 mg/dL) und/oder eine eingeschränkte Glukosetoleranz aufwiesen (Blutzuckerwerte von 140–199 mg/dL, 2 Stunden nach oraler Gabe von 75 g Glukose). Die Studie setzte sich aus zwei Phasen zusammen: In der ersten Phase, die zwei Monate andauerte, sollten Teilnehmer schnell mithilfe einer niedrigkalorischen Ernährung (800 kcal/Tag) an Gewicht verlieren. Hatten die Teilnehmer 8 % ihres Gewichts verloren, was 2202 von ihnen gelang, wurden sie in eine von vier Interventionsgruppen randomisiert, die sich

nach Nahrungszusammensetzung und Aktivitätslevel unterschieden. Ziel der zweiten, 34 Monate andauernden Phase war es herauszufinden, mit welcher der Interventionen Menschen mit Prädiabetes am Besten ihr Gewicht nach einer Gewichtsreduktion halten, erklärte Prof. McDonald. „Die Vermutung war, dass eine proteinreiche, niedrigglykämische Ernährung der standardmäßig in der Klinik empfohlenen Ernährung überlegen sein wird.“ Jedoch entwickelten innerhalb der drei Jahre, die die Studie andauerte, insgesamt nur 62 Personen Diabetes Typ 2 – über alle Gruppen hinweg. Das entspricht einer kumulativen Inzidenzrate von 4 %, die damit deutlich unter dem liegt, was die Wissenschaftler vorab auf Basis von vorangegangenen Diabetes-Präventionsstudien erwartet hatten, erläuterte der Experte: Denn ohne Intervention werde generell von einer Inzidenzrate von 21 % über den Zeitraum von drei Jahren ausgegangen.

War der initiale Gewichtsverlust entscheidend?

Die Forscher hatten erwartet, dass diese Zahl unabhängig von der Art der Bewegung mit der Standardernährung auf 15,8 % absinkt, mit der proteinreichen, niedrigglykämischen Ernährung sogar auf 10,5 %. Es sei verlockend zu behaupten, dass der initiale Gewichtsverlust der niedrigkalorischen Ernährung zu Beginn der Studie einen entscheidenden Beitrag zu diesem Ergebnis

geliefert hat, so Prof. McDonald. Die Kombination mit gründlicher Schulung und Unterstützung bei den jeweiligen Ernährungsplänen, zusätzlich zu einem Bewegungsprogramm, könnten zu einer erfolgreichen Lebensstilveränderung und einem Erhalt des Gewichtsverlusts bei den meisten Personen geführt haben, die die Studie beendet haben, vermutete der Experte. Dies müsse jedoch überprüft werden. Er wies zudem auf die Abbruchra-

te in der Studie hin: Lediglich von den 962 Teilnehmer, die die Studie beendet hatten, ist bekannt, ob sie Diabetes Typ 2 entwickelt haben oder nicht. Die Abbrüche führte Prof. McDonald unter anderem auf die langen Intervalle zurück, die zwischen den Studienvisiten lagen: In den ersten sechs Monaten der Studie gab es häufige Kontakte der Teilnehmer beispielsweise mit Ärzten, aber auch mit Ernährungs- und Bewegungsberatern. Weitere Visiten

fanden dann nach 12, 18, 24 und 36 Monaten statt.

Insgesamt bedeuten die Ergebnisse aber einen Erfolg

Insgesamt wertete Prof. McDonald die niedrige Inzidenzrate in der Studie aber als Erfolg. „Mehr Arbeit ist notwendig, um die Gründe für eine so erfolgreiche Prävention von Diabetes Typ 2 zu erforschen.“

Dr. Kerstin Tillmann

79th Scientific Sessions der ADA

Vier mögliche Lebensstile

In der PREVIEW-Studie wurden vier unterschiedliche Lebensstile miteinander verglichen, zu denen die Teilnehmer zu Beginn der Studie beraten wurden. Die Gruppen unterschieden sich jeweils nach Art der Ernährung und der Bewegung (z.B. proteinreiche Ernährung mit entweder hoher oder moderater Bewegungsintensität).

- Ernährungsform 1: hoher Eiweißanteil (25 Energieprozent (E%)), niedriger glykämischer Index (GI, ≤ 50) und moderate Kohlenhydrataufnahme (45 E%)
- Ernährungsform 2: moderate Proteinaufnahme (15 E%), hoher Kohlenhydratanteil (55 E%) und mittlerer GI (≥ 56)
- Intensives Bewegungsprogramm für > 75 min/Woche
- Moderates Bewegungsprogramm für 150 min/Woche

Lässt sich die Manifestation eines Typ-2-Diabetes diätetisch stoppen?

Foto: Fotomanufaktur JL – stock.adobe.com

»Gründe müssen weiter erforscht werden«

Sicher, aber keine präventive Wirkung

Vitamin-D-Präventionsstudie abgeschlossen

SAN FRANCISCO. Wie wichtig es ist, gängige Hypothesen aus Beobachtungsstudien auch klinisch zu überprüfen, zeigte sich aktuell in der D2d-Studie. So scheint die Gabe von Vitamin D das Auftreten von Diabetes Typ 2 weniger herauszuzögern als erhofft.

Aus Beobachtungsstudien war schon länger bekannt, dass zwischen niedrigen Vitamin-D-Spiegeln und der Entwicklung von Diabetes mellitus Typ 2 eine Assoziation besteht. Ob sich durch die Gabe von Vitamin D jedoch das Risiko für Typ-2-Diabetes verringern lässt, ist nicht klar, erläuterte Professor Dr. ANASTASSIOS G. PITTAS, Tufts University School of Medicine, Boston,

USA. Dies sollte im Rahmen der „Vitamin D and Type 2 Diabetes“ (D2d)-Studie geklärt werden. „Ziel war es, einen Unterschied für das Risiko zwischen Vitamin D und Placebo von 25 % oder mehr zu erfassen“, so Prof. Pittas.

80 % der Studienteilnehmer mit ausreichendem Vitamin-D-Level

Für die in den USA durchgeführte randomisierte, placebokontrollierte Studie wurden Personen unabhängig von ihrem Vitamin-D-Level rekrutiert, die jedoch ein hohes Diabetes-Typ-2-Risiko aufwiesen. Das bedeutet, dass sie zwei der drei ADA-Kriterien für Prädiabetes erfüllten (Nüchternblutzucker 100–125 mg/dL; Blutglukosewerte 140–199 mg/

dL, 2 Stunden nach einer 75 g-Glukosegabe; HbA_{1c} 5,7–6,4 %). Zu Beginn der Studie wurden die 2423 Teilnehmer 1:1 randomisiert und erhielten entweder ein Placebo oder 4000 IU Vitamin D₃ pro Tag. Der Beobachtungszeitraum dauerte 2,5 Jahre an, wobei die Teilnehmer angehalten waren, keine weiteren Nahrungsergänzungsmittel zu sich zu nehmen. Die maximal erlaubte Vitamin-D₃-Dosis zusätzlich zur Studienmedikation lag bei 1000 IU.

»Nicht signifikant«

Zu Beginn der Studie hatten laut Prof. Pittas ca. 80 % der Teilnehmer Vitamin-D-Level, die als ausreichend gelten (≥ 20 ng/mL). Die Vitamin-D-Dosis von 4000 IU/Tag wurde in dieser Studie erstmals auch in einer großen Langzeitbeobachtung auf Sicherheit hin überprüft, wie der Experte betonte. „Wir haben keine Sicherheitssignale im Rahmen der präspezifizierten Nebenwirkungen gefunden“, fasste der Experte die Daten zusammen. Die Teilnehmer wurden auf hohe Kalziumwerte in Serum oder Urin, auf eine niedrige GFR und auf Nierensteine hin untersucht. Auch mit Blick auf das Diabetesrisiko konnte kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen

ermittelt werden. Pro Jahr entwickelten mit Vitamin-D-Gabe 9,4 % der Teilnehmer Diabetes Typ 2, in der Placebogruppe waren es 10,7 %.

Ein Unterschied zeigte sich nur numerisch

Das entspricht einer Hazard Ratio von 0,88 ($p = 0,12$), die Werte unterscheiden sich daher nur numerisch, wie Prof. Pittas erklärte: „Unsere Studienergebnisse zeigen keinen statistisch signifikanten Vorteil für die Gabe von Vitamin D darin, die Progression zu Diabetes Typ 2 zu vermindern.“ Dies gelte zumindest für Personen, die keinen Vitamin-D-Mangel aufwiesen. kt

79th Scientific Sessions der ADA

Antikoagulation bei Diabetespatienten mit Vorhofflimmern empfohlen

Das Thromboembolierisiko ist deutlich erhöht

BERLIN. Ein Diabetes mellitus ist ein eigenständiger Risikofaktor für ein thromboembolisches Ereignis bei Patienten mit Vorhofflimmern. Patienten mit Diabetes und Vorhofflimmern sollten daher in der Regel antikoaguliert werden. Ein Update.



Sämtliche Patienten mit Vorhofflimmern sollten in Bezug auf ihr Thromboembolierisiko mittels CHA₂DS₂-VASC-Score stratifiziert werden, betonte Professor Dr. NIKOLAUS MARX, Uniklinik RWTH Aachen. Der CHA₂DS₂-VASC-Score bewertet folgende Risikofaktoren mit Punkten:¹

- Herzinsuffizienz: 1 Punkt
 - Hypertonie: 1 Punkt
 - Diabetes: 1 Punkt
 - Stattgehabter Apoplex/transient ischämische Attacke: 2 Punkte
 - Vaskuläre Erkrankung (koronare Erkrankung oder periphere arterielle Verschlusskrankheit): 1 Punkt
 - Alter 65–75: 1 Punkt
 - Alter > 75 Jahre: 2 Punkte
 - Weibliches Geschlecht: 1 Punkt
- Nur Patienten mit einem CHA₂DS₂-VASC-Wert von 0 und Patientinnen mit einem Wert von 1 benötigen prinzipiell keine Antikoagulation. Das sind Diabetespatienten aber von vorneherein nicht, weil ihre Stoffwechselerkrankung bereits einen Punkt in dem Risikoscore bedeutet. Die Antikoagulation wird bei Männern bereits ab einem Punkt, bei Frauen wegen des Punkts für ihr

Geschlecht ab 2 Punkten mit einer Evidenzklasse IIa empfohlen. Statistisch entspricht ein CHA₂DS₂-VASC-Wert von 1 bereits einer Verdoppelung des adjustierten Schlaganfallrisikos pro Jahr, ein Wert von 2 einer Verdreifachung. Wenn ein weiterer Risikofaktor hinzukommt, beispielsweise ein Alter über 65 Jahre oder Bluthochdruck, spricht die Evidenz noch klarer für eine Antikoagulation. Dies resultiert in einer Klasse-1-Empfehlung der Antikoagulation in den Leitlinien der Europäischen Kardiologischen Gesellschaft (ESC) bei Männern mit 2 Punkten und Frauen mit 3 Punkten nach dem CHA₂DS₂-VASC-Instrument.² Das ist bei Patienten mit Diabetes sehr häufig der Fall, insbesondere in höherem Alter. Prof. Marx betonte, dass gerade ältere Patienten wegen ihres relativ hohen Schlaganfallrisi-

»Insbesondere ältere Patienten profitieren«

kos besonders von der Antikoagulation profitieren und deshalb davon nicht ausgenommen werden sollten.

NOAK werden vorrangig von der ESC-Leitlinie empfohlen

Zur Antikoagulation stehen Vitamin-K-Antagonisten und NOAK zur Verfügung. Die Leitlinie der ESC empfiehlt vorrangig den Einsatz von NOAK. Ausnahmen sind Patienten mit mechanischen Herzklappen und Patienten mit moderater bis schwerer Mitralstenose. Eine Plättchenhemmer-Monotherapie zur Schlaganfallprävention wird dagegen nicht empfohlen, betonte Prof. Marx – auch wenn es Patienten gibt, die ihr „Wohlfühlaspirin“ haben möchten. Das gilt selbst bei bestehenden Plaques – es gibt laut Prof. Marx keine Evidenz, dass diese Patienten von Acetylsalicylsäure profitieren.

Eine Konversion mit dem Versuch, die Patienten wieder in einen normalen Sinusrhythmus zu bringen, ist nicht zwingend erforderlich – prognostisch macht das laut Prof. Marx bei Vorhofflimmern keinen Unterschied. Das Vorgehen ist bei Patienten mit Diabetes nicht anders als

bei Patienten ohne Diabetes.³ Eine Rhythmuskontrolle ist nur bei symptomatischen Patienten nach adäquater Frequenzkontrolle indiziert. Dazu sollte die Beeinträchtigung von Alltagsaktivitäten durch das Vorhofflimmern nach dem Score der Heart Rhythm Association (EHRA) erfragt werden.²

Digitalis nur als absolutes Reservemedikament

Die Herzfrequenz sollte laut Prof. Marx in einem Bereich von 90 bis 110 Schläge pro Minute liegen und im Langzeit-EKG kontrolliert werden. Als Medikamente kommen Betablocker, bei linksventrikulärer Ejektionsfraktion von mindestens 40 % auch die Non-Dihydropyridin-Kalziumantagonisten Verapamil und Diltiazem infrage. Digitalis ist ein absolutes Reservemedikament, wenn nichts anderes hilft. Der Wirkstoff setzt zudem eine ausreichende Nierenfunktion voraus.

Friederike Klein


1. Lip GY et al. Chest 2010; 137: 263-272;
2. Kirchhof P et al. Eur Heart J 2016; 37: 2893-2962; 3. Schütt K et al. Diabetologie und Stoffwechsel 2018; 13(Suppl. 2): 5214-5216

Diabetes Kongress 2019

Reisestipendium zur Herbsttagung schnell sichern!

BERLIN. Noch bis Ende August läuft die Bewerbungsfrist für die Reisestipendien zur Diabetes Herbsttagung vom 8. bis 9. November in Leipzig. Die Stipendien enthalten u.a. freien Eintritt zur Tagung. Außerdem begleiten erfahrene Mentorinnen und Mentoren aus Klinik und Wissenschaft die Stipendiatinnen und Stipendiaten auf der Tagung. Bewerben können sich Studierende der Medizin, Psychologie und Pharmazie mit diabetesbezogenem Schwerpunkt sowie Assistenzärztinnen und -ärzte bis 35 Jahre.

Weitere Informationen unter:

 www.herbsttagung-ddg.de/nachwuchsfoerderung.html

Ein Tag für den Nachwuchs

BERLIN. Für die Diabetologen und Diabetologinnen von Morgen soll es nach dem Erfolg der ersten Veranstaltung wieder einen DDG Nachwuchstag geben. Organisator ist die AG Nachwuchs Forschung, Klinik, Praxis der DDG. Die Mitglieder haben das Ziel, Studierende aus den Bereichen Medizin, Naturwissenschaften und Pharmazie zusammenzubringen. Der 2. DDG Nachwuchstag findet vor der Diabetes Herbsttagung statt: am 7. November 2019 in Leipzig – mit spannenden Vorträgen.

 http://bit.ly/DDG_Facebook

Jetzt starten mit


abasaglar®
Insulin glargin

Bezeichnung der Arzneimittel: ABASAGLAR 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Patrone, ABASAGLAR 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einem Fertigpen. **Zusammensetzung:** arzneilich wirksamer Bestandteil: 1 ml Lösung enthält 100 Einheiten Insulin glargin (entsprechend 3,64 mg); **Hilfsstoffe:** Zinkoxid, Metacresol, Glycerol, Natriumhydroxid, Salzsäure, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** ABASAGLAR wird zur Behandlung von Diabetes mellitus bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern im Alter von 2 Jahren und älter eingesetzt. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Insulin glargin oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** **Sehr häufig:** Hypoglykämie. **Häufig:** Hautveränderungen an der Injektionsstelle (Lipoatrophie oder Lipohypertrophie); Nebenwirkungen an der Haut und allergische Reaktionen (Reaktionen an der Einstichstelle, z.B. Rötung, ungewohnter Schmerz beim Spritzen, Juckreiz, Quaddelbildung, Schwellung oder Entzündung). **Selten:** Schwere allergische Reaktionen auf Insulin: Großflächige Hautreaktionen (Hautausschlag, Juckreiz am ganzen Körper), starke Haut- und Schleimhautschwellungen (Angioödem), Atemnot, Blutdruckabfall mit schnellem Puls und Schwitzen; dies können Anzeichen einer schweren allergischen Reaktion auf Insulin sein und lebensbedrohlich werden. Sehstörungen: Ausgeprägte Veränderungen der Blutzuckereinstellung können das Sehvermögen vorübergehend beeinträchtigen, bei proliferativen Retinopathie können schwere Unterzuckerungen zu vorübergehenden Verlust der Sehschärfe führen. Vorübergehende Wassereinlagerungen im Körper, die sich als Schwellungen im Bereich der Unterschenkel und Knöchel äußern können. **Sehr selten:** Störung des Geschmackempfindens (Dysgeusie), Muskelschmerzen (Myalgie). **Nebenwirkungen mit nicht bekannter Häufigkeit:** Bildung von Antikörpern gegen körperfremdes Insulin, in seltenen Fällen kann dies Anpassung der Insulindosierung erfordern. Im Allgemeinen sind Nebenwirkungen bei Kindern und Jugendlichen bis zu 18 Jahren ähnlich denen bei Erwachsenen. Über Reaktionen im Einstichbereich (Schmerz an der Einstichstelle, Reaktionen an der Einstichstelle) und Hautreaktionen (Ausschlag, Nesselsucht) wurde bei Kindern und Jugendlichen bis zu 18 Jahren relativ häufiger berichtet als bei Erwachsenen. Daten zur Sicherheit aus klinischen Prüfungen liegen für Kinder unter 2 Jahren nicht vor. **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. **Verschreibungspflichtig.** **Stand:** Februar 2018

DDG lud erneut zum Diabetes-Lauf ein

Startgelder und Spenden kommen zwei Diabetesprojekten zugute

BERLIN. Etwa 450 Läuferinnen und Läufer folgten auch in diesem Jahr der Einladung der DDG zum Diabetes-Lauf anlässlich des Diabetes Kongresses. Mit den Einnahmen werden Projekte von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe und der Deutschen Diabetes-Stiftung gefördert.

Nach einem Warm-up mit dem 200-Meter-Lauf-Europameister DANIEL SCHNELTING, selbst Typ-1-Diabetepatient, gingen die Sportbegeisterten auf eine Runde von 5,5 km. Diese führte vom CityCube über den Messedamm bis zum Sommergarten unter dem Funkturm und zurück. Durch die Startgebühr von zehn Euro pro Person und weitere Spenden kamen rund 5400 Euro zusammen, die nun zu gleichen Teilen diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe und der Deutschen Diabetes-Stiftung zugutekommen.

Fußballspielen und Lernen über Diabetes im Doppelpack

Aufseiten von diabetesDE dürfen sich, wie Geschäftsführerin NICOLE MATIG-FABIAN berichtet, junge Fußballbegeisterte über den Zuschuss freuen. Unterstützt wird das neue Projekt „Fußballwochenenden Doppelpack“, ausgerichtet auf Kinder und Jugendliche mit Diabetes Typ 1. Die jungen Erkrankten können zur Veranstaltung – deshalb „Doppelpack“ – eine Person ihres Vertrauens mitbringen. Bei den Fußball- und Bewegungswochenenden geht es nicht allein um das Spiel mit dem Ball und die sportliche Betätigung. Es werden auch die Ernährung und ein gesunder Lebensstil thematisiert. Außerdem werden die Teilnehmer ermuntert, über ihre eigenen Erfahrungen mit dem Diabetes zu berichten und sich zu dem Thema mit anderen Betroffenen auszutauschen. Fair Play und der Umgang mit Sieg und Niederlage stehen auf der Agenda. Gefördert wird zudem Selbstvertrauen und Selbstständigkeit. Immer vorwärts – so das Motto.

