



Passt die Medikation?

Neue Dienstleistungen in den Apotheken

BERLIN. Ärztevertreter*innen sind alarmiert: Erst das Impfen gegen Grippe und SARS-CoV-2, jetzt Medikationsberatung und Blutdruckkontrolle – die Apotheken dringen auf medizinisches Terrain vor! Was bedeutet das für die Diabetesbehandlung in den Praxen?

Dass die Nutzung des bundeseinheitlichen Medikationsplans hinter den Erwartungen zurückbleibt, ist unbestritten. Es lag also für die Politik nahe, den Apotheken einen verlässlichen Rahmen für Betreuungsangebote zur Stärkung der Arzneimitteltherapiesicherheit zu geben. Die Apotheken erreichen Patient*innen niedrigschwellig. Sie können Fälle von Non-Adhärenz aufspüren und Interaktionen zwischen verordneten Präparaten und mit der Selbstmedikation samt Nahrungs-

ergänzungsmitteln unter die Lupe nehmen. So ist es auch bei der „Erweiterten Medikationsberatung bei Polymedikation“ vorgesehen – einer von fünf pharmazeutischen Dienstleistungen, die auch für Diabetespatient*innen in Betracht kommen. Doch wird dieser Service für die Arbeit in den Praxen eher hilfreich oder hinderlich sein? Mit wie vielen Apothekenrückmeldungen und eventuell verunsicherten Patient*innen werden es die Praxisteams zu tun bekommen? Erste Einschätzungen lesen Sie auf Seite 3

DMP-Daten endlich zusammenführen!

BERLIN. Jährlich fallen unzählige Daten zur Diabetesbehandlung im Rahmen der DMP an. Doch eine bundesweite Zusammenführung der Informationen steht aus, beklagt die DDG. Dabei ließen sich damit wichtige Längsschnittanalysen erstellen. Das Know-how ist auch vorhanden. Der Gesetzgeber muss handeln, verlangt die DDG. 7

Zöliakie und Typ-1-Diabetes

Muss die histologische Abklärung bei Kindern sofort erfolgen?

GIESSEN. Fast 9 % aller Kinder, bei denen ein autoimmuner Typ-1-Diabetes festgestellt wird, weisen auch erhöhte Titer von Antikörpern gegen Gewebstransglutaminase (anti-tTGA) auf. Für sie sehen die Leitlinien eine rasche histologische

Zöliakie-Diagnostik vor, denn unbehandelt kann es bei einer Zöliakie zu Resorptionsstörungen und Mangelerscheinungen und dadurch zu negativen Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung kommen. Geht aber bei asymptomatischen Kindern

eine frühzeitige Abklärung, ob eine Zöliakie vorliegt, überhaupt mit Vorteilen für die Prognose einher? Und muss sofort auf eine glutenfreie Ernährung umgestellt werden, was für die Familien zusätzlich zur noch frischen Diabetes-Diagnose eine wei-

tere Herausforderung bedeutet? Eine Studie, durchgeführt am Uniklinikum Gießen, gibt darüber nun Aufschluss, und Studienleiter PD Dr. Clemens Kamrath erläutert im Interview, was sich aus den Studienergebnissen für die Praxis ableiten lässt. 17

Mikrobiom: Black Box im Blick

TÜBINGEN. Prof. Reiner Jümpertz-von Schwartzbergs Ziel ist es, neue Diabetes- und Adipositas-Therapien zu entwickeln. Die Erforschung des Mikrobioms spielt dabei eine große Rolle. Warum es so wichtig ist, dafür künftig auch Mikrobiom-Proben aus der bisherigen Black Box Dünndarm untersuchen zu können, erklärt er im Interview. 19

MedTriX^{Group}

»Fragwürdige Korrelationen«

Diabetolog*innen kritisieren CGM-Report der Barmer

BERLIN. Wichtige Medizinprodukte sollen – ähnlich wie Arzneimittel – einer frühen Nutzenbewertung unterzogen werden. Das fordert die Barmer. Ihre Ar-

gumentation untermauert die Kasse mit dem Beispiel der kontinuierlichen Glukosemessung (CGM). Hier stellte sie nämlich in den Abrechnungsdaten fest, dass es

Mehrkosten im Vergleich mit Diabetespatient*innen gibt, die ihre Werte herkömmlich mit Blutzuckermessstreifen kontrollieren. Und am CGM-Zusatznutzen zweifelt sie. Die

AG Diabetes & Technologie kritisiert die Methodik und kommt aufgrund der Studienlage und Erfahrungen in den Praxen zu anderen Schlussfolgerungen. 4

Seite 8 Die Struktur der Schwerpunktpraxen

BERLIN. Wie sind die Praxen der Diabetolog*innen heute aufgestellt? Der BVND hat dazu eine Umfrage durchgeführt sowie erste Ergebnisse und Vergleiche mit 2017 vorgestellt.

Nur bis 6.9.: Frühbucher-Rabatt!

DIABETES HERBSTTAGUNG 2022 DDG

24.–26. November 2022 – Teilnahme live vor Ort oder zu Hause. Tipp: Profitieren Sie bis 6.9. vom Frühbucher-Rabatt!
www.herbsttagung-ddg.de

Seite 25 Diabetesmüll in Praxis und Klinik

WIESBADEN. Batterien in vielen Geräten, Einwegsetzhilfen, Verpackungsmaterial: Viele Behandler*innen stört der Diabetesmüll. Sie versuchen, gegenzusteuern. Mit welchem Erfolg?

Innovationen im Start-up Village

BERLIN. Beim Diabetes Kongress präsentierten im „Start-up Village“ Unternehmen ihre innovativen Produkte, die das Leben von Ärzt*innen und Patient*innen leichter machen. Gewonnen hat ein auf Rezept verschreibbares Online-Therapieprogramm für Menschen mit Diabetes und Depression, ein Tablet, das eine Komplettlösung für die Praxis bietet, wenn es um PAVK geht, und ein Blutzuckermessgerät mit integrierter Stechhilfe. 12/13



Foto: DDG/Dirk Deckbar

»Zweifel am CGM-Zusatznutzen: Gibt es stichhaltige Argumente?«

So reagiert die DDG auf Forderungen zur frühen Nutzenbewertung von Hilfsmitteln

News & Fakten

Pharmazeutischen Dienstleistungen; CGM-Zusatznutzen; O-Ton Diabetologie; Ketoazidose-Kampagne; Corona-Kilos bei Kindern; Reisespenden; Zusammenführung DMP-Daten; BVND-Strukturerhebung; IUFT-Register; News aus der Diabetesforschung; Open Source AID-Systeme; European Obesity Report 3–10, 16

Kongress aktuell

Studiendaten zu Tirzepatid; Diabetes Kongress: Sieger Start-up Village; Prävalenzanstieg Typ-1-Diabetes; Closed-Loop bei Kleinkindern; Lobbyarbeit für gesunde Ernährung 11–14

Im Blickpunkt

Zöliakie-Diagnostik; Testosteronmangel; Transition; Kongress-Stipendium; Diabetes bei Hitze; Posttraumatische Belastungsstörung; Müllvermeidung in der Praxis; Camp D und KIDS-KURS 17–18, 20, 24–25, 27

Nachruf

Dr. Gerhard Klausmann, ehemaliger Vorsitzender der AG Niedergelassene diabetologisch tätige Ärzte ... 18

Das Interview

Prof. Dr. Reiner Jumpertz-von Schwartzberg zum Darmmikrobiom und zur Rolle des DZD 19

Medizin & Markt

Berichte aus der Industrie 21–22

Forum Literatur

Diabetes-Screening nach COVID-19; Blutzuckerwerte und COVID-19; Sulfonylharnstoffe und kardiovaskuläre Komplikationen; GLP1-Rezeptoren und ischämische Insulte 28–29

Consilium Diabetes

Früher zur Vorsorgekoloskopie ... 30

Kurznachrichten

Neu- oder rezertifizierte Kliniken und Arztpraxen; neue Diabetolog*innen DDG 31

Weiterbildung & Qualifikation

Diabetesberater*in DDG; Diabetesassistent*in DDG; Fit für die Weiterbildung (VDBD-Vorbereitungseminar); Train-the-Trainer-Seminar: „Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG“; Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG; Diabetespflegefachkraft DDG (Klinik und Langzeit); Wundassistent*in DDG; Seminare Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung... 32–33

Job- & Praxenbörse

Stellenangebote, Stellengesuche, Nachfolger gesucht 34–35

Buntes

..... 36

Liebe Leserinnen und Leser,

schon neigt sich der Sommer dem Ende zu – und vor Ihnen liegt die spätsommerliche Doppelausgabe der **diabetes zeitung**. In den letzten beiden Monaten ist viel passiert, und wer in Urlaub war und sich in dieser Zeit etwas weniger mit diabetologischen Themen beschäftigt hat, kann sich durch die Lektüre der folgenden Seiten rasch auf den neuesten Stand bringen.

»Hitze kann für Menschen mit Diabetes gefährlich werden«

Ohne das Licht und die Wärme der Sonne wäre unser Leben hier auf der Erde nicht möglich, und für viele ist der Sommer die schönste Jahreszeit. Hitze jedoch ist weit weniger beliebt – und birgt für Menschen mit Diabetes einige Gefahren. Damit müssen wir uns aufgrund der steigenden Temperaturen intensiv beschäftigen – mehr dazu auf Seite 24.

»Kasse zweifelt Zusatznutzen von CGM an – das sagt die AG Diabetes & Technologie«

Ein G-BA-Beschluss von 2016 ist die Grundlage für die Versorgung mit CGM-Geräten. Nun schlägt die Barmer Ersatzkasse Alarm und spricht im Zusammenhang mit ihrem im Juli erschienenen Hilfsmittelreport davon, dass bei Medizinprodukten Extrakosten in Milliardenhöhe drohten, ohne dass der Zusatznutzen bewiesen sei. Als Beispiele werden Systeme zur kontinuierlichen Glukosemessung (CGM) angeführt. Die Kasse fordert eine frühe Nutzenbewertung für Medizinprodukte und regelmäßige Aktualisierungen der G-BA-Beschlüsse zur Nutzenbewertung. Natürlich hat sich der Vorstand der Arbeitsgemeinschaft Diabetes & Technologie der DDG den Barmer-Hilfsmittelreport genauer angeschaut – und dabei „erhebliche Mängel“ entdeckt. Gleichzeitig legt die AG konstruktive Vorschläge auf den Tisch. Welche das sind, lesen Sie auf Seite 4.



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

»Neues aus der Kinderdiabetologie«

Alle, die an Kinderdiabetologie interessiert sind, finden reichlich interessante Informationen. Besonders empfehlen möchte ich Ihnen das Interview mit PD Dr. Clemens Kamrath auf Seite 17, in dem er neue, praxisrelevante und wegweisende Erkenntnisse über den richtigen Zeitpunkt für die Zöliakie-Diagnostik bei Kindern mit Typ-1-Diabetes mit uns teilt. Hier bahnt sich ein Paradigmenwechsel an. Beim Typ-1-Diabetes selbst hingegen sollte die Diagnose so schnell wie möglich erfolgen. Ein großer Erfolg ist es deshalb, dass durch die Aufklärungskampagne zur Ketoazidose bisher zwei Millionen Eltern informiert werden konnten! Mehr dazu auf Seite 5.

»Was Kleinkindern und was jungen Erwachsenen hilft«

Nach der Diagnose Typ-1-Diabetes sollten Kinder und Jugendliche optimal versorgt werden. Wie Kleinkinder (und ihre Eltern) von einem Hybrid-Closed-Loop-System profitieren können, zeigt die europaweite Studie KidsApo2 (Seite 14). Und welche Anstrengungen die DDG unternimmt, damit junge Erwachsene beim Abschied vom Pädiater nicht durchs Raster fallen und die Transition gelingt, lesen Sie auf Seite 20.

»Innovative Produkte beim Start-up Village«

Zu guter Letzt möchte ich Ihre Aufmerksamkeit noch auf das Start-up Village während des Diabetes Kongresses lenken. Dort präsentierten junge Unternehmen ihre innovativen Produkte. Wir stellen Ihnen auf Seite 12/13 die drei Preisträger*innen vor.

Ich wünsche Ihnen eine spannende Lektüre.

Ganz herzlich Ihr

Prof. Dr. Andreas Neu

**diabetes
zeitung**

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

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

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

Redaktionsbeirat:

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

Vetretung der angrenzenden Fachgebiete:

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

Koordination in der DDG Geschäftsstelle: Franziska Fey

Layout: Andrea Schmuck

Layout: Christina Mähler, Beate Scholz, Mira Vetter

Objekt- und Medialeitung: Björn Lindenau

Verkauf: Josef Hakam, Marc Bornschein, Lukas Koch

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

Telefax: 0611 9746 480-112

E-Mail: mtd-anzeigen@medtrix.group

Anzeigen-Preisliste Nr. 7 vom 1.1.2022

Vertrieb und Abonentenservice:

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

Druck:

Vogel Druck und Medienservice GmbH & Co. KG
Leibnizstraße 5, D-97204 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 MedTriX GmbH, der verbundenen Verlage sowie Dritter veröffentlicht werden kann.

www.blauer-engel.de/uz195

Dieses Druckerzeugnis wurde mit dem
Blauen Engel ausgezeichnet



085

Rat aus der Apotheke

Pharmazeutische Dienstleistungen: Hilfe oder Hindernis für die ärztliche Arbeit?

BERLIN. Die Schiedsentscheidung zu den pharmazeutischen Dienstleistungen stößt bei Vertreter*innen von Ärztenverbänden, -kammern und Kassenärztlichen Vereinigungen auf teilweise heftige Kritik. Dabei verstehen die Apotheken ihr Angebot als Unterstützung – auch für die Diabetologie.

Der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. KLAUS REINHARDT, glaubt, dass die pharmazeutischen Dienstleistungen (pDL) „ohne echten Mehrwert für die medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten bleiben und eher zu Reibungsverlusten und Abstimmungsstörungen führen“. Der Gesetzgeber soll das Vor-Ort-Apotheken-Stärkungsgesetz nachbessern. Ähnliche Bedenken sind z.B. vonseiten des Hausärzterverbandes und einzelner KV-Vorstände zu hören. Der GKV-Spitzenverband klagt gegen die Schiedsentscheidung, was aber keine aufschiebende Wirkung hat. In Sachsen und Thüringen haben Praxen und Apotheken Erfahrung mit der Arzneimitteliniziativa ARMIN. Dementsprechend hat Dr. TOBIAS WIESNER beim Thema pDL Ruhepuls. Er ist als Internist mit dem Schwerpunkt Diabetologie am MVZ Stoffwechselmedizin in Leipzig tätig und Vorstandsmitglied der DDG. Gerade bei der Behandlung chronisch Kranker hält es Dr. Wiesner für wichtig, dass Mediziner*innen und Apotheker*innen miteinander reden und kooperieren. Es gehe bei der erweiterten Medikationsberatung doch nicht um Fehlerdetektion, sondern um eine verbesserte Versorgung. Solange es kein kluges digitales Management für den Medikationsplan gebe, sei es hilfreich, wenn in der Apotheke die diversen Verordnungen zusammengeführt, pharmazeutisch betrachtet und die Ergebnisse den behandelnden Arzt*innen rückgemeldet werden. Auch das Blutdruckmessen in der Apotheke stört den niedergelassenen Arzt nicht: „Das wurde schon bisher gemacht, jetzt gibt es dafür einen finanziellen Ausgleich. Wie gerecht das im Vergleich Arzt/Apotheker ist, sei dahingestellt.“ Insbesondere Menschen mit Typ-2-Diabetes, die weitere (Begleit-) Erkrankungen haben und deshalb fünf oder mehr Arzneimittel einnehmen, profitieren von der „Erweiterten Medikationsberatung“, sagt Dr. ANN KATHRIN STRUNZ, Referentin Wissenschaftliche Entwicklung bei der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA). So machten z.B. Patient*innen Fehler beim Lagern und Anwenden ihrer Insuline; die fehlende Rotation der Injektionsstelle oder das Mehrfachverwenden der Injektionsnadeln könnten zu einer unzureichenden Blutzuckersenkung führen.

senen Arzt nicht: „Das wurde schon bisher gemacht, jetzt gibt es dafür einen finanziellen Ausgleich. Wie gerecht das im Vergleich Arzt/Apotheker ist, sei dahingestellt.“ Insbesondere Menschen mit Typ-2-Diabetes, die weitere (Begleit-) Erkrankungen haben und deshalb fünf oder mehr Arzneimittel einnehmen, profitieren von der „Erweiterten Medikationsberatung“, sagt Dr. ANN KATHRIN STRUNZ, Referentin Wissenschaftliche Entwicklung bei der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA). So machten z.B. Patient*innen Fehler beim Lagern und Anwenden ihrer Insuline; die fehlende Rotation der Injektionsstelle oder das Mehrfachverwenden der Injektionsnadeln könnten zu einer unzureichenden Blutzuckersenkung führen.

Eine Tüte voller Schachteln, Tuben und Fläschchen

Die Medikationsberatung wird ausschließlich von approbierten Apotheker*innen erbracht. Diese haben dafür ein achtstündiges Seminar absolviert. Die Leistung umfasst ein „Brown-Bag-Gespräch“, für das der/die Patient*in seine/ihre verschreibungspflichtigen Präparate, Selbstmedikation und Nahrungsergänzungsmittel mitbringt. Es folgen die pharmazeutische Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit samt „Lösungsfindung“ und der Medikationsplan. Ein zweites Gespräch und der Versand eines Berichts an den Arzt/die Ärztin schließen die Betreuung ab. Im Schnitt dauert eine solche Analyse 80 Minuten. Sie wird mit 90 Euro vergütet.

Haben Patient*innen Arzneimittel eigenmächtig abgesetzt oder nehmen ihre Dauermedikation nur unregelmäßig ein, könnten beim Erstgespräch solche Abweichungen zur ärztlich angeordneten Dosierung erkannt werden, erklärt Dr. Strunz. In der Apotheke werden potenzielle und manifeste arzneimittelbezogene

Probleme ins Visier genommen. Das betrifft Interaktionen, aber auch Doppelmedikationen und ungeeignete Anwendungszeitpunkte. Die Selbstmedikation wird u.a. dahingehend überprüft, ob sie für die von den Patient*innen genannten Beschwerden geeignet ist und ob Kontraindikationen zur verschreibungspflichtigen Präparaten bestehen.

Mit Zustimmung der Patient*innen erhalten die hauptbetreuenden Arzt*innen den aktualisierten Medikationsplan sowie Informationen zu Problemen mit Arzneimitteln, bei denen medizinischer Handlungsbedarf bestehen könnte. „Die therapeutischen Entscheidungen liegen natürlich weiterhin bei den behandelnden Arzt*innen“, betont Dr. Strunz. Aus verschiedenen Untersuchungen zum „bundeseinheitlichen Medikationsplan“ sei bekannt, dass Patient*innen vielfach unvollständig oder veraltete Pläne mit sich führten. „Auch hier kann die Medikationsberatung einen wertvollen Beitrag leisten, und die Qualität der Medikationspläne verbessern“, so Dr. Strunz. Für die Arzt*innen stecke darin ein Informationsgewinn, insbesondere zu Verordnungen mitbehandelnder Kolleg*innen und zur Selbstmedikation (OTC-Produkte machen ca. 35 % der in den Apotheken abgegebenen Arzneipackungen aus). Dr. DOROTHEA REICHERT ist nicht so optimistisch. Die Internistin führt eine diabeto-



»Analyse samt Lösungsfindung«

logische Gemeinschaftspraxis in Landau in der Pfalz und ist Vorstandsmitglied der DDG. Es sei eine wichtige Aufgabe ihrer Praxis, die diversen Medikationspläne, die ihre Patient*innen etwa von Kardiolog*innen und weiteren Facharzt*innen erhalten, zusammenzuführen. Nun kämen noch die Apotheker*innen dazu. Eine direkte Absprache mit dem/der Apotheker*in im selben Haus oder Dorf sei möglich. Doch wenn sich zahlreiche Apotheken aus dem Praxiseinzugsgebiet mit Schreiben oder via verunsicherten Patient*innen bemerkbar machen, werde die Versorgung nicht einfacher. Dr. Reichert vermisst einen „geordneten Weg“, wie Patient*innen effektiv informiert werden. Da die Verordnung unstrittig eine hoheitlich ärztliche Aufgabe sei, sollte die zentrale Medikationsprüfung und -zusammenführung bei der Ärztin /dem Arzt des Vertrauens erfolgen, meint die Internistin.

Skepsis an der Verordnung tut der Adhärenz nicht gut

Bei Diabetespatient*innen mit weiteren Erkrankungen seien immer „jede Menge, dabei auch mittelschwer wiegende Interaktionen“ bei der Medikation festzustellen. Nur die/der behandelnde Ärztin/Arzt könne die Lage adäquat einschätzen und abwägen, wie eine Therapie fortgeführt werden soll. Wenn die/der Patient*in aber in der Apotheke über potenzielle Probleme informiert werde, verhalte sie/er sich gegenüber den Verordnern möglicherweise skeptisch – was die Compliance nicht fördere. Auch bei der standardisierten dreifachen Blutdruckmessung (Honorar: 11,20 Euro netto) ist Dr. Reichert gespannt, wie die Apotheken das hinbekommen. Es sei durchaus eine Herausforderung, den Blutdruck von Patient*innen in Alltagssituationen korrekt zu bestimmen und zu bewerten. *Michael Reischmann*

»Miteinander die Versorgung besprechen«

Fünf Betreuungsleistungen

Seit Verkündung des Schiedsspruchs am 10. Juni 2022 durch die Gemeinsame Schiedsstelle können Apotheken fünf finanzierte Betreuungsangebote für gesetzlich und privat Krankenversicherte machen:

- Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation (einmal im Jahr)
- Standardisierte Risikoerfassung hoher Blutdruck (einmal im Jahr)
- Erweiterte Einweisung in die korrekte Arzneimittelanwendung mit Üben der Inhalationstechnik
- Pharmazeutische Betreuung von Organtransplantierten
- Pharmazeutische Betreuung bei oraler Antitumortherapie

Grundlage ist das 2020 in Kraft getretene Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken. Das Jahresvolumen beträgt etwa 150 Mio. Euro, finanziert durch die Krankenversicherer mit 20 Cent pro abgegebener Rx-Packung.

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



Herz-Medikamente, Hitze und Herzinfarkt

Menschen, die Herz-Kreislauf-Medikamente einnehmen, haben bei Hitze ein erhöhtes Herzinfarktrisiko. Als mögliche Ursache wird eine gestörte körperliche Thermoregulation bei Hitze vermutet. Das fanden Forschende des Helmholtz Zentrums München heraus.

Dick?

Genetische Veranlagungen gelten laut DDG als eine der Ursachen für Adipositas bei jungen Menschen. Diabetesmedikamente können helfen.

Diabetes und Herzinsuffizienz

Ein frühes Herzinsuffizienz-Screening für Menschen mit Diabetes hat die ADA empfohlen. Die US-Fachgesellschaft erarbeitet derzeit einen „Consensus-Report“ mit der ACC, der kardiologischen US-Fachgesellschaft (Diabetes Care online).

CGM ohne echten Zusatznutzen?

AG Diabetes & Technologie kritisiert Methodik und Schlussfolgerungen der Barmer

BERLIN. Wichtige Medizinprodukte sollen ähnlich wie Arzneien einer frühen Nutzenbewertung unterzogen werden. Und der G-BA muss seine Beschlüsse zur Nutzenbewertung regelmäßig aktualisieren. Das fordert die Barmer anhand des Beispiels der CGM-Systeme. Die AG Diabetes & Technologie der DDG kritisiert die Statistik. Sie erwidert: Der Nutzen für Patient*innen mit intensivierter Insulintherapie ist in den Praxen sichtbar.

In der GKV „drohen Extrakosten in Milliardenhöhe bei Medizinprodukten ohne erwiesenen Zusatznutzen“, schlägt die Barmer in einer Pressemitteilung zu ihrem Hilfsmittelreport 2022 Alarm. Beispielhaft führt sie die Systeme zur kontinuierlichen Glukosemessung (CGM) an. Bis zum Jahr 2020 seien hierzulande über eine halbe Million Menschen mit Diabetes damit ausgestattet worden. „Zum medizinischen Zusatznutzen von CGM-Geräten gibt es in Studien bislang jedoch nur vereinzelte Hinweise“, klagt die Kasse. Für die GKV entstünden aber jährliche Extraausgaben von rund einer Milliarde Euro.

Grundlage für die Versorgung mit CGM-Geräten ist ein Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) aus dem Jahr 2016. Dieser wurde mit Studien begründet, die bei Typ-1-Diabetes auf bessere HbA_{1c}-Werte und einen höheren Schutz vor Unterzuckerungen hindeuteten. Nun müsse überprüft werden, ob sich die Erwartungen bestätigten, meint die Kasse. Sie kommt in ihrem Report zu dem Eindruck, dass CGM-Systeme keinen wesentlichen Zusatznutzen zeigen. Dafür wurden Daten von 2018 bis 2020 für jeweils 12.000 Versicherte verglichen, die ihre Glukose mit einem CGM-Gerät oder kon-

ventionell mit Blutzuckerteststreifen maßen. Allerdings schränkt die Kasse ein, dass sie die Vorteile der CGM-Systeme – weniger schwere Hypoglykämien bzw. verbesserte HbA_{1c}-Werte – nicht aus ihren Abrechnungsdaten ablesen kann.

Kasse hat für ihre Analyse keine medizinischen Daten

Also bediente sie sich zweier Surrogatparameter: der Ausgaben für Krankenhausaufenthalte von Patienten mit der Hauptdiagnose Diabetes und der Anzahl hausärztlicher Kontakte (siehe Grafik).

Beim Vergleich der Patient*innen mit CGM-Geräten mit einer Kontrollgruppe stellte die Barmer durchschnittlich mehr Praxisbesuche und jährliche Mehrkosten von etwa 2.000

Euro bei den CGM-Patient*innen fest. Sie sieht das Ergebnis ihrer Kosten-Nutzen-Einschätzung auch von der aktuellen Studienlage flankiert. In der Versorgungsrealität sei „ein bedeutsamer Zusatznutzen der CGM-Systeme gegenüber der herkömmlichen Glukose-Messmethode im Durchschnitt nicht gegeben“, heißt es im Hilfsmittelreport.

Der Vorstand der Arbeitsgemeinschaft Diabetes & Technologie (AGDT) der DDG hat sich die Publikation genauer angeschaut. Die Statistik habe „erhebliche Mängel“, teilen SANDRA SCHLÜTER, Dr. GUIDO FRECKMANN und Dr. RALPH ZIEGLER in einer ersten Einschätzung für die diabetes zeitung mit. Sie weisen u.a. auf folgende Aspekte hin:

- Die Häufigkeit von Arztkontakten ist kein verlässlicher Parameter für die Stoffwechselkontrolle.
- Der Barmer-Bericht kann keine konkreten Aussagen zum Nutzen treffen, insbesondere nicht zu Patient*innen mit oder ohne intensivierter Insulintherapie (ICT).
- Patientenzufriedenheit, Lebensqualität, HbA_{1c} etc. werden nicht betrachtet.

»Korrelationen sind fragwürdig«

- In den Klinikaufenthalten sind alle Fälle mit Diabetes enthalten, z.B. auch welche mit COVID-19-Infektion. Bei Betrachtung der Klinikaufenthalte ist ein erheblicher Selektionsbias anzunehmen. „Korrelationen hierzu sind deswegen fragwürdig.“
- Seit dem G-BA Beschluss wurden weitere methodisch gute Studien zum Nutzen von CGM bei ICT veröffentlicht.
- Die Erfahrungen aus der Praxis bei mit CGM versorgten Patient*innen decken sich nicht mit dem Fazit des Barmer-Reports.

Auf Kosten und Nutzen zu schauen, sei sinnvoll, bestätigt der AGDT-Vorstand. Doch das sollte differenziert nach Patientengruppen erfolgen. Der G-BA bestimmte 2016: „Dies gilt für Menschen mit Diabetes, die eine intensivierte Insulintherapie durchführen. Ein solches Messgerät kann nur von Diabetologinnen und

Diabetologen verordnet werden, es muss ein zugelassenes Medizinprodukt sein und über eine Warnfunktion bei Über- oder Unterzuckerung verfügen.“

Kommt es auch zum CGM-Einsatz bei Menschen ohne ICT?, fragt die AGDT-Spitze. Werden von den Kassen wirklich nur Verordnungen von Diabetolog*innen akzeptiert? Was ist mit den Sonderverträgen zwischen Kassen und Herstellern? „Wenn die Kosten explodieren, wird nach Evidenz und Nutzen gefragt.“ Wo aber ist das gemeinsame Handeln von Kassen, Herstellern und Mediziner*innen vor Einführung wichtiger neuer Diabetestechnologie?

An den richtigen Stellen prüfen, hilft Kosten sparen

Es könnten Kosten bei Verwaltung und Medizinischem Dienst gespart werden, wenn z.B. Patient*innen mit ICT ohne Prüfung ein CGM-System erhalten und alle weiteren Fälle eine Prüfung durchlaufen. Auch sollte eine strukturierte Analyse der Nutzung von CGM-Systemen in Senioreneinrichtungen und durch ambulante Pflegedienste erfolgen: Sind CGM-Systeme dafür geeignet und in der Zweckbestimmung dafür vorgesehen? Sind die Mehrkosten gegenüber dem Zusatznutzen vertretbar? Werden evtl. Pflegekosten eingespart? Brauchen wir für diese Patientengruppe CGM-Systeme mit anderen Anforderungen?

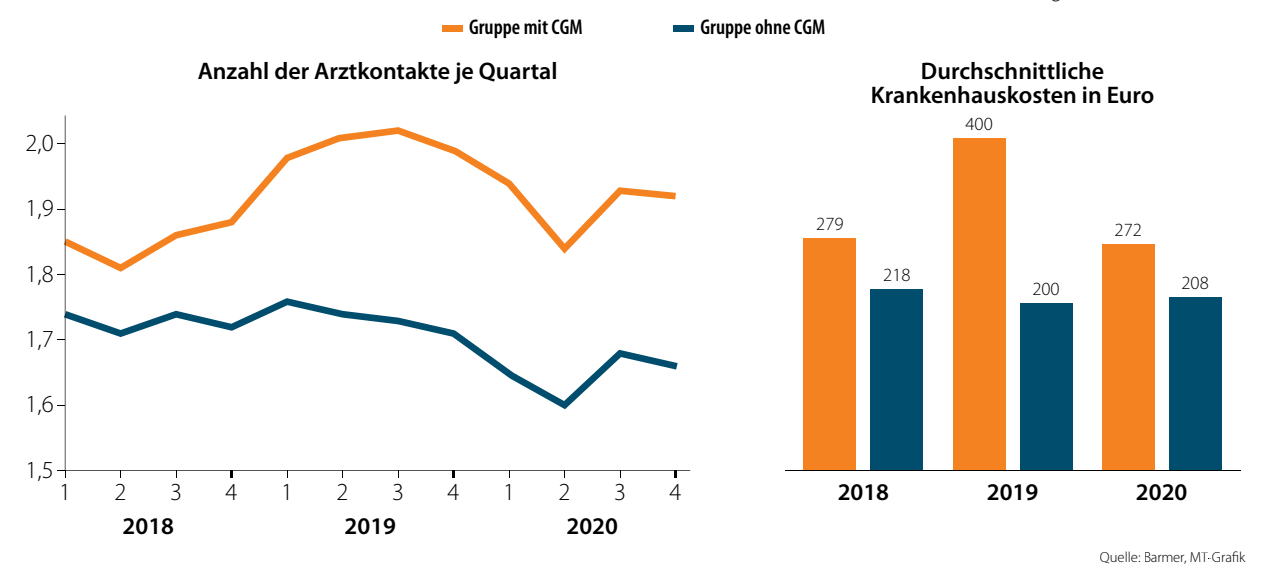
Die AG moniert ferner: „Die Mehrkosten für CGM-Systeme sind da, aber um den Zusatznutzen auch konkret abzurufen, fordert der G-BA eine Patientenschulung ein. Wie kann es sein, dass bisher keine Kasse einen Antrag beim Bundesamt für Soziale Sicherung zur Akkreditierung eines vorhandenen Schulungsprogramms getätigt hat?“ Die AGDT kündigt an, eine Stellungnahme zu evidenzbasierter Glukosemessung zu verfassen.

Michael Reischmann

Barmer-Hilfsmittelreport 2022:
www.bifg.de/JY9257C

Öfter in der Praxis, teurer in der Klinik

Hausarztkontakte und Klinikkosten bei Barmer-Versicherten mit Diabetes mit und ohne kontinuierlicher Blutzuckermessung (CGM)



Mit dem Blick auf Arztkontakte und Klinikkosten fragt sich die Barmer: Stimmen bei CGM Zusatznutzen und Mehrkosten?

»Extraausgaben von rund einer Milliarde Euro«

»Wir Menschen können Risiken nicht richtig einschätzen«

Epidemiologe Professor Wolfgang Rathmann im O-Ton Diabetologie

WIESBADEN. Adipositas, Diabetes nach einer Coronavirus-Erkrankung, intelligente Stadtplanung – darum geht es im Podcast mit Prof. Wolfgang Rathmann vom DDZ.

Große Angst vor dem Coronavirus, kaum Angst vor der Tatsache, dass ca. zwei Drittel der Männer und fast die Hälfte der Frauen in Deutschland übergewichtig oder adipös sind und das Übergewicht und Typ-2-Diabetes eng miteinander verbunden sind: Das ist eine Fehleinschätzung für Prof. Dr.

med. Wolfgang Rathmann, Leiter der Arbeitsgruppe Epidemiologie am Deutschen Diabetes-Zentrum (DDZ), Leibniz-Zentrum für Diabetesforschung an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. „Vor diesem kleinen Virus haben wir alle sehr viel Respekt. Aber vor Adipositas nicht – und das ist falsch, das muss sich ändern!“

Was sich im Bewusstsein von Patient*innen, Versorgenden und Gesundheitspolitiker*innen ändern muss, ist ein Schwerpunkt im Podcast O-Ton Diabetologie mit Prof.

Rathmann im Gespräch mit den MedTriX-Redakteuren Günter Nuber und Jochen Schlabing.

Psychische Belastungen und ein Paradigmenwechsel

Schwerpunkte des Gesprächs:

- Wie wirkt sich die Pandemie bei Diabetes auf die Psyche aus?
- Welchen Einfluss haben Schadstoff- und Lärmbelastung, Bildungsstand, Einkommen und Wohnort auf das Diabetes-Risiko?
- Was könnte eine Präventionskonferenz mit Diabetolog*innen, For-

Podcast O-Ton Diabetologie

- Alle 14 Tage
- Zu hören über alle gängigen Plattformen (Spotify, Apple Podcasts, SoundCloud etc.)
- Gesprächspartner*innen: Dr. Karsten Milek, Prof. Dr. Anette-Gabriele Ziegler, AG Nachwuchs der DDG; Gespräche geplant mit: Prof. Hans Scherübl, Dr. Katarina Braune
- Alle Medical-Tribune-Podcasts (z. B. O-Ton Onkologie, Blitzlicht Fortbildung) hier: www.medical-tribune.de/news/podcasts-der-medical-tribune-im-ueberblick

schenden aus den dem Gebiet der Ernährungs- und Umweltwissenschaften und Stadtplaner*innen bringen?

- Waum kann bei den Diabetes-Komplikationen von einem Paradigmen-Wechsel gesprochen werden (Stichwort Krebs)? dz



Über zwei Millionen Eltern informiert

Kampagne zur Ketoazidose bei jungen Menschen erfolgreich

BERLIN. Ständiger Durst, häufiges Wasserlassen, Gewichtsabnahme und andauernde Müdigkeit. Diese vier wichtigen Warnzeichen für eine Diabeteserkrankung stehen im Mittelpunkt der Aufklärungskampagne zur Früherkennung des Typ-1-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen. Vor zwei Jahren wurde sie gestartet, über zwei Millionen Eltern sind inzwischen über Diabetes informiert.

Die Aufmerksamkeit für Diabetes in Familien konnte die Kampagne in jedem Fall steigern. „Viele Eltern waren meist erstaunt oder sogar erschrocken darüber, dass ein Diabetes mellitus bereits in so jungem Alter auftreten kann“, so Privatdozent Dr. THOMAS KAPPELEN, Vorsitzender der AGPD. Die meisten seien dankbar für diese Information. Auch die Ärzteschaft unterstützt die Kampagne, indem sie Flyer in ihren Praxen auslegen und/oder Infomaterial von der Website diabetes-kinder.de herunterladen: Mehr als 6.300 Kinder- und Jugendärzt*innen beteiligen sich an der Aktion und klären über die Ursachen und Gefahren von Typ-1-Diabetes auf.

Schon vor zwei Jahren haben die Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Diabetologie (AGPD) der DDG und der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) die Aktion ins Leben gerufen. Das Ziel: Einer lebensgefährlichen Stoffwechsellage, der sog. diabetischen Ketoazidose (DKA), bei Kindern frühzeitig entgegenzuwirken und so Langzeitschäden zu verhindern. Denn häufig erfahren diese jungen Patient*innen erst auf diesem Wege von ihrer Diabeteserkrankung. Erschreckend ist, dass sich die Ketoazidose-Fallzahlen während der Corona-Pandemie sogar verdoppelt haben.¹ Die Expert*innen fordern die Ärzteschaft daher weiter dazu auf, Eltern aktiv über Diabetes zu informieren. Erfreulich sei auch, dass sich viele Gesundheitsämter mittlerweile an der Aktion beteiligten.

Die kleine Josephine klärt über Typ-1-Diabetes auf

Ein besonderer Glücksfall im Rahmen der Kampagne: Die Eltern der erst kürzlich an Typ-1-Diabetes erkrankten Josephine boten ihre Un-

terstützung an und machten mithilfe eines Silo-Lastwagens auf die Diabetes-Warnzeichen aufmerksam (wir berichteten mehrfach). „Eine wundervolle Aktion, die die Kampagne im wahrsten Sinne des Wortes ins Rollen bringt“, freut sich der DDG-Präsident Prof. Dr. ANDREAS NEU. Die MedTriX Group und die dia-

beteszeitung begleiteten per Video diese Aufklärungsaktion mit Silozug. Alle Informationen zur Kampagne

»Kampagne mit positiver Bilanz«

gibt es unter: <https://diabetes-kinder.de/>. Den direkten Zugang zum Video der Aufklärungskampagne finden Sie im untenstehenden Kasten.

Angela Monecke

1. Kamrath C, Mönkemöller K, Biester T et al. Ketoacidosis in Children and Adolescents With Newly Diagnosed Type 1 Diabetes During the COVID-19 Pandemic in Germany. JAMA. 2020;324(8):801-4



Foto: www.diabetes-kinder.de

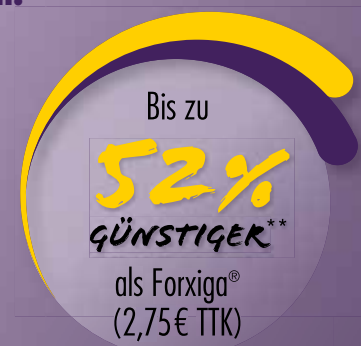
NEU: Das Monopräparat Ertugliflozin

Steglatro[®]
Ertugliflozin, MSD

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

Vergleich mit ausgewählten SGLT-2-Hemmern:

STEGLATRO[®]
1,30€ TTK**



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

+ Kassenverträge

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

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

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

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



Steglatro[®] 5 mg Filmtabletten
Steglatro[®] 15 mg Filmtabletten

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

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

Diabetesaufklärung mal anders!

20 bis 30 % der betroffenen Kinder haben bei Manifestation ihres Typ-1-Diabetes eine Ketoazidose. Die schwere Stoffwechsellage tritt bei jedem vierten Kind bei Neuerkrankung auf. Um die Zahl der Ketoazidosen deutlich zu reduzieren, forciert die DDG die Früherkennung.

Das Video über die beachtliche Aufklärungskampagne finden Sie unter:

www.medical-tribune.de/meinung-und-dialog/artikel/josephine-und-der-silozug



DE-STE-00074

Jedes sechste Kind schleppt Corona-Kilos mit sich herum

Ernährungs-Expert*innen fordern „Marshall-Plan für Kindergesundheit“



MÜNCHEN. Jedes sechste Kind in Deutschland ist seit der Corona-Pandemie dicker geworden. Zu diesem alarmierenden Ergebnis kommt eine repräsentative Eltern-Umfrage der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) und des Else Kröner-Fresenius-Zentrums (EKfZ) für Ernährungsmedizin an der Technischen Universität München. „Die Corona-Kilos werden zu einer schweren Hypothek für eine ganze Generation“, warnt hier die DDG Geschäftsführerin Barbara Bitzer.