Informationen in einfacher verständlicher Sprache anbieten

Die Deutsche Diabetes Stiftung will in Zukunft einen barrierefreien Zugang zu Diabetes-Informationen anbieten. Die Spende vom Diabetes-Lauf fließt deshalb in ein Projekt, bei dem mithilfe von Übersetzern und Testpersonen eine Basis-Information zu Diabetes erarbeitet wird. Diese soll Menschen, die eine andere Form der Unterstützung benötigen, befähigen, sich selbstbestimmter, kom-

petenter und lösungsorientierter mit der eigenen Gesundheit zu befassen. Hintergrund der Initiative ist, dass ca. 13 Mio. Menschen in Deutschland das Lesen und Schreiben schwerfällt. Bis zu 8 Mio. erwerbsfähige Menschen können zudem mit Schriftsprache nur eingeschränkt umgehen, d.h., Betroffene können

einzelne Wörter oder kurze Sätze zwar lesen und schreiben. Werden die Texte aber länger und komplexer,

»5400 Euro an Unterstützung«

stoßen Menschen mit funktionalem Analphabetismus an ihre Grenzen. „Nur wer auch gesundheitsrelevante Informationen versteht, kann informierte Entscheidungen treffen bzw. ärztlich empfohlene oder verordnete Maßnahmen nachvollziehen“, so der Vorstandsvorsitzende der Stiftung, Professor Dr. HANS HAUNER. kol



Jedes Jahr zum Diabetes Kongress lädt die DDG zum Spendenlauf ein. Diesmal war Start am 30. Mai.

Foto: © DDG/Dirk Deckbar

DAS LEBEN IST VOLLER ERSTER MOMENTE.

Dazu zählt auch die erste Erfahrung eines Patienten mit Abasaglar®.



Meine erste Liebe

Mein erstes Baby

Mein erstes Basalinsulin

Abasaglar®



Unsere Starthilfe ist übersichtlich, simpel und praktisch.

Sie eignet sich für die Schulung in der Praxis und als Unterstützung für Ihre Patienten zu Hause. Für einen gelungenen und begleiteten Start in die Insulintherapie.

Starter-Kit bestellen: Tel. 06172 273-2222

www.abasaglar.de


abasaglar®
Insulin glargin

PP-BV-DE-0025 Februar 2019

Boehringer
Ingelheim



»Europameister motivierte zum Warm-up«

Was den Nachwuchs bewegt

Reisestipendiaten des Diabetes Kongresses 2019 im DDG Blog



BERLIN. Der Diabetes Kongress 2019 aus dem besonderen Blickwinkel der Studierenden: Für die 120 Reisestipendiaten der DDG hieß es, nicht nur zuhören, sondern auch bloggen. Die drei besten Beiträge aus dem DDG Blog lesen Sie hier.

von Alina Kollmeier

... Kardiovaskuläres Risiko bei diabetischer Nierenerkrankung ...

Diabetes ist leider kein einfacher Zeitgenosse. Und dazu auch noch so häufig! Als Volkskrankheit sind ca. 6,7 Mio. Deutsche betroffen. Die Tendenz steigt, Prognosen müssen stetig nach oben korrigiert werden. Und er stellt Ansprüche: Seine eigene Fachdisziplin, die Diabetologie, reicht ihm nicht aus. Er beschäftigt auch Nephrologen, Ophthalmologen und selbst die Aufmerksamkeit der Chirurgen zieht er manchmal auf sich. Über ein Aufmerksamkeitsdefizit kann sich Diabetes wahrlich nicht beklagen. Auch Priv.-Doz. Dr. med. Katharina Schütt aus Aachen widmete sich beim Industriesymposium von Bayer der kardiologischen Perspektive diabetischer Folgeerkrankungen. Zufälligerweise handelt es sich bei Aachen auch um meinen Studienort – die extravagante Schönheit des Uniklinikums ist über die Grenzen Nordrhein-Westfalens bekannt.

Zu Beginn gibt es gute Nachrichten! Denn die Tendenz von kardiovaskulären Todesfällen bei Typ-2-Diabetikern ist gesunken. Allerdings wurde in der Vergangenheit der Fokus auf den Herzinfarkt gelegt. Die mit besonders schlechter Prognose einhergehende Herzinsuffizienz dagegen eher vernachlässigt. Ab einer GFR <60 ml/min ist das kardiovaskuläre Risiko besonders erhöht, was durch Veränderungen an Myokard (Stichwort linksventrikuläre Hypertrophie), Gefäßen und Blut bedingt ist. Auf pathophysiologischer Ebene sind dafür z.B. urämische Toxine, Hypertension und Gefäßsteifigkeit verantwortlich. Im Gegensatz zum klassischen Hypertoniker gesellt sich dann noch interstitielle Fibrose dazu et voilà – fertig ist die urämische Kardiomyopathie.

Nun ist der Therapie-Algorithmus der Herzinsuffizienz allseits bekannt, viele Studien belegen die lebensrettende Wirkung der ACE-Hemmer. Aber ist dem auch so bei Patienten mit diabetischer Nephropathie? Eine Metaanalyse zweifelt dies an. Zum Glück gibt es bereits mehrere Phase-III-Studien zu potenziellen neuen Lebensrettern! Besonders vielversprechend sind SGLT2-Inhibitoren, da die Pathophysiologie der Herzinsuffizienz, der des Diabetes mellitus Typ 2 ähnelt. Weitere Hoffnungsträger sind Vericiguat (VICTORIA-HF Studie) und Omecamtiv Mecarbil (GALACTIC-HF Studie). Finerenon (FIGERO-DKD Studie) ist nicht nur einfacher auszusprechen, sondern

erheitert auch sonst den Kardiologen: Die kardiovaskuläre Hospitalisation und Mortalität sinkt, Fibrosierung des Myokards wird vermindert und Arrhythmien treten seltener auf. Cave jedoch in Bezug auf Hyperkaliämie und ... renale Beteiligung. Der Diabetes macht es einem wirklich nicht einfach!

Was bleibt also festzuhalten? Die urämische Kardiomyopathie ist ein enger Bekannter des Diabetes und steht ihm in seiner Komplexität in nichts nach. Gerade diese Interaktion macht betroffene Patienten besonders vulnerabel. Wahrscheinlich lässt sich Herzinsuffizienz bei Diabetes und Nephropathie noch effektiver behandeln als bisher. Ich bin auf jeden Fall gespannt, wie sich die Studienlage entwickelt. Möglicherweise werde ich mich an den Vortrag erinnern, wenn ich in mittelfristiger Zukunft (vielleicht) über die immergrünen Flure des Aachener Uniklinikums wandeln darf.



von Antonella Maria Tilk

1921 bis 2019 – bleibt Insulin die einzig sinnvolle Therapie des Typ-1-Diabetes? ...

1921 entdeckten Frederik Banting und Charles Best das Hormon, um das sich heute so viel dreht: das Insulin. Wie vielfältig die Wirkung und der Einfluss auf unseren Stoffwechsel ist, war da noch nicht klar. Dennoch ist es ein Durchbruch in der Diabetesforschung und die erste „echte Therapie“ für tausende Diabetiker. Bis heute.

Wie kann es sein, dass innerhalb von fast 100 Jahren Insulin die einzige Therapie für Typ-1-Diabetes bleibt? Oder ist es vielleicht gar nicht so aussichtslos, wie es klingen mag?

Luis ist neun Jahre alt, als er plötzlich für zwei Wochen ins Krankenhaus muss. Typ-1-Diabetes lautet die Diagnose. Ihm und seinen Eltern wird genau erklärt und gezeigt, wie er in Zukunft sein Leben umgestalten muss. Es gibt eine Vielzahl von Glukosesensoren und Insulinpumpen, aus denen er wählen kann. „Was soll denn da noch schiefgehen?“, fragt er sich. „Mit den heutigen Hilfsmitteln ist doch eine optimale Einstellung des Zuckers und ein normales Leben möglich!“

Was Luis und seinen Eltern allerdings nicht gesagt wurde ist, dass seine Lebenszeit um 14 Jahre geringer ist als bei den anderen Jungs seines Alters ... und das trotz optimaler Einstellung des Blutzuckers. Rawshani et al. veröffentlichten 2018 im Lancet (2018; 392: 477-86),

dass das kardiovaskuläre Risiko mit einer frühen Manifestation des Diabetes zunehme und dieses signifikant erhöht sei, auch wenn ein gewünschter HbA_{1c} bzw. eine gewünschte Time in Range erreicht wird. Muss uns das nicht erschrecken? Obwohl sich in den letzten Jahrzehnten viel im Bereich der Hilfsmittel getan hat und wir die externe Insulingabe und Blutzuckerregulation immer mehr versuchen der physiologischen körpereigenen anzunähern, scheint es uns trotzdem nicht zu gelingen, die Mortalität – alleine mit Insulin – entscheidend zu beeinflussen. Müssen wir die Therapie erweitern, damit uns das gelingen kann?

Eine Möglichkeit hat sich aufgetan. SGLT2-Inhibitoren kennen wir eigentlich aus der Therapie des Typ-2-Diabetes. Über eine gesteigerte renale Glukoseausscheidung kann der Blutzucker gesenkt werden. Ein Effekt, der ebenfalls beim Typ-1-Diabetes nützlich sein kann. In Studien wurde gezeigt, dass nicht nur der HbA_{1c} leicht fiel, sondern auch das Körpergewicht und die Insulingabe reduziert werden konnten. Besonders zu betonen ist, dass auch die für uns mittlerweile wichtige Time in Range bei geringerer Anzahl an Hypoglykämien zunahm. Das klingt doch so weit vielversprechend?

SGLT2-Inhibitoren haben in Deutschland aktuell nur eine Zulassung bei Typ-1-Diabetikern mit einem BMI >27 kg/m². Die Indikation sollte streng gestellt werden, da diabetische Ketoazidosen unter SGLT2-Inhibitor-Einnahme deutlich vermehrt auftreten. Mit einer number needed to harm von 31 ist das kein Risiko, das man mal eben unter den Tisch fallen lassen kann. Trotzdem sollte dies kein Grund sein, die neue Möglichkeit der Therapieerweiterung zu sparsam einzusetzen. Prof. Thomas Danne betonte in dem Industriesymposium von AstraZeneca (Do. 30.5.2019), dass diesem Risiko durch adäquate Schulung der Patienten, aber auch der Ärzte entgegengewirkt werden kann.

Entscheidend ist hier doch, dass wir etwas tun müssen. Insulin scheint nicht zu reichen. Also müssen wir weitersuchen und aufbrechen zu neuen Ufern. Auch wenn das bedeutet, dass wir Risiken in Kauf nehmen und überlegen müssen, wie wir diese minimieren. Denn eins ist klar: Eine um mehr als 14 Jahre verkürzte Lebenserwartung trotz optimaler Blutzuckereinstellung kann uns nicht zufrieden stellen!

Alltag im Ausnahmezustand – Auswirkungen des Typ-1-Diabetes auf Familien ...

In unserer modernen, von Wissenschaft und vornehmlich rationalen Entscheidungen geprägten Welt ist es Standard, nichts mehr dem Zufall zu überlassen. In vielen Kreisen ist es en vogue vor der Schwangerschaft durch einen der vielen Online-Anbieter mittels Speichelprobe eine Genomanalyse durchzuführen. Diese verspricht mögliche Erbkrankheiten oder genetische Prämutationen, die den Nachwuchs betreffen könnten, aufzudecken. Junge Eltern wägen sich so in trügerischer Sicherheit, wenn die Erkrankungsrisiken von Trisomie 21 oder Mukoviszidose in beruhigend niedrigen Wahrscheinlichkeiten auf Papier gebannt sind. Diabetes mellitus Typ 1, wo die Gene hingegen eine eher untergeordnete Rolle spielen, ist die häufigste Stoffwechselerkrankung des Kindes- und Jugendalters. 1 von 300 Neugeborenen wird im Laufe seines Lebens einen Typ-1-Diabetes mellitus (T1DM) entwickeln. Wie wirkt sich das auf die Familie des betroffenen Kindes aus? Was bedeutet das im Alltag? Wie kann eine mögliche Betreuung des Kindes auch außerhalb des häuslichen Rahmens erfolgen?

Die beiden Studien Frederik und Fr1dolin, die von der Helmholtz Stiftung in München und der GPPAD aktuell durchgeführt werden, untersuchen Neugeborene zwischen dem 2. und 3. Lebensjahr (Frederik) bzw. im Alter von 2–6 Jahren (Fr1dolin) auf das Risiko für das Auftreten eines T1DM. Bei positivem Testergebnis werden die Eltern in einem persönlichen Gespräch ausführlich informiert, um Komplikationen bei Manifestation zu vermeiden oder das Auftreten der Erkrankung ganz verhindern zu können.

Frau Prof. Lange beschäftigte sich intensiv mit der Zweischneidigkeit solcher Screeningprogramme. Positiv ist hierbei die verstärkte Sensibilisierung der Eltern für die Möglichkeit einer Manifestation und das Auftreten erster Symptome. So kann frühzeitig interveniert werden und schwerwiegende Komplikationen bei Erstmanifestation (z.B. diabetische Ketoazidose) können verhindert werden. Eine diabetische Ketoazidose tritt bei 25–30% auf und endet für 40% der betroffenen Kinder selbst bei optimalen Behandlungsmöglichkeiten tödlich. Die Gefahr, den Familien mit dem Damoklesschwert der Diagnose „Diabetes“ unbeschwerter Jahre bis zur Manifestation und endgültigen Diagnose zu nehmen, spricht gegen solche Screeningprogramme.

In ihrem Vortrag „Familiärer Umgang mit dem erhöhten Risiko, an Diabetes zu erkranken“ referierte sie, wie Familien damit zurecht kommen, wenn sie im Rahmen der Studie erfahren, dass ihr Kind ein hohes Risiko trägt, an T1DM zu erkranken. Eltern rechneten – sofern nicht ein Elternteil selbst an T1DM litt – nicht mit einem positiven Testergebnis. Nach durchschnittlich 12 Monaten scheinen die Eltern jedoch keine starke Belastung durch die Testresultate mehr zu empfinden und der Grad psychologischer Belastung war rückläufig. Risikofaktoren, die einen signifikanten Rückgang der Belastung verhinderten, sind bereits bestehende psychische Probleme, ein niedriger sozioökonomischer Status sowie die Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit.

Doch wie verändert sich das, wenn der Diabetes sich manifestiert hat und die Familien den Alltag meistern müssen? Frau Dr. Dehn-Hindenberg (Medizinischen Hochschule Hannover) stellte die AMBA-Studie vor. Sie formulierte sehr passend: „In diesem jungen Alter hat nicht das Kind den Diabetes, sondern die Mutter.“ Die Zahlen, die sie präsentierte zeigen: Väter reduzierten ihre Arbeitszeiten auf Grund der Erkrankung des Kindes kaum. Um die adäquate Betreuung ihres Kindes sicherzustellen reduzierten aber rund 39% der Mütter ihre Arbeitszeit – 10% geben ihre berufliche Tätigkeit komplett auf. Neben finanziellen Einbußen (bei 46% der Familien mit betroffenem Kind) bedeutet diese Aufgabe der Arbeitstätigkeit auch eine soziale Isolation. Es ist also enorm wichtig, die Betreuungs- und Versorgungsmöglichkeiten von jungen Kindern und Jugendlichen zu verbessern und eine qualifizierte Betreuung in Kindergarten, Schule und Hort gewährleisten zu können. Unter den aktuellen sozioökonomischen und therapeutischen Bedingungen benötigen Familien umfassendere Unterstützung.

Um genau das in Zukunft einfacher gestalten zu können, beschäftigten sich Dr. Meissner (UK Düsseldorf) und Prof. Holl (Universität Ulm) mit dem Management der Akutkomplikationen. Gerät ein Kind mit T1DM in eine Hypoglykämie, kann diese bei einer mäßigen Unterzuckerung durch die orale Gabe schnell verwertbarer Kohlenhydrate oder bei schwerer Hypoglykämie durch die intramuskuläre Injektion von Glukagon kompensiert werden. Doch fördert diese „unnötige Zucker- und (damit) Kalorienaufnahme“ die Entwicklung von Übergewicht. Zum anderen zeigten Studien an Simulatoren, dass selbst bei vorher geschulten Laien nur 2 von 30 intramuskulären (i.m.) Glukagon-Injektionen korrekt durchgeführt werden. Eine Idee daher: der Ersatz der i.m. Injektion durch eine nasale Glukagon-Gabe. In einer RCT-Studie, in der die i.m. Gabe von Glukagon mit einer nasalen Applikation von 3mg Glukagon bei Kindern und Jugendlichen (4–17 Jahre) verglichen wurde, konnte zeigen, dass die nasale Applikation zwar mit einer geringfügig längeren Anflutungszeit verbunden, der intramuskulären Gabe in der Wirksamkeit jedoch nicht unterlegen war. In den meisten Fällen konnte dies von den Eltern in <30 sec sicher und erfolgreich angewendet werden. Die Anwendung wurde als einfach durchführbar und positiv bewertet – dies scheint ein vielversprechender Ansatz in der Abwendung gefährdeter Hyposituationen zu sein. Diese Art der Applikation könnte eine Betreuung von Kindern mit Diabetes in regulären Betreuungseinrichtungen erleichtern.

Bis man von einer gelungenen Integration von Kindern- und Jugendlichen mit Diabetes Typ 1 in den außerhäuslichen Alltag, der auch den Familien eine Entlastung und adäquate Lebensgestaltung bietet, sprechen kann, scheint es noch ein weiter Weg zu sein. Aktuelle Forschungsergebnisse und das wissenschaftliche Interesse versprechen aber aussichtsreiche Fortschritte in den nächsten Jahren.



Link zu den Blog-Beiträgen:
blog.ddg.info



Risiko, Prävalenz & Komorbiditäten: Unterschiede zwischen Mann und Frau

Aktuelle Daten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes vorgestellt

BERLIN. Frauen und Männer tragen ein unterschiedlich hohes Risiko, an Typ-2-Diabetes zu erkranken. Sie unterscheiden sich zudem in Bezug auf die Prävalenz von unentdecktem Typ-2-Diabetes und beim Auftreten von Folgeerkrankungen und Komorbiditäten. Diese Kennzahlen lassen sich aus der umfangreichen Datensammlung der Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Bundes gewinnen.

So lag die Prävalenz eines bekannten Typ-2-Diabetes im Jahr 2010 für Frauen bei 7,4 % und für Männer bei 7,0 %, wie Dr. FRANZISKA PRÜTZ vom Robert Koch-Institut (RKI) berichtet. Beim unerkannten Diabetes geht man allerdings für Frauen von einem deutlich niedrigeren Anteil als bei Männern (1,2 vs. 2,9 %) aus. Ein möglicher Grund hierfür könnte sein, dass Frauen generell mehr Bereitschaft zeigen, Vorsorgeuntersuchungen wahrzunehmen.

Anstieg von Adipositas vor allem bei jungen Männern

Entsprechend haben Männer ein deutlich höheres Risiko als Frauen, in den nächsten fünf Jahren an Diabetes zu erkranken. Dieses Risiko ist nur in der Bevölkerungsgruppe mit dem höchsten Bildungsstand rückläufig – und hier bei Männern deutlicher als bei Frauen. Die begünstigenden Faktoren hierfür sind natürlich alte Bekannte: So sind mehr als die Hälfte der Frauen und

sogar rund zwei Drittel der Männer übergewichtig. Rund ein Viertel der Gesamtbevölkerung ist stark übergewichtig (adipös). „Unsere Daten zeigen einen Anstieg von Adipositas besonders unter jungen Männern“, berichtete Dr. Prütz und ergänzte: „Je niedriger der sozioökonomische Status, desto häufiger treten Übergewicht und Adipositas auf.“

Immerhin ist die Prävalenz von Tabakkonsum im Verlauf der letzten 10–15 Jahre deutlich zurückgegangen: Knapp 21 % der Frauen und 27 % der Männer greifen demnach regelmäßig zum Glimmstängel.