Wie haben sich zwei Jahre Corona-Pandemie mit Maßnahmen wie Lock-down und Schulschließungen auf das Gesundheitsverhalten, vor allem auf Ernährung, Bewegung und Körpergewicht von Kindern und Jugendlichen ausgewirkt? Hat sich das Gesundheitsverhalten, das man durch die Maßnahmen gegen die Pandemie beobachtete, verfestigt? Welches Alter bringen die jungen Menschen mit, die besonders betroffen sind, welchen sozioökonomischen Gruppen gehören sie an? Diese Ausgangsfragen standen im Fokus der Forsa-Studie, für die im März und April 2022 insgesamt 1.004 Eltern mit Kindern im Alter von 3–17 Jahren befragt wurden. Dass sich die gegen die Pandemie ergriffenen Maßnahmen wie Lock-down oder Schulschließungen stark auf die Kindergesundheit auswirken, zeigen die weiteren Ergebnisse der Eltern-Umfrage: Fast die Hälfte der jungen Menschen bewegt sich weni-

ger als zuvor (44 % weniger, nur 7 % bewegen sich mehr). Dieser Bewegungsrückgang ist vor allem bei den 10–17-Jährigen erkennbar. Bei 33 % der Kinder hat sich die körperlich-sportliche Fitness verschlechtert. Etwa ein Viertel der Kinder und Jugendlichen isst seit der Corona-Krise mehr Süßwaren wie Schokolade oder Kekse. Bei den 10–12-Jährigen bringt jedes dritte Kind seit Pandemiebeginn mehr Kilos auf die Waage. Und von jenen Kindern, die schon vorher übergewichtig waren, ist sogar jedes zweite (noch) dicker geworden.

Auch die gesundheitliche Ungleichheit sticht ins Auge, die sich durch die Maßnahmen gegen die Corona-

Pandemie noch weiter verschärft hat: Bei Kindern und Jugendlichen aus einkommensschwachen Familien kommen Corona-Kilos sogar doppelt so häufig vor wie etwa bei jungen Menschen aus dem familiären Umfeld von Gutverdienern.

Noch nie dagewesene Gewichtszunahme!

„Eine Gewichtszunahme in dem Ausmaß wie seit Beginn der Pandemie haben wir zuvor noch nie gesehen“, betont Dr. SUSANN WEIHRACH-BLÜHER, Oberärztin an der Universitätskinderklinik Halle/Saale und Sprecherin der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der DAG. „Übergewicht kann schon bei Kindern und Jugendlichen zu Bluthochdruck, einer Fettleber oder Diabetes führen.“ 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen waren schon vor der Corona-Pandemie dick, sechs Prozent sogar stark übergewichtig. „Wie viele Studien, Umfragen und Fakten braucht es noch, damit die Politik gegensteuert und die Hersteller fettiger, süßer und salziger Pro-

»Mehr Süßes, weniger Sport?«

dukte endlich in die Pflicht nimmt?“, kritisiert DDG Geschäftsführerin Barbara Bitzer. Eine Herstellerabgabe auf stark zuckerhaltige Getränke und ein Werbeverbot für ungesunde Produkte, die sich an Kinder richten, seien längst überfällig. Bei gesunden Lebensmitteln sei hingegen eine komplette Befreiung von der Mehrwertsteuer gefordert. Einen deutlichen Appell richtet sie an die Bundesregierung, die endlich „schnelle und nachhaltige Entscheidungen“ treffen solle, „von denen auch diese Generation noch profitiert.“ Laut Prof. Dr. HANS HAUNER, Direktor des EKfZ für Ernährungsmedizin, müssten die Folgen der Pandemie aufgefangen werden, „sonst werden die ‚Corona-Kilos‘ zum Bumerang für die Gesundheit einer ganzen Generation“ – besonders für nicht-übertragbare Krankheiten wie Adipositas und Diabetes. Geeignete Therapie-Angebote, die alle Gruppen gleichermaßen erreichten, müssten nun dringend verstärkt werden. OLIVER HUIZINGA, Politischer Geschäftsführer der DAG, ist vor allem darüber besorgt, dass „die Corona-Krise und die hohe Inflation insbesondere Familien mit wenig Einkommen belasten, denn ausgerechnet Grundnahrungsmittel sind in den letzten Monaten erheblich teurer geworden“.

Was bringt „Marshall-Plan für die Kindergesundheit“?

Die DAG und das EKfZ für Ernährungsmedizin fordern nun einen „Marshall-Plan für die Kindergesundheit“.

Die wichtigsten Ergebnisse

- 16 Prozent der Kinder und Jugendlichen sind dicker geworden, bei Kindern im Alter von 10 bis 12 Jahren sind es sogar 32 Prozent.
- Kinder und Jugendliche aus einkommensschwachen Familien sind doppelt so häufig von einer ungesunden Gewichtszunahme betroffen wie Kinder und Jugendliche aus einkommensstarken Familien (23 % zu 12 %).
- 44 Prozent der Kinder und Jugendlichen bewegen sich weniger als vor der Pandemie, bei Kindern im Alter von 10 bis 12 Jahren sind es sogar 57 Prozent.
- Bei 33 Prozent der Kinder und Jugendlichen hat sich die körperlich-sportliche Fitness verschlechtert, bei Kindern im Alter von 10 bis 12 Jahren sind es sogar 48 Prozent.
- Bei 43 Prozent der Kinder und Jugendlichen belastet die Pandemie die seelische Stabilität „mittel“ oder „stark“.
- 70 Prozent der Kinder und Jugendlichen haben die Mediennutzung gesteigert.
- 27 Prozent der Kinder und Jugendlichen greifen häufiger zu Süßwaren als zuvor.
- 34 Prozent der Familien essen häufiger gemeinsam als zuvor.

DAG, EKfZ

Als Sofortmaßnahmen empfehlen die Expert*innen nicht nur, Zuckergetränke zu besteuern und Werbeschränkungen für ungesunde Lebensmittel einzuführen, sondern auch die erwähnte Stärkung der bislang „chronisch unterfinanzierten“ Adipositas-Therapie.

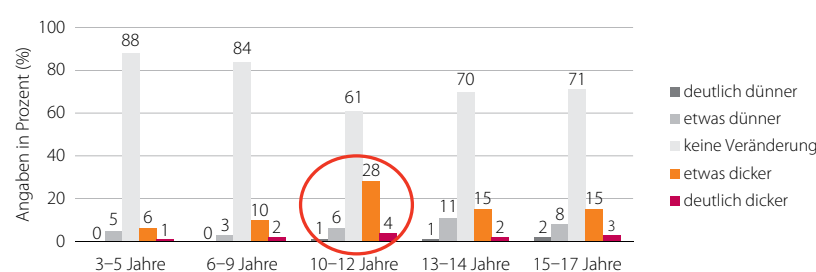
Angela Monecke

Weitere Infos gibt es unter <https://adipositas-gesellschaft.de/news/>. Die Ergebnisse der Befragung finden Sie unter <https://t1p.de/yzwgc>.

Online-Pressekonferenz von DAG und EKfZ zur Eltern-Umfrage, 31. Mai 2022

Gewichtsentwicklung/Altersgruppen

Würden Sie sagen, dass Ihr Kind seit Beginn der Corona-Pandemie dünner oder dicker geworden ist?



Bei den Altersgruppen stechen die 10–12-Jährigen besonders heraus: In dieser Altersgruppe ist jedes dritte Kind seit Beginn der Pandemie dicker geworden.

Quelle: DAG/EKfZ für Ernährungsmedizin, MT-Grafik

An Gewicht ordentlich zugelegt haben vor allem die 10–12-Jährigen.

»Politik muss Hersteller in die Pflicht nehmen«

Mit „Feuereifer“ in die Diabetologie starten

Für Kurzentschlossene: Reisestipendien für die Diabetes Herbsttagung zu vergeben – bis 30. September bewerben!

WIESBADEN. Mehr über die Diabetologie erfahren, sich vernetzen und austauschen: Für die Diabetes Herbsttagung 2022, die vom 24. bis 26. November in Wiesbaden stattfindet, gibt es noch Stipendien zur Teilnahme. Vergaben werden sie im Rahmen der Nachwuchsförderung der DDG. Kurzentschlossene können sich bis zum 30. September 2022 dafür bewerben!

Wir haben die Reisestipendien für die Diabetes Herbsttagung in diesem Jahr auf 80 verdoppelt. Wir brauchen medizinischen Nachwuchs, der mit Feuereifer in die Diabetologie startet und die Versorgung von morgen sichert“, betont DDG Präsident Prof. Dr. ANDREAS NEU.

Vorteile des Stipendiums

- Zugang zum gesamten Tagungsprogramm
- einmalig 300 Euro als Reisekostenpauschale*
- Einführung in das Tagungsprogramm und Begleitung durch die Mitglieder der AG Nachwuchs der DDG

* Dies gilt, sofern die Tagung wie geplant als Präsenzveranstaltung in Wiesbaden stattfinden kann.

Für das Stipendium, das einen kostenfreien Zugang zur Tagung plus eine Reisekostenpauschale bietet (siehe Kasten), können sich Stipendiat*innen bis zum 35. Lebensjahr bewerben: Studierende der

Medizin, der Psychologie und der Pharmazie mit diabetesbezogenem Schwerpunkt, Assistenzärzt*innen sowie Psycholog*innen in Weiterbildung zur/zum Psychotherapeut*in. Erziehungszeiten und individuelle Gründe werden berücksichtigt.

Als Stipendiat*in steht niemand bei der Tagung allein da. Denn die Mitglieder der AG Nachwuchs der DDG bleiben bei der Tagung als Ansprechpartner*innen in der Nähe, konzipieren ein Stipendien-Programm. „Diese Stipendien können helfen, Hürden für die Tagungsteilnahme an medizinischen Veranstaltungen abzubauen“, ist Prof. Neu überzeugt. Für die kurzfristige Bewerbung bis zum 30. September bit-



te das Bewerbungsformular bei der DDG mit dem Motivationsschreiben ausfüllen und abschicken. amo

Alle Infos unter: <https://herbsttagung-ddg.de/tagung/#nachwuchsforderung>

Dieser Schatz muss gehoben werden

DDG fordert den Aufbau einer öffentlich nutzbaren DMP-Datenbank

BERLIN. Damit Patient*innen in einem DMP nach dem aktuellen Stand des Wissens behandelt werden, passt der G-BA die Richtlinien ab und zu an. Doch weiterhin fehlt eine nationale Diabetesdatenbank auf der Basis der DMP-Daten, klagt die DDG.

Rund 4,7 Mio. gesetzlich Versicherte, die an Typ-2-Diabetes erkrankt sind, lassen sich in einem DMP behandeln. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat Mitte Juni die im DMP Diabetes mellitus Typ 2 empfohlene Diagnostik und Therapie an den neuesten Stand des medizinischen Wissens angepasst. Änderungen betreffen z. B. die Empfehlungen zur Medikation, den Umgang mit Begleit- und Folgeerkrankungen sowie die Motivierung der Patient*innen, sich gesund zu ernähren und mehr zu bewegen. Die zwischen Krankenkassen, Praxen und Krankenhäusern bestehenden

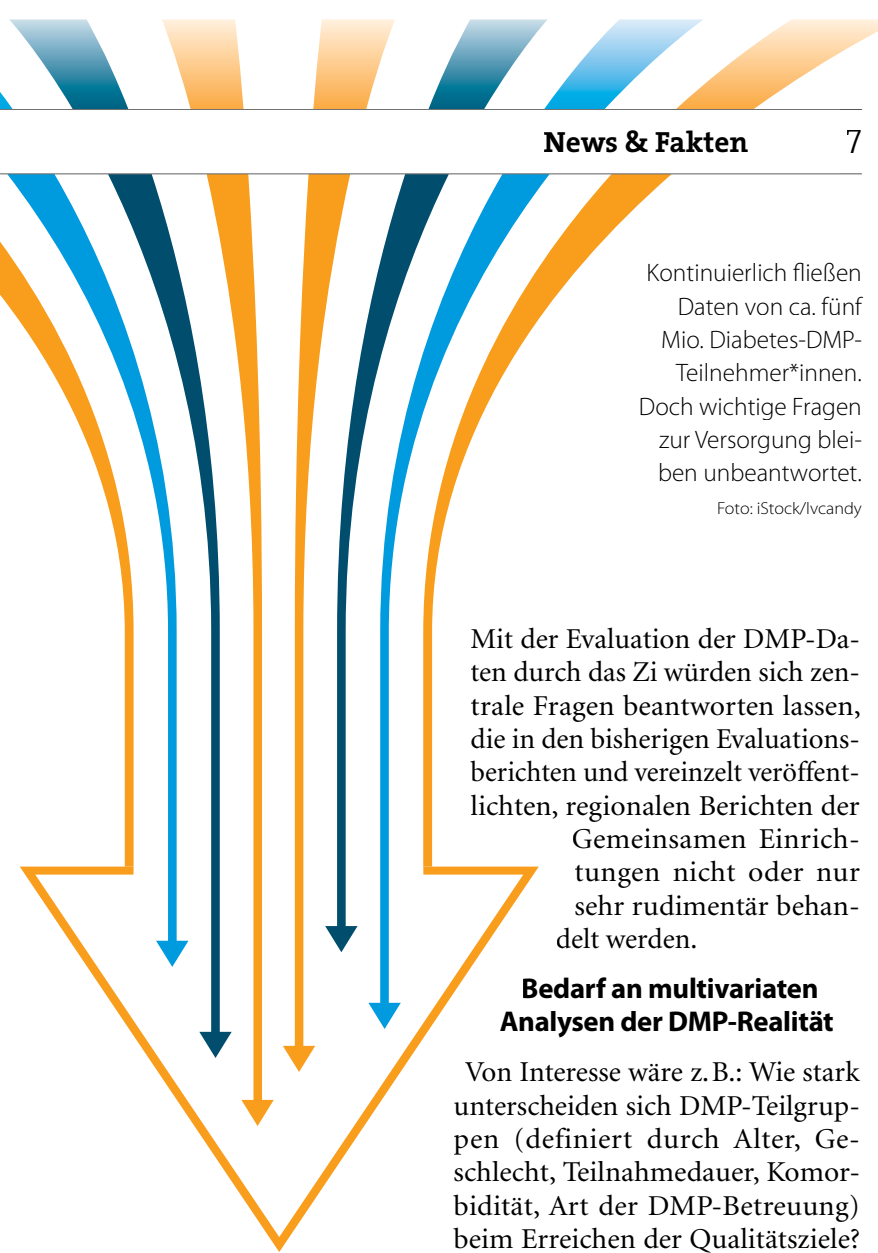
DMP-Verträge müssen innerhalb eines Jahres daran angepasst werden. Der Beschluss und ein Dokument, das die Änderungen hervorhebt, ist auf der Homepage des G-BA einsehbar (g-ba.de/beschluesse/5503).

Nationaler Bericht wäre in wenigen Monaten erstellt

Die DDG begrüßt die Anpassung. Zugleich kritisiert sie aber erneut, dass es keine nationale Diabetesdatenbank gibt. Zwar erheben die 17 Kassenärztlichen Vereinigungen seit Beginn der DMP-Verträge 2002 einheitliche Datensätze. Und auf Bundesebene gibt es auch kassenartenübergreifend aggregierte Evaluationsergebnisse (im Drei-Jahres-Rhythmus veröffentlichte Berichte: www.g-ba.de/richtlinien/83). „Die großen Potenziale einer nationalen Datenbank bleiben jedoch weiterhin vollkommen ungenutzt“, sagt

Dr. MATTHIAS KALTHEUNER, Diabetologe aus Leverkusen und Geschäftsführer des wissenschaftlichen Instituts der niedergelassenen Diabetologen, winDiab.

Die DDG verlangt deshalb: Alle Angaben der DMP-Dokumentationen sollen nach ihrer Pseudonymisierung durch die Datenstellen in einer Datenbank zusammengeführt werden. Diese Fakten sollten für medizinische Fachgesellschaften mit berechtigtem Interesse sowie öffentliche Forschungsinstitute zugänglich und auswertbar sein. Die DDG fordert den Gesetzgeber auf, den § 137f SGB V in diesem Sinne zu ändern. Der Aufbau und die Pflege einer solchen Datenbank seien aufgrund der einheitlichen DMP-Dokumentationen sowie der Datenstellen, die diese verarbeiten, unkompliziert automatisierbar, erklärt Dr. Kaltheuner. Die pseudonymisierten Daten stünden dann den Gemeinsamen Einrichtungen/KVen sowie den Evaluationsinstituten zur Verfügung. Die Datenbank wäre somit ein „Nebenprodukt“ der derzeitigen DMP-Datenflüsse. Sie könnte beim Zen-



Kontinuierlich fließen Daten von ca. fünf Mio. Diabetes-DMP-Teilnehmer*innen. Doch wichtige Fragen zur Versorgung bleiben unbeantwortet.
Foto: iStock/lvcandy

Mit der Evaluation der DMP-Daten durch das Zi würden sich zentrale Fragen beantworten lassen, die in den bisherigen Evaluationsberichten und vereinzelt veröffentlichten, regionalen Berichten der Gemeinsamen Einrichtungen nicht oder nur sehr rudimentär behandelt werden.

Bedarf an multivariaten Analysen der DMP-Realität

Von Interesse wäre z. B.: Wie stark unterscheiden sich DMP-Teilgruppen (definiert durch Alter, Geschlecht, Teilnahmedauer, Komorbidität, Art der DMP-Betreuung) beim Erreichen der Qualitätsziele? Welchen Einfluss hat die unterschiedliche Teilnahmekontinuität? Wie stark weichen die Ergebnisse beim Erreichen der Qualitätsziele auf der Praxisebene voneinander ab? Wie verändern sich die Qualitätszielquoten über die Zeit und wie das Neuaufreten patientenrelevanter Ereignisse in den verschiedenen Einschreibungskohorten?

Michael Reischmann

tralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) angesiedelt werden. Denn das hat schon Expertise mit den DMP-Berichten für Nordrhein und Westfalen-Lippe. „Die Entwicklung eines nationalen Berichts auf der Grundlage der DMP-Daten ist innerhalb von etwa drei Monaten möglich“, sagt Dr. Kaltheuner.

»Nebenprodukt der Datenflüsse«

ECHT* WAHRGENOMMEN

Nachweislich
weniger Hypoglykämien¹

-72%

-56%

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

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

dexcomG6

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

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

◇ Wenn die Warnungen zu den Gewebuglukosewerten und die Messwerte auf dem G6-System nicht den Symptomen oder Erwartungen entsprechen, sollte der Patient ein Blutzuckermessgerät verwenden, um Behandlungsentscheidungen zu seinem Diabetes zu treffen. | Smartphone/Smartwatch nicht im Lieferumfang enthalten. | 1 Heinemann et al. Lancet. 2018; 391(10128): 1367–1377. (rtCGM ggü. SMBG, Ergebnisse ggü. Baseline, p < 0,0001) | 2 Shah et al. Diabetes Technol Ther. 2018; 20(6):428–433 | 3 Hypo = Hypoglykämie | 4 Zur Übertragung von Daten ist eine Internetverbindung erforderlich. Zum Folgen ist die Verwendung der Follow App erforderlich. Follower sollten die Messwerte der Dexcom G6 App oder des Empfängers vor dem Treffen von Behandlungsentscheidungen immer bestätigen. Liste kompatibler Geräte unter: www.dexcom.com/compatibility | Dexcom, Dexcom G6, Dexcom Follow, Dexcom Share sowie Dexcom CLARITY sind eingetragene Marken von Dexcom, Inc. in den USA und können in anderen Ländern eingetragen sein. © 2022 Dexcom, Inc. Alle Rechte vorbehalten. | www.dexcom.com | +1.858.200.0200 | Dexcom, Inc. 6340 Sequence Drive San Diego, CA 92121 USA | MDSS GmbH, Schiffgraben 41, 30175 Hannover, Germany



Ein Blick in die Praxen

BVND-Strukturerhebung zeigt auch Einflüsse der Pandemie



BERLIN. Den Bundesverband Niedergelassener Diabetologen (BVND) gibt es seit 20 Jahren. In einem aktualisierten Positionspapier definiert er, was die Diabetologische Schwerpunktpraxis ausmacht. Wie heute die Strukturen sind, hat er online erfragt.

Über 2800 Adressen schrieb der BVND für seine Online-Strukturerhebung an. Am Ende blieben 297 auswertbare Antworten – ähnlich viele wie im Jahr 2017 (322), als die Befragung noch mit Papierbögen stattfand. Erste Ergebnisse der Mitte April beendeten Umfrage stellten Verbandschef Dr. NIKOLAUS SCHEPER und Geschäftsführer MICHAEL HORST beim berufspolitischen Symposium des BVND vor.

Bei der Organisationsform der Praxen sind die Zahlen fast unverändert zu 2017: Die Hälfte sind Gemeinschaftspraxen, ein Drittel Einzelpraxen. 39 % der Gemeinschaftspraxen sind fachübergreifend mit Hausärzt*innen aufgestellt und 28 % mit Internist*innen ohne Schwerpunkt. Zwei Drittel der 297 Umfrageteilnehmer*innen gehören zum hausärztlichen Versorgungsbereich, 11 % zum fachärztlichen und 23 % zu beiden.

Im Schnitt knapp 2400 Fälle pro Quartal und Praxis

95 % gaben an, als qualifizierte/r Fachärzt*innen an den DMP Diabetes Typ 1 und/oder Typ 2 teilzunehmende sowie 60 % als koordinierende Ärzt*innen. 94 % hatten eine Zulassung als Diabetologische Schwerpunktpraxis durch die KV und 62 % eine KV-Zulassung als Fußzentrum.