Frauen mit Diabetes entwickeln häufiger eine KHK

Obwohl Frauen weniger häufig übergewichtig sind und auch weniger rauchen, haben sie bei Diabetes ein höheres relatives Risiko als Männer, zusätzlich eine koronare Herzkrankheit zu entwickeln. Demgegenüber ist bei den Männern der Anteil von Diabetespatienten mit Folgeerkrankungen (z.B. Herz-Kreislauf-Komplikationen, Fußamputationen) höher als bei Frauen. Als Gründe hierfür vermutet man die höhere Prävalenz des unerkannten

»Therapieziele seltener erreicht«

Diabetes und ein insgesamt früheres Erkrankungsalter.

Auch beim Erreichen der Therapieziele zeigen die Daten Unterschiede zwischen Männern und Frauen: So

erreicht beispielsweise ein geringerer Anteil der Frauen die vereinbarten Therapieziele beim Non-HDL-C. „Möglicherweise werden Frauen seltener lipidsenkende Medikamente verordnet als Männern – oder aber sie nehmen diese Medikamente nicht ein, weil bei ihnen häufiger Nebenwirkungen auftreten?“, vermutete Dr. Prütz. Für mehr epidemiologische Daten rund um das Thema Diabetes empfahl die Referentin die Lektüre des aktuellen Sonderhefts zur Diabetes-Surveillance und betonte: „Feedback zu diesen Daten ist ausdrücklich erwünscht!“ Antje Thiel

Diabetes Kongress 2019

GBE des Bundes: Fundgrube für epidemiologische Daten

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) wird gemeinsam getragen vom Robert Koch-Institut und dem Statistischen Bundesamt. Ihre Aufgabe ist die kontinuierliche Berichterstattung zur gesundheitlichen Situation der Bevölkerung in Deutschland ebenso wie die Analyse von Trends, die Ermittlung von Problemstellungen, die Bereitstellung von Daten- und Informationsgrundlagen für verschiedene Zielgruppen sowie die Unterstützung bei der Planung, Umsetzung und Evaluation von gesundheitspolitischen Maßnahmen. Das Informationssystem der GBE bietet eine Fülle an Publikationen, darunter Gesundheitsberichte und Themenhefte. Es ist auf der Homepage des RKI (www.rki.de) unter dem Stichwort ‚Gesundheitsmonitoring‘ zu finden. Viermal jährlich erscheint das Journal of Health Monitoring, in dem einzelne Themengebiete ausführlich dargestellt werden. Im Fokus der Juni-Ausgabe 2019 stehen neue Ergebnisse der nationalen Diabetes-Surveillance. Themen u. a.: soziale Ungleichheit im Zusammenhang mit Diabetes im Zeitverlauf, Datenlage zu Typ-1-Diabetes bei Erwachsenen und Typ-2-Diabetes bei Heranwachsenden.

Das Geschlecht kann sich günstig oder ungünstig auswirken.

Foto: iStock/nadia_bormotova

»Feedback zu den Daten ist erwünscht«

Kurzlink zur Juni-Ausgabe:
[www.tinyurl.com/
Diabetes-Surveillance](http://www.tinyurl.com/Diabetes-Surveillance)

Alter, Geschlecht und HLA als Risikofaktoren

Entstehungsprozess von Autoimmunerkrankungen besser verstehen

BERLIN. Auf die Frage, welche begünstigenden Langzeitfaktoren und punktuellen Trigger zur Manifestation von Typ-1-Diabetes führen, gibt es nach wie vor nur eher vage Antworten.

Forschende des Helmholtz Zentrums München haben nun untersucht, welchen Einfluss Alter, Genetik, Geschlecht und humane Leukozytenantigene (HLA) auf Autoimmunprozesse – und damit das Auftreten von Typ-1-Diabetes – haben. Die Autoimmunität für Typ-1-Diabetes entsteht bereits früh im Kleinkindalter“, berichtete Privatdozent Dr. PETER ACHENBACH vom

Institut für Diabetesforschung am Helmholtz Zentrum München mit Blick auf die erst jüngst publizierte Studie seiner Gruppe, in der 2441 erstgradige Verwandte von Menschen mit Diabetes (darunter 1166 Mädchen) von Geburt an über einen Zeitraum von bis zu 20 Jahren beobachtet wurden. Da Personen mit einem erhöhten Risiko für Typ-

1-Diabetes auch ein erhöhtes Risiko für andere Autoimmunerkrankungen aufweisen, wurden die Probanden ebenfalls auf Autoantikörper untersucht, die mit Zöliakie und Schilddrüsenautoimmunität assoziiert sind.

Von den untersuchten Kindern entwickelten insgesamt 394 eine oder mehrere Sorten Autoimmunantikörper. 165 Kinder wiesen dabei Inselzellantikörper auf, wobei Jungen und Mädchen in diesem Punkt nahezu gleichauf lagen (46,1 % Mädchen). Bei den Autoantikörpern gegen Transglutaminase (TGA) als Marker für Zöliakie hingegen ergab

sich ein signifikantes Ungleichgewicht (61,5 % Mädchen), ebenso wie bei den Autoantikörpern gegen Thyreoperoxidase (TPO) als Marker für Schilddrüsenautoimmunität (69,5 % Mädchen).

Merkmale als potenzielle Einschlusskriterien für Studien

Die statistische Analyse der Langzeitdaten ergab, dass das Risiko für jede einzelne Variante von Autoantikörpern in klarem Zusammenhang mit dem HLA-Genotyp, anderen Risikogenen, Alter und/oder Geschlecht stand. Für Dr. Achenbach ist deshalb klar, dass geschlechtsspezifische

Einflüsse auf das Immunsystem bei Typ-1-Diabetes mit genetischen und immunphänotypischen Merkmalen sowie mit Unterschieden in der Progressionsrate bei der Manifestation assoziiert sind.

Für die Forschung bedeute dies, dass diese Merkmale potenziell für die Rekrutierung in klinische Studien genutzt werden können. „Für die Praxis wiederum heißt das, dass man bei Kindern mit Typ-1-Diabetes immer auch an mögliche andere Autoimmunitäten denken und sie gegebenenfalls testen sollte“, schloss Dr. Achenbach.

thie

Diabetes Kongress 2019

»Einfluss auf das Immunsystem«



Ein Viertel der Weltbevölkerung weist eine NAFLD auf.

Foto: cunico – stock.adobe.com, iStock/OGphoto

NAFLD und NASH weltweit auf dem Vormarsch

Adipositas und Übergewicht als Hauptrisikofaktoren

BERLIN. Zunehmende Fälle von NAFLD und NASH stellen ein weltweites Problem und eine große Herausforderung für das Gesundheitssystem dar. Selbst Kinder sind zu einem nicht geringen Prozentsatz bereits von einer Steatose der Leber betroffen.

Weltweit liegt die Prävalenz der Nichtalkoholischen Fettlebererkrankung (NAFLD) heute bei ca. 25 %, so Professor Dr. ZOB AIR YOUNOS SI, Inova Fairfax Hospital, Virginia, USA. Von Patienten mit Typ-2-Diabetes ist sogar mehr als jeder zweite betroffen. Am höchsten ist die Prävalenz der Steatose im Nahen Osten mit 31,8 % und in Südamerika mit 30,5 % – am niedrigsten in Afrika mit 13,5 %. Die Prävalenz der prognostisch deutlich ungünstigeren Nichtalkoholischen Steatohepatitis (NASH) wird in der

Allgemeinbevölkerung weltweit auf 1,5–6,5 % geschätzt, unter Patienten mit Typ-2-Diabetes steigt sie auf 37 %, so Prof. Younossi. In Europa liegt die Prävalenz der NAFLD bei 20–30 %, wobei Deutschland hier mit führend

»37 % mit Typ 2 haben eine NASH«

ist. Etwa 3 % der Bevölkerung in Europa leiden unter einer NASH.

Mit jedem BMI-Punkt steigt das Risiko

Erschreckend sei, dass weltweit auch schon 7–10 % der Kinder eine NAFLD aufweisen, in Südamerika wird die Rate sogar auf 25 % geschätzt. Jungen sind hier deutlich häufiger betroffen und Übergewicht und Adipositas sind die wichtigsten Risikofaktoren.

Auch in Asien ist der Vormarsch der Fettleber besorgniserregend. So ist z.B. die Prävalenz in Indonesien von 7,9 % in den Jahren 2013–2015 auf 51,5 % im Jahr 2019 gestiegen, wobei hier auffälligerweise vermehrt auch schlanke Menschen betroffen sind. Ansonsten zeigt sich aber ein starker

Zusammenhang zwischen der weltweiten Zunahme von Übergewicht und Adipositas und der Fettleberproblematik. Mit jedem BMI-Punkt steigt das Risiko für eine NAFLD um 13–38 %, mit jedem Zentimeter mehr Taillenumfang um 3–10 %. Folgende unabhängige Risikofaktoren für eine NAFLD haben sich darüber hinaus herauskristallisiert:

- höheres Alter
- männliches Geschlecht
- hispanische Abstammung
- Adipositas
- Typ-2-Diabetes
- Hypercholesterinämie

Zunahme der Fettleberbedingten Mortalität

Die hohe Prävalenz an NAFLD und NASH bleibt nicht ohne Folgen. So

kommt es zu einer Zunahme von NAFLD-assoziierten Todesfällen durch Zirrhose und Leberversagen. In den USA ist die Fettleber die am schnellsten ansteigende Ursache für Lebererkrankungen und zunehmend Grund für eine Lebertransplantation. Auch schlanke Menschen (BMI $\leq 25 \text{ kg/m}^2$) mit NAFLD sind gefährdet. In einer Kohorte von 5375 schlanken Teilnehmern der NHA-NES-III-Studie wiesen 10,8 % eine NAFLD auf. Auch hier waren höheres Alter, männliches Geschlecht, Diabetes, hohes Cholesterin und Hypertonie die wichtigsten Risikofaktoren und NAFLD war auch mit einer signifikant höheren Gesamtmortalität und kardiovaskulären Sterblichkeit verbunden.

Maria Weiß

International Conference on Fatty Liver 2019

Regelmäßig auf Fettleber screenen

Diabetespatienten mit wesentlich höherem Progressionsrisiko als die Normalbevölkerung

BERLIN. Bei Patienten mit Typ-2-Diabetes wird empfohlen, unabhängig von einer Erhöhung der Leberenzyme auf das Vorliegen einer NAFLD zu screenen. Umgekehrt sollte der Nachweis einer Fettleber immer Anlass sein, den Glukosestoffwechsel zu untersuchen.

NAFLD und NASH werden heute als wichtige Komorbiditäten eines Typ-2-Diabetes angesehen, betonte Professor Dr. GIANLUCA PERSEGHIN von der University of Milano-Bicocca, Italien. Man muss davon ausgehen, dass von den weltweit etwa 420 Millionen Patienten mit Typ-2-Diabetes viele auch eine NASH entwickeln.

Dies hat deutliche Auswirkungen auf die Prognose: Patienten mit NAFLD haben nicht nur ein erhöhtes Risiko für Lebererkrankungen, auch die kardiovaskuläre Mortalität ist deutlich

erhöht. Das gelte insbesondere für Patienten mit Typ-2-Diabetes, betonte der Diabetologe. So wurde in der CREMONA-Studie gezeigt, dass ein erhöhter Fettleber-Index (FLI) bei Typ-2-Diabetes nach 15-jähriger Beobachtungszeit mit einer erhöhten Gesamtmortalität, hepatischen und kardiovaskulären Mortalität sowie Krebssterblichkeit einhergeht. Auch mit einer Nephropathie ist ein erhöhter FLI assoziiert.

In den europäischen Leitlinien von EASL, EASD und EASO¹ wird daher aufgrund des höheren Progressionsrisikos empfohlen, bei Typ-2-Diabetes oder metabolischem Syndrom auch ohne besonderen Anlass regelmäßig auf das Vorhandensein einer Fettleber zu screenen. Weisen Ultraschall, Leberenzyme und Biomarker auf eine Steatose, sollten bei erhöhten Leberenzymen Fibrosemarker bestimmt werden. Bei keiner oder

nur leichter Fibrose reicht es, den Patienten alle zwei Jahre nachzuntersuchen. Weisen die Fibrosemarker auf ein mittleres oder höheres Risiko oder liegen deutlich erhöhte Leberenzyme vor, wird die Überweisung zum Hepatologen empfohlen, der dann die weitere Abklärung ggf. einschließlich Leberbiopsie übernimmt. Ist keine Steatose nachweisbar, reicht es, das Screening alle 3–5 Jahre zu wiederholen, heißt es in den Leitlinien.

Fettleber-Index bei höherem Alter anpassen

Zu welchen Ergebnissen kommt man, wenn man dieses Untersuchungsprogramm konsequent anwendet? Dieser Frage ist Prof. Perseghin in seiner eigenen Klinik bei 2770 Patienten mit Typ-2-Diabetes nachgegangen. Der Fettleber-Index und andere Scores ergaben bei bis



zu 90 % der Diabetespatienten ein mittleres oder erhöhtes Fibrosesrisiko – ein kaum machbares Arbeitspensum für die Hepatologen. Das Problem könnte hier die Abhängigkeit der Scores vom Alter sein, sagte der Experte. Wendet man, wie vorgeschlagen, altersadaptierte Cut-off-Werte bei über 65-Jährigen an, ließ

sich die Zahl der Patienten mit mittlerem und höherem Risiko deutlich reduzieren.

Das Screening auf eine Fettleber könnte noch an Bedeutung gewinnen, wenn die Diagnose auch therapeutische Konsequenzen jenseits von Lebensstilempfehlungen hat, sagte Prof. Perseghin. Bei Patienten mit Typ-2-Diabetes könnte das z.B. der Einsatz von Pioglitazon, Liraglutid oder auch bariatrischer Chirurgie sein. Bisher ist man aber noch weit von der Implementierung eines einfachen, gut in den Praxisalltag zu integrierenden Screeningverfahrens für alle Diabetespatienten und einer etablierten Therapie entfernt, so die Einschätzung des Referenten. MW

1. EASL-EASD-EASO Clinical Practice Guidelines for the management of non-alcoholic fatty liver disease; Journal of Hepatology (2016) vol. 64 j 1388–1402

International Conference on Fatty Liver 2019

Time in Range: hip oder Hype?

Diabetologen diskutieren, ob die kontinuierliche Glukosemessung den HbA_{1c}-Wert obsolet macht

HANNOVER/ULM. Die Time in Range (TiR) spaltet die Diabetologie: Denen, die den neuen Parameter in der Patientenführung schätzen und ihn über kurz oder lang als Wachablösung des HbA_{1c} sehen, stehen jene gegenüber, die methodische Herausforderungen der Messung und der Softwareauswertung kritisieren. Die **diabeteszeitung** lässt hier Verfechter beider Positionen zu Wort kommen.

Dr. Guido Freckmann,
Institut für Diabetes-Technologie an der Universität Ulm

Aus den Parametern, die CGM liefert, können wir ohne Zweifel viele Zusatzinfos gewinnen für unsere Patienten. Aber die TiR wird das HbA_{1c} auf absehbare Zeit nicht ersetzen können, vielleicht irgendwann in Zukunft. Diesen Wert erhalten wir ja ohnehin nur bei Patienten, die CGM tatsächlich nutzen. Der HbA_{1c}-Wert erfüllt viele Aufgaben in der täglichen Praxis, nicht zuletzt als diagnostisches Kriterium für den Typ-2-Diabetes. Er hat sich in großen Studien als Marker bestätigt, der zuverlässige Rückschlüsse auf die Stoffwechseleinstellung und das Risiko für Folgeerkrankungen zulässt. Als Surrogatparameter für mikrovaskuläre Endpunkte ist er spätestens seit der DCCT-Studie auf breiter Basis anerkannt. Solche Daten muss die CGM erst noch liefern. Wir wissen schlicht nicht, wie gut TiR, postprandiale Blutzuckerwerte oder Glukosetagesprofile mit dem Outcome korrelieren.

Messresultate lassen sich nicht überprüfen

Qualitätskontrolle und Vergleichbarkeit von Daten sind wichtig. Beim HbA_{1c} hat sich in den letzten 20 Jahren viel getan in Sachen Standardisierung, da gibt es eine gute Vergleichbarkeit der Messwerte. Bei der CGM ist das anders. Da bestehen Unterschiede zwischen den Messsystemen, der Software und den Algorithmen. Es gibt kein Kontrollmaterial, anhand dessen sich die Messresultate überprüfen lassen. Erste Publikationen zeigen, dass die Ergebnisse eines Patienten mit verschiedenen Geräten unterschiedlich ausfallen. Dabei variiert die Time in Range gar nicht so stark, aber die Time Below Range, die Aufschluss gibt über das Hypoglykämierisiko.

Den Arzt, der seine Patienten anhand der Daten aus solchen Systemen behandeln will, stellt das vor Schwierigkeiten. Wir haben uns die Softwares mal angeschaut: Sie sind unterschiedlich in

der Funktionalität, haben nicht unbedingt die gleichen Parameter. Um halbwegs verlässliche Daten zu liefern, sind die Systeme auch auf halbwegs verlässliche Patienten angewiesen. Wenn es heißt: Wir brauchen soundso viele Messwerte über 14 Tage, stellt sich auch die Frage, hat der Patient wirklich die ganze Zeit Daten geliefert? Welchen Zeitbereich schließt die Software für die Auswertung ein? Da fehlt es noch an Standardisierung.

Eingesetztes System entscheidet über Therapie

Als Arzt muss man die Besonderheiten jedes Systems kennen und damit arbeiten, um damit umgehen zu können. Wenn mir ein System ausgibt, dass der Patient in einer Woche eine Stunde Below Range



„Die TiR wird das HbA_{1c} auf absehbare Zeit nicht ersetzen können“

ist, mit dem anderen aber fast zwei Stunden, wie wir das in einer aktuellen Untersuchung festgestellt haben, führt das zu unterschiedlichen Therapieentscheidungen. Zugespielt formuliert hängt es nicht von der Qualität der Stoffwechseleinstellung, sondern davon ab, welches System gerade im Einsatz ist, wie der Patient behandelt wird. Das ist derzeit die Crux.

Professor Dr. Thomas Danne,
Krankenhaus auf der Bult, Hannover

Die DDG hat im Mai eine Stellungnahme veröffentlicht, in der sie die TiR als Ergänzung zum HbA_{1c} wertet, v.a. aber auf die methodischen Probleme abhebt. Ich habe mich darüber geärgert, weil die Argumentation den Punkt verpasst, dass wir mit der CGM in der Patientenbetreuung einen Riesenschritt nach vorne gemacht haben.

Ich verstehe Kollegen, die methodisch argumentieren und sagen: Da kommt etwas anderes raus, je nachdem welches System ich verwende. Das ist sicherlich richtig. Da aber die Patienten in der Regel das gleiche CGM-Gerät und somit die gleiche Software verwenden, spielen die Unterschiede der Auswertungssoftwares für die individuelle Beratung keine Rolle. Den Wert dieses Parameters für das Patientenwohl sehen wir täglich in unserer Arbeit. Zeit im Zielbereich und Zeit unterm Zielbereich – das ist etwas, das die Patienten nachvollziehen können und woraus wir direkte Konsequenzen für die Therapie ziehen können. Patienten verstehen, wenn ich sage: „Ihre Time in Range ist besser geworden, wir sind auf dem richtigen Weg“,

oder auch: „Es ist schön, dass Sie jetzt 10 % mehr Time in Range haben, aber wir haben andererseits 5 % mehr Unterzuckerung, wir müssen etwas ändern.“

Spricht man mit Zulassungsbehörden oder Krankenkassen, kommt schnell das Argument, da fehlten noch randomisierte Endpunktstudien. Aber das wird nicht funktionieren. Die Geräte entwickeln sich so schnell, dass die Testgeräte gar nicht mehr up to date sind, wenn die Studien abgeschlossen sind. Die DCCT-Studie, die den HbA_{1c}-Wert als Maß für Folgeerkrankungen etabliert hat, hat neun Jahre gedauert!