»Überweisung dominiert«

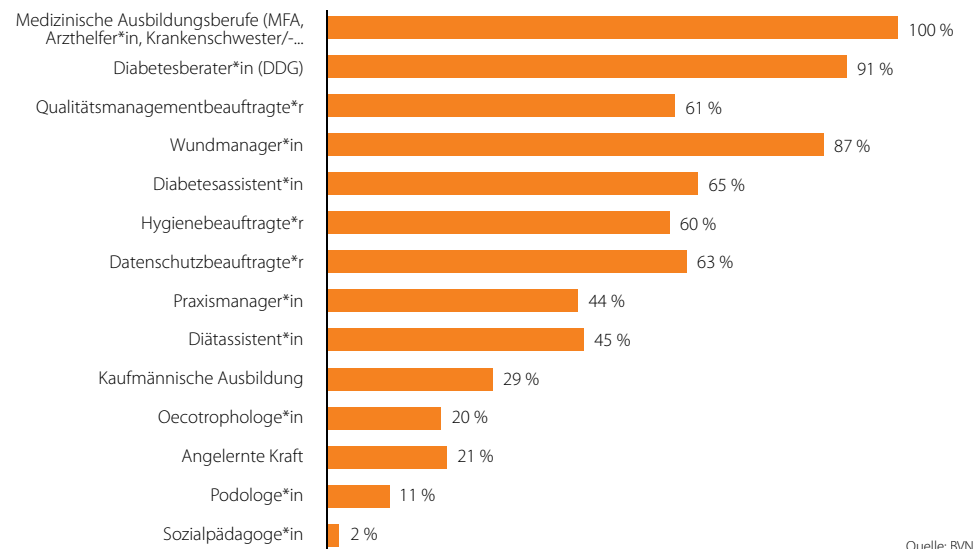
45 % der Praxen waren als Diabeteszentrum DDG-zertifiziert und 30 % als Fußbehandlungszentrum. Wie 2017 treffen auch 2022 in jeder zweiten Diabetologischen Schwerpunktpraxis über 50 % der Patient*innen per Überweisung ein. Im Jahr 2022 betrug die Zahl der in einem Quartal durchschnittlich behandelten Patient*innen (darunter überwiegend welche mit Typ-2-Diabetes) 2362.

2017 waren es 1885 Fälle gewesen – was einem jährlichen Zuwachs von 5 % entspricht. Diese Größenordnung passt zu den Zahlen, die das wissenschaftliche Institut der niedergelassenen Diabetologen (winDiab) festgestellt hat.

Dr. Scheper vermutet, dass der Anstieg zum Teil auch eine Folge der reduzierten Praxis-Kontakte während der Corona-Pandemie ist. So viele Patient*innen mit entgleistem Diabetes wie jetzt habe er vor der Pandemie nicht behandeln müssen. Zum Patientenzuwachs passt der Trend, dass auch mehr Ärzt*innen und Mitarbeitende pro Praxis tätig sind als vor fünf Jahren.

Welche Qualifikationen sind in der Praxis mindestens einmal vorhanden?

Ergebnisse der BVND-Strukturerhebung 2022 (n = 297)



In neun von zehn DSP ist mindestens ein/e Diabetesberater*in DDG tätig und in zwei von drei Praxen Diabetesassistent*innen.

Ebenfalls einen deutlichen Pandemie-Effekt bemerkt der BVND bei den Schulungszahlen. Für 2022 gaben nur noch 12 % der Befragten an, Ernährungsberatung in Gruppen angeboten zu haben (2017: 44 %).

Zukunftsvision eines „Diabetes-Exzellenz-Zentrums“

Deutlich niedriger sind die Zahlen z. B. auch bei Hypertonie- und Fußschulungen oder beim Gestationsdiabetes. Hier will der BVND aber noch genauer „in die Ecken leuchten“, inwieweit es durch digitale Angebote oder Einzelberatungen zu Verschiebungen im Leistungsspektrum kam. Auch ein deutlicher Rück-

gang an Belastungs-EKG lässt sich vermutlich mit Einschränkungen durch Hygiene-Auflagen erklären. 67 % der BVND-Mitglieder haben eine Qualifikation zur/zum Diabetolog*in DDG absolviert, 68 % haben die Zusatzbezeichnung Diabetologie der Landesärztekammer. Weitere Auswertungen und Inter-

pretationen will der BVND auf der Diabetes Herbsttagung vorstellen.

In seinem neuen Positionspapier (abrufbar auf der BVND-Homepage) charakterisiert der Verband die Arbeitsbereiche und Qualifikationen der DSP (Adipositas, Diabetestechnologie, DFS, Geriatrie, Schwangerschaft, Pädiatrische Diabetologie, Psychosoziales und Telemedizin). Als „Zukunftsvision“ gilt das „Diabetes-Exzellenz-Zentrum“, das durch Multiprofessionalität und größere Organisationseinheiten mittels telemedizinischer Behandlungsplattformen eine zumindest virtuelle 24/7-Betreuung bieten könnte. REI Diabetes Kongress DDG 2022

»Mehr Personal in den Praxen beschäftigt«

Wie kommt es zu intrauterinem Fruchttod?

Neues nationales Register für die Erfassung spezifischer Risikofaktoren startbereit

LEVERKUSEN. Wenn eine werdende Mutter ihr Kind in der zweiten Schwangerschaftshälfte verliert, ist das ein seltenes, aber für die betroffene Familie höchst dramatisches Ereignis. Bei Frauen mit Diabetes ist das Risiko deutlich erhöht. Welche Faktoren dazu beitragen, soll mit einem neuen nationalen Register ermittelt werden.

Bei Schwangeren mit vorbestehendem Typ-1- oder Typ-2-Diabetes ist der intrauterine Fruchttod (IUFT) 4- bis 6-mal häufiger als bei Frauen ohne Diabetes. „Einer deutschen Studie vom Jahre 2019 zufolge liegt die Prävalenz bei 1,4 %, damit liegen wir im Durchschnitt der europäischen Länder“, berichtet Dr. MATTHIAS KALTHEUNER, Diabetologe aus Leverkusen und Geschäftsführer der winDiab gGmbH. „Die aktuelle allgemeine IUFT-Rate betrug in Deutschland im selben Jahr dagegen nur 0,39 %.“ Man geht von 100 bis 150 Fällen von IUFT pro Jahr aus, die im Zusammenhang mit Diabetes stehen.



In den Leitlinien wird Schwangeren mit präexistentem Diabetes eine Geburtseinleitung bei Erreichen des Entbindungstermins empfohlen. Damit will man vor allem dem erhöhten IUFT-Risiko nahe dem Geburtstermin begegnen. „Doch ein Drittel der IUFT bei Diabetes tritt bereits vor der 37. Schwangerschaftswoche auf“, sagt Dr. Kaltheuner. Wie man besonders gefährdete Feten zuverlässig erkennt, ist noch nicht geklärt. „Ich persönlich glaube, dass

die Stoffwechsellage – auch schon deutlich vor Beginn der Schwangerschaft – der wichtigste Risikofaktor ist“, meint der Diabetologe. Doch für genauere Aussagen fehlt es bislang an verlässlichen Registerdaten. Diese Lücke wollen nun die Arbeitsgemeinschaft Geburtshilfe und Pränatalmedizin (AGG) der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) und die AG Diabetes und Schwangerschaft der DDG gemeinsam mit dem wissen-

schaftlichen Institut der niedergelassenen Diabetologen (winDiab) schließen. Daher ist das größte Register zu Schwangerschaft bei Typ-1-, Typ-2- und Gestationsdiabetes (GestDiab) um ein nationales Register zur Erfassung von Risikofaktoren für den IUFT erweitert worden.

Geburtshelfer*innen werden gebeten, IUFT-Fälle zu melden

„Wir informieren derzeit sämtliche diabetologischen Praxen, Perinatalzentren und Entbindungsabteilungen in Deutschland und bitten sie, uns in anonymisierter Form ihre entsprechenden IUFT-Fälle zusammen mit Informationen über Begleiterkrankungen, Alter, Stoffwechsellage etc. zu melden“, berichtet Dr. Kaltheuner. „Die Erweiterung des Ethikvotums für die Datenerhebung liegt vor, wir können also loslegen.“ Alle Geburtshelfer*innen werden gebeten, prospektiv aktuell und retrospektiv bis einschließlich 2019 Fälle von IUFT per E-Mail anonym zu melden. Das IUFT-Register

sendet ihnen dann einen Datenerhebungsbogen zu. Ziel ist es, möglichst detaillierte Angaben zu Stoffwechsellage und verschiedenen geburtschirurgischen Parametern zu erhalten; aus diesen sollen individualisierte Managementstrategien entwickelt werden.

Wenn sich mithilfe der Registerdaten belegen lässt, dass eine verbesserte Stoffwechsellage das Risiko für einen IUFT verringern lässt, könnte dies Auswirkungen auf die Versorgung schwangerer Frauen mit Diabetes haben. „Das würde bedeuten, dass alle Frauen, die schwanger werden können, viel intensiver beraten und behandelt werden müssten, einschließlich der Nutzung von mehr Diabetestechnologie“, sagt Dr. Kaltheuner, „denn schließlich sind viele Schwangerschaften – auch bei Frauen mit Diabetes – nicht geplant.“ *thie*

Hauffe F et al. Diabetic Medicine 2019 (36); 2: 158–166. DOI:10.1111/dme.13861

Kontakt: iuft.diabetes@gmail.com

Ozempic®: NUTZE DAS POTENZIAL

Ozempic®
1x pro Woche

-26%

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

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

Ozempic® ist zugelassen zur Behandlung des unzureichend kontrollierten Diabetes mellitus Typ 2 bei Erwachsenen als Zusatz zu Diät und körperlicher Aktivität, als Monotherapie bei Metformin-Kontraindikation oder -Unverträglichkeit oder zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung des Diabetes mellitus.¹

- a. Die Studien SUSTAIN 1–5 und 7 untersuchten die Wirkung von Ozempic® im direkten Vergleich zu Placebo, Sitagliptin, Depot-Exenatid, Insulin glargin und Dulaglutid (Vergleichspräparate).¹ In SUSTAIN 7 wurden die zum Studienzeitraum zugelassenen Standarddosierungen von Ozempic® mit Dulaglutid (0,5 mg Semaglutid vs. 0,75 mg Dulaglutid und 1,0 mg Semaglutid vs. 1,5 mg Dulaglutid) Head-to-Head verglichen.
- d. In Kombination mit Standardtherapie. Die Standardtherapie beinhaltet orale Antidiabetika, Insulin, Antihypertensiva, Diuretika und Lipidsenker²

1. Fachinformation Ozempic®, aktueller Stand

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

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

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

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

DE220ZM00228



www.ozempic.de

1x pro Woche
OZEMPIC®
Semaglutid Injektion

Risikofaktoren früher erkennen und besser managen

Forschende des DZD präsentieren News aus der Diabetesforschung

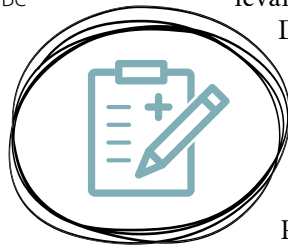
NEUHERBERG. An allen DZD-Standorten arbeiten Wissenschaftler*innen daran, die Prävention und die Therapie des Diabetes zu verbessern. Aktuelle Forschungsergebnisse präsentiert die DZD wieder bei der Diabetes Herbsttagung 2022 vom 24./25. – 26. November in Wiesbaden, im DZD-Newsletter und das ganze Jahr über auf der Website dzd-ev.de.



DZD
Deutsches Zentrum
für Diabetesforschung

Diabetes-Risikoscores in der hausärztlichen Praxis

Fragebogenbasierte Scores, die das Risiko für einen künftigen Typ-2-Diabetes abschätzen, wurden vor allem in den letzten Jahren entwickelt. Wenig untersucht ist bisher, ob die Nutzung solcher Fragebögen bei Menschen mit Übergewicht auch tatsächlich zu einer Lebensstiländerung führt oder sogar unerwünschte Konsequenzen nach sich zieht – wie Ängste bei den Betroffenen. Eine neue Studie des Deutschen Diabetes-Zentrums (DDZ), Partner des DZD, hat sich nun mit diesen Fragen beschäftigt.



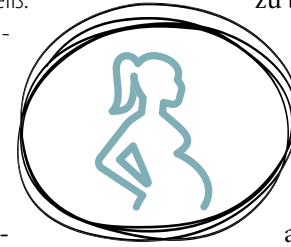
Dieses Thema federführend unter die Lupe genommen hat Prof. Dr. WOLFGANG RATHMANN, stellvertretender Leiter des Instituts für Biometrie und Epidemiologie. Die Proband*innen wurden bei der hausärztlichen Gesundheitsuntersuchung in zwei Gruppen unterteilt (routinemäßige Gesundheitsuntersuchung; Kontrollgruppe) und der DIFE – Deut-

scher Diabetes-Risiko-Test® eingesetzt (Interventionsgruppe). Nach 12 Monaten ließ sich in der Interventionsgruppe nur ein leichter Anstieg der körperlichen Aktivität beobachten (u.a. 30-minütiges moderates Radfahren an drei Tagen pro Woche). Bei den physischen und mentalen Endpunkten zeigten sich keine relevanten Unterschiede.

Die Motivation für eine Lebensstiländerung (Reduktion des Körpergewichts, Intensivierung körperlicher Aktivität und gesunde Lebensgewohnheiten) war bei Personen in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe ebenfalls nur geringfügig erhöht. Möglicherweise habe „die Art und Intensität der Gesprächsführung beim Arzt-Patienten-Gespräch im Zusammenhang mit der Nutzung von Diabetes-Risiko-Scores einen Einfluss auf die Effektivität der Maßnahme“, vermutet Prof. Rathmann. *amo*

App, Lifestyle und GDM

Mütter, die während ihrer Schwangerschaft einen Gestationsdiabetes (GDM) entwickelten, haben ein erhöhtes Risiko, später an Typ-2-Diabetes zu erkranken. Die richtige Lebensweise kann dieses Risiko deutlich vermindern, wie man heute weiß. In einer randomisierten kontrollierten Studie wurde nun untersucht, ob die Smartphone App „Triangle“ bei der Lebensstiländerung helfen kann.



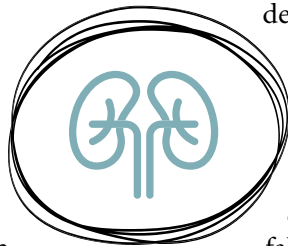
Das Risiko für die Entwicklung von Typ-2-Diabetes wird stark durch den persönlichen Lebensstil eines Menschen beeinflusst. Die App „Triangle“ (für iOS- und Android-Smartphones) unterstützt Menschen dabei, ihr Diabetes-Risiko durch mehr körperliche Aktivität, eine gesündere Ernährungsweise und ein positives Mindset zu senken. Die Nutzer*innen sollen

mit der App gesunde Gewohnheiten auch langfristig adaptieren. Eine Wissensdatenbank zur Diabetes-Prävention und ein integrierter Chat, um mit einem Online-Coach in regelmäßigem Kontakt zu bleiben, gehören ebenfalls zum Angebot.

Diese erste Studie zeigte zwar keine Wirksamkeit der „Triangle“-Intervention, die App wurde jedoch von den meisten Nutzer*innen gut angenommen und als hilfreich angesehen. Daher unterstützt diese Studie die Weiterentwicklung und Erprobung von „Triangle“ und anderen App-Interventionen für Frauen nach GDM. Notwendige Anpassungen im Studiendesign werden hierbei zudem identifiziert, um nicht-intensive Lebensstilinterventionen für diese Zielgruppe besser zu berücksichtigen. *amo*

Neue Analyse zu Niere und Auge

Bis zu 10 % der Erwachsenen mit Typ-1-Diabetes (T1D) entwickeln Nieren- und Augenerkrankungen und erkranken innerhalb des ersten Jahres nach der T1D-Diagnose daran. Das zeigt die gemeinsame Analyse zweier verschiedener deutscher Diabetes-Kohorten.



Um die Prävalenz für diabetesbedingte Komplikationen sowie Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei neu aufgetretenem Typ-1-Diabetes bei Erwachsenen bewerten zu können, haben DZD-Forschende zwei unterschiedlich konzipierte deutsche Kohorten gemeinsam ausgewertet. In der Studie wurden 1511 Personen mit T1D aus der Diabetes-Patienten-Verlaufsdokumentation (DPV) und 268 Proband*innen der prospektiven beobachtenden Deutschen Diabetes-Studie (German Diabetes Study, GDS) mit einer bekannten Diabetesdauer von weniger als einem Jahr untersucht. Das Alter (36 Jahre), die Geschlechtsverteilung (41 % weiblich) und der BMI (26 kg/m²) der

Teilnehmer*innen waren in beiden Kohorten gleich.

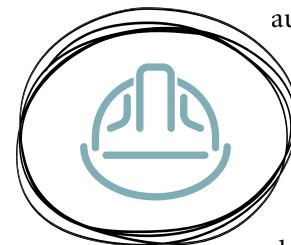
Die Untersuchung zeigte, dass diabetische Nephropathie und Retinopathie die häufigsten Komplikationen bei einem Typ-1-Diabetes sind. Bis zu 10 Prozent der Patient*innen erkrankten innerhalb des ersten Jahres nach der Diagnose daran. Beide Kohorten wiesen im Schnitt einen gut eingestellten Blutzucker, aber ein unzureichendes Management der Risikofaktoren für Komplikationen wie Bluthochdruck und hohe Blutfettwerte (Dyslipidämie) auf.

„Die Studien-Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit eines strengeren Risikofaktorenmanagements bereits zum Zeitpunkt der Diagnose von Typ-1-Diabetes“, betont Prof. Dr. JULIA SZENDRÖDI, Ärztliche Direktorin der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Stoffwechsellkrankheiten und Klinische Chemie Heidelberg. Die Ergebnisse der Studie wurden in *Frontiers of Endocrinology* veröffentlicht. *amo*

Blauhelme des Immunsystems

Bei Menschen mit Typ-1-Diabetes richten sich fehlgeleitete Immunzellen gegen den eigenen Körper. DZD-Wissenschaftlerin Prof. Dr. CAROLIN DANIEL erforscht, warum das Immunsystem aus dem Gleichgewicht gerät und wie man es wieder ins Lot bringen kann. Im Interview mit dem DZD-Magazin „Synergie“ berichtet sie über die Rolle der regulatorischen T-Zellen (Tregs) und neue Ansatzpunkte für künftige Interventionsstrategien.

Tregs entstehen aus naiven T-Zellen, die erst aktiv werden, wenn sie mit ganz bestimmten autoreaktiven Zellen in Kontakt kommen. Es sei Schwerpunkt ihrer Forschungsarbeit, diesen Vorgang zu verstehen, erklärt Prof. Daniel im Interview. „Wir wollen wissen, unter welchen Bedingungen sich diese naiven T-Zellen zu spezifischen Tregs entwickeln, um ganz bestimmte autoreaktive Immunzellen gezielt in Schach zu halten – zum Beispiel diejenigen, die den Typ-1-Diabetes auslösen. Wenn wir diese Bedingungen kennen, können wir sie möglicherweise durch gezielte therapeutische Eingriffe steuern“, berichtet sie im Interview. Welchen Beitrag leisten sie zur Entstehung



des Typ-1-Diabetes? Die Forschenden überprüften jetzt ihre Vermutung, ob Tregs das Voranschreiten eines Typ-1-Diabetes beeinflussen, berichtet sie. Dazu wurden aus der Kohorte zwei Gruppen von Kindern verglichen, die unterschiedlich schnell an Typ-1-Diabetes erkrankt sind.

„Bei den einen brach die Krankheit innerhalb weniger Monate oder Jahre aus, bei den anderen erst nach mehr als einem Jahrzehnt. Und tatsächlich fanden wir bei Ersteren deutlich weniger schützende Tregs als bei Letzteren“, so die Wissenschaftlerin. „Wir vermuten, dass dies u.a. an einer gestörten Entwicklung und einer verminderten Stabilität von spezialisierten Tregs liegt – oder an einem von beidem.“

Das Team verfolgt insgesamt mehrere Ansätze. Vielversprechend seien hier vor allem sog. Nano-Carrier, die das DZD zusammen mit CLAUD-MICHAEL LEHR am Helmholtz-Institut für Pharmazeutische Forschung Saarland entwickelt – „winzige Transportsysteme, die die microRNA-Inhibitoren zielgenau in die richtigen T-Zellen einschleusen sollen“, erklärt Prof. Daniel. *amo*

»Eine neue Ära für die Behandlung der Adipositas«

Vielversprechende Studiendaten zu Tirzepatid waren ein Highlight der ADA-Tagung 2022

NEW ORLEANS. Tirzepatid hat sich in einer Phase-III-Studie als sehr wirksames Medikament gegen Adipositas bewiesen. Auf der Jahrestagung der American Diabetes Association wurden die Ergebnisse vorgestellt und gleichzeitig im NEJM publiziert.

Tirzepatid ist ein dualer GIP/GLP-1-Rezeptoragonist, der von der amerikanischen Arzneimittelbehörde FDA bereits als Antidiabetikum zugelassen wurde und kürzlich auch vom zuständigen EMA-Ausschuss grünes Licht für die Zulassung in Europa zur Behandlung des Typ-2-Diabetes bekommen hat. Auf der diesjährigen 82. Tagung der ADA in New Orleans wurden nun Ergebnisse aus der randomisierten Phase-III-Studie SURMOUNT-I vorgestellt, die zeigen, dass Tirzepatid auch eine vielversprechende Zukunft als Medikament zur Adipositas-Behandlung

haben könnte. Parallel wurden die Daten auch im New England Journal of Medicine publiziert.

Signifikante Gewichtsreduktion unter allen Tirzepatid-Dosen

An der Studie nahmen 2.539 Proband*innen aus den USA, Argentinien, Brasilien, China, Indien, Japan, Mexiko, Russland und Taiwan teil, die adipös (94,5 % aller Teilnehmer*innen) oder übergewichtig waren sowie mindestens eine adipositasbedingte Erkrankung aufwiesen – jedoch keinen manifesten Typ-2-Diabetes. Das mittlere Alter der Teilnehmer*innen betrug 45 Jahre, 67,5 % waren weiblich. Zu Studienbeginn betrug das Gewicht der Teilnehmer*innen im Mittel 104,8 kg und der mittlere BMI-Wert lag bei 38,0. Die primären Endpunkte waren die prozentuale Veränderung des Körpergewichts gegenüber dem Ausgangswert sowie

Die Ergebnisse von SURMOUNT-I im Detail:

- Nach dem Beobachtungszeitraum von 72 Wochen betrug die mittlere Gewichtsreduktion in den Tirzepatid-Dosierungsgruppen 15 % (5 mg), 19,5 % (10 mg) bzw. 20,9 % (15 mg). Unter Placebo wurde eine Abnahme um 3,1 % verzeichnet, der Unterschied erwies sich somit als signifikant ($p < 0,001$).
- Der Anteil der Patient*innen, die mit Tirzepatid eine Reduktion um 5 % oder mehr ihres Körpergewichts erreichten, belief sich auf 85 % (5 mg), 89 % (10 mg) bzw. 91 % (15 mg). Auch hier waren die Unterschiede der drei Tirzepatid-Gruppen verglichen mit der Placebo-Gruppe (35 % der Teilnehmer*innen) signifikant.
- Eine Reduktion ihres Körpergewichts um 20 % oder mehr erreichten mit Tirzepatid 50 % (10 mg) und 57 % (15 mg) der Patient*innen, unter Placebo nur 3 %. Wieder erwiesen sich die Unterschiede zwischen Tirzepatid und Placebo als signifikant.
- Um mindestens 25 % verringerte sich das Körpergewicht in den drei Dosisgruppen bei 15 %, 32 % bzw. 36 % der mit dem GIP/GLP-1-Rezeptoragonisten behandelten Patient*innen.
- Auch Parameter wie Hüftumfang, Blutdruck, Nüchtern-Insulinspiegel und Plasmalipide zeigten sich im Zuge der Gewichts-

abnahme zum Teil deutlich verbessert. So konnten bei 95,3 % der Proband*innen, bei denen zu Beginn ein Prädiabetes diagnostiziert worden war (40,6 % aller Teilnehmer*innen), wieder normoglykämische Werte erreicht werden (Placebo: 62 %).

Dr. SRIRAM MACHINENI (University of North Carolina) stellte in der Session das Verträglichkeits- und Sicherheitsprofil von Tirzepatid vor, das „dem anderer injizierbarer inkretinbasierter Therapien entsprach. Vorübergehende, meist leichte bis mittelschwere gastrointestinale Ereignisse waren die am häufigsten gemeldeten unerwünschten Ereignisse, die hauptsächlich während der Dosis-Eskalationsphase auftraten.“

Es gab vier Fälle von Pankreatitis, die sich gleichmäßig auf die Behandlungsgruppen verteilten. „Cholezystitis wurde in den Tirzepatid-Gruppen häufiger berichtet als in der Placebo-Gruppe, was mit früheren Berichten über injizierbare Inkretin-Wirkstoffe in Adipositas-Studien übereinstimmt“, fügte Dr. Machineni hinzu.

1. Jastreboff AM et al. Obesity. N Engl J Med. 2022. doi: 10.1056/NEJMoa2206038

eine Gewichtsreduktion von mindestens 5 % innerhalb von 72 Wochen. Alle Proband*innen führten Lebensstilmaßnahmen durch wie kalorienreduzierte Ernährung und gesteigerte körperliche Aktivität. Nach Zufallszuteilung erhielten sie eine Behandlung mit 5 mg, 10 mg

oder 15 mg Tirzepatid (einmal wöchentliche subkutane Injektion) oder mit Placebo.

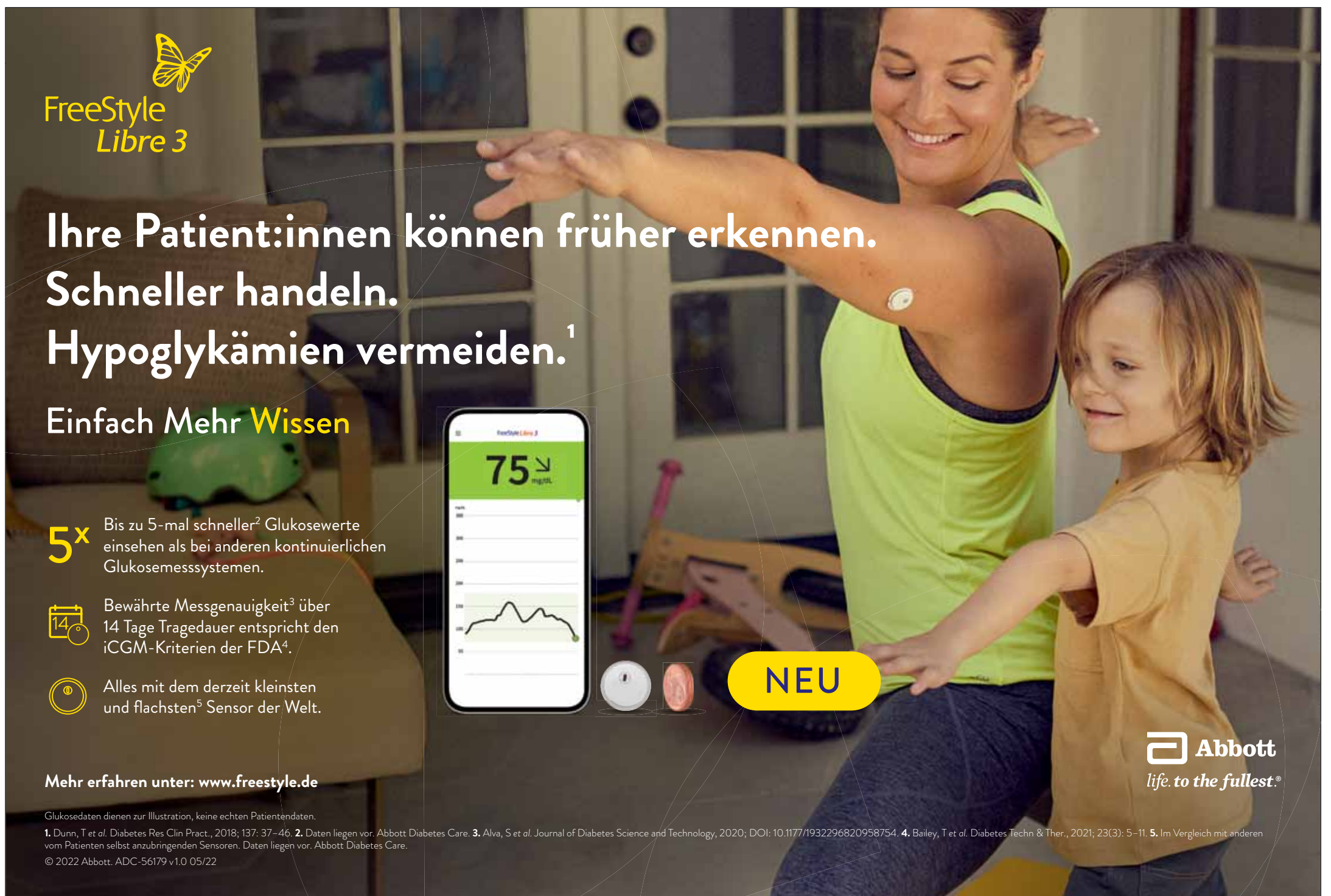
„Alle drei Tirzepatid-Dosen zeigten im Vergleich zu Placebo eine substanziale, klinisch bedeutsame und anhaltende Reduktion des Körpergewichts“, berichtete Dr. med. Ania

M. Jastreboff von der Yale School of Medicine und Erstautorin der Studie (siehe Kasten oben). Sie sprach bei der Präsentation sogar von einer „neuen Ära für die Behandlung der Adipositas“.

Gregor Hess

82nd Scientific Sessions of the American Diabetes Association (ADA)

»Anhaltende Reduktion des Körpergewichts«



FreeStyle Libre 3

Ihre Patient:innen können früher erkennen. Schneller handeln. Hypoglykämien vermeiden.¹

Einfach Mehr Wissen

- 5^x** Bis zu 5-mal schneller² Glukosewerte einsehen als bei anderen kontinuierlichen Glukosemesssystemen.
- 14** Bewährte Messgenauigkeit³ über 14 Tage Tragedauer entspricht den iCGM-Kriterien der FDA⁴.
- 0** Alles mit dem derzeit kleinsten und flachsten⁵ Sensor der Welt.

Mehr erfahren unter: www.freestyle.de

NEU

Abbott
life. to the fullest.®

Glukosedaten dienen zur Illustration, keine echten Patientendaten.
1. Dunn, T et al. Diabetes Res Clin Pract., 2018; 137: 37–46. 2. Daten liegen vor. Abbott Diabetes Care. 3. Alva, S et al. Journal of Diabetes Science and Technology, 2020; DOI: 10.1177/1932296820958754. 4. Bailey, T et al. Diabetes Techn & Ther., 2021; 23(3): 5–11. 5. Im Vergleich mit anderen vom Patienten selbst anzubringenden Sensoren. Daten liegen vor. Abbott Diabetes Care.
© 2022 Abbott. ADC-56179 v1.0 05/22

Sieger gekürt im Start-up Village

Diabetes-Innovationen im Fokus

BERLIN. Beim Diabetes Kongress in Berlin präsentierten im Rahmen des „Start-up Village“ sechs junge Unternehmen ihre innovativen Produkte. Drei Preisträger*innen wurden ausgewählt; die Juror*innen waren: Nicole Mattig Fabian (diabetesDE), Jonas Kortemeier, Dr. Nikolaus Scheper, Dr. Tobias Wiesner, Dr. Guido Freckmann (alle DDG), Stephan Kröck (MedTriX Group). Begrüßt wurden die Vertreter*innen der Unternehmen und das Publikum von Professor Dr. med. Andreas Neu, Präsident der DDG.



Bei der Preisverleihung im Berliner CityCube. Welches neue Produkt im Diabetesbereich ist besonders innovativ? Foto: DDG/Deckbar

Platz

1

HelloBetter

Digitale Behandlung gegen Depression auf Rezept

BERLIN. Viele Menschen entwickeln neben oder aufgrund einer Diabeteserkrankung depressive Gedanken und Stimmungen. Schnelle und niedrigschwellige Hilfe bietet das auf Rezept verschreibbare Online-Therapieprogramm „HelloBetter Diabetes und Depression“. Dieses Therapieprogramm erzielte bei der Vorstellung innovativer Start-up-Produkte beim Diabetes Kongress den ersten Platz.

Jeder Zweite von uns erkrankt im Laufe seines Lebens psychisch, doch nur 10 % der Betroffenen werden leitliniengerecht behandelt. Das ist eigentlich eine Katastrophe. „Das war schon vor zehn Jahren so und ist leider immer noch so. Deshalb haben wir HelloBetter gegründet.“ Die Worte stammen von Gründerin HANNE HORVATH, die das Online-Therapieprogramm „HelloBetter Diabetes und Depression“ auf dem Kongress der Deutschen Diabetes Gesell-

schaft vorstellte. Sie bezog sich dabei auf die Ergebnisse eines Forschungsprojektes an der Leuphana Universität in Lüneburg. Die Ergebnisse zeigen, dass Menschen mit Diabetes ein erhöhtes Risiko haben, an einer Depression zu erkranken. 30 bis 40 % von ihnen entwickeln depressive Beschwerden, verbunden mit Symptomen wie Interessenverlust, Antriebslosigkeit und einer gedrückten Stimmung.

Betroffene können das Programm eigenständig absolvieren

Auch umgekehrt kann das Erleiden einer Depression einen Diabetes mellitus begünstigen. Es gebe zwar angepasste psychodiabetologische Handlungskonzepte, so Hanne Horvath, der Zugang zu diesen sei für die meisten Betroffenen aber nicht gegeben: „Und so gibt es momentan weit mehr als 2 Millionen Menschen, die von beidem be-

troffen sind, von depressiven und diabetologischen Beschwerden.“

Hier setzt das Online-Therapieprogramm „HelloBetter Diabetes und Depression“ an, entwickelt von HelloBetter (früherer Name: GET.ON). Das Online-Therapieprogramm ist seit Dezember 2021 dauerhaft als Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) zertifiziert und kann somit von Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen gesetzlich versicherten Patient*innen auf Rezept verordnet werden. Basierend auf den Methoden der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) vermittelt das Programm Strategien zur Reduktion depressiver Beschwerden. Die Patient*innen können das Therapieprogramm eigenständig absolvieren, eine Einführung ist nicht erforderlich. Eine Depressions-Diagnose ist für die Verschreibung keine Voraussetzung, es reichen depressive Beschwerden aus, wie Hanne Horvath ausführte. Das

Therapieprogramm kann als Wartezeitüberbrückung, ergänzend zur Behandlung, als Nachsorge oder auch als eigenständige Behandlung eingesetzt werden.

Online-Tagebuch und Begleit-App stehen zur Verfügung

Das 12-wöchige Online-Programm unterstützt dabei, die Versorgungslücke zu verringern, so die Gründerin. Die Teilnehmenden werden zusätzlich durch einen persönlichen Psychologen oder eine Psychologin begleitet und erhalten regelmäßig Feedback zu den absolvierten Einheiten.

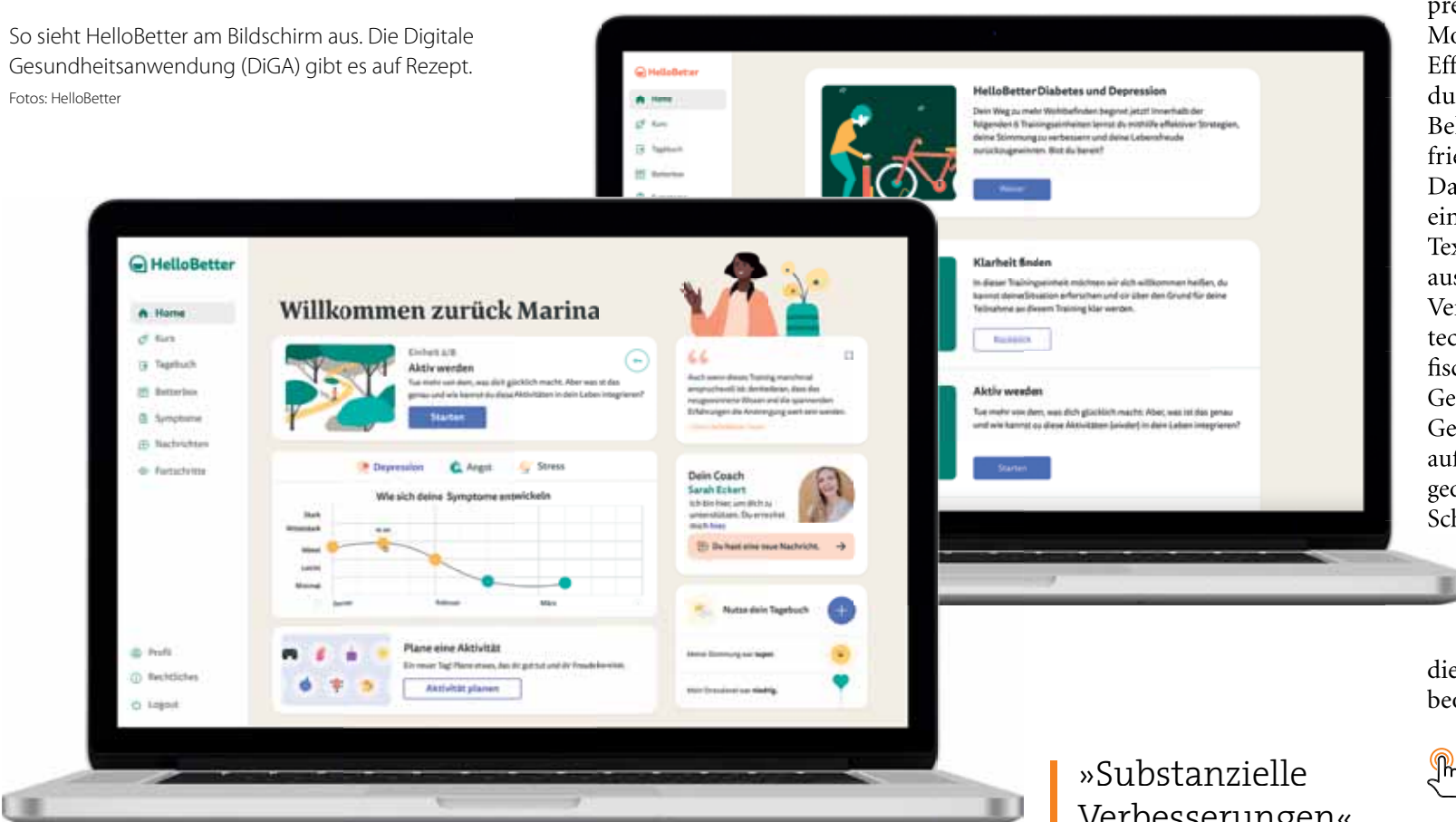
Die Evaluationsergebnisse des Therapieprogramms wurden in der Fachzeitschrift „Diabetes Care“ der Amerikanischen Diabetesgesellschaft publiziert. Die Studie zeigt, dass das Therapieprogramm depressive Symptome wirksam reduziert. 62 % der Teilnehmenden wiesen eine substanziale Verbesserung hinsichtlich ihrer depressiven Symptomatik auf. Sechs und 12 Monate nach Programmende hielten diese Effekte noch an. Zu sehen sei auch eine Reduktion diabetesspezifischer emotionaler Belastungen und eine hohe Patientenzufriedenheit.

Das Therapieprogramm beinhaltet neben einer fundierten Psychoedukation mittels Texten, Videos und Audios auch Strategien aus der kognitiven Verhaltenstherapie, u.a. Verhaltensaktivierung und Problemlösetechniken. Es werden auch diabetesspezifische Themen behandelt, zum Beispiel die Gestaltung eines vertrauensvollen ärztlichen Gesprächs, Auswirkungen der Erkrankung auf die Partnerschaft, Umgang mit „Grübelgedanken“ sowie Ernährung, Bewegung und Schlafhygiene.


Den Anwender*innen stehen auch ein Online-Tagebuch, eine Begleit-App und wiederholte Symptom-Checks zur Verfügung. So lassen sich die eigenen Therapiefortschritte festhalten, beobachten und auswerten.

So sieht HelloBetter am Bildschirm aus. Die Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) gibt es auf Rezept.

Fotos: HelloBetter



»Substanzielle
Verbesserungen«

 [hellobetter.de/
online-kurse/diabetes-und-
depression/](https://hellobetter.de/online-kurse/diabetes-und-depression/)

Platz

2

Ganz, wie man es braucht

MESI mTABLET vereint Anwendungen zur Diagnostik per Baukastensystem

BERLIN. Die Firma Mesi ist ein Unternehmen aus Slowenien, seit 12 Jahren auf dem Markt und in Deutschland seit circa einem andert-halben Jahr unterwegs. Für das MESI mTABLET gab es viel Lob beim Diabetes Kongress und den zweiten Platz im Rahmen der Präsentation von innovativen Start-up-Produkten.

MESI sei ein revolutionäres, innovatives Produkt im Bereich der Diagnostik der sog. Schaufensterkrankheit, erklärte Vertriebsleiter **RONNY SCHEU** bei der Präsentation. Das Tablet sei eine Komplettlösung für die Arztpraxis.