Ein Biofeedback im besten Sinne

Zurzeit sind vor allem Patienten mit Typ-1-Diabetes mit CGM-Geräten versorgt, aber ich bin überzeugt, dass diese Entwicklung beim Typ-2-Diabetes relativ zügig nachvollzogen wird. Denn die Vorteile liegen auf der Hand. Nehmen Sie einen Patienten mit Prädiabetes: Wenn er abends sieht, meine Zuckerverwerte steigen an, und dann



„Den Wert der TiR für das Patientenwohl sehen wir tagtäglich.“

noch mal eine Runde mit dem Hund dreht und sieht, wie der Wert runter geht, weil er sich bewegt, ist das Biofeedback im besten Sinne. Wenn wir davon ausgehen, dass Verhaltensmodifikation der erste Schritt in der Behandlung des Typ-2-Diabetes ist, gibt so ein Gerät ein perfektes Feedback.

Bei den Patienten ist die Akzeptanz der CGM-Systeme hoch. Die Entwicklung geht ja auch ständig weiter, wir haben inzwischen schon Systeme, die wenig Aufwand erfordern, nicht mehr kalibriert werden müssen, einfach abzulesen sind. Ich bin überzeugt, dass die Geräte immer kleiner und einfacher zu bedienen sind und auch die automatische Befundinterpretation rasch fortschreiten wird. Natürlich muss man mit dem Patienten kommunizieren, was erwartet wird, wenn er ein solches System verwendet. Dass es Mühe macht, die Werte zu interpretieren, dass eine Schulung notwendig ist. Aber Autofahren können Sie auch erst, wenn Sie Fahrstunden genommen haben.

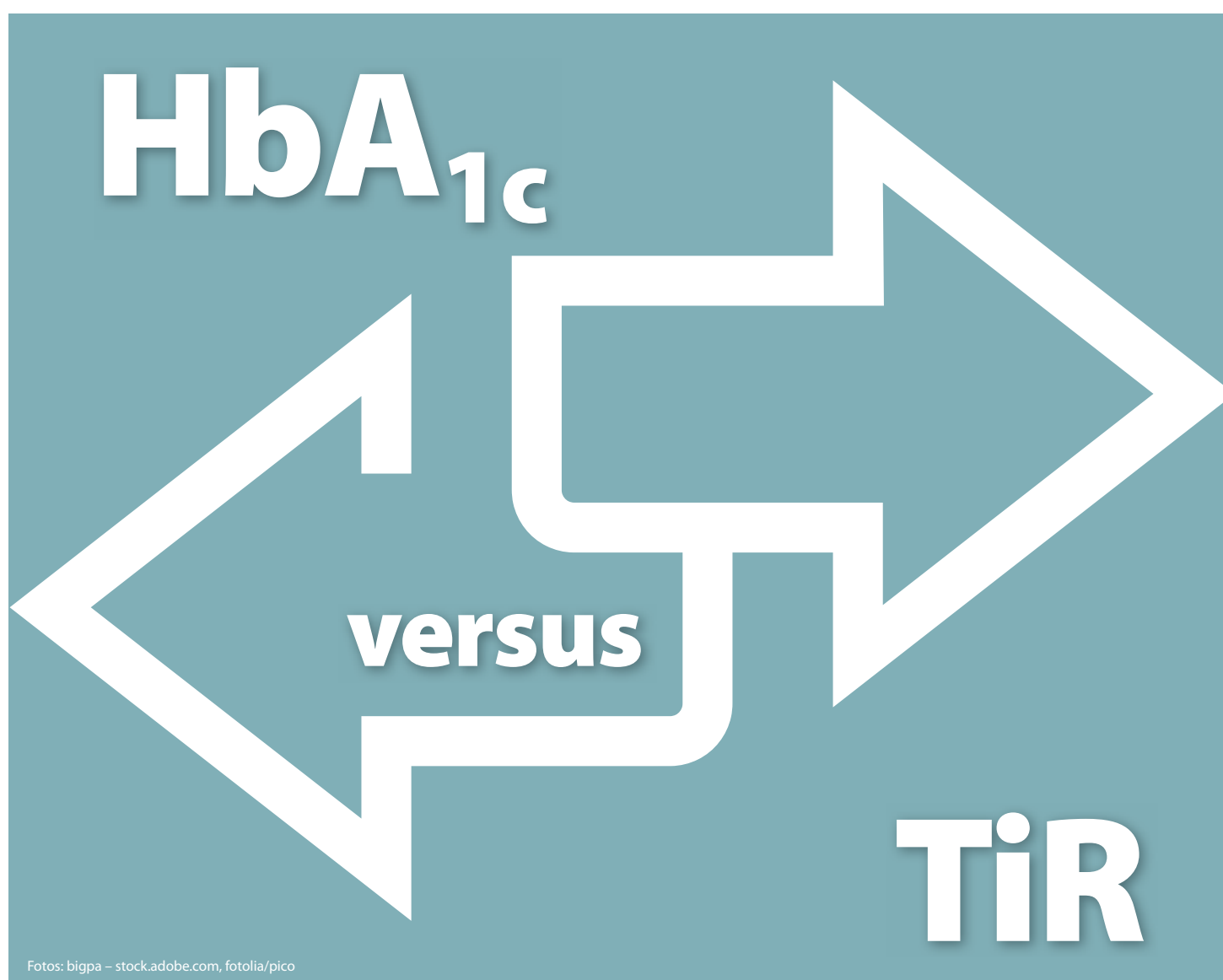
Bedeutung des HbA_{1c} wird abnehmen

Dass die TiR den HbA_{1c}-Wert ergänzt und nicht ersetzt, ist in gewisser Hinsicht Konsens. Aber die Bedeutung des HbA_{1c} wird mit der Zeit immer mehr abnehmen. Ihn zu ersetzen, wird nur möglich sein, wenn wir nachweisen können, dass die TiR für die Vorhersage von Folgeerkrankungen ebenso gut oder besser ist. Aber in der täglichen Patientenberatung hilft mir der HbA_{1c}-Wert nicht wirklich weiter, weil er viel zu abstrakt und für den Patienten nicht intuitiv erfassbar ist.

Protokoll: Manuela Arand

Stellungnahme der Kommission Labordiagnostik in der Diabetologie der DDG und DGKL:

http://bit.ly/Time_in_Range



GLP1-Analoga: Option für Typ 2 in jungen Jahren?

Bessere Blutzuckerkontrolle ja, deutliche Gewichtsabnahme nein

NEW HAVEN. In einer Phase-III-Studie wurde der GLP1-Rezeptoragonist (GLP1-RA) Liraglutid bei adipösen Jugendlichen mit Typ-2-Diabetes getestet. Die Hoffnungen in den neuen Therapieansatz wurden nur zum Teil erfüllt.

Überernährung und Bewegungsmangel sind dafür verantwortlich, dass immer mehr Kinder und Jugendliche zu dick sind, und zwar teilweise viel zu dick. Das wiederum hat zur Folge, dass der „jugendliche Typ-2-Diabetes“ inzwischen in einigen Teilen der Welt zu einem relevanten Problem geworden ist. Die Wirkung einer Metformin-Monotherapie ist in dieser Altersklasse limitiert, was maßgeblich auf die mitunter rasche Verschlechterung der Betazell-Funktion in Verbindung mit einer ausgeprägten Insulinresistenz zurückzuführen ist. In der 2012 publizierten TODAY-Studie versagte die Metformin-Monotherapie bei jedem zweiten Jugendlichen, sodass in vielen Fällen der Einsatz von Insulin erforderlich wurde. Neue orale Antidiabetika wurden in dieser Altersgruppe bisher nicht systematisch untersucht und haben insofern die unbefriedigende Behandlungssituation nicht durchschlagend verändern können.

135 Patienten unter 18 Jahre und mit Typ-2-Diabetes

Jetzt wurde eine randomisierte, placebo-kontrollierte Doppelblind-Studie mit Liraglutid vorgelegt: die ELLIPSE-Studie. In dieser Phase-III-Studie prüften Professor Dr. WILLIAM V. TAMBORLANE von der Yale University, New Haven, USA, und sein Team den Einsatz des GLP1-RA bei adipösen Jugendlichen mit Typ-2-Diabetes. Eingeschlossen wurden 135 Typ-2-Diabetespatienten im Alter zwischen 10 und 17 Jahren. Ein Teil von ihnen war bis zum Eintritt in die Studie ausschließlich nicht-medikamentös – mit Diät und

Sport – therapiert worden, bei dieser Subgruppe galt ein HbA_{1c} von 7,0–11,0 % als Einschlusskriterium. Die restlichen jugendlichen Patienten waren bereits mit Metformin allein oder mit Metformin plus Insulin vorbehandelt, hier bewegte sich der HbA_{1c} -Wert zu Studienbeginn zwischen 6,5–11,0 %. Der BMI lag bei allen Probanden jenseits der 85. Perzentile bezogen auf Alter und Geschlecht.

Während der Studie wurden alle Patienten mit Metformin behandelt, eine vorbestehende Basalinsulintherapie wurde beibehalten. Zusätzlich erhielten die jugendlichen Typ-2-Diabetespatienten nach 1:1-Randomisierung entweder Liraglutid subkutan oder ein entsprechendes Placebo über 26 Wochen hinweg. Liraglutid wurde in einer Tagesdosis von maximal 1,8 mg verabreicht, wobei die Dosis in den ersten drei Wochen – ausgehend von 0,6 mg – hochtitriert wurde. Die meisten Patienten erreichten die angestrebten Nüchternblutzucker-Werte mit weniger als der maximalen Dosis. Alle Patienten erhielten eine Beratung hinsichtlich eines günstigen Lebensstils. Der Doppelblindphase war eine ebenfalls 26-wöchige offene Phase nachgeschaltet, in der die Medikation der Interventionsgruppe beibehalten, die Placebogabe in der

Kontrollgruppe jedoch eingestellt wurde.

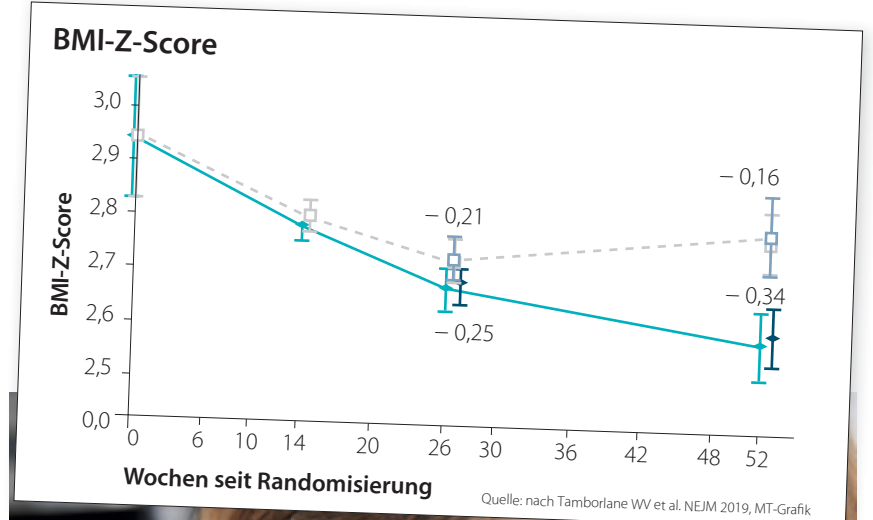
Nach 26 Wochen hatte sich der HbA_{1c} -Wert in der Liraglutid-Gruppe um im Mittel 0,64 Prozentpunkte verringert. In der Placebogruppe war der Wert dagegen angestiegen, und zwar um 0,42 Prozentpunkte. Der Unterschied von 1,06 Prozentpunkten war signifikant. Nach 52 Wochen hatte sich die Differenz zwischen den beiden Gruppen auf 1,30 Prozentpunkte weiter vergrößert. Auch die mittleren Nüchternblutzucker-Werte lagen an beiden Terminen in der Verumgruppe niedriger als zu Beginn der Studie, während in der Placebogruppe auch hier ein Anstieg zu beobachten war.

Als Abspeckhilfe bei Jugendlichen ungeeignet?

Die Hoffnung, dass sich auch das Körpergewicht der adipösen Jugendlichen unter Liraglutid deutlich günstig verändern würde, hat sich nicht erfüllt. Jedenfalls führte der GLP1-RA in dieser Studie nicht zu Gewichtsabnahmen in der von Erwachsenen bekannten Größenordnung, die sich zwischen mehr als 5 % (2/3 der Fälle) und mehr als 10 % (1/3 der Fälle) bewegt. Die Jugendlichen brachten zu Beginn der ELLIPSE-Studie im Mittel 91,5 kg auf die Waage und nahmen in der Doppelblindphase im Schnitt 2,3 kg ab, wobei aber auch in der Placebogruppe ein Gewichtsverlust um 0,99 kg zu beobachten war. Ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen war nach 26 Wochen nicht festzustellen. Inwieweit bei diesem Ergebnis die Tatsache eine Rolle spielt, dass nur etwa die Hälfte der Verumgruppe mit der maximalen Liraglutid-Dosis behandelt wurde, darüber lässt sich nur spekulieren.

Ulrike Viegener

Tamborlane WV et al. NEJM 2019; DOI: 10.1056/NEJMoa1903822



Jung und Typ 2: Überernährung als einer der Hauptauslöser.

»Nur die Hälfte mit Maximal-Dosis behandelt«

»Wir brauchen dringend Alternativen«

Kommentar von Professor Dr. Martin Wabitsch

ULM. Welche Relevanz haben die Ergebnisse der ELLIPSE-Studie in Deutschland? Ein Kommentar von Professor Dr. Martin Wabitsch.

Die Ergebnisse der ELLIPSE-Studie sind im renommierten New England Journal of Medicine veröffentlicht und erfahren international große Anerkennung. Auch für Deutschland sind die Ergebnisse relevant, selbst wenn es hierzulande (noch) nur wenige unter 18-Jährige gibt, die an Typ-2-Diabetes erkrankt sind und für die eine solche Medikation infrage käme.

Allgemein brauchen wir jedoch für die Betroffenen dringend Alternativen zu den üblichen Lebensstil-Schulungsprogrammen, denn die Adhärenz von Jugendlichen mit Adipositas und Typ-2-Diabetes ist

KOMMENTAR



Prof. Dr. Martin Wabitsch
Leiter der Sektion Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin Ulm
Foto: zVg

erfahrungsgemäß schlecht. Deshalb wäre es natürlich sehr zu begrüßen, wenn bei diesen Patienten medikamentös durch eine einmal tägliche Injektion des GLP1-RA eine diabetische Stoffwechsellage behan-

delt werden könnte. Wenn das Medikament in dieser Patientengruppe eine Zulassung erhält, wäre das ein richtiger Durchbruch für die Therapie der jungen Patienten, denn die in der Studie erzielten Effekte auf den HbA_{1c} -Wert und den Nüchternblutzucker sind vielversprechend.

Es ist zu vermuten, dass das Ausbleiben der erhofften Wirkung auf das Gewicht u.a. mit der geringeren Dosierung zusammenhängt. Darüber hinaus ist anzunehmen, dass der Effekt auf das Gewicht bei einer längeren Studiendauer durchaus signifikante Unterschiede gezeigt hätte. Man muss wissen, dass der BMI-Z-Score in der Altersgruppe der 10- bis 17-Jährigen normalerweise ansteigt. Doch in der Interventionsgruppe zeigt der Score über den gesamten Studienverlauf und ins-

besondere im Follow-up im zweiten Studienhalbjahr tendenziell einen Abfall. Der Wert in der Kontrollgruppe steigt ab Woche 26 hingegen wieder an.

Bezüglich der Homogenität der Studienpopulation habe ich allerdings Bedenken. Ein BMI oberhalb der 85. Perzentile ist hierzulande die Grenze zum Übergewicht, nicht zu Adipositas. Des Weiteren hatten die bislang nicht medikamentös behandelten Jugendlichen alle einen HbA_{1c} von mind. 7 %. Es liegt somit die Vermutung nahe, dass es in der Studienpopulation eine Untergruppe mit einer spezifischen Diabetesform gab, die anscheinend nicht weiter abgeklärt wurde, z.B. seltene MODY-Formen. Es ist nicht berichtet, wie MODY in der Studie ausgeschlossen wurden.

Prof. Dr. Martin Wabitsch

Ein wichtiger Schritt

Berufsunfähigkeitsversicherung für Patienten mit Typ-1-Diabetes

NEUSS. Sich für den Fall einer Berufsunfähigkeit zu versichern, war für Menschen mit Typ-1-Diabetes bislang fast unbezahlbar. Jetzt kommt ein neues Angebot auf den Markt, das die Fortschritte bei der Behandlung berücksichtigt, berichten drei Diabetologen.

Die Anzahl von Menschen mit einem Typ-1-Diabetes in Deutschland wird auf mindestens 400 000 geschätzt, davon sind ca. 10 % Kinder und Jugendliche. Bisher war es für Erwachsene mit einem Typ-1-Diabetes ausgesprochen schwierig, sich gegen die finanziellen Folgen einer Berufsunfähigkeit (BU) zu schützen, d.h. eine Berufsunfähigkeitsversicherung zu erhalten. In der Regel fehlte es an speziellen Gesundheitsfragen und differenzierten Risikoprüfungen – langwierige Annahmeprozesse waren die Folge. Wurde in seltenen Fällen doch eine Zusage zur Absicherung erteilt, waren die Versicherungsbeiträge de facto unbezahlbar.

Die bisher bei der Risikoprüfung von den Versicherungen verwendeten versicherungsmathematischen Modelle haben die Fortschritte in der Diabetestherapie in den letzten zehn Jahren nicht adäquat berücksichtigt. Insbesondere durch moderne diagnostische Optionen wie CGM-Systeme hat sich die Güte der Glukosekontrolle bei Menschen mit Typ-1-Diabetes signifikant verbessert; die Schwankungen in der Glykämie und die akuten Risiken für eine Hypoglykämie sowie für die Entwicklung von diabetesbedingten Folgeerkrankungen sind deutlich reduziert. Dadurch ist die Eignung von Menschen mit Typ-1-Diabetes für fast alle Berufe heute gegeben und mit der von Menschen ohne Diabetes vergleichbar.

Kontakt zu Rückversicherung aufgenommen

Zusätzlich hat die Einführung des Disease-Managements in der gesetzlichen Krankenversicherung die Therapietreue der Patienten und die Bereitschaft zur jährlichen Kontrolluntersuchung bei einem Diabetologen erhöht. Die Basis für eine BU-Versicherung hat sich dadurch maßgeblich verändert.

Vor einigen Jahren haben einige Diabetologen und Diabetes-Organisationen Kontakt zu der großen Rückversicherung SCOR aufgenommen, um ihr die aktuellen Entwicklungen darzulegen und zu schauen, ob es doch möglich ist, geeignete Versicherungsangebote für Menschen mit Diabetes zu entwickeln. Nach Abschluss dieses Kommunikationsprozesses bietet nun die myLife Lebensversicherung AG eine erste Berufsunfähig-

keitsversicherung für diese Patientengruppe an. Die Antragstellung wird ab Oktober 2019 mit einem Online-Kundenkonto möglich sein (www.myLife-diabetes-BU.de). Zielgruppe der Versicherung sind Menschen mit einem Typ-1-Dia-

betes und einer guten Stoffwechsellkontrolle, die nicht rauchen und jährlich eine strukturierte Kontrolluntersuchung bei einem Diabetologen wahrnehmen. Erneute Gesundheitsprüfungen während der Laufzeit sind nicht erforderlich.