Von einer „einzigartigen Gesundheitslösung, die drahtlose Diagnosemodule, Patientenakten und medizinische Apps in einem System kombiniert“, spricht das Unternehmen auf seiner Webseite. Ronny Scheu präzisiert: Ein 12-Kanal-EKG, Messung von Knöchel-

Arm-Index (ABI) und Blutdruck seien ebenso verfügbare Anwendungen wie Spirometrie, Pulsoximetrie und Zehen-Arm-Index-Messung (TBI): „Sprich, Sie können es in jedem Raum in der Praxis mobil anwenden, es ist klein, smart und bietet alles aus einer Hand.“

Auch bei Außer-Haus-Besuchen habe man dabei, was man benötige, wie bei einem Baukastensystem, erklärt Ronny Scheu. Die ABI zum Beispiel erfolge oszillometrisch an allen vier Extremitäten und dies dauere je nach Blutdruck 1–2 Minuten. Die Auswertung der Messwerte erfolge einfach gesagt so: Grün ist gut, Rot ist schlecht.



Die gesamte Dokumentation der Messwerte läuft digital ab. Foto: mesimedical

„Sie haben auch keinen Stift mehr in der Hand, Sie dokumentieren nichts mehr händisch, alles läuft elektronisch ab. In der Sekunde, in der Sie die Messung abgeschlossen haben, sind die Ergebnisse schon in der Pa-

tientenakte.“ Arzt, Schwester oder Wundmanager könnten raus zum Patienten/zur Patientin fahren, ins Pflegeheim oder zum Hausbesuch. Bei ihrer Rückkehr werde alles automatisch digital ins Praxissystem hochgeladen. Direkt vom Tablet aus können die Berichte auch gedruckt, als PDF gespeichert und als E-Mail versendet werden.

Das Tablet verfügt auch über verschiedene Schnittstellen zur Einbindung in ein Praxisverwaltungssystem, die GDT-Schnittstelle für den niedergelassenen Bereich, die HL7-Schnittstelle für Kliniken, eine DiCOM für die Einbindung bildgebender Verfahren. JSON ist ebenso möglich. Hausärzte, Wundversorger, Diabetologen, Gefäßärzte, Internisten, alle könnten sich das System so zusammenstellen, wie sie es gerne hätten, sagt Ronny Scheu. MESI besitze auch die entsprechenden Zertifizierungen, was die Einordnung des Tablets als Medizinprodukt betrifft oder Standards für den Globalen Markt.

»Einzigartige Gesundheitslösung«

<https://www.mesimedical.com/de/mesi-mtablet/>

Es geht auch viel einfacher

Betachek bietet eine All-in-one-Lösung für die händische Blutzuckermessung

BERLIN. Das Leben der Menschen mit Diabetes Typ 2 einfacher machen, ist das Motto der Betachek GmbH. Mit ihrem neuen Blutzuckermessgerät gelingt ihnen das. Dafür erklimmt Betachek beim Diabetes Kongress den dritten Siegerplatz im Rahmen der Präsentation von innovativen Startup-Produkten.

Hannelore W. kennt sich aus mit ihrem Diabetes Typ 2. Seit vielen Jahren ist er Begleiter der heute 82-Jährigen. Sie misst täglich mehrmals ihren Blutzuckerwert und spitzt entsprechend Insulin. Messen bedeutete für sie bis vor Kurzem immer Teststreifen, Lanzette und Messgerät bereitlegen, nach dem Check Teststreifen entsorgen und die gemessenen Werte mit Kuli in das papierne Diabetestagebuch eintragen. Jetzt nutzt die Seniorin eine Neuerung, die beim Diabetes Kongress im Mai ausgezeichnet wurde: das Betachek® C50 Messgerät.

Und sie ist entzückt, denn es handelt sich um eine sog. All-in-one-Lösung. Stechhilfe und Teststreifen-Kassette sind in das Messgerät eingebaut. Die Bedienung ist einfach: einschalten, Finger unten zum Stechen auflegen, dann oben den Blutropfen auf den Teststreifen geben. 50 Tests beinhaltet eine Kassette, per Schiebeschalter wird automatisch ein neuer Testbereich bereitgestellt. Die Erstinstallation des Gerätes hatte der Sohn übernommen.

Automatische Übermittlung der Daten ins digitale Diabetestagebuch

Das beinhaltet die Eingabe der Patientendaten, von Datum und Uhrzeit, Einsetzen von Testkassette und erster Lanzette. Schon nach zwei Tagen beherrschte Hannelore W. die Bedienung problemlos. Auch die automatische Übertragung der Zuckerwerte ins digitale Diabetestagebuch freut die Seniorin.

Sie kann jetzt nicht nur alle gemessenen Daten im Zeitverlauf sehen, die Daten lassen sich auch online an die Hausärztin übermitteln.

Gestartet hatte Hannelore W. mit einem kostenlosen Probeset. Inzwischen hat ihr die Hausärztin ohne Diskussion eine neue 50er-Kassette verordnet, denn Betachek ist im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung in der günstigeren Produktgruppe B gelistet. **CHRISTA BRANGROVE**, Qualitätsmanagementbeauftragte bei Betachek, präsentierte das Gerät beim Diabetes Kongress im Rahmen der Vorstellung junger Start-ups und ihrer Produkte. Ziel ihres Unternehmens sei es, „das Leben von Menschen

mit Diabetes einfacher zu machen“. Nicht jeder wolle und könne einen CGM-Sensor auf der Haut tragen, deshalb sei das Kit entwickelt worden. Noch wäre das Unternehmen zu klein, um bei allen Großhändlern gelistet zu sein, so die Qualitätsmanagerin der Betachek GmbH. Der Interessent bzw. die Apotheke könne aber auch direkt unter 0241 9199 8866 bestellen. Umgehend werde geliefert. *kol*



[betachek.de/](https://www.betachek.de/)

Unten stechen, oben das Blut auftragen, ablesen. Eine gute Lösung. Foto: betachek

Wichtig: News zu Innovationen sehr schnell bekannt machen

Beim Diabetes Kongress 2022 präsentierten sechs Start-up-Firmen unter Wettbewerbsbedingungen

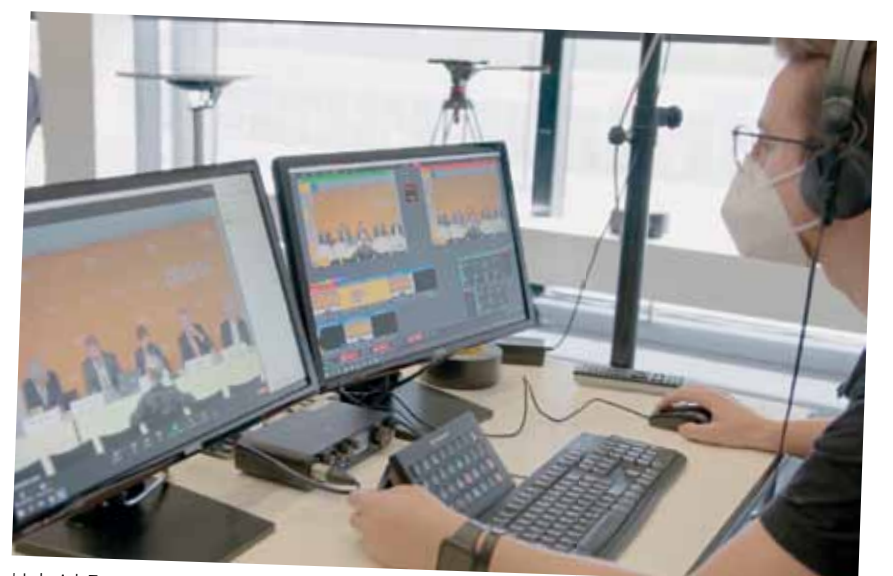


ihre für Menschen mit Diabetes äußerst hilfreichen Angebote. Raum dafür bot das „Start-up Village“ in der Industrierausstellung. Die Veranstalter*innen hatten für die besten Produkte – vorgestellt in Kurzvorträgen – Preise ausgelobt, u.a. eine medienwirksame Berichterstattung der Innovationen in der „diabetes zeitung“. Zur Jury gehörte neben Vertreter*innen von Diabetes-Verbänden auch Stephan

Kröck, Geschäftsführer der MedTriX Deutschland. Als klassische Aufgabe der diabetes zeitung bezeichnete er, News zu Innovationen so schnell wie möglich den Ärztinnen und Ärzten verfügbar zu machen.

Hier geht es zum Themen-Video:

www.medical-tribune.de/medizin-und-forschung/artikel/der-platz-fuer-innovationen-im-village



Hybrid-Format, Live-Schalte: innovative Technik beim Diabetes Kongress 2022. Fotos: MedTriX Group/Angela Monecke

Prävalenzanstieg des Typ-1-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen

Bei jüngeren Kindern scheint ein Plateau erreicht

BERLIN. Die Häufigkeit von Typ-1-Diabetes im Kindes- und Jugendalter scheint in den letzten Jahren deutlich zugenommen zu haben. Nach Schätzungen sind in Deutschland über 35.000 Menschen unter 20 Jahren betroffen.

allerdings beruht dies auf älteren Zahlen, die letzte deutschlandweite Schätzung gab es 2008 für 0- bis 14-Jährige und 2016 für 18- bis 34-Jährige, sagte Dr. ANNA STAHL-PEHE vom Deutschen Diabetes-Zentrum in Düsseldorf. Daher wurde jetzt – basierend auf den Daten der klinischen Typ-1-Diabetes-Fälle der Diabetes-Patienten-Verlaufsdokumentation (DPV) – die bundesweite Prävalenz bei unter 20-Jährigen neu geschätzt. Danach ist die Zahl der prävalenten Fälle von 24.933 im Jahr 2002 auf 37.655 im Jahr 2020 angestiegen.

Jungen sind dabei etwas häufiger betroffen als Mädchen.

Insgesamt ist die Prävalenz somit zwischen 2002 und 2020 um 3,1 % angestiegen. Dies gilt aber nicht für alle Altersgruppen gleichermaßen: Bei den jüngeren Kindern war in den letzten Jahren so gut wie kein Anstieg der Prävalenz zu beobachten – bei den Jugendlichen war der Anstieg mit 4,6 % am höchsten. „Die früher häufiger gemachte Beobachtung, dass Kinder mit Typ-1-Diabetes immer jünger werden, lässt sich somit heute nicht mehr aufrechterhalten“, so Dr. Stahl-Pehe.

Stärkste Zunahme zwischen 2002 und 2008

Auch wurde deutlich: Am stärksten war die Zunahme der Prävalenz zwischen den Jahren 2002 und 2008 mit 6,3 % – zwischen 2014 und 2020 nahm sie nur um 0,5 %

»Schätzung eher konservativ«

zu. Es sieht so aus, als ob hier ein Plateau erreicht wurde. Zwischen 2014 und 2020 nahm die Prävalenz nur noch bei den Jugendlichen zwischen 15 und 19 Jahren zu – nicht mehr bei den jüngeren Kindern. Ähnliche Trends werden auch aus anderen Ländern berichtet. „Für die Schätzung der wahren Prävalenz fehlt in Deutschland die zweite Datenquelle, sodass eher von einer konservativen Schätzung ausgegangen werden muss“, sagte die Diabetologin. Das Monitoring der weiteren Entwicklung sollte aus ihrer Sicht auf jeden Fall fortgeführt werden. MW

Diabetes Kongress 2022



Bei jüngeren Kindern nahm die Prävalenz zwischen 2014 und 2020 nicht mehr zu.

Foto: Halfpoint – stock.adobe.com

Mehr Lebensqualität mit Hybrid Closed Loop

Eltern können endlich wieder durchschlafen

BERLIN. Kleinkinder mit Typ-1-Diabetes haben einen besonders schwankenden Insulinbedarf und einen sehr unregelmäßigen Tagesablauf, was die Behandlung erschwert und das Risiko für Hypoglykämien erhöht.

Trotz Versorgung mit kontinuierlicher Glukosemessung (CGM) und Insulinpumpe werden die Konsensempfehlungen oft nicht erreicht, sagte Privatdozent Dr. THOMAS KAPPELLEN von der Kinderklinik Bad Kösen. Zudem sind die kleinen Kinder noch nicht in der Lage, Anzeichen für Hypoglykämien zu bemerken, was hohe Anforderungen an die Eltern stellt. Diese Altersgruppe könnte daher von einem Hybrid-Closed-Loop-System am meisten profitieren.

Nicht nur die Werte, auch die Lebensqualität verbessert sich

Dies wurde jetzt in einer europaweiten Studie (KidsAp02) mit Beteiligung von sieben Kliniken überprüft. 74 Kinder mit Typ-1-Diabetes (1 bis 7 Jahre, im Mittel 5,6 Jahre) erhielten nach Versorgung mit einem CGM-System und einer Insulinpumpe nach Training und einer zwei- bis vierwöchigen Eingewöhnungszeit über vier Monate entweder weiter die sensorgestützte Pumpentherapie (SUP) oder ein Hybrid-Closed-Loop-System (HCL) mit automatisierter Insulinabgabe nach Bedarf. Danach wurde auf die jeweils andere



Foto: Iryna – stock.adobe.com

Therapie gewechselt. Der Diabetes bestand im Mittel über 2,6 Jahre, der Ausgangs-HbA_{1c} lag bei 7,3 % und die Zeit im Zielbereich (TiR) bei 61,2 %.

Bei Versorgung mit einem HCL-System lag die TiR der Kinder bei 71,6 % im Vergleich zu 62,9 % in der Kontrollgruppe. Auch der HbA_{1c}-Wert verbesserte sich auf im Mittel 6,6 % vs. 7,0 % bei SUP. Über die gesamte Nacht und den gesamten Tag war eine Verbesserung der mittleren Glukosewerte zu beobachten – die Nacht verbrachten die Kinder zu mehr als 80 % im Zielbereich. Dies trug auch zu einer Verbesserung der Lebensqualität der Eltern und ihrer Kinder bei, da sie endlich einmal wieder durchschlafen konnten, ohne von einem Alarm geweckt zu werden.

Das verwendete HCL-System ist für Kinder mit Typ-1-Diabetes ab einem Jahr zugelassen. Da es sich im Vergleich zur SUP bewährt hat, sollte diese Technik den Familien nicht vorenthalten werden, forderte der Pädiater. MW

Diabetes Kongress 2022

»Mit Closed Loop: mehr Zeit im Zielbereich«

Jetzt ist Lobbyarbeit gefragt

In der politischen Strategie auf das schnell Umsetzbare konzentrieren

BERLIN. Eine gesunde Ernährung ist ein wichtiger Faktor in der Adipositas- und Diabetesprävention. Doch noch erreicht dieses Wissen nicht alle Menschen hierzulande, an der praktischen Umsetzung mangelt es ebenso. Auch die Politik könnte mehr tun.

Mit großem Interesse verfolgten im Berliner CityCube die Teilnehmer*innen des DDG Stipendiatenprogramms die Ausführungen von Dr. PETER VON PHILIPSBORN zu gesellschaftlichen und politischen Einflussfaktoren auf die Ernährung. Der Wissenschaftler am Lehrstuhl für Public Health und Versorgungsforschung der LMU München berichtete u.a. über die gestiegene Verfügbarkeit von Lebensmitteln. Von 1969 bis 2013 wuchs im globalen Durchschnitt die Verfügbarkeit pro

Person bei Gemüse um 120 %, bei Obst um 106 % und bei Fleisch um 87 %. Gegessen würden zugleich mehr Fett und mehr Zucker. Der Anteil hochverarbeiteter Lebensmittel an der Energiezufuhr der Menschen sei enorm gewachsen. In Ländern mit guten Einkommen entfalle die Hälfte der Energiezufuhr auf diese verarbeiteten Produkte.

Regelwerk auf der Basis guter Praxisbeispiele

Zugleich steige die Adipositasrate in diesen Ländern enorm an, global betrachtet sei es von 1980 bis 2014 ein Anstieg von 4,6 auf 8,5 %. Als eine Ursache nannte Dr. Philipsborn den Konsum gesüßter Getränke. Früher, sagte er, hätten die Menschen vor al-

lem Wasser und Milch getrunken. Ideen und Vorschläge für eine gesündere Ernährung, auch evidenzbasierte, gibt es inzwischen viele. Der Food Environment Policy Index (EPI: www.jpi-pen.eu/Reports) z.B. wird in 40 Ländern genutzt.



Anhand guter Praxisbeispiele lasse sich ein politisches nationales Regelwerk erstellen. Für Deutschland sind laut Dr. Philipsborn fünf besonders vielversprechende Maßnahmen identifiziert worden (siehe Grafik links): OLIVER HUIZINGA, Politischer Geschäftsführer der Deutschen Adipositas Gesellschaft (DAG), zeigte sich zufrieden, dass die Ampel-Parteien laut Koalitionsvertrag viele der Notwendigkeiten erkannt haben. Das Ernährungskapitel sei „sehr aufschlussreich“. Eine Maßnahme aus dem EPI fehle allerdings: die Zuckersteuer. Bei den Fachpolitiker*innen habe es hierfür noch Zustimmung gegeben, die Ampel-Chefs hätten die Steuer dann aber wieder gestrichen. In den nächsten Monaten werde

man sehen, ob mit einer Mehrwertsteuersenkung für gesunde Lebensmittel zu rechnen sei.

Geringer Einfluss des Bundes beim Schul- und Kitaessen

Huizinga plauderte von seinen Erfahrungen als ehemaliger Leiter Recherche und Kampagnen bei der Verbraucherorganisation foodwatch. Man müsse sich immer die Frage stellen, welche Themen politisch kurzfristig gewinnbar seien und wie man diese Felder in die Öffentlichkeit bringen könne. Den Einfluss des Bundes auf Regelungen zu Schul- und Kitaessen, eine Domäne der Länder, schätzt er jedenfalls als nicht groß ein: Mit 16 verschiedenen Ansprechpartnern sei über Kosten von 5,5 Mrd. Euro zu reden. kol

Diabetes Kongress DDG 2022

DIABETES HERBSTTAGUNG 2022
51. DGA-JAHRESTAGUNG

Diabetologie & Angiologie –

Auf einem Bein kann
man nicht stehen

Frühbucheranmeldung
endet am 06.09.2022

25. – 26.11.2022
RMCC Wiesbaden
Präsenz & online

Das Programm
der DGA findet
bereits ab dem
24.11.2022
statt.



**DIABETES
HERBSTTAGUNG
DDG 2022** In Kooperation mit



www.herbsttagung-ddg.de

Raus aus der Schmutzdelecke

Patient*innen fordern Anerkennung von Open-Source-AID-Systemen in der Versorgung

BARCELONA. Lange blickte die Diabetes-Fachwelt skeptisch auf „Closed Loops“ Marke Eigenbau. Doch mittlerweile lässt sich die Evidenz nicht mehr leugnen. Neben Fallberichten zeigen auch Beobachtungs- und Vergleichsstudien sowie randomisierte Kontrollstudien, dass die nicht-kommerziellen Systeme die Stoffwechsellage verbessern und sicher sind.

Wenn es um die Wahl eines geeigneten Systems zur automatisierten Insulinisierung (AID) geht, sollten Diabetolog*innen und ihre Teams sich bei der Beratung nicht auf die kommerziell verfügbaren Modelle beschränken, sondern ihren Patient*innen auch Open-Source-AID-Systeme vorstellen. Diese Auffassung vertritt DANA LEWIS aus Seattle (Washington, USA), die mit Typ-1-Diabetes lebt, bereits 2013 ihr CGM-System mithilfe eines frei zugänglichen Algorithmus mit ihrer Insulinpumpe koppelte und kurz darauf die #DIYAPS-Bewegung ins Leben rief. „Ich weiß, dass es sich bei einem Open-Source-AID-System um eine sehr überzeugende Technologie handelt – schließlich habe ich sie erfunden“, erklärte sie im Rahmen einer Sitzung, die erstmals unter der Federführung der Diabetes-Community Doc abgehalten wurde. Lewis begründete ihre Forderung mit dem Anfang 2022

publizierten internationalen Konsenspapier zu Open-Source-AID-Systemen,¹ an dem 48 medizinische und juristische Expert*innen beteiligt waren und das von neun nationalen und internationalen Diabetesorganisationen unterstützt wird.

Behandlungsteams sollten sich zu AID-Systemen weiterbilden

Darin heißt es unter anderem, dass AID-Systeme mit frei zugänglichen Quellcodes eine sichere und effektive

Therapieoption darstellen. Damit seien Behandlungsteams verpflichtet, auch über diese Therapieoption aufzuklären – auch wenn das bedeutet, dass sie sich selbst erst einmal auf diesem Gebiet weiterbilden müssen.

„Menschen mit Diabetes sollten selbst entscheiden können, welches System für sie persönlich am besten ist“, meinte die Forscherin und Aktivistin. „Medizinische Fachkräfte sollten ihre individuelle Wahl respektieren. Wenn sie mit den Systemen selbst noch nicht vertraut sind, sollten sie sich an erfahrene Anwender*innen wenden oder andere frei zugängliche Informationsquellen nutzen.“ Zu diesen Quellen zählen Foren, E-Books und eine wachsende Zahl wissenschaftlicher Publikationen.