Dabei sollen sämtliche Kosten minimiert werden, damit die Versicherungsbeiträge moderat bleiben. Die Anbieter dieser Berufsunfähigkeitsversicherung werden mit einem Messestand bei der diesjährigen Dia-



betes Herbsttagung am 8. und 9. November in Leipzig präsent sein.

Dr. Kurt Rinnert¹,
Dr. Nikolaus Scheper²,
Prof. Dr. Lutz Heinemann³

¹ Deutsche Diabetes Stiftung;
² Bundesverband Niedergelassener Diabetologen;
³ Science Consulting in Diabetes GmbH; Arbeitsgemeinschaft Diabetes & Technologie

»Therapietreue hat sich erhöht«

Gluco-test[®] DUO TD-4285

Wenn es auf einfaches
Blutzucker-Messen
ankommt.



Einfache Handhabung

großes Display und breite Teststreifen

Sofort einsatzbereit,

keine Codierung erforderlich

Präzise Messung,

DIN EN ISO 15197:2015 erfüllt

Hohe Qualität zum fairen Preis,

Preisgruppe Anhang I

Teststreifen nach Ziffer II. 1

Sie haben Fragen zu Gerät, Handhabung oder Teststreifen?
Besuchen Sie uns: www.aristo-pharma.de oder rufen Sie uns an: +49 (0) 30 - 710944200

»Eignung ist heute für fast alle Berufe gegeben«

Arzneimittel meiner Wahl



Diabetes ist (k)ein Kinderspiel

Von der Kunst, mit Kleinen über Großes zu sprechen

von Liesa Regner



Fotos: zlg, iStock/Maxwell

„Marie, du wolltest Tante Liesa doch noch etwas fragen“, höre ich meine Schwester sagen und verschlucke mich ein wenig an meinem Eis. Ich kenne diesen Satz nur zu gut, da Karin die Vorliebe hat, ihre sechsjährige Tochter kategorisch bei allen medizinischen Fragen an mich zu verweisen, schließlich sei ich ja „vom Fach“ und könnte das viel besser erklären. Dass man im Medizinstudium eher lernt, wie man sein Wissen möglichst hochwissenschaftlich klingend vor kritischen Professoren vorträgt, ohne dem inneren „fight or flight“-Reflex nachzugeben, und nicht, wie man neugierigen Kindern eine Nachhilfestunde in Endokrinologie gibt, interessiert sie dabei reichlich wenig.

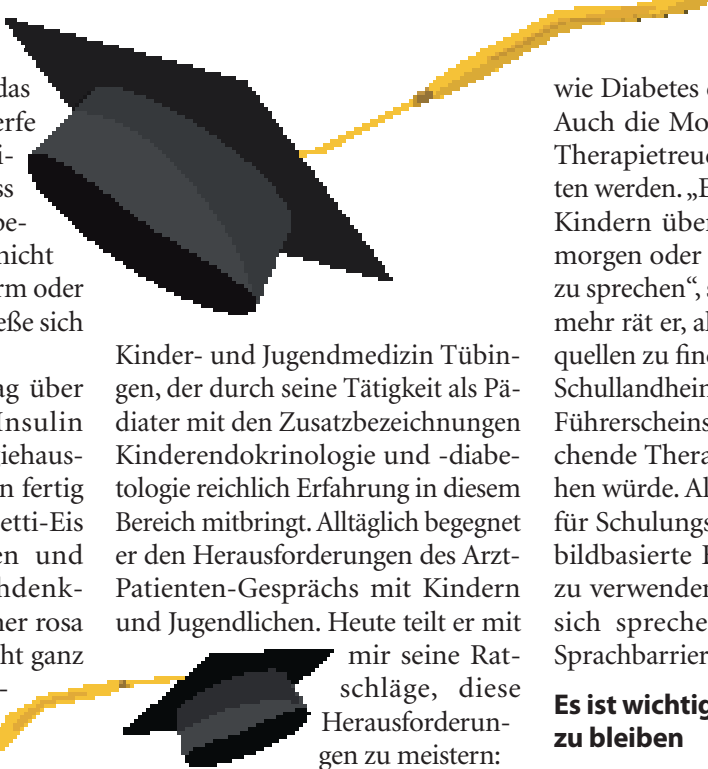
Es ist nicht ersichtlich, was sie tatsächlich verstanden hat

Ich funkel sie genervt über meinen Spaghetti-Eisbecher hinweg an und sie kontert mit einem gelassen-herausfordernden Blick, der sagen soll: „na dann, viel Spaß“. „Was ist denn deine Frage?“, wende ich mich Marie zu, die mittlerweile das Schlumpf-Eis ihres Pinocchio-Bechers erfolgreich im gesamten Gesicht einschließlich Stirn verteilt hat. „Die Samantha in meinem Kindergarten hat so eine Krankheit mit dem Zucker im Blut, wegen der sie nicht immer alles essen darf“ erklärt Marie zwischen

zwei Löffeln Sahne. „Was ist das für eine Krankheit?“ Ich werfe meiner Schwester erneut einen genervten Blick zu. Muss Samantha ausgerechnet Diabetes haben? Kann Samantha nicht einfach einen gebrochenen Arm oder eine Erkältung haben? Das ließe sich zumindest leichter erklären. Als ich mit meinem Vortrag über Blutzucker, Insulin und den Energiehaushalt des Menschen fertig bin ist mein Spaghetti-Eis bereits geschmolzen und Marie lutscht nachdenklich die Farbe von einer rosa Schokolinse. Es ist nicht ganz ersichtlich, was sie davon verstanden hat.

Ich frage mich, wenn Marie die Patientin wäre, ob sie nach diesem Vortrag die Pinocchio-Becher-Anzahl in Zukunft verringern würde. Ich schätze nicht. Die Aufgabe von Pädiatern, ihren jungen Patienten Diagnosen und Therapien zu erklären, erscheint mir in diesem Moment nahezu unerfüllbar. Dass sie das aber durchaus ist, zeigt DDG Vizepräsident Professor Dr. ANDREAS NEU von der Uniklinik für

»Maybe tomorrow«



Kinder- und Jugendmedizin Tübingen, der durch seine Tätigkeit als Pädiater mit den Zusatzbezeichnungen Kinderendokrinologie und -diabetologie reichlich Erfahrung in diesem Bereich mitbringt. Alltäglich begegnet er den Herausforderungen des Arzt-Patienten-Gesprächs mit Kindern und Jugendlichen. Heute teilt er mit mir seine Ratschläge, diese Herausforderungen zu meistern:

Erstens ist die Begegnung auf Augenhöhe für das Arzt-Patienten-Gespräch grundlegend. Dabei ist der Entwicklungsstand des jungen Patienten ebenso wie sein psychosoziales Umfeld zu beachten. „Ich spreche mit einem sechsjährigen Kind anders als mit einem 16-Jährigen“, sagt Prof. Neu. Zweitens rät er gerade bei jungen Kindern zu konkreter Sprache. Beispiele dafür finden sich im Diabetes-Buch für Kinder der Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Diabetologie (AGPD). Hier ist in Sätzen wie: „Jeder Mensch braucht Insulin, damit ihm Essen und Trinken Kraft geben können“ gezeigt, wie man ein so komplexes Thema

wie Diabetes einfach erklären kann. Auch die Motivation für eine gute Therapietreue sollte konkret gehalten werden. „Es ist nicht sinnvoll, mit Kindern über die Gesundheit von morgen oder Folgeerkrankungen zu sprechen“, sagt Prof. Neu. Vielmehr rät er, aktuelle Motivationsquellen zu finden, wie Ausflüge ins Schullandheim oder den Erhalt des Führerscheins, denen eine unzureichende Therapietreue im Weg stehen würde. Als drittes ist es nützlich, für Schulungsmaterialien bildbasierte Erklärungen zu verwenden, da diese für sich sprechen und auch Sprachbarrieren umgehen.

Es ist wichtig, authentisch zu bleiben

Den vierten Kernpunkt in der Kommunikation mit Kindern und Jugendlichen stellt für Prof. Neu die Authentizität dar. „Kaum eine andere Altersgruppe ist so empfindlich im Hinblick auf Authentizität. Kinder spüren, wenn man echt, ehrlich und aufrichtig ist.“ Doch auch das Gegenteil, eine dargebotene Show, wird klar wahrgenommen und sollte daher vermieden werden. So muss sich niemand bemühen, in Jugendsprache zu verfallen oder so zu tun, als sei er jünger als er ist. Eine besondere Altersgruppe sind Jugendliche in der Pubertät, erklärt der Pädiater. Diese haben in ihrem Alltag eine Menge an Herausforde-

rungen zu bewältigen: Schule, Eltern, Veränderung des eigenen Körpers und dann noch Diabetes. Ausschlaggebend ist in diesem Alter auch die Peer-Group. In diese möchten sich die Heranwachsenden möglichst mühelos und unauffällig einfügen.

Die Pubertät als zweite Manifestation der Erkrankung

Dies ist mit Diabetes und den damit einhergehenden Blutzuckerkontrollen und der Insulintherapie alles andere als einfach. „Manche sprechen von der Pubertät als zweiter Manifestation der Erkrankung“ erklärt Prof. Neu. Es ist entscheidend, in dieser Situation einen Kompromiss mit seinem Patienten zu finden. Dies läuft dann manchmal auf die Erstellung eines Minimalprogramms für den Therapieplan hinaus, denn die Ziele müssen neu an die geänderten Lebensumstände angepasst werden. So wird der Blutzuckerspiegel eventuell am Ende seltener gemessen als optimal wäre, doch dies ist immer noch besser als gar keine Messung. Daneben ist es wichtig, in dieser Zeit den Kontakt mit seinen Patienten so gut es geht zu halten. „Die Tür muss offen bleiben.“ Obwohl diese Zeit sowohl für Eltern, Patient und Behandelnde sehr fordernd sein kann, rät er zu Optimismus ganz nach dem Motto: „If not today, maybe tomorrow.“
Liesa Regner

Druckentlastung bei DFS heißt nicht Immobilisierung!

Erhalt der Beweglichkeit und Selbstständigkeit muss wichtiger Teil des Behandlungskonzepts sein

WERL. Der Internist und Angiologe Dr. Heinrich Reike erklärt, warum bei der Immobilisierung bei DFS besondere Gefahren drohen. Seine Forderung: Strukturierte Bewegungskonzepte müssen Teil des Behandlungsansatzes sein.

Das diabetische Fußsyndrom (DFS) führt bei einem Teil der Betroffenen zu mehr oder weniger ausgeprägten Verletzungen der Füße. Ein entscheidender Faktor dafür ist eine unphysiologische Druckbelastung. Eine der wesentlichen präventiven und therapeutischen Maßnahmen besteht daher in einer möglichst weitgehenden Druckentlastung. Es werden unterschiedliche Techniken eingesetzt, um im Rahmen einer konservativen oder operativen Therapie von Fußverletzungen die Druckentlastung zu garantieren. Wie alle medizinischen Interventionen bergen aber auch diese Techniken die Gefahr von Nebenwirkungen, die im Einzelnen gegen die Vorteile abgewogen werden bzw. durch Modifikationen vermieden werden müssen.

Die einfachste Form der Druckentlastung – insbesondere in stationären Einrichtungen – ist die Immobilisierung, deren extremste Form die Bettruhe ist. Diese hat negative Auswirkungen auf fast sämtliche Organsysteme bzw. auf den Stoffwechsel insgesamt und verstärkt Abbauprozesse, die altersabhängig in jedem Menschen ablaufen. Die aus der Geriatrie bekannten, zur kompletten Bettlägerigkeit führenden Abläufe (Tab., grau) finden sich durch die Ereignisse einer Fußläsion bei DFS verstärkt wieder (Tab., blau). Gleichzeitig führt der aufgrund der Immobilisierung verminderte Kalorienverbrauch bei vielen Patienten zu



Dr. Heinrich Reike
Internist und Angiologe, Chefarzt am Mariannen-Hospital Werl
Foto: Hospitalverbund Hellweg

einer signifikanten Gewichtszunahme bei gleichzeitigem Muskelabbau und verminderter Beweglichkeit sowie konsekutiver Minderung der Tagesaktivität und der Selbstständigkeit. Die fehlende Compliance gegenüber manchen Empfehlungen zur Druckentlastung muss als natürlicher Pro-

zess der Selbsterhaltung angesehen werden, mit dem die Patienten versuchen, ihre Selbstständigkeit zu bewahren. Daher gehört der Erhalt der Beweglichkeit und Selbstständigkeit unbedingt zu einem Therapiekonzept von Fußverletzungen.

Therapeutische Abläufe in ein Aktivitätskonzept einbinden

Für den Fall, dass sich eine Immobilisierung nicht vermeiden lässt, muss die Therapie im weiteren Verlauf um die Wiederherstellung der Selbstständigkeit ergänzt werden. Dazu gehört der Erhalt bzw. die Restitution sozio-kultureller Fähigkeiten z.B. im Rahmen einer entsprechenden Komplexbehandlung, wie sie bereits aus der Geriatrie bekannt ist. Außerdem sollten die therapeutischen Abläufe in ein Aktivitätskonzept eingebunden werden. Auch einfache Maßnahmen während des stationären Aufenthaltes wie regelmäßige Dokumentation des Körpergewichts, Adaptation der Kalorienzufuhr bzw. Regelung des Kalorienverbrauchs durch strukturierte Bewegungskonzepte gehören dazu.
Dr. Heinrich Reike

Gewichtsverlauf bei 20 stationären Patienten mit DFS

- Mittleres Gewicht bei Aufnahme: 117,65 kg
- Mittleres Gewicht bei Entlassung: 120,35 kg
- Zunahme: 13
- Abnahme: 4
- Gewicht konstant: 3
- Zunahme im Mittel: +5,6 kg, BMI +0,9 kg/m²
- Abnahme im Mittel: 4,0 kg

Quelle: Reike H. 2019; Jahrestagung der AG Fuß

Nebenwirkungen der Immobilisation

- reduziertes Aktivitätslevel
- potenzielles Sturzrisiko
- Immobilisierung des Sprunggelenks
- Knie- oder Hüftbeschwerden aufgrund schiefer Ganghaltung (ungleiche Sohlenerhöhung)
- Druckulzera bei schlechter Anpassung eines Devices
- eingeschränkte Alltagsaktivitäten, z.B. baden, schlafen, Auto fahren

Entwicklung der Immobilität: „Pathways“ zur Bettlägerigkeit

Instabilität	Ereignis	Immobilität	Ortsfixierung	Bettlägerigkeit
Polyneuropathie / (PAVK), Fußdeformität	akute Läsion	therapeutische Demobilisierung	Selbstständiger Wechsel weniger möglich	soziale Deprivation, ...
Bewegung mit Stock oder Rollator	Erkrankung, Sturz	Rollstuhl / Sessel	Selbstständiger Wechsel nicht möglich	nur im Bett, Windelversorgung

Quelle: Reike H. 2019, mod. nach Runge M. Rehfeld G. 2001

**Jetzt kostenlos
abonnieren**
medical-tribune.de/diabetesletter



Foto: iStock/Pykriodov

Versand zweiwöchentlich

DiabetesLetter für Fachärzte

Medical Tribune hält Sie auf dem Laufenden!

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

Wohin bewegt sich die Diabetologie?

Der DiabetesLetter für Haus- und Fachärzte informiert Sie über:

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

Diesen Newsletter auf medical-tribune.de/diabetesletter jetzt kostenlos abonnieren.

Medizin & Markt

Wer neigt zu frühen Hypoglykämien?

Potenzielle Risikogruppen in der BRIGHT-Studie identifiziert

➔ Pressekonferenz – Sanofi

EPPSTEIN. Werden Patienten mit Diabetes Typ 2 auf ein Basalinsulin eingestellt, kommt es häufig schon in der Titrationsphase zu Unterzuckerungen. In einer Subgruppenanalyse der BRIGHT-Studie wurde untersucht, wer besonders gefährdet ist.

Die Teilnehmer der offenen, aktiv kontrollierten BRIGHT-Studie erhielten randomisiert entweder Insulin glargin oder Insulin degludec, erinnerte Professor Dr. THOMAS FORST, CRS Clinical Research Services Andernach GmbH. Dabei konnte gezeigt werden,

dass Insulin glargin 300 E/ml (Toujeo®) Insulin degludec 100 E/ml bei der Senkung des HbA_{1c} nicht unterlegen ist, bei reduzierter Inzidenz und reduzierter Ereignisrate bestätigter Hypoglykämien in der Titrationsphase. Inzwischen gibt es weitere Analysen, die beim ADA präsentiert wurden. „Das sind sehr interessante Daten“, so Prof. Forst. In einer Auswertung wurden frühe Hypoglykämien genauer betrachtet, unabhängig vom verwendeten Basalinsulin. Ziel war es herauszufinden, was die klinischen Charakteristika sind, mit denen man Patienten identifizieren kann, die ein

besonderes Risiko für Hypoglykämien in der Titrationsphase haben, erläuterte der Experte die Fragestellung. Frühe Hypoglykämien waren definiert als Hypoglykämien, die in den ersten zwölf Wochen auftraten. Dies war tendenziell bei älteren Patienten (≥ 65 Jahre) der Fall und auch bei schlankeren Menschen mit niedrigerem BMI (< 30 kg/m²). „Die Gruppe, die am Anfang Hypoglykämien hatte, zeigte auch die schärfste HbA_{1c}-Senkung“, so der Referent. Zudem neigten eher Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion, mit längerer Diabetesdauer und höherer Blutzuckervariabilität dazu, in den ersten zwölf Wochen Hypoglykämien zu haben. Dies galt auch für jene unter Therapie mit Sulfonylharnstoffen oder Gliniden.

Jedoch zeigten die Subanalysen der BRIGHT-Studie auch, dass Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion und Patienten mit höherem Alter (≥ 70 Jahre) unter Insulin glargin 300 E/ml im Vergleich zur Therapie mit Insulin degludec 100 E/ml eine stärkere HbA_{1c}-Senkung aufwiesen, ohne das Hypoglykämierisiko zu erhöhen. *kt*

Pressekonferenz „Unser Engagement für Menschen mit Diabetes – Aktuelles Kongressupdate“; Veranstalter: Sanofi



Von der BRIGHT-Studie liegen nun Subanalysen vor.

Foto: istock/alexsl

Bei Typ-2-Diabetes verstärkt auf postprandiale Hyperglykämien achten

Geringere Blutzuckerspitzen nach dem Essen mit schnell wirksamem Insulin

➔ Pressekonferenz – Novo Nordisk

FRANKFURT. Nach einer Mahlzeit sollte der Glukosespiegel rasch wieder sinken – dies ist bei Typ-2-Diabetes oft nicht der Fall. Schnell wirksame Insuline könnten Abhilfe schaffen.

„Eine Diabetes-Diät gibt es nicht“, betonte die Diabetesberaterin BARBARA MÜLLER, Zentrum für Diabetes- und Ernährungsberatung in Oberursel. Vielmehr müssen die Patienten den Unterschied zwischen „schnellen“ und „langsamen“ Kohlenhydraten kennen und lernen, wie ihr Diabetes darauf reagiert. Vor allem die Bedeutung von Blutzuckerspitzen nach dem Essen versucht die Expertin den Patienten deutlich zu machen. Denn unbehandelt erschweren postprandiale Hyperglykämien (PPH)

die Diabeseinstellung und können das Risiko für Langzeitkomplikationen wie kardiovaskuläre Erkrankungen, Retinopathie oder Nierenfunktionsstörungen erhöhen. Eine intensive Begleitung durch eine Diabetesberaterin kann Patienten mit Typ-2-Diabetes den Einstieg in eine Therapie mit einem Mahlzeiteninsulin erleichtern, so die Einschätzung der Referentin. Ein besonders schnell wirkendes Mahlzeiteninsulin wie eine weiterentwickelte Insulin-aspart-Formulierung (Fiasp®) ersetzt die bei Diabetespatienten gestörte frühzeitige Insulinfreisetzung und vermindert damit die kumulierte Zeit, die postprandial mit erhöhten Glukosewerten verbracht wird. Der schnelle Wirkeintritt des Mahlzeiteninsulins ist mit einer stärkeren Hemmung der hepatischen

Glukoseproduktion assoziiert, erklärte Dr. MARCEL KAISER, niedergelassener Internist, Frankfurt. Bei Menschen mit Typ-2-Diabetes stieg unter dem schnellen Mahlzeiteninsulin in Kombination mit einem Basalinsulin und Metformin die postprandiale Plasmaglukose im standardisierten Mahlzeitentest nach einer Stunde im Vergleich zu konventionellem Insulin aspart (NovoRapid®) signifikant geringer an, wie im on-set-Studienprogramm gezeigt wurde.

Nützlich ist ein schnell wirksames Mahlzeiteninsulin vor allem bei der Betreuung von älteren Diabetespatienten in Pflegeheimen, so Müller. Denn bei der Applikation des Insulins zur Mahlzeit ist oft nicht vorhersehbar, wie viel der jeweilige Patient essen wird.

Eine schnell wirksame Insulin-aspart-Formulierung zeichne sich durch einen relativ flexiblen Spritz-Ess-Abstand aus und kann zwei Minuten vor bis 20 Minuten nach Beginn der Mahlzeit injiziert werden. *JB*

Pressedialog „Mahlzeiteninsulin bei Typ-2-Diabetes – Wann wird es Zeit?“, Veranstalter: Novo Nordisk

NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

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



Foto: iStock/AzmanJaka

bytes4diabetes-Award: Bewerbungsfrist bis zum 30. September verlängert

➔ Pressemitteilung – Berlin-Chemie

Die Bewerbungsfrist für den bytes4diabetes-Award 2020 wurde verlängert. Bis zum 30. September haben Forschungseinrichtungen, Kliniken, Universitäten, Verbände, Industrieunternehmen, Start-ups und Einzelpersonen nun noch die Möglichkeit, ihre Bewerbungen online auf der Internetseite des bytes4diabetes-Awards einzureichen. Der Preis zeichnet kreative Lösungsansätze in der Digitalisierung der Diabetologie aus und soll innovative Projekte honorieren, die den Digitalisierungsprozess in der Diabetologie vorantreiben und die Versorgung von Menschen mit Diabetes verbessern. Der dieses Jahr zum ersten Mal ausgeschriebene Award ist mit 25 000 Euro dotiert. Die Gewinner haben zusätzlich zum Geldgewinn die Möglichkeit, in Absprache mit der Jury Mentoringangebote in Anspruch zu nehmen oder auch von Network-Kontakten zu profitieren.

Weitere Informationen: www.bytes4diabetes.de

Sensorbasiertes Glukosemesssystem ist nun Teil der Diabetes-Regelversorgung

➔ Pressemitteilung – Abbott

Das sensorbasierte Glukosemesssystem FreeStyle Libre 2 wurde in das Hilfsmittelverzeichnis (HMV) aufgenommen – bei allen dort aufgeführten Hilfsmitteln sind von den gesetzlichen Krankenkassen die Kosten zu übernehmen. Bisher war die Kostenübernahme des Glukosemesssystems für gesetzlich versicherte Diabetespatienten überwiegend nur im Rahmen von Satzungs-lösungen der jeweiligen Krankenkassen möglich. Nun werden die Kosten für Diabetespatienten mit intensivierter Insulintherapie unter bestimmten Voraussetzungen übernommen. Die Entscheidung wurde vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) getroffen. Zukünftig wird das FreeStyle Libre 2 im HMV der Kategorie „Real-Time-Messgeräte (rtCGM)“ mit den Listungsnummern 21.43.01.1005 für den FreeStyle Libre Sensor und 21.43.01.3003 sowie 21.43.01.3004 für das jeweilige Lesegerät zugeordnet.

Gemeinsam erfolgreich!

Wie lässt sich die Adhärenz langfristig stärken?

➔ Symposium – Berlin-Chemie

BERLIN. Viele Diabetespatienten entwickeln im Laufe ihres Lebens Begleiterkrankungen oder haben mit körperlichen oder kognitiven Veränderungen zu kämpfen. Damit steigt auch die Anzahl der verordneten Medikamente, was sich negativ auf die Adhärenz auswirken kann. Wie lässt sich eine Therapieunreue vermeiden?

„Selbst wenn der Patient in der Anfangsphase noch gut mitmacht, heißt das nicht, dass dies ein Leben lang anhält“, gab Privatdozent Dr. MATTHIAS FRANK, Diakonie Klinikum Neunkirchen, zu bedenken. Die Digitalisierung birgt seiner Meinung nach große Chancen, die Adhärenz zu stärken. „Beispielsweise hat der Patient mit dem TheraKey® die Möglichkeit, sich online über die Zusammenhänge seiner Erkrankung zu informieren oder sich praktische Alltagstipps zu holen“, merkte Dr. Frank an.

Auch in der Insulintherapie ist die Adhärenz entscheidend. Dr. WINFRIED KEUTHAGE, niedergelassener Diabetologe aus Münster, demonstrierte wie hochkonzentrierte Mahlzeiteninsuline Patienten die Therapieumsetzung erleichtern können. Er präsen-

tierte die Daten einer randomisierten offenen, monozentrischen Vergleichsstudie im Cross-over-Design, die zeigen, dass unter Insulin lispro 200 E/ml (z.B. Liprolog® 200 E/ml KwikPen™) im direkten Vergleich mit Insulin lispro 100 E/ml eine signifikante Verbesserung des HbA_{1c} und weniger Hypoglykämien auftraten. „Mit weniger Volumen müssen z.B. ältere Patienten bei der Injektion weniger Handkraft aufwenden und sind eher in der Lage, die eingestellte Menge vollständig zu injizieren“, so Dr. Keuthage. Um Lipohypertrophien zu vermeiden, eignet sich die reduzierte Injektionsmenge ebenfalls. Denn das Insulindepot ist kleinflächiger und die Chance einer Überlappung damit geringer. Bei einer oralen Diabetestherapie kann sich die fixe Kombination von zwei Wirkstoffen, wie Sitagliptin und Metformin (z.B. Velmetia®), positiv auf die Adhärenz auswirken. Dr. ANDREAS LUEG, in Hameln niedergelassener Diabetologe, zeigte in seinem Vortrag, dass eine reduzierte Tablettenlast sich vorteilhaft für den Patienten auswirken kann. *ao*

Symposium „Diabetestherapie zu Hause – Risikofaktor Patient“ im Rahmen des Diabetes Kongresses 2019; Veranstalter: Berlin-Chemie

Werden Sie Förderer der Deutschen Diabetes-Hilfe!

Warum brauchen wir diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe?

BERLIN. Menschen mit Diabetes brauchen eine Lobby in der Politik und in der Gesellschaft. Dafür tritt die diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe ein. Um die anstehenden Aufgaben wahrnehmen zu können, braucht es jedoch Unterstützung. Ein Aufruf:

Wir leben in einer übergewichtsfördernden Gesellschaft, die ernährungsbedingte Krankheiten wie Diabetes Typ 2 begünstigt. Essen ist immer und überall verfügbar, meist angereichert mit viel zu viel Zucker, Fett und Salz. Der Alltag ist hektischer geworden und wir alle sitzen zu viel. Das sind nur einige der Gründe, warum die Zahl der Diabetes-Typ-2-Erkrankungen in Deutschland, aber auch in vielen anderen Ländern rasant zunimmt. Jeden Tag erkranken mehr als 1000 Menschen in Deutschland neu an Diabetes, und die Betroffenen werden immer jünger.

Obwohl es hierzulande inzwischen mehr als 7 Mio. Menschen mit Diabetes gibt, wird viel zu wenig gegen eine weitere Verbreitung des Diabetes und seiner Folgeerkrankungen getan. Die breite Bevölkerung kennt weder Risikofaktoren noch Möglich-

keiten der Prävention, viele Neudiagnostizierte fühlen sich alleine gelassen. Diabetes hat keine Lobby bei der Politik und auch keine in der Gesellschaft. Menschen mit Diabetes fühlen sich nicht ernst genommen und werden häufig diskriminiert. Das alles können und dürfen wir uns nicht länger bieten lassen!

Was macht diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe?

- Wir klären die Menschen in Deutschland über Diabetes auf, um Neuerkrankungen an Typ 2 zu reduzieren und Folgeerkrankungen zu vermeiden.
- Wir geben den Menschen mit Diabetes, ihren Angehörigen und den Risikopatienten eine Stimme.
- Wir möchten jedem Menschen den Zugang zu gesünderer Ernährung und mehr Bewegung erleichtern.

- Wir setzen uns dafür ein, dass alle Menschen mit Diabetes eine qualitätsgesicherte Versorgung und individuelle Betreuung erhalten, die angemessen bezahlt wird.
- Wir kämpfen dafür, dass Innovationen schnell bei den Patienten ankommen.
- Wir wollen Diskriminierung und Ausgrenzung von Menschen mit Diabetes stoppen.

Nur mit Ihrer Unterstützung können wir diese Aufgaben wahrnehmen und dafür sorgen, dass ein Nationaler Diabetesplan, der Maßnahmen zur frühzeitigen Prävention, bestmöglichen Versorgung und zum Ausbau der Forschung vorsieht, in Deutschland realisiert wird!

»Aufklärung, Prävention & Versorgung«



Warum sollten Sie diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe unterstützen?

Die Menschen mit Diabetes in Deutschland, ihre Angehörigen und die Risikopatienten brauchen eine Stimme. Nur so kann sichergestellt werden, dass ihre Wünsche, Anliegen und Sorgen bei allen Entscheidungen, die sie betreffen, auch Gehör finden. Derzeit wird oft über die Menschen mit Diabetes gesprochen statt mit ihnen. Das wollen wir ändern! Helfen Sie uns, damit wir unabhängig bleiben und noch mehr für die Menschen mit Diabetes erreichen können! Darum bitten wir Sie: Unterstützen Sie unseren Einsatz für die Menschen mit Diabetes!

Sollten Sie als Person uns oder Ihre Patienten unterstützen wollen, gehen Sie online auf www.stark-gegen-diabetes.de

Besonders freuen wir uns über Ihre dauerhafte Förderung mit Ihrer Praxis oder Ihrer Klinik! Sie können ganz einfach online Förderer werden unter www.diabetesde.org/foerderer-firma

Übrigens: Als Förderer haben Sie die Möglichkeit, Vorschläge und Anregungen an den Vorstand zu geben. Und natürlich sind Sie als Förderer völlig selbstbestimmt und können Ihren Beitrag jeden Tag ändern oder stoppen. Ganz wie Sie mögen!

Nicole Mattig-Fabian
Geschäftsführerin

diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe

Spendenkontonummer

Bank für Sozialwirtschaft
IBAN: DE59 1002 0500 0001 1888 00
BIC: BFSWDE33BER



13.–14. September 2019
Berlin, H4 Hotel

DiaLate vermittelt den Teilnehmern Handlungskompetenz für die Diagnostik und Behandlung von diabetes-assoziierten Folgeerkrankungen. Neben dem aktuellen Stand der Forschung zum Thema werden Methoden für die Praxis vermittelt, wenn es z.B. um die korrekte GFR-Bestimmung und Augenhintergrundtest in der Praxis geht, oder um Differenzialdiagnostik bei Herzinsuffizienz oder Apoplex.

Die Teilnahme an der Veranstaltung ist für Besucherinnen und Besucher **kostenlos**. CME-Punkte wurden beantragt.

jetzt anmelden auf www.dialate.de

oder per **Fax-Coupon** an +49 30 700 143 1429

Anmeldung Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen!

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

E-mailadresse

Datum, Unterschrift



Unterstützung in der Debatte um DMP

ADE wünscht sich Erhalt der Disease-Management-Programme

MAINZ. Als wichtige Stütze der DDG agieren 15 Regionalgesellschaften. Sie setzen sich auf Länderebene für die Verbesserung der Früherkennung und Behandlung des Diabetes mellitus ein. Unsere Serie „Regionalgesellschaften im Fokus“ führen wir weiter mit der Arbeitsgemeinschaft Diabetologie und Endokrinologie Rheinland-Pfalz. Ihre erste Vorsitzende Privatdozentin Dr. Anca Zimmermann berichtet von den aktuellen Themen.

Welche Themen werden in der Arbeitsgemeinschaft Diabetologie und Endokrinologie Rheinland-Pfalz derzeit am intensivsten diskutiert und bearbeitet?

PD Dr. Anca Zimmermann: Wir beschäftigen uns aktuell mit der Verstärkung der Digitalisierung zur besseren Dokumentation und Kommunikation in der Diabetologie sowie mit der Umsetzung der Musterweiterbildungsordnung Diabetologie auf Landesebene, unter Einbeziehung der bereits bestehenden Zusatzweiterbildung Diabetologie RLP und der Weiterbildung zum Diabetologen DDG.

Weiterhin bereiten wir die Herbsttagung 2019 in Mainz und die Jahrestagung 2020 in Neustadt vor. Die Frühjahrstagung 2020 steht unter dem Thema „Diabetes Typ 2 und dessen Komplikationen“ und stellt gleichzeitig das 25-jährige Jubiläum unserer Arbeitsgemeinschaft dar. Darauf sind wir sehr stolz und wollen dieses Ereignis – neben interessanten Vorträgen – auch feierlich gestalten.

Welche Erfolge Ihrer Gesellschaft erfreuen Sie am meisten?

Dr. Zimmermann: Besonders hervorzuheben sind die Aktivitäten unserer AG-Fuß, die durch regelmäßige Treffen, Präsenz auf der DDG-Jahrestagung und vier regionale Fortbildungen pro Jahr alle beteiligten Fachdisziplinen einschließt und somit eine hervorragende Versorgung der Patienten mit diabetischem Fußsyndrom in Rheinland-Pfalz leistet. Auf diese Weise waren im letzten Jahr flächendeckend 38 Fußbehandlungseinrichtungen etabliert. Einzigartig ist die Möglichkeit der jährlichen Zertifizierung dieser Einrichtungen durch die AG Fuß im Rahmen der ADE und die Zertifizierung von Orthopädieschuhmacherbetrieben nach entsprechenden Standards.

Welchen – vielleicht auch landesspezifischen – Herausforderungen müssen Sie sich als Fachgesellschaft in den nächsten Jahren stellen?

Dr. Zimmermann: Auch Rheinland-Pfalz ist von der bundesweiten Problematik der insuffizienten Besetzung der klinischen Diabetologie in den Inneren Abteilungen betroffen. Wir sind zunehmend konfrontiert mit einer verstärkten Ökonomisierung der stationären Bereiche, dem zunehmenden wirtschaftlichen



PRIVATDOZENTIN
DR. ANCA ZIMMERMANN

Fachärztin für Innere Medizin,
Endokrinologie und Diabetologie
Diabetologin DDG
Oberärztin 1. Medizinische Klinik
und Poliklinik der Universitätsmedizin
der Johannes Gutenberg-
Universität Mainz

STECKBRIEF DER REGIONALGESELLSCHAFT

Name:	Arbeitsgemeinschaft Diabetologie und Endokrinologie Rheinland-Pfalz e.V.
Gründungsjahr:	1994
Anzahl der Mitglieder:	457
Vorsitzende:	PD Dr. Anca Zimmermann
E-Mail:	zimmeran@uni-mainz.de
Website:	www.ade-rlp.de

Druck zur Verkürzung von Liegedauern bei gleichzeitiger Personaleinsparung von Ärzten, Pflegekräften und Beraterinnen und dem Vorhandensein multimorbider Patienten mit interdisziplinärem Behandlungsbedarf. Im niedergelassenen Bereich sind wir mit einem wachsenden Bedarf für Digitalisierung, der schwierigen Nachwuchs-Akquise und der Debatte zum Erhalt der Disease-Management-Programme konfrontiert.

Wie entwickelt sich die Mitgliederstruktur? Wie gewinnen Sie neue Mitglieder?

Dr. Zimmermann: Aktuell hat die ADE 457 Mitglieder mit erfreulich kontinuierlich wachsender Tendenz. Neue Mitglieder gewinnen wir vor allem durch regelmäßige Fortbildungen. Um unsere Veranstaltungen noch attraktiver für jun-

ge Kollegen zu gestalten, planen wir ab der Herbsttagung 2020 eine Postersitzung mit interessanten Fällen und Preisvergaben für Kollegen in Ausbildung zum Diabetologen.

Wie sieht die Kooperation mit der DDG konkret aus? Was wünschen Sie sich für die Zukunft?

Dr. Zimmermann: Unsererseits wollen wir nach Kräften die DDG bei der Umsetzung der Musterweiterbildungsordnung Diabetologie und

der Implementierung der nationalen Diabetesstrategie unterstützen. Ein erstes Treffen mit der Weiterbildungsbeauftragten der LÄK Frau Dr. Charis Eibl hat bereits stattgefunden. Seit vielen Jahren sind Mitglieder der ADE in Ausschüssen der DDG, bundesweiten AGs, Kommissionen von Krankenkassen und dem BVND präsent, um die Anliegen der Diabetologie an gesellschaftliche und politische Entscheidungsträger, die KBV sowie die Bundesärztekammer heranzutragen.

Von der DDG wünschen wir uns eine wirkungsvolle Unterstützung und intensive Zusammenarbeit in den verschiedenen Gremien auf Bundesebene, mit dem Ziel die klinische und ambulante Diabetologie aufzuwerten; hierzu zählt aktuell auch der Erhalt der Disease-Management-Programme. Interview: Isabel Aulehla

»2020 feiert die ADE ihr 25-jähriges Jubiläum«

Neue AG: Diabetes und Angiologie

BERLIN. Patienten mit Diabetes mellitus haben gegenüber der gesunden Bevölkerung ein stark erhöhtes Risiko, an arteriellen Durchblutungsstörungen zu erkranken. Diese äußern sich neben dem gehäuftem Auftreten von Schlaganfällen und Herzinfarkten durch das Vorkommen der arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK) in unterschiedlichster Ausprägung, bis hin zu Amputationen. Die Ursachen sind multifaktoriell und teils noch unbekannt.

Vor diesem Hintergrund wurde eine neue Arbeitsgemeinschaft formiert: die AG Diabetes und Angiologie der DDG. Vorsitzender ist Privatdozent Dr. KILIAN RITTIG, Klinikum Frankfurt (Oder). Zu den Zielen und Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft gehören u.a. die Förderung des diabetologisch und angiologisch interessierten Nachwuchses sowie Motivation zum Ergreifen der Doppelausbildung. Ein wichtiges politisches Ziel ist es, die Sektorengrenzen in der Versorgung vor allem von Patienten mit chronischen, atherosklerotisch bedingten Wunden aufzuweichen. Dies soll in enger Abstimmung mit der AG Fuß erfolgen.

Weitere Informationen:
<https://bit.ly/2YS6ljm>

Verstärkung vom DDG Past-Präsident

BERLIN. Den Vorsitz des Ausschusses Qualitätssicherung, Schulung und Weiterbildung hat der DDG Past-Präsident Professor Dr. Dirk MÜLLER-WIELAND, Universitätsklinikum der RWTH Aachen, übernommen. Aufgabe des Ausschusses ist es, die Anerkennungsverfahren von Behandlungseinrichtungen DDG zu definieren, strukturieren, standardisieren, umzusetzen und weiterzuentwickeln.

Aktuell werden drei Anerkennungsverfahren unterschieden, die alle mit Qualitätskriterien hinterlegt sind, die auf nationalen und internationalen Leitlinien basieren. Es gibt die Anerkennung

- zum „Zertifizierten Diabeteszentrum DDG“,
- zum „Zertifizierten Diabeteszentrum Diabetologikum DDG mit diabetesspezifischem Qualitätsmanagement“
- und zur „Klinik für Diabetespatienten geeignet DDG“.