»Effektive Therapieoption«

In den ersten Jahren waren es vor allem Einzelfall- oder Beobachtungsstudien, die sich mit der Open-Source-AID-Technologie befassten.^{2,3} „Da wurde ich dann gefragt, wie man denn wissen kann, ob es auch bei anderen so gut funktioniert“, erinnerte sich Lewis, „die Fachwelt wollte wissenschaftliche Evidenz sehen.“ Inzwischen liegt auch eine ganze Reihe von Vergleichs- und sogar randomisierten Kontrollstudien vor.⁴ Sie zeigen, dass sich – unabhängig von der Ausgangslage – die Zeit im Glukose-Zielbereich signifikant um etwa 15 Prozentpunkte erhöht.⁵ „Der

Anteil von Hypo- und Hyperglykämien verringert sich, auch HbA_{1c}-Wert und Lebensqualität verbessern sich“, betonte die Referentin. Zur Wahlfreiheit gehört für Lewis neben umfangreicher Aufklärung und Beratung aber auch volle Transparenz: „Alle verfügbaren AID-Systeme, auch die kommerziellen, sollten ihre Funktionsweise vollständig offenlegen.“

Auf Gemeinsamkeiten statt auf Unterschiede fokussieren

„Nur so kann man tatsächlich informierte Entscheidungen treffen“, forderte sie. Allerdings hält sie es für falsch, kommerzielle und selbstgebaute Systeme gegeneinander auszuspielen: „Es wird so viel über die Unterschiede diskutiert, dabei gibt es doch viel mehr Gemeinsamkeiten!“ Außerdem wünscht sie sich, dass weniger über die Risiken von Diabetestechnologie – inklusive AID-Systeme – gesprochen wird, wenn die Technik in der Summe doch dazu beiträgt, Behandlungsrisiken zu reduzieren. *thie*

1. Braune K et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2022; 10: 58-74; doi: 10.1016/S2213-8587(21)00267-9
2. Braune K et al. J Diabetes Sci Technol 2020; 14: 1137-1138; doi: 10.1177/1932296819884922
3. Jeyaventhan R et al. Diabetes Obes Metab 2021; 23: 1989-1994; doi: 10.1111/dom.14439
4. Burnside M. J Diabetes Metab Disord 2020; 19: 1615-1629; doi: 10.1007/s40200-020-00547-8
5. Zekai W et al. Ther Adv Endocrinol Metab 2020; doi: 10.1177/2042018820950146

ATTD 2022



Foto: artinspiring – stockadobe.com

Adipositas in Europa: Bestandsaufnahme und Weckruf

Im European Obesity Report 2022 wurden alarmierende Daten, aber auch Lösungsvorschläge zusammengetragen

WIESBADEN. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat im Mai ihren aktuellen Bericht zur Adipositas-Situation in Europa veröffentlicht.

Fast zwei Drittel (59 %) der Erwachsenen und ein Drittel der Kinder (29 % der Jungen und 27 % der Mädchen) in Europa sind übergewichtig oder adipös. Das geht aus dem European Regional Obesity Report 2022 der WHO hervor. Mehr Männer (63 %) sind übergewichtig als Frauen (54 %), während die Adipositas bei Frauen (24 %) weiter verbreitet ist als bei Männern (22 %). Die höchste Adipositasprävalenz weisen die Türkei, Malta, Israel und das Vereinigte Königreich auf, eine Zunahme ist aber in allen 53 Ländern dieser WHO-Region zu beobachten. Sie verzeichnet damit nach der Region Amerika global die

zweithöchste Prävalenz. „In Europa [...] wird kein einziges Land das globale Ziel der WHO erreichen, den Anstieg der Adipositas bis 2025 zu stoppen“, kommentierte Dr. HANS KLUGE, WHO-Regionaldirektor für Europa, die Zahlen.

Adipositas droht Hauptrisikofaktor für Krebs zu werden

Adipositas ist dem Bericht zufolge Ursache für 13 verschiedene Krebsarten. Für einige Länder der Region wird prognostiziert, dass sie sogar das Rauchen als Hauptrisikofaktor für vermeidbare Krebserkrankungen ablösen wird. Zudem betonen die Autor*innen, dass Adipositas nicht nur Risikofaktor für Schlaganfälle, Herzinfarkte, Typ-2-Diabetes und andere nicht übertragbare Krankheiten ist, sondern als eigenständige Krankheit angesehen

und ihr gezielt vorgebeugt und behandelt werden muss. Auch die COVID-19-Pandemie habe die gesundheitliche Gefahr durch starkes Übergewicht verdeutlicht, denn bei adipösen Patient*innen ist die Wahrscheinlichkeit größer, dass sie einen schweren Verlauf haben und an dem Virus sterben. Gleichzeitige Übergewicht habe die Pandemie die Entstehung von Adipositas begünstigt: „Vorläufige Daten deuten auch darauf hin, dass die Menschen während der aktuellen Pandemie vermehrt Risikofaktoren für Adipositas ausgesetzt waren, einschließlich einer Zunahme

der sitzenden Lebensweise und des Verzehr von ungesunden Lebensmitteln“, heißt es in dem Bericht.

Strukturelle Maßnahmen gegen ungesunden Lebensstil

Um der Entwicklung entgegenzuwirken, empfehlen die WHO-Expert*innen strukturelle Maßnahmen auf politischer Ebene: „Fettleibigkeit wird von der Umwelt beeinflusst, daher ist es wichtig, dieses Problem aus der Perspektive aller Lebensabschnitte zu betrachten. So wird z. B. das Leben von Kindern und Jugendlichen durch das digitale Umfeld, einschließlich der Vermarktung ungesunder Lebensmittel und Getränke, beeinflusst“, sagte Dr. KREMLIN WICKRAMASINGHE, Leiter des europäischen WHO-Büros für Prävention und Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten,

bei der Präsentation des Berichts. „Die Beschränkung der Vermarktung ungesunder Lebensmittel an Kinder, die Besteuerung zuckergerüsteter Getränke und die Verbesserung der Maßnahmen des Gesundheitssystems zur Bekämpfung der Adipositas gehören derzeit zu den am intensivsten diskutierten Politikbereichen in der WHO-Region Europa“, so Dr. Wickramasinghe weiter. Andere Maßnahmen, die sich als vielversprechend erwiesen haben, sind die Verbesserung des Zugangs zur Behandlung des Übergewichts in der primären Gesundheitsversorgung, die Förderung des Stillens und schulische Interventionen. Weitere Vorschläge sind die Verbesserung der Qualität von Parks und Spielplätzen sowie die Bereitstellung einer angemessenen Verkehrsinfrastruktur, um einen aktiven Lebensstil zu fördern. *gh*

»Kein Land erreicht WHO-Ziel«

Glutenfreie Ernährung kann erst einmal warten

Familien Zeit geben, die Manifestation des Typ-1-Diabetes zu verarbeiten

GIESSEN. Fast 9 % aller Kinder, bei denen ein autoimmuner Typ-1-Diabetes festgestellt wird, weisen auch erhöhte Titer von Antikörpern gegen Gewebstransglutaminase (anti-tTGA) auf. Für sie sehen die Leitlinien eine rasche histologische Zöliakie-Diagnostik vor. Doch eine aktuelle Studie zeigt, dass ein Aufschub der Diagnostik bei asymptomatischen Kindern die Prognose nicht verschlechtert. Im Interview erläutert Studienleiter Privatdozent Dr. CLEMENS KAMRATH, Pädiater, Kinder-Endokrinologe und Kinder-Diabetologe am Uniklinikum Gießen, was diese Erkenntnisse für die Praxis bedeuten.

Was gab den Anstoß für Ihre Untersuchung zum Zeitpunkt der histologischen Diagnostik der Zöliakie?

PD Dr. Clemens Kamrath: Wenn bei einem Kind ein Typ-1-Diabetes festgestellt wird, werden häufig auch die anti-tTGA bestimmt. Bei einem hohen Titer sehen die Leitlinien vor, dass möglichst rasch eine Biopsie vorgenommen wird, um den Laborbefund abzusichern. Für das Krankenhaus ist so eine frühzeitige Abklärung praktisch: Das Kind ist nach der Diabetes-Manifestation ohnehin auf Station, da kann man die Biopsie gleich mit erledigen. Doch mein subjektiver Eindruck war immer, dass es für die Kinder und ihre Familien oft sehr belastend war, gleich zwei einschneidende Diagnosen auf einmal zu erhalten.

Wie genau äußert sich diese Belastung?

Dr. Kamrath: Die Kinder werden ja teils sogar mit einer Ketoazidose auf die Intensivstation eingeliefert. Die Diagnose des Diabetes ist für sie und ihre Eltern ein großer Schock. Sie müssen während des Krankenhausaufenthalts lernen, Kohlenhydrate zu berechnen, Insulin zu dosieren und den Diabetes in ihren Alltag zu integrieren. Dazu kommen – insbesondere bei jüngeren Kindern – auch viele organisatorische Herausforderungen, wenn es um die Betreuung in der Kita oder in der Schule geht, wenn eine Teilhabeassistenz beantragt werden muss etc. Kommt in einer solchen Situation noch eine zweite einschneidende Diagnose wie Zöliakie dazu, ist das wirklich sehr viel, was die Familien plötzlich verarbeiten müssen.

»Lebenssituation der Kinder und Familien stärker berücksichtigen«

INTERVIEW



Priv.-Doz. Dr. Clemens Kamrath
Kinderendokrinologe
Uniklinikum Gießen
Foto: privat

Warum empfehlen die Leitlinien denn eine frühzeitige Biopsie bei hohem anti-tTGA-Titer?

Dr. Kamrath: Eine Zöliakie kann unbehandelt zu Resorptionsstörungen und Mangelerscheinungen bei einer ganzen Reihe von Mikronährstoffen wie Eisen oder Zink führen. Dies kann sich negativ auf die kindliche Entwicklung auswirken, vor allem bei Längenwachstum und Gewichtszunahme. Allerdings gab es bislang keine Daten dazu, ob eine frühzeitige Abklärung bei asymptomatischen Kindern mit Vorteilen für die Prognose einhergeht. Ein systematisches Screening ist aber nur dann sinnvoll, wenn die frühe Diagnose die weitere Entwicklung auch tatsächlich positiv beeinflusst.

Und einen solchen positiven Effekt hat eine frühzeitige Biopsie also offenbar nicht?

Dr. Kamrath: Genau. Sofern die Kinder zum Zeitpunkt der Diabetes-Diagnose keine Symptome einer Zöliakie aufwiesen, profitierten sie nicht von einer sofortigen Umstellung auf glutenfreie Ernährung. Es ergab sich aber auch kein Vorteil durch den Aufschub der histologischen Abklärung und den entsprechenden Start der glutenfreien Ernährung. Die entscheidende Erkenntnis für mich ist daher, dass der Abklärungszeitpunkt und Diätbeginn bezüglich einer Zöliakie bei asymptomatischen Kindern mit Typ-1-Diabetes individualisiert werden sollte.

Welche praktischen Ratschläge ergeben sich daraus für Kinder-Diabetesambulanzen?



Getreideprodukte wie Brot oder Nudeln sind bei Zöliakie tabu.

Foto: 9dreamstudio – stock.adobe.com

Studiendesign und Ergebnisse

Dr. CLEMENS KAMRATH und sein Team nutzten für ihre Studie Daten des DPV-Registers, das an der Universität Ulm, Institut für Epidemiologie, ZIBMT, verwaltet wird. Einbezogen wurden Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, die zwischen 1995 und 2021 die Diagnose Typ-1-Diabetes erhalten hatten (n = 92.278) und bei denen parallel die Antikörper gegen Gewebstransglutaminase (anti-tTGA) bestimmt wurden (n = 26.953, 29,2 %). Bei 2.340 (8,7 %) von ihnen wurden erhöhte anti-tTGA-Titer gemessen. Von diesen wiederum wurde bei 533 (22,8 %) eine Biopsie zur histologischen Bestätigung der Zöliakie-Diagnose durchgeführt, die sich in 444 Fällen bestätigte. Bei der Mehrheit (n = 264, 64,2 %) wurde die Biopsie binnen 6 Monaten nach der Diabetesdiagnose

durchgeführt, bei den übrigen Kindern (n = 147, 35,8 %) vergingen bis zu 36 Monate bis zur Biopsie. Es ergaben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen in Bezug auf HbA_{1c}-Werte, kardiovaskuläre Risikomarker, akute Diabeteskomplikationen, Längenwachstum und Gewichtszunahme. Die Studienautor*innen folgern daraus, dass die histologische Bestätigung einer Zöliakie-Diagnose bei asymptomatischen Kindern und Jugendlichen mit neu manifestiertem Typ-1-Diabetes hinausgezögert werden kann, wenn die individuelle Situation dies ratsam erscheinen lässt.

Kamrath C et al. Diabetologia 2022; 65: 1108-1118; doi: 10.1007/s00125-022-05701-w

Dr. Kamrath: Es gibt dank unserer Studie nun neben den geltenden Leitlinien auch evidenzbasierte Daten, die es den Behandlungsteams ermöglichen, individueller zu entscheiden und die Lebenssituation der Kinder und Familien stärker zu berücksichtigen. Die Umstellung auf eine glutenfreie Ernährung bedeutet ja, dass man in der Essensauswahl zum Teil erheblich eingeschränkt ist, vor allem bei Restaurantbesuchen oder beim Bestellen von Essen über Lieferservices.

Mit einer solchen zusätzlichen Herausforderung sind viele Familien in der kritischen Phase der Diabetes-Manifestation ganz einfach über-

fordert. Es ist gut, dass wir ihnen nun raten können, sich erst einmal weiter ganz normal zu ernähren und sich in Ruhe an den Diabetes ihrer Kinder zu gewöhnen, bis sie ihn in ihren Alltag integriert haben. Nach einem Jahr kann man sich dann um den Nachweis der Zöliakie und die Ernährungsumstellung kümmern. Dabei ist natürlich wichtig, dass sich die Patienten bis zur definitiven Diagnostik weiterhin glutenhaltig ernähren, um die histologische Untersuchung nicht zu verfälschen.

Bei welchen Patient*innen sollte man auf keinen Fall mit der Zöliakie-Abklärung warten?

»Ganz einfach überfordert«

Dr. Kamrath: Unsere Empfehlung betrifft ausschließlich asymptomatische Kinder und Jugendliche. Wenn das Kind Symptome zeigt, also nach glutenhaltigen Mahlzeiten Bauchschmerzen hat, oder wenn bereits eine Resorptionsstörung oder eine Mangelversorgung, z. B. eine Anämie, nachgewiesen wurde, dann sollte man die Abklärung nicht hinausziehen.

Interview: Antje Thiel

Typ-1-Diabetes mit Verdacht auf Zöliakie – kein Nachteil!

Kommentar Prof. Dr. Reinhard Holl und PD Dr. Stefanie Lanzinger, Ulm

ULM. Die pädiatrische Diabetologie ist aktuell ganz wesentlich durch die Einführung von Diabetestechnologie in den Behandlungsalltag geprägt. Diese spannende Entwicklung beinhaltet ein großes Potenzial für die Zukunft – andere wichtige Aspekte der Versorgung rücken aber zum Teil etwas in den Hintergrund.

Um so mehr ist die Studie von Kamrath et al. zu begrüßen, die sich mit der Zöliakie als Begleiterkrankung des Typ-1-Diabetes beschäftigt. Aufgrund der genetischen Assoziation (DR3/DQ2 bzw. DR4/DQ8) ist die Zöliakie bei Menschen mit Typ-1-Diabetes etwa zehnfach häufiger: In der Allgemeinbevölke-

rung haben circa 0,5 % eine manifeste oder asymptomatische Zöliakie, beim Typ-1-Diabetes sind es circa 5 %.

Zwar empfehlen Leitlinien ein generelles Screening mit Bestimmung der Transglutaminase-AK, das Vorgehen bei auffälligen Befunden (Laborkontrolle? Biopsie?) ist aber insbesondere bei Patient*innen ohne Zöliakie-Symptome kontrovers. Deshalb ist die Studie von PD Dr. Clemens Kamrath überaus hilfreich, die klar belegt, dass neu manifestierte Patient*innen mit Typ-1-Diabetes und allein laborchemischem V.a. Zöliakie keinen Nachteil haben, wenn die biopsische Klärung dieser Begleitdiagnose um einige Monate verschoben wird.

Testosteronmangel richtig diagnostizieren!

Messwerte plus Symptome richtig interpretieren – gerade bei Adipositas und Diabetes

BERLIN. Testosteron ist wichtig für Leistung und Libido. Wenn der Hormonspiegel sinkt, steigen bei Männern Gewicht und Diabetesrisiko. Umgekehrt können hoher BMI und Stoffwechselerkrankung zu niedrigen Hormonwerten führen. Eine endokrinologische Therapie könnte deshalb gleich mehrere Probleme lösen. Doch zuvor muss man die Diagnose richtig sichern, hieß es auf der gemeinsamen Online-Presskonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) Ende Juni.

Patienten mit einem Typ-2-Diabetes (T2D), hohem BMI und Erektionsstörungen haben nicht selten eines gemeinsam: einen zu niedrigen Testosteronspiegel. Doch was ist Ursache, was ist Wirkung? Was war zuerst da: der Hormonmangel oder die Stoffwechselerkrankung?

„Es gibt eine bidirektionale Beziehung zwischen beiden Bereichen – der Testosteronmangel und die Adipositas und der Diabetes auf der anderen Seite“, sagte Prof. Dr. STEPHAN PETERSENN, Mediensprecher der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie e. V. (DGE) und niedergelassener Endokrinologe und Androloge in der ENDOC Praxis Hamburg. „Wir sehen bei Patienten mit Testosteronmangel, dass der BMI im Verlauf zunimmt, dass Patienten eine Insulinresistenz entwickeln und dass auch die Entwicklung eines Typ-2-Diabetes häufiger stattfindet.“ Oft stelle man aber auch erst nach der Diagnose einer Adipositas und

eines T2D im Zuge einer Messung niedrige Testosteronspiegel fest, so der Facharzt. Diesen engen Zusammenhang in beide Richtungen gelte es aufzuschlüsseln und richtig zu interpretieren.

Diagnose: Hormonspiegel plus Symptomatik!

Doch genau hier liegt oft das Problem: Denn nach Ansicht von Prof. Petersenn genügt es für die Diagnose Testosteronmangel nicht, lediglich den Hormonspiegel im Blut zu bestimmen. Diese Werte müssten in jedem Fall im Zusammenhang mit der Symptomatik bewertet werden. Liege beides vor, also niedrige Testosteronwerte und typische Symptome, falle die Prävalenz zwar deutlich geringer aus (50 bis 59 Jahre: 0,6 %, 60 bis 69 Jahre: 3,2 %, ab 70 Jahren: 5 %), aber dann sei eine Hormonersatztherapie auch wirklich sinnvoll und angezeigt, sagt der Endokrinologe.

Messen: am besten nicht nur einmal, sondern zweimal täglich

Sind die Messwerte überhaupt aussagekräftig genug? Auch hier gibt es einiges zu beachten. So hätten Studien deutlich gemacht, dass eine einmalige Testung im Laufe des Tages oft zu falschen Befunden führte, so Petersenn. Erst eine zweite Messung des Hormonspiegels zeige, dass ein Drittel der vermeintlich unter Testosteronmangel leidenden Patien-



ten eigentlich einen normalen Wert hätten. Der Grund: Das Hormon erreicht morgens seinen Spitzenwert und nimmt im Laufe des Tages und nach dem Essen deutlich ab. Deshalb muss man vor 10 Uhr und nüchtern messen. „Sie sehen eine etwa 24-prozentige Abnahme des Spiegels nachmittags und eine etwa 25-prozentige Abnahme nach der Nahrungsaufnahme.“ Es ist also durchaus sinnvoll, Testosteron zweimal zu messen, um die Diagnose abzusichern.

Symptome eines Hypogonadismus

- abnehmende Libido
- Erektionsstörungen
- fehlende/nachlassende Morgenerektionen
- Spannungsgefühl im Brustbereich
- Gynäkomastie
- abnehmende Sekundärbehaarung
- nachlassende Rasurfrequenz
- Involution der Hoden
- Infertilität
- Hitzewallungen und Schweißausbrüche
- Zeichen einer Osteoporose

Wichtig in Bezug auf Adipositas und Diabetologie sei laut Prof. Petersenn, neben dem Testosteron auch, das Transportprotein SHBG zu bestimmen. Erst wenn hier alles auf einen Zusammenhang hindeute, sei eine korrekte Interpretation der Hormonwerte überhaupt möglich.