Der Ausschuss wird außerdem durch ANGELIKA DEML, Barmherzige Brüder Krankenhaus Regensburg, verstärkt.

Kurzprofil des Ausschusses:
<http://bit.ly/2ZFyXhb>

Im Interesse der Kliniken

Der BVKD widmet sich der Qualität und Finanzierung stationärer Leistungen

Mehr zu diesem Thema auf S.3

Foto: iStock/filo

WIESBADEN. „Wir wollen die Stimme der stationären Diabetologie sein und unsere Interessen vertreten – und das zusammen mit der DDG machen.“ Mit diesen Worten fasst Dr. Thomas Werner die Ziele des Bundesverbandes Klinischer Diabetes-Einrichtungen – Die Diabetes Kliniken (BVKD) zusammen.

Seit über zwei Jahren ist Dr. Werner, Leitender Arzt am Diabeteszentrum Bad Lauterberg und DDG-Mitglied, erster Vorsitzender des BVKD. Verbandsmitglieder sind über 100 große, auf Diabetes spezialisierte Krankenhäuser. Gegründet wurde die Vereinigung mit dem Aufkommen des deutschen DRG-Systems. Sie widmet sich technischen, ökonomischen und organisatorischen Fragestellungen. Für die politische Einflussnahme habe man als Verband, den die Vorstände nebenberuflich leiten, nicht genug Schlagkraft, sagt Dr. Werner. „Das muss die DDG machen. Wir können nur Input geben und unterstützen.“

Diabetesspezifische Handbücher für KTQ und DIN ISO erstellt

„Nach der Umstellung der Klinikvergütung schlossen viele stationäre diabetologische Abteilungen. Ihre Leistungen wurden nicht gut honoriert. Es herrschte die Vorstellung, man könne alles ambulant machen“, erzählt Dr. Werner. Darum bemüht sich der BVKD um Unterstützung der Kliniken, bei denen Diabetes mehr als eine Nebendiagnose der zu behandelnden Patienten ist.

Da ist zum einen das Qualitätsmanagementsystem. „Wir haben diabetesspezifische Zertifizierungshandbücher für KTQ und DIN ISO geschrieben und wollen die Zertifizierung der DDG, die im stationären Bereich auf unseren Handbüchern



Seit 2017 führt Dr. Thomas Werner, Leitender Arzt im Diabeteszentrum Bad Lauterberg, den Bundesverband Klinische Diabetes-Einrichtungen.

Foto: Diabeteszentrum Bad Lauterberg

beruht, unterstützen“, erklärt Dr. Werner. „Wir haben Auditoren, die das Qualitätsmanagement im Krankenhaus zertifizieren. Es ist eine meiner Aufgaben, den von einem Auditor geschriebenen Bericht nochmals durchzugehen. Dann geben wir die Zertifizierungen frei und die DDG stellt die Urkunde aus.“ Im DDG-Ausschuss Qualitätssicherung, Schulung und Weiterbildung (QSW), wo über die künftige Zertifizierung von Krankenhäusern entschieden wird, „wollen wir deshalb gern eine Stimme haben“, sagt Dr. Werner. Ein wichtiges Verbandsthema ist auch die Vergütung der Krankenhausleistungen. „Momentan rechnet man eine Nummer ab, etwa für ‚Dia-

betes entgleist“ – ob dabei eine Beratung gemacht wird oder nicht, ist vollkommen irrelevant. Wir könnten die wertvollen Diabetesberater, die sich beispielsweise fundiert mit Insulinpumpen auskennen, weglassen und würden in einem System der Fallpauschalen denselben Erlös erzielen“, schildert der Arzt die Lage. Es sollten „Kostentrenner“ definiert werden, fordert er. Wenn deren Kriterien, die Qualität und Kosten widerspiegeln, erfüllt sind, müsse ein spezialisiertes Krankenhaus, das mit einem Beratungsteam, Psychologen und Kooperationen mehr leiste als eines, das nach einer Akutbehandlung den Patienten drei Tagen später wieder nach Hause schickt, auch



besser bezahlt werden. Sprich: Der zusätzliche Aufwand muss in höheren Fallpauschalen abgebildet werden. Gerade die Aufwendungen von Spezialabteilungen oder -kliniken fänden sich im DRG-System nicht wieder, ihr Gewicht werde durch die geringeren Kosten der nicht-spezialisierten Kliniken, die sehr viel zahlreicher seien, verdünnt.

Fallpauschalen bilden den Aufwand aktuell nicht ab

„Diabetespatienten, die etwa nach Bad Lauterberg kommen, sind extrem schwierig. Sie haben oft psychische Probleme und häufig sehr schwer einstellbare Blutzuckerwerte und andere Diabetesfolgeerkrankungen wie Durchblutungsstörungen oder einem diabetischen Fuß. Dafür muss ein großer Apparat

aufrechterhalten werden, mit einem Aufwand, der im DRG-System aktuell nicht abgebildet wird. Hier wollten wir ein Gegengewicht setzen“, sagt Dr. Werner.

Der BVKD hat sich deshalb auch bei der DDG-Gruppe beteiligt, die versucht, die DRG-Bewertungen für die Behandlung von Diabetespatienten zu verbessern. Das Projekt wird hauptsächlich von der DDG finanziert. Es sollte nicht aufgegeben werden, findet Dr. Werner. „Denn so kann man versuchen, die Bezahlung hochwertiger stationärer Diabetologie zu beeinflussen. Das war bisher nicht vergebens.“

„Transparenzliste“ sorgte für Aufmerksamkeit

Der Verband unterstützt auch Mitglieder bei Klagen, wenn Krankenkasse und MDK Abrechnungen nicht anerkennen. Dafür werden Gerichtsentscheidungen in einer Datenbank gesammelt. Wenn z.B. der MDK meine, eine Unterzuckerung sei abrechnungstechnisch irrelevant, dann stimme das nicht, betont Dr. Werner. „Dazu gibt es schon eine Menge Urteile.“

Für Diskussionen mit der DDG hat allerdings die „Transparenzliste“ des BVKD gesorgt. Das nach einem selbst entwickelten Punktesystem ermittelte Ranking der Kliniken mit ein bis fünf Sternen war zwischen den Gesellschaften umstritten. Dass man so ins Gespräch gekommen ist, findet Dr. Werner wiederum gut. Schließlich gehe ja auch um Aufmerksamkeit.

„Wir werden die Befürchtungen und Wünsche, die mit Vertretern der DDG besprochen wurden, bei einer neuen Liste berücksichtigen“, sagt er. So will man Krankenhäuser mit dem DDG-Label „für Diabetes geeignet“ herausnehmen. Die BVKD-Mitglieder nutzen jedenfalls die Plakette gerne, etwa für Berichte in Regionalzeitungen, berichtet der Diabetologe. REI

»Versuch, die Bezahlung hochwertiger stationärer Diabetologie zu beeinflussen«

Russisch, Spanisch, Farsi und mehr

Rechercheergebnisse zu fremdsprachigen Diabetes-Informationsmaterialien veröffentlicht

BERLIN. Fremdsprachiges Diabetes-Informationsmaterial hilft Ärzten und Diabetesberatungspersonal, auch bei Verständigungsproblemen Patienten schnell Hilfestellungen zu geben.

Wo dieses Informationsmaterial erhältlich ist, hat die AG Diabetes und Migranten der DDG erneut recherchiert und aktualisiert. Großer Dank geht hier an Corinna Lorenz vom Diabetes Zentrum Mergentheim. Eine entsprechende Liste mit Links und Adressen ist auf der Web-

seite der Fachgesellschaft veröffentlicht. Zurzeit betrifft das Materialien in den Sprachen Arabisch, Englisch, Farsi (auf Anfrage), Französisch, Polnisch, Portugiesisch, Russisch, Spanisch und Türkisch.

Die Inhalte reichen vom Diabeteswegweiser über Ratgeber zu „Diabetes und Augen“ oder „Diabetes und Füße“ bis hin zum Leitfaden zur sicheren und sanften Insulininjektion. Die AG Diabetes und Migranten hat die fremdsprachigen Materialien in Projektgruppen durch eine systema-

tische Erhebung aus verschiedenen Informationsquellen zusammengestellt. Infos wurden z.B. beim ÄZQ, bei Migrantenorganisationen, Medizintechnik- und Pharmaunternehmen

»Bisher keine Evaluierung der Informationen«

sowie bei Mitgliedern der DDG eingeholt, die zur Beratung ihrer Patienten aus verschiedenen Kulturräumen, Kohlenhydrat-Austausch- und Broteinheiten-Tabellen erstellt haben. Die Sammlung erfolgte durch neutrale Recherche und die Befragung durch Schulungspersonal mit Erfahrung in der Beratung und Schulung von Menschen mit Migrationshintergrund.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die vorgestellten Materialien durch die DDG inhaltlich nicht

auf ihren wissenschaftlichen Bestand überprüft worden sind. Ein Projekt zur Entwicklung von industrieneutralem und wissenschaftlich evaluiertem Material sei jedoch in Planung. Da die Umsetzung eines solchen Projektes zeitintensiv sein wird, wurde zunächst das vorhandene Material gesammelt, um zur Überbrückung bei akutem Bedarf bereits einen Zugang zu ermöglichen. kol

bit.ly/Hilfe_in_Fremdsprache

Neu- oder re-zertifizierte Kliniken und Arztpraxen

(im Zeitraum 01.06. bis 01.08.2019)

Einrichtung	PLZ/ORT	Anerkennung
PLZ 0		
MediClin Reha-Zentrum Spreewald, Innere Medizin, Kardiologie, Diabetologie, Angiologie	03096 Burg	Zert. Diabeteszentrum DDG
Asklepios Klinik Weißenfels, S6 Diabetologie	06667 Weißenfels	Zert. Diabeteszentrum DDG
Städtisches Klinikum Dessau, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	06847 Dessau-Roßlau	Zert. Diabeteszentrum DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis, Dipl.-Med. Anett Czäczine	09116 Chemnitz	Zert. Diabeteszentrum DDG
PLZ 1		
»Patienten Praxis Grell & Sziegoleit GbR«	12099 Berlin	Zert. Diabeteszentrum Diabetologikum DDG
DRK Kliniken Berlin / Mitte	13359 Berlin	Nebendiagnose Diabetes
St. Josefs-Krankenhaus Potsdam-Sanssouci	14471 Potsdam	Nebendiagnose Diabetes
Krankenhaus Märkisch Oderland GmbH, Klinik für Innere Medizin	15344 Strausberg	Zert. Diabeteszentrum DDG
PLZ 2		
Asklepios Klinik Nord, Innere Medizin I	22417 Hamburg	Zert. Diabeteszentrum DDG
Arztzentrum Laboe, Diabetesschwerpunktpraxis	24235 Laboe	Zert. Diabeteszentrum DDG
Westküstenklinikum Heide, Diabeteschulungszentrum	25746 Heide	Zert. Diabeteszentrum DDG
PLZ 3		
Kinder- und Jugendkrankenhaus AUF DER BULT, Allgemeine Kinderheilkunde	30173 Hannover	Zert. Diabeteszentrum DDG
Diabetes-Zentrum Neustadt, Dr. med. Olaf Ney	31535 Neustadt	Fußbehandlung (ambulant)
Klinikum Herford, Kinder- und Jugendklinik	32049 Herford	Zert. Diabeteszentrum DDG
Evangelisches Klinikum Bethel gGmbH, Innere Medizin	33611 Bielefeld	Zert. Diabeteszentrum DDG
Klinikum Kassel, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	34125 Kassel	Zert. Diabeteszentrum DDG
Asklepios Klinikum Schwalmstadt	34613 Schwalmstadt	Nebendiagnose Diabetes
Krankenhaus Eichhof, Innere Abteilung	36341 Lauterbach	Zert. Diabeteszentrum DDG

Einrichtung	PLZ/ORT	Anerkennung
PLZ 4		
Internistische Schwerpunktpraxis Bereich Diabetologie, Dr. med. Manfred Kurnoth	41238 Mönchengladbach	Zert. Diabeteszentrum DDG
Gemeinschaftspraxis Dr. R. Grodeck & H. Bückner	44339 Dortmund	Zert. Diabeteszentrum DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. med. Michael Esser	45219 Essen	Zert. Diabeteszentrum DDG
Praxisgemeinschaft Lukaskreuzung, Dr. med. Uwe Preuß	45711 Datteln	Zert. Diabeteszentrum Diabetologikum DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. med. Ariane Montrobert	46049 Oberhausen	Zert. Diabeteszentrum DDG
Krankenhaus Bethanien Moers, Medizinische Klinik I - Diabetologie	47441 Moers	Zert. Diabeteszentrum DDG
PLZ 5		
Praxiszentrum Voerder Straße 14, Dres. Falk/Hering/Gesche	58256 Ennepetal	Zert. Diabeteszentrum DDG
Diabetes- und Stoffwechselfachpraxis Wetter (Ruhr)	58300 Wetter (Ruhr)	Zert. Diabeteszentrum DDG
PLZ 6		
HELIOS Dr. Horst Schmidt-Kliniken Wiesbaden, Klinik für Kinder und Jugendliche	65199 Wiesbaden	Zert. Diabeteszentrum DDG
Klinikum Worms, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	67550 Worms	Zert. Diabeteszentrum DDG
GRN-Klinik Weinheim	69469 Weinheim	Nebendiagnose Diabetes
PLZ 7		
Klinikum Landkreis Tuttlingen, Diabetologie	78549 Spaichingen	Zert. Diabeteszentrum DDG
PLZ 8		
München Klinik Neuperlach, Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Angiologie und Innere Medizin, Notfallzentrum	81737 München	Zert. Diabeteszentrum Diabetologikum DDG
m&i-Fachklinik Bad Heilbrunn, Diabetes- und Stoffwechselfachzentrum	83670 Bad Heilbrunn	Zert. Diabeteszentrum DDG
PLZ 9		
Diabetologie Nürnberg Nord, Dr. Annette Sauerbeck, Dr. Stefanie Sisi	90408 Nürnberg	Zert. Diabeteszentrum DDG
Klinikum Nürnberg Nord, Medizinische Klinik 6	90419 Nürnberg	Zert. Diabeteszentrum DDG
ANregiomed Klinikum Ansbach	91522 Ansbach	Nebendiagnose Diabetes
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. med. Christoph Münch	95032 Hof	Zert. Diabeteszentrum DDG

Noch kein DDG-Mitglied?

Überzeugen Sie sich von den Vorteilen!



Foto: iStock/Infadel

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

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

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



Ihr Ansprechpartner in der Geschäftsstelle ist:
Steffi Rudloff

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

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

Dr. med. Frank Müller, Bad Friedrichshall
Dr. med. Sebastian Pokojski, Berlin
Dr. med. Birgit Jödicke, Berlin
Dr. medic. Delia-Geanina Vilvoi, Gelsenkirchen
Dr. med. Florian Großkopf, München
Dr. med. Ute Wilkens, Dortmund
Felix Lippmann, Frankfurt a.M.
Dr. med. Julian Ziegler, Tübingen
Dr. med. Peter Pietschmann, Bayreuth
Dr. med. Stefan Dörr, Reutlingen
Dr. med. Esther Hunsmann, Karlsruhe
Dr. med. Andreas Remsing, Bad Soden

Kontakt zur Redaktion

Per E-Mail an diabeteszeitung@medical-tribune.de mit Ihren Fragen, Wünschen und Anregungen. Natürlich können Sie uns auch per Leserbrief bzw. Fax erreichen – oder Sie rufen in der Redaktion an:

Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH, Unter den Eichen 5, 65195 Wiesbaden
☎ Telefon: 0611 9746-0, 📠 Telefax: 0611 9746 480-303

Aktuelle 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.

➔ Diabetesberater/in DDG (verfügbare Kurse)

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
210	Diabetes Zentrum Thüringen e.V. Am Klinikum 1, Gebäude A, 07740 Jena ☎ Tel.: 03641/933 071, ☎ Fax: 03641/933 009 annett.bechstedt@med.uni-jena.de www.diabetes-thueringen.de	1. Block: 13.01. – 24.01.2020 2. Block: 23.03. – 03.04.2020 3. Block: 22.06. – 03.07.2020 4. Block: 07.09. – 18.09.2020 5. Block: 23.11. – 04.12.2020 6. Block: 15.02. – 26.02.2021
211	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	<i>verkürzte Aufbauqualifikation!</i> 1. Block: 10.02. – 21.02.2020 2. Block: 20.04. – 30.04.2020 3. Block: 06.07. – 17.07.2020 4. Block: 30.11. – 11.12.2020
212	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1172, ☎ Fax: 05971 42-1116 E-Mail: v.breulmann@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 24.02. – 06.03.2020 2. Block: 25.05. – 06.06.2020 3. Block: 20.07. – 31.07.2020 4. Block: 05.10. – 16.10.2020 5. Block: 07.12. – 18.12.2020 6. Block: 01.03. – 12.03.2021
213	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1172, ☎ Fax: 05971 42-1116 v.breulmann@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 27.04. – 09.05.2020 2. Block: 06.07. – 17.07.2020 3. Block: 28.09. – 09.10.2020 4. Block: 16.11. – 27.11.2020 5. Block: 01.02. – 12.02.2021 6. Block: 19.04. – 30.04.2021
214	Wannsee-Akademie Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin ☎ Tel.: 030 80686-040, ☎ Fax: 030 80686-404 E-Mail: akademie@wannseeschule.de www.wannseeakademie.de	1. Block: 04.05. – 15.05.2020 2. Block: 17.08. – 28.08.2020 3. Block: 02.11. – 20.11.2020 4. Block: 15.02. – 26.02.2021 5. Block: 19.04. – 30.04.2021 6. Block: 31.05. – 11.06.2021
215	Diabetes-Akademie Südostbayern Bürgerwaldstr. 1, 83278 Traunstein ☎ Tel.: 0861 20401041, ☎ Fax: 0861 909807 68 www.diabetesakademie.net info@diabetesakademie.net	1. Block: 04.06. – 18.06.2020 2. Block: 07.09. – 19.09.2020 3. Block: 07.12. – 19.12.2020 4. Block: 08.03. – 20.03.2021 5. Block: 07.06. – 19.06.2021
216	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1172, ☎ Fax: 05971 42-1116 v.breulmann@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	<i>verkürzte Aufbauqualifikation!</i> 1. Block: 12.10. – 23.10.2020 2. Block: 04.01. – 15.01.2021 3. Block: 17.05. – 29.05.2021 4. Block: 09.08. – 20.08.2021
217	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: 05.10. – 16.10.2020 2. Block: 11.01. – 22.01.2021 3. Block: 01.03. – 12.03.2021 4. Block: 12.04. – 23.04.2021 5. Block: 19.07. – 30.07.2021 6. Block: 13.09. – 24.09.2021
218	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. Block: 09.11. – 20.11.2020 2. Block: 01.02. – 12.02.2021 3. Block: 12.04. – 23.04.2021 4. Block: 21.06. – 02.07.2021 5. Block: 13.09. – 24.09.2021 6. Block: 08.11. – 19.11.2021
219	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1172, ☎ Fax: 05971 42-1116 v.breulmann@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 09.11. – 20.11.2020 2. Block: 18.01. – 29.01.2021 3. Block: 15.03. – 26.03.2021 4. Block: 14.06. – 25.06.2021 5. Block: 23.08. – 03.09.2021 6. Block: 18.10. – 29.10.2021
	Mutterhaus der Borromäerinnen gGmbH Feldstraße 16, 54290 Trier ☎ Tel.: 0651 947-3160, ☎ Fax: 0651 947-2205 schule@mutterhaus.de, www.mutterhaus.de	Kurstermine ab Januar 2021 Vormerkungen sind bereits möglich

ACHTUNG: neue Preise ab 2020

Kosten: Die Kosten für die Weiterbildung betragen ab 2020 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.: 0 30/3 11 69 37-18 oder an weiterbildung@ddg.info

Weitere Informationen finden Sie auf www.ddg.info/weiterbildung/diabetesberaterin-ddg/kurstermine.html

➔ Fit für die Weiterbildung – Vorbereitungsseminar des VDBD

Weiterbildungsort	Kurstermine	Kosten
Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstr. 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/421172, ☎ Fax: 05971/421116 v.breulmann@mathias-spital.de, https://afg.mathias-stiftung.de	07.09.2019	VDBD-Mitglieder: 55,- € Nicht-Mitglieder: 110,- €
Diabetes Zentrum Thüringen e.V. (c/o Universitätsklinikum Jena, Klinik für Innere Medizin III, FB Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen) Am Klinikum 1, Gebäude A, 07740 Jena ☎ Tel.: 03641/9324341, ☎ Fax: 03641/9324342 annett.bechstedt@med.uni-jena.de, www.diabetes-thueringen.de	12.10.2019	VDBD-Mitglieder: 55,- € Nicht-Mitglieder: 110,- €

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
98	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1172, ☎ Fax: 05971 42-1116 v.breulmann@mathias-spital.de, www.afg-rheine.de	1. Block 02.09. – 13.09.2019 2. Block 25.11. – 06.12.2019	1.525,- € inkl. Prüfungs- und Zertifikatsgebühr
24	Diabeteszentrum am Elisabeth-Krankenhaus Essen Klara-Kopp-Weg 1, 45138 Essen ☎ Tel.: 0208/30542818, ☎ Fax: 0202/897 4592 a.meier@contilia.de www.contilia.de/karriere/contilia-akademie/aktuelle-lehrgaenge.html	1. Block: 16.09. – 27.09.2019 2. Block: 20.01. – 01.02.2020	1.430,- € inkl. Prüfungs- und Zertifikatsgebühr
8	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: 23.09. – 04.10.2019 2. Block: 20.01. – 31.01.2020	1.300,- € inkl. Prüfungs- und Zertifikatsgebühr
25	Diabeteszentrum Sinsheim Schwerpunktpraxis im Ärztehaus Sinsheim Hauptstr. 71, 74889 Sinsheim ☎ Tel.: 07261/8998 g.buchholz@daikeler.de, www.daikeler.de	1. Block: 21.10. – 25.10.2019 2. Block: 25.11. – 30.11.2019 3. Block: 14.01. – 18.01.2020 4. Block: 02.03. – 06.03.2020	1.300,- € inkl. Prüfungs- und Zertifikatsgebühr
47	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Regensburg Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	1. Block: 11.11. – 22.11.2019 2. Block: 16.03. – 27.03.2020	1.655,- € inkl. Prüfungs- und Zertifikatsgebühr
35	Diabetesberatung Klinikum am Steinberg/Ernstalklinik Reutlingen Steinbergstraße 31, 72764 Reutlingen ☎ Tel.: +49 7121 200-3979 schroeder_d@klin-rt.de, www.kreiskliniken-reutlingen.de	1. Block: 13.01. – 31.01.2020 2. Block: 04.05. – 08.05.2020	1.545,- € inkl. Prüfungs- und Zertifikatsgebühr
15	AND-Saar Arbeitsgruppe niedergelassener Diabetologen in der Regionalgruppeder DDG Bezirksstr. 122, 66663 Merzig/Besseringen ☎ Tel.: 06861/76061, ☎ Fax: 06861/72244 info@heimes-diabetes.de, www.ddg-saar.de	1. Block: 13.01. – 25.01.2020 2. Block: 02.03. – 13.03.2020	1.300,- € inkl. Prüfungs- und Zertifikatsgebühr
27	UKGM Universitäres Diabeteszentrum Mittelhessen Diabetesschulungszentrum Med. Klinik und Poliklinik III Klinikstrasse 33, 35392 Gießen, ☎ Tel.: 0641/985 42887 E-Mail: jutta.liersch@innere.med.uni-giessen.de , www.udzm.de	1. Block: 27.01. – 31.01.2020 2. Block: 1.02. – 1.02.2020 3. Block: 3.03. – 03.03.2020 4. Block: 1.05. – 1.05.2020 5. Block: 06.06.2020	1.350,- € inkl. Prüfungs- und Zertifikatsgebühr
47.2	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Regensburg Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 E-Mail: info@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	1. Block: 03.02. – 14.02.2020 2. Block: 18.05. – 30.05.2020	1.655,- € inkl. Prüfungs- und Zertifikatsgebühr
99	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1172, ☎ Fax: 05971 42-1116 v.breulmann@mathias-spital.de, www.afg-rheine.de	1. Block: 14.04. – 25.04.2020 2. Block: 22.06. – 03.07.2020	1.665,- € inkl. Prüfungs- und Zertifikatsgebühr
48	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Regensburg Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	1. Block: 22.06. – 03.07.2020 2. Block: 16.11. – 27.11.2020	1.655,- € inkl. Prüfungs- und Zertifikatsgebühr

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

Hier erhalten Sie auch Auskunft über das Bewerbungsverfahren.

Weitere Termine und Informationen finden Sie auf

www.ddg.info/weiterbildung/diabetesassistentin-ddg/kurstermine.html

➔ Train-the-Trainer-Seminar

„Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG“

Neue Termine folgen.

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Internetseite unter

<https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/weiterbildung/basisqualifikation-diabetes-pflege-ddg.html>

➔ Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
BaQ_{RB_05}	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	30.09. + 01.10.2019
BaQ_{KO_02}	Malteser Krankenhaus St. Hildegardis Bachemer Str. 29-33, 50931 Köln Diabetesberatung.Koeln@malteser.org	13.11. + 14.11.2019

Weitere Kurstermine für 2020 JETZT ONLINE!

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
BaQ_CO_03	Klinikum Coburg durchführende Einrichtung REGIOMED-Kliniken Coburg Ketschendorfer Str. 33, 96450 Coburg, Frau Nicole Freund nicole.freund@regiomed-kliniken.de	18.11. + 19.11.2019
BaQ_BL_02	Diabeteszentrum Bad Lauterberg Kirchberg 21 37431 Bad Lauterberg, Dr. Thomas Werner sekretariat@diabeteszentrum.de	28.02. + 29.02.2020
BaQ_RB_06	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	30. + 31.03.2020

Weitere Informationen finden Sie auf www.ddg.info/weiterbildung/basisqualifikation-diabetes-pflege-ddg.html

➔ Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Klinik)

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine	Kosten
9	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-1172, ☎ Fax: 05971/42-1116 v.breulmann@mathias-spital.de, www.afg-rheine.de	1. Block: 14.10. – 18.10.2019 2. Block: 09.12. – 13.12.2019	990 € zzgl. Gebühren für Anmeldung, Prüfung, Material 260 €
10	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1172, ☎ Fax: 05971 42-1116 v.breulmann@mathias-spital.de, www.afg-rheine.de	1. Block: 20.04. – 24.04.2020 2. Block: 15.06. – 19.06.2020	990 € zzgl. Gebühren für Anmeldung, Prüfung, Material 260 €
7	RED – Institut für medizinische Forschung und Weiterbildung Oldenburg Mühlenkamp 5, 23758 Oldenburg i.H. ☎ Tel.: 04361/513130, ☎ Fax: 04361/513616 hecht@red-institut.de, www.red-institut.de	1. Block: 15.06. – 19.06.2020 2. Block: 14.09. – 18.09.2020	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.ddg.info/weiterbildung/diabetes-pflegefachkraft-ddg-klinik.html

➔ Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Langzeit)

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
BB192	Berlin	25.09.2019 – 29.01.2020

Sofern Sie Interesse an Veranstaltungen (auch an anderen Orten haben), setzen Sie sich gerne direkt mit den Veranstaltern in Verbindung. Hier erhalten Sie auch weitere Informationen: info@iigm.de. Die Kosten für die Weiterbildung betragen zurzeit 1 000,- € Kursgebühr, zzgl. 270,- € Prüfungs- und Materialgebühr. Die Weiterbildung findet an zehn einzelnen Kurstagen in dem genannten Zeitraum statt. Die genauen Termine erfragen Sie bitte bei der Weiterbildungsstätte.

Die Anmeldung erfolgt direkt beim Anbieter: <https://www.iigm.de>

Weitere Informationen finden Sie auf der Webseite

www.ddg.info/weiterbildung/diabetes-pflegefachkraft-ddg-langzeit.html

➔ Podologe/Podologin DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine	Kosten
6	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-1114, ☎ Fax: 05971/42-1116 g.westkamp@mathias-spital.de, www.afg-rheine.de	20.11. – 22.11.2019	425 € zzgl. 75 € Zertifikatsgebühr
7	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 / 42-1114, ☎ Fax: 05971 / 42-1116 g.westkamp@mathias-spital.de, www.afg-rheine.de	25.11. – 27.11.2020	425 € zzgl. 75 € 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.ddg.info/weiterbildung/podologin-ddg/kurstermine.html

➔ Wundassistent/in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
43	CID Centrum für integrierte Diabetesversorgung St. Vinzenz-Hospital, Merheimer Str. 221-223, 50733 Köln ☎ Tel.: 0221/9349461 schulung@cid-direct.de, www.cid-direct.de	09.09. – 13.09.2019
42	Deutsches Institut für Wundheilung , Kursort: Radolfzell, Fritz-Reichle-Ring 2, 78315 Radolfzell, ☎ Tel.: 07732/9391525 info@deutsches-wundinstitut.de, www.deutsches-wundinstitut.de	07.10. – 11.10.2019
6	Diabetes-Akademie Bad Mergentheim Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim ☎ Tel.: 07931 / 80 15, ☎ Fax: 07931 / 77 50 diabetes.akademie@diabetes-zentrum.de, www.diabetes-zentrum.de	18.11. – 22.11.2019
52	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstr. 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/421101, ☎ Fax: 05971/421116 r.ricklin@mathias-spital.de, www.afg-rheine.de	18.11. – 23.11.2019
15	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	18.11. – 22.11.2019
21	Diabetes Zentrum Thüringen e.V. (Universitätsklinikum Jena, Klinik für Innere Medizin III, FB Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen) Am Klinikum 1, Gebäude A, 07743 Jena ☎ Tel.: 03641/9324341, ☎ Fax: 03641/9324342 annett.bechstedt@med.uni-jena.de, www.diabetes-thueringen.de	1. Block 20.11. – 22.11.2019 2. Block 27.11. – 29.11.2019
54	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Rheine Frankenburgstr. 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/421101, ☎ Fax: 05971/421116 r.ricklin@mathias-spital.de, www.afg-rheine.de	16.03. – 21.03.2020

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
44	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	23.03. – 27.03.2020
43	Deutsches Institut für Wundheilung , Kursort: Radolfzell, Fritz-Reichle-Ring 2, 78315 Radolfzell, ☎ Tel.: 07732/9391525 info@deutsches-wundinstitut.de, www.deutsches-wundinstitut.de	20.04. – 24.04.2020
22	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 9324341, ☎ Fax: 03641 9324342 annett.bechstedt@med.uni-jena.de, www.diabetes-thueringen.de	1. Block: 06.05. – 08.05.2020 2. Block: 13.05. – 15.05.2020
14	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	15.06. – 19.6.2020

Kosten: Die Kosten des Kurses betragen bis 31.12.2019 600,- €.

Die neue Gebühr beläuft sich auf 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/weiterbildung/wundassistentin-ddg/kurstermine.html

➔ 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	27.09. – 30.09.2019 29.11. – 02.12.2019 13.03. – 16.03.2020 08.05. – 11.05.2020 17.07. – 20.07.2020 25.09. – 28.09.2020 27.11. – 30.11.2020	Augsburg, Tagungszentrum Hotel am alten Park, DIAKO (zentral in Bahnhofsnähe)	699 € inkl. MwSt. inkl. Seminarunterlagen und Pausengetränke 31 Fortbildungspunkte für 4 Tage
Dipl.-Psych. Heinrich Vogel Praxis für Psychotherapie Olvenstedter Straße 10, 39108 Magdeburg ☎ Tel.: 0176 - 40 03 19 11 info@heinrich-vogel.eu	Teil I: 12./13.10.2019 Teil II: 09./10.11.2019 Teil I: 08./09.02. 2020 Teil II: 07./08.03. 2020	Magdeburg, Praxis für Psychotherapie	550 € inkl. MwSt. inkl. Pausenbewirtung (gemeinsames Mittagessen kann organisiert werden) Fortbildungspunkte werden beantragt, ab 2020 600 €
willms.coaching Wilhelm-Busch-Str. 19, 37083 Göttingen ☎ Tel.: 0551/7974741, ☎ Fax: 0551/7974740 office@willmscoaching.de www.willmscoaching.de	18.11. – 21.11.2019 11.12. – 14.12.2019 16.01. – 19.01.2020 12.02. – 15.02.2020 22.04. – 25.04.2020 24.09. – 27.09.2020 12.11. – 15.11.2020* *Schwerpunkt Pädiatrie 08.12. – 11.12.2020	Göttingen, Eden Hotel	720 € inkl. Pausenbewirtung und Mittagessen Frühbucherrabatt bei Zahlungseingang 60 Tage vor Seminarbeginn Fortbildungspunkte der Ärztekammer werden erteilt.
Dipl.-Psych. Isabel Laß Beckertstraße 12, 61273 Wehrheim ☎ Tel.: 06081/576 589 (Praxis-Tel. mit AB) isabel.lass@familien-team.de	Teil 1: 02.11. – 03.11.2019 Teil 2: 30.11. – 01.12.2019	Frankfurt, Bürgerhospital, Diabetes-Zentrum Rhein-Main	780 € inkl. MwSt. Seminarunterlagen, Getränke und Snacks Fortbildungspunkte werden beantragt
AKADEMIE LUFTIKU(R)S e. V. am Kinderhospital Osnabrück Katrin Grautmann Iburger Straße 187, 49082 Osnabrück ☎ Tel.: 0174/619 38 69, ☎ Fax: 0541/582 9985 katrin.grautmann@uminfo.de www.akademie-luftikurs.de	19.11. – 22.11.2019	Georgsmarienhütte, Landvolkhochschule Oesede	600 €

➔ Fachpsychologe/Fachpsychologin DDG

Aktuelle Termine, Onlineanmeldung und weitere Informationen zu der Weiterbildung zum Fachpsychologen bzw. zur Fachpsychologin finden Sie direkt auf der Webseite

www.diabetes-psychologie.de/templates/main.php?SID=792

➔ 80-Std.-Kurs Klinische Diabetologie

Kurs	Termine	Tagungsort
Mainz Kursleitung: Prof. Dr. Matthias Weber	Teil 1: 03.02. – 07.02.2020 Teil 2: 23.03. – 27.03.2020 (Kurs findet nur statt bei einer Teilnehmerzahl von mind. 75)	Tagungsort für Teil 1 und Teil 2: Erbacher Hof (Hotelzimmer stehen in begrenzter Anzahl zur Verfügung) Griebenstraße 24, 55116 Mainz ☎ Tel.: 06131/257-503, ebh.reservierung@Bistum-Mainz.de
Freiburg Kursleitung: Prof. Dr. Jochen Seufert	Teil 1: 02.03. – 06.03.2020 Teil 2: 20.04. – 24.04.2020 (Kurs findet nur statt bei einer Teilnehmerzahl von mind. 75)	Tagungsort für Teil 1 und Teil 2: Katholische Akademie Freiburg Wintererstr. 1, 79104 Freiburg ☎ Tel.: 0761/319180 ☎ Fax: 0761/31918-111 mail@katholische-akademie-freiburg.de
Hannover Schwerpunkt Pädiatrie Kursleitung: Prof. Dr. Olga Kordonouri und Prof. Dr. Karin Lange	Teil 1: 23.03. – 27.03.2020 Teil 2: 13.07. – 17.07.2020 (Kurs findet nur statt bei einer Teilnehmerzahl von mind. 75)	Tagungsort für Teil 1 und Teil 2: Medizinische Hochschule Hannover Carl-Neuberg-Straße 1 30625 Hannover

Kosten: 1.250,- € für beide Kursteile.



Weitere Informationen und Anmeldung unter:
www.ddg.info/weiterbildung.html



8.-9. Nov. 2019
Congress
Centrum
Leipzig

 **DIABETES
HERBSTTAGUNG**
2019 **DDG**

Diabetes – mitten im Leben



Schwerpunktt Themen

- Kinder und Jugendliche in ihrem sozialen Umfeld
- Diabetestechnologie
- Ernährung im Spannungsfeld verschiedener Empfehlungen oder wie schmeckt Diabetes?
- Hygiene in Praxis, Klinik und Selbstmanagement
- Multimorbidität interdisziplinär
- Diabetes mellitus in der Ausbildung

Jetzt
anmelden zu
Frühbucher-
konditionen!

BUNTES

Poloshirts für die Insulinpumpe

Schülerunternehmen produziert Oberteile für Menschen mit Diabetes

MÜNCHEN. Die Bedürfnisse von Menschen, die eine Insulinpumpe am Körper tragen müssen, werden von der Textilindustrie wenig berücksichtigt. Schüler der Oberstufe des Karls-gymnasiums München Pasing wollen das ändern. Sie haben im Rahmen eines Wirtschafts-Projekts das Unternehmen „A Shirt and A Pocket“ (AS&AP) gegründet, um Shirts zu produzieren, die eine Tasche für die Insulinpumpe haben.

? Warum gründet Ihr als Schüler ein Unternehmen?
Johannes Kynast: Im Rahmen unserer Abiturvorbereitung müssen wir ein Projekt-Seminar belegen. Das Unternehmen AS&AP haben wir im Bereich „Wirtschaft und Recht“ ins Leben gerufen. Wir sind 13 Schüler und eine Lehrkraft. Die Aufgabe besteht darin, ein Start-up zu gründen, ein Produkt

zu entwickeln, es zu verkaufen und das Unternehmen danach wieder aufzulösen. Das Projekt ist somit auf ein Jahr begrenzt und endet im Februar 2020, wobei aber die Möglichkeit besteht, das Unternehmen nach diesem Jahr selbstständig weiterzuführen.

? Seid Ihr dabei auf euch allein gestellt?
Kynast: Nein, das Projekt ist Teil des Junior-Programms des Instituts der deutschen Wirtschaft Köln JUNIOR. Das Programm hilft uns bei dem Aufbau und der Führung unseres Unternehmens, wobei es uns auch versichert und bei Problemlagen unterstützt. Wir haben ja noch nicht viel Erfahrung im Bereich der Arbeitswelt, geschweige denn im Aufbau von einem Unternehmen.



Einen ersten Prototypen des Shirts gibt es schon.

? Wie seid Ihr auf die Idee gekommen, Poloshirts mit Tasche zu produzieren?

Kynast: Ähnliche T-Shirts wurden bereits eine Zeit lang produziert, die Herstellung wurde jedoch eingestellt. Unserer Meinung nach gibt es aber eine sichere Nachfrage für das Produkt und wir können Menschen damit helfen – deshalb finden wir die Idee gut und möchten sie weiter verbessern. Wir haben vor, das Poloshirt in höherer Qualität und für einen niedrigeren Preis von voraussichtlich 40 bis 50 Euro zu produzieren. Im Moment sind wir noch in der Produktionsphase der T-Shirts.

? Wie und an wen werdet Ihr die Shirts verkaufen, sobald die Produktion abgeschlossen ist?

Kynast: Geplant ist es, die Poloshirts über eine eigene Internetseite mit dem Namen www.asandap.de, die bald online gehen wird, anzubieten und sie in größeren Stückzahlen auch an Krankenhäuser oder Medizinfirmen zu verkaufen.

Interview: Isabel Aulehla



Auf einer öffentlichen Hauptversammlung präsentierten die Schüler ihr Produkt.



Der Entwurf des Poloshirts auf Papier.



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