Drei spezifische Leitsymptome bei Hypogonadismus

Für die Diagnose eines Hypogonadismus als Ursache des Testosterondefizits seien unspezifische Symptome wie Müdigkeit und Leistungsabnahme nicht ausreichend, so der Experte. Und die biochemische Diagnostik sei durch den altersabhängigen Abfall des Testosteronspiegels von etwa 1 bis 2 % pro Jahr erschwert. Hilfreicher für die Gesamtbewertung seien laut Prof. Petersenn neben einem Hormonmangel die 3 Leitsymptome: nachlassende Libido, Erektionsstörungen und nachlassende Morgenerektion. Lege man diese Kriterien zugrunde, hätten 25 % der Patienten mit T2D einen Mangel an Testosteron mit kleiner Symptomatik. „Ja, es gibt

»Ein Ziel: den BMI verbessern«

Handlungsbedarf! Wir sollten sensibel sein für die spezifischen Symptome eines Hypogonadismus (...). Wir sollten dann das Testosteron korrekt messen. Und wenn wir die Diagnose aus der Kombination von Hormonmangel und Symptomen gestellt haben, auch die Substitution einleiten“, rät der Hamburger Endokrinologe. „Das ist wichtig, auch für die Behandlung des Diabetes und der Adipositas, weil man feststellen kann, dass unter dieser Testosteronsubstitution sich sowohl der BMI als auch die Hyperglykämie-Situation bei Diabetes Typ 2 verbessern können.“ Das Ziel der Substitutionstherapie sowohl bei Adipositas als auch bei T2D bestehe allerdings primär in der Verbesserung der spezifischen Symptome und nicht in einer Unterstützung der Gewichtsabnahme oder einer besseren glykämischen Kontrolle. *Günter Nuber*

»Bei einmaliger Messung: oft falsche Befunde«

Dr. Gerhard Klausmann – 1954–2022

Nach kurzer, schwerer Krankheit ist Dr. Gerhard Klausmann am 16. Juli 2022 im Alter von 68 Jahren im Kreise seiner Familie in Aschaffenburg verstorben. Dr. Gerhard Klausmann hat sein Berufsleben nach dem Examen und der Facharztzubereitung zum Internisten und Diabetologen als engagierter Arzt der Versorgung von Menschen mit Diabetes gewidmet. Dabei hat er sich bei seiner kompromisslosen Entscheidung

für die Tätigkeit als niedergelassener Arzt im ambulanten Bereich immer auch den Blick für die wissenschaftlichen und klinischen Aspekte unserer Tätigkeit bewahrt. Der von ihm vor 20 Jahren mitgegründete Bundesverband Niedergelassener Diabetologen (BVND) und die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) verlieren mit dem Tod von Dr. Gerhard Klausmann eine wichtige Stimme sowie einen guten Arzt und Kollegen.

Sein Tod wird auf Grund seiner vielfältigen Engagements sowohl im BVND als auch in der DDG Lücken hinterlassen. Erwähnt seien an dieser Stelle seine langjährige Vorstandstätigkeit im BVND, seine Position als Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Niedergelassener Diabetologen sowie seine Aufgaben in Fachkommissionen und -ausschüssen der Deutschen Diabetes Gesellschaft. Vor dem Hintergrund, dass Dr. Gerhard Klausmann aktu-



Dr. Gerhard Klausmann
Foto: Klausmann/BVND

ell und in naher Zukunft beabsichtigte seine Ämter und Aufgaben an Nachfolger zu übergeben und sich

mehr seiner Familie und seinen vielen Freizeitaktivitäten zu widmen, ist sein überraschender Tod besonders tragisch. In Gedanken sind wir bei der Familie von Dr. Gerhard Klausmann, die den Vater und Ehemann verloren hat und der unsere ungeteilte und herzliche Anteilnahme gilt. Wir werden seiner gedenken und sein Andenken stets bewahren!

Für den Vorstand des BVND
Dr. Nikolaus Scheper

»Was im Dünndarm passiert, ist für uns immer noch eine Black Box«

Maßgeschneiderte Therapien zu entwickeln, ist das Ziel der Forschung in Tübingen

TÜBINGEN. Prof. Dr. Reiner Jumpertz-von Schwartzberg ist Gruppenleiter des Exzellenzclusters „Kontrolle von Mikroorganismen zur Bekämpfung von Infektionen“ (CMFI) der Universität Tübingen und Leiter der klinischen Studienzentrale des Instituts für Diabetesforschung und Metabolische Erkrankungen. Im Interview erklärt er, warum es für die Entwicklung von Adipositas- und Diabetes-Therapien wichtig ist, mehr über das Darmmikrobiom zu erfahren und wie die Kooperation mit dem Deutschen Zentrum für Diabetesforschung (DZD) hilft, die Forschung voranzutreiben.

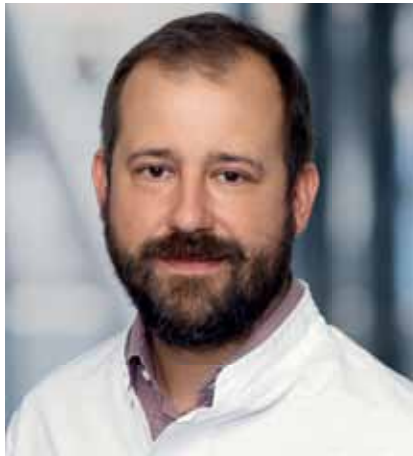
Welche Forschungsinteressen verfolgen Sie im Rahmen Ihrer Professur?

Prof. Dr. Reiner Jumpertz-von Schwartzberg: Ein wichtiges Schwerpunktthema wird sein, die Interaktion der menschlichen Darmmikrobiota, also der Milliarden an Bakterien, die unseren Darm besiedeln, im Hinblick auf ihren Einfluss auf den Stoffwechsel zu untersuchen. In einer gemeinsamen Nature-Studie (*Caloric restriction disrupts the microbiota and colonization resistance*, doi: 10.1038/s41586-021-03663-4) mit PETER TURNBAUGH (UCSF, San Francisco, USA) konnten wir zuletzt die tiefgreifenden Veränderungen der Mikrobiota während einer niedrigkalorischen Diät im Menschen untersuchen. Hier konnten wir zeigen, dass das Mikrobiom während der Diät vermutlich andere metabolische Eigenschaften ausbildet, die direkten Einfluss auf die Nahrungsaufnahme und damit die Zufuhr an Kalorien für unseren Körper hat.

Dies zeigte sich auch nach Transplantation ins keimfreie Mausmodell, in dem die humane Mikrobiota nach Diätintervention einen deutlichen Gewichtsverlust in den Empfängertieren auslöste, was wir nach Transplantation der Mikrobiota aus denselben Probanden vor der Diät nicht beobachten konnten. Somit ist ein gewisser Anteil des Gewichtsverlustes durch niedrigkalorische Diäten durch die Darmmikrobiota transferierbar, was auch für uns überraschend war. Diesen Ansatz werden wir weiter untersuchen. Darüber hinaus zeigt sich durch neue methodische Möglichkeiten, dass Metaboliten, also Stoffwechselprodukte der Mikrobiota, in unserem Darm Einfluss haben auf die Art und Weise, wie wir Glukose, also Zucker, verstoffwechseln. Hier scheint es sogar Effekte zu geben, die die Insulinsekretion ebenso wie die Insulinsensitivität beeinflussen.

Das ist insbesondere im Hinblick auf neue Diabetes-Subtypen spannend, die sich stark in der Insulinsensitivität und der Insulinsekretion unterscheiden. Die Interaktion der Darmmikrobiota und deren Metaboliten in Patient*innen mit unterschiedlichen Diabetes- und Prädiabetes-Subtypen wird daher ein Schwerpunkt dieser Arbeitsgruppe sein.

INTERVIEW



Prof. Dr. Reiner Jumpertz-von Schwartzberg

Oberarzt in der Medizinischen Klinik IV, Endokrinologie, Diabetologie und Nephrologie am Universitätsklinikum Tübingen, Leiter der klinischen Studienzentrale am IDM (DZD) und Nachwuchsgruppenleiter im Exzellenzcluster CMFI der Universität Tübingen

Foto: zVg

Ist die Adipositas auch künftig Ihr Fokus, oder wollen Sie sich eher dem Diabetes widmen?

Prof. Dr. Jumpertz-von Schwartzberg: Im Rahmen der Professur für klinische Metabolismus- und Adipositasforschung steht der Glukose- sowie der Energie-Stoffwechsel im Fokus. Wie bereits auf dem diesjährigen amerikanischen Diabeteskongress immer klarer geworden ist, ist eine erfolgreiche Therapie des Diabetes mellitus langfristig bei vielen Patient*innen nur durch eine nachhaltige Gewichtsreduktion bzw. deren Erhalt zu bewerkstelligen. Zudem kommen die erfolgreichsten Medikamente für den Gewichtsverlust heutzutage aus dem Bereich der Diabetes-Therapie, sodass Gewichtsregulation und Diabetes-Therapie ineinandergreifen. Der Forschungsfokus gilt also beidem.

Neben der Untersuchung der Rolle des Mikrobioms auf die Nahrungsabsorption möchte ich, wie bereits erwähnt, Stoffwechselmetaboliten des Darmmikrobioms charakterisieren, und zwar in Subtypen des

Typ-2-Diabetes – allerdings primär dem SIRD (severe insulin resistant diabetes) und dem MOD (mild obesity-related diabetes, s. Kasten). Diese Cluster sind beide mit der Adipositas vergesellschaftet, unterscheiden sich aber sehr in der Entwicklung von Komorbiditäten. Im Diabeteszentrum des Universitätsklinikums Tübingen, in dem ich als Oberarzt sowie Leiter der klinischen Studienzentrale arbeite, können wir Patient*innen dieser Gruppen rekrutieren, die sich in der Evaluation zur bariatrischen OP befinden. Das ermöglicht uns in Zusammenarbeit mit den Chirurgen erstmalig, im Zuge der OP auch Mikrobiom-Proben aus dem Dünndarm zu entnehmen, der ohnehin bei dem Eingriff eröffnet wird. Denn immer nur Stuhlproben zu analysieren, das ist wie nur mit dem Rückspiegel Auto zu fahren. Was im Dünndarm passiert, wo der Metabolismus und die Nahrungsabsorption hauptsächlich stattfinden, ist für uns immer noch eine Black Box. Über dieses invasive Biosampling könnten wir also erstmals an der Schnittstelle der Nahrungsaufnahme die Unterschiede zwischen den Diabetes-Subclustern untersuchen.

Welche Schwerpunkte hat das klinische Studienzentrum? Welche Studien werden gerade durchgeführt, welche sind in Planung?

Prof. Dr. Jumpertz-von Schwartzberg: Im klinischen Studienzentrum des IDM (Institute of Diabetes Research and Metabolic Diseases) führen wir Studien im Menschen durch, die eine breite Spannweite in der Diabetes- und Adipositasforschung abdecken. Ein großer Teil der Studien sind Multicenter-Studien, die im Rahmen des DZD durchgeführt werden, was den Aufbau von klinischen Kohorten ermöglicht, aber auch die Testung von neuen Therapien in Patient*innen mit neuen Subtypen des Diabetes mel-

litus oder des Prädiabetes. Aktuell laufen mehr als 20 klinische Studien in unserem Zentrum, einige davon als AMG-Studien, also Studien, die Medikamente zur Testung der Effekte auf den Stoffwechsel beinhalten. Ziel ist es u. a., maßgeschneiderte Therapien für Personen mit erhöhtem Diabetes-Risiko und insbesondere erhöhtem Risiko für Komplikationen bereits in einer frühen Phase zu untersuchen, mit dem Ziel, dass sich Komplikationen erst gar nicht entwickeln können. Ein Beispiel dafür ist eine neue Studie, die sog. LIFETIME-Studie, in der wir die Effekte von SGLT2-Inhibitoren bei Patient*innen mit Prädiabetes im Hinblick auf die Verhinderung des Fortschreitens früher Phase einer Nierenerkrankung untersuchen. Diese Studie wird nur möglich als Multicenter-Studie im DZD-Netzwerk durch die Unterstützung der beteiligten Studienzentren deutschlandweit.

Sie sind auch im DZD sehr aktiv. Auf welche Art und Weise kooperieren Sie mit dem DZD?

Prof. Dr. Jumpertz-von Schwartzberg: Als Mitglied des IDM des Helmholtz Zentrums München an der Universität Tübingen, der Klinik für Diabetologie und Endokrinologie sowie auch als Leiter der klinischen Studienzentrale bin ich selbstverständlich Teil des DZD und bin dort auch in verschiedenen Akademien und Gremien tätig. Wir sind sehr eng mit den anderen Partnern des DZD verzahnt, vor allem bei der Durchführung der Multicenter-Studien. Das bietet natürlich den Vorteil, die zentralen Fragestellungen der einzelnen Studien zügig zu adressieren, und die gleiche Unterstützung erfahren wir auch in den von uns initiierten Studien. Zudem bietet die DZD-Infrastruktur erhebliche Vorteile, durch Kollaborationen zwischen den Zentren auch Querschnittsbereiche abzudecken

Subtypen des Typ-2-Diabetes

Betroffene mit Typ-2-Diabetes können in fünf Cluster mit unterschiedlichem Risiko für Komplikationen und Folgeerkrankungen eingeteilt werden:

- 1 SAID: schwerer Autoimmun-Diabetes
- 2 SIDD: schwerer Insulinmangel-Diabetes
- 3 SIRD: schwerer, insulinresistenter Diabetes
- 4 MOD: moderater, adipositasbedingter Diabetes
- 5 MARD: moderater, altersbedingter Diabetes

Im SIRD-Cluster ist die Gefahr einer diabetischen Nephropathie besonders hoch. Das größte Risiko für Retinopathien hingegen besteht im Cluster SIDD.

Ahlqvist E et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2018; 6: 361-369; doi: 10.1016/S2213-8587(18)30051-2

und klinische Fragestellungen in den vorhandenen Kohortenstudien validieren zu können. Das alles ist nur mithilfe des DZD möglich.

Was empfehlen Sie jungen Wissenschaftler*innen/Mediziner*innen, um in der Diabetologie erfolgreich zu sein?

Prof. Dr. Jumpertz-von Schwartzberg: Gerade in der klinischen Forschung kommt es auf den berühmten „langen Atem“ an. Das gilt besonders für translationale Studien, in denen die Grundlagenforschung mit klinischen Studien kombiniert wird. Das zeigt z. B. der ca. dreijährige Review-Prozess unserer Nature-Studie aus dem letzten Jahr. Gerade junge Mediziner kennen im Rahmen der klinischen Patientenversorgung die Komplikationen, die auftreten können und das Leben von Patient*innen mit Diabetes maßgeblich beeinflussen. Ich empfind das stets als treibende Motivation für die eigene Forschung. Ein wichtiger Aspekt für Kliniker heutzutage ist sicherlich auch die Teilnahme an einem Clinician-Scientist-Programm, was neben der klinischen Tätigkeit auch geschützte Forschungszeit erlaubt, ohne dafür wesentliche Nachteile in der Facharztweiterbildung zu haben. Davon habe ich zu meiner Zeit an der Charité sehr profitiert. Ich finde zudem die DZD NEXT-Symposien und -Workshops ideal für Nachwuchswissenschaftler*innen – zum Austausch und für den engen Kontakt mit etablierten PIs im DZD-Netzwerk.

Interview: Dr. Moyo Grebbin

»Wie nur mit dem Rückspiegel Auto zu fahren«

nachgefragt

Milliarden von Bakterien besiedeln unseren Darm (Darmmikrobiota).

Foto: iStock/Design Cells

»Chronische Erkrankungen erfordern chronische Betreuung«

DDG möchte junge Erwachsene mit Typ-1-Diabetes in der Transition gut versorgt wissen

BERLIN. Kontinuität und hochwertige diabetologische Versorgung wünscht sich die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) für ab 18-Jährige mit einem Diabetes Typ 1. Damit sie beim Abschied vom Pädiater nicht durchs Raster fallen, unternimmt die Fachgesellschaft viele Anstrengungen.

Die Volljährigkeit ist eine Phase voller Herausforderungen und Umbrüche. Rein rechtlich tragen 18-Jährige nun die volle Verantwortung für ihr Leben. Weitere Probleme mit sich bringen Studium oder Berufsausbildung, ein Auszug aus dem Elternhaus, ein Ortswechsel, ein neuer Freundeskreis oder eine Partnerschaft. Was für gesunde Menschen in dem Alter bereits eine Herkulesaufgabe ist, bedeutet für junge Erwachsene mit Typ-1-Diabetes (T1D) noch eine Belastungsprobe mehr. Darum ging es auf einer Online-Presskonferenz der DDG und der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie Ende Juni.

Selbstmanagement leidet durch viele Anforderungen

„Das kontinuierliche Selbstmanagement des Diabetes kann in dieser vulnerablen Phase durch die Vielzahl der Anforderungen, der Herausforderungen erheblich leiden“, sagt Prof. Dr. ANDREAS NEU (Tübingen), Präsident der DDG. Dass gerade in dieser Phase ein Betreu-

erwechsel erfolgt, führt nicht selten zu einer Unterbrechung der kontinuierlichen Diabetesversorgung und zu einer deutlichen Verschlechterung der Stoffwechselkontrolle. Prof. Neu warnt: „Rund 10 Prozent nehmen keine weitere diabetologische Versorgung in Anspruch. Bis zu 40 Prozent berichten über eine lückenhafte Versorgung. Die Rate der regelmäßigen Arztbesuche nimmt nach diesem Transfer signifikant ab. Arztwechsel sind häufig, das heißt, dass die Kontinuität nicht gewährleistet ist.“ Die DDG ist besorgt über diesen weißen Fleck in der medizinischen Betreuung, auch weil derzeit 32.500 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren einen T1D haben und jedes Jahr 3.000 Kinder neu daran erkranken,

»Intensive Schulung, flexibler Zeitpunkt«

Tendenz steigend. Für sie alle wird die Transition ein Thema sein. Dazu kämen laut Prof. Neu aktuell weitere Herausforderungen: etwa eine fehlende Expertise für Schulung und Begleitung mit modernen Technologien zum Glukosemanagement in der Erwachsenentherapie. So seien die sensorgesteuerten automatisierten Insulindosierungssysteme (AID-Systeme) in der Kinderdiabetologie häufiger im Einsatz als in der Erwachsenenmedizin.

Transition als kritische Phase in der Versorgung

Über 90 Prozent der Kinder unter sechs Jahren nutzen moderne Diabetestechnologien zur täglichen Stoffwechselkontrolle. Sie sind auch bei älteren Kindern und Jugendlichen weit verbreitet – betroffene Erwachsene nutzen sie nur zu 20 bis 30 Prozent. „Der Druck, in der Pädiatrie solche Systeme zu nutzen, ist weitaus höher als in der Erwachsenenmedizin“, so Prof. Neu. „Wir wissen, dass die Transition eine kritische Phase ist in Bezug auf die kontinuierliche Versorgung. Hier gilt es, die Heranwachsenden frühzeitig darauf vorzubereiten.“

In Vorbereitung auf eine Transition wären nach Einschätzung der DDG intensive Schulungen nötig: im Umgang mit Diabetes, mit Alkoholkonsum, Führerschein, Reisen und



„Die jungen Wilden“ – Podcast mit der AG Nachwuchs der DDG: auf den gängigen Plattformen!

logische Einrichtungen in Ballungsräumen und auch flächendeckend für die Patient*innen verfügbar sein: diabetologische Schwerpunktpraxen, Ambulanzen an universitären Häusern, akademische Lehrkrankenhäuser und medizinische Versorgungszentren. „Die aktuelle Versorgung ist in der Summe zwar gut, in der Fläche jedoch sehr ungleich verteilt und vor allem durch mangelnden Nachwuchs gefährdet. Die Altersstruktur der Diabetologen ist bedenklich.“ Weniger als 10 Prozent der aktuell tätigen Diabetolog*innen seien jünger als 40 Jahre. „Deshalb hat es sich unsere Fachgesellschaft zur Aufgabe gemacht, diese bestehenden Strukturen zu sichern, aber auch in der Breite auszubauen und vor allem eine intensive Nachwuchsförderung zu leisten.“

Darüber hinaus bietet die DDG Weiterbildungen an, qualifiziert Diabetolog*innen und sorgt insbesondere dafür, dass weitere nachwachsen. Auch Weiterbildungs- und Promotionsstipendien sollen junge Studierende für die Diabetologie gewinnen, begeistern und in diesem System halten. Alles in allem eine große Herausforderung! GN

Sport. Der Zeitpunkt dafür sollte flexibel wählbar sein: „So wünschen es sich auch die Betroffenen – und nicht etwa abhängig von zulassungsrechtlichen oder abrechnungstechnischen Vorgaben“, rät der Kinder-Experte.

Versorgung und Nachwuchs in der Fläche sichern

Apropos Arztsuche: Zwar gebe es große und gut ausgestattete Zentren, aber viele Patient*innen favorisierten eine wohnortnahe, individuelle Betreuung. Deshalb sollten diabeto-

INFOBOX ■ Typ-2-Diabetes

ONE TRU LOVE

Eine Erfolgsgeschichte in der Therapie des Typ-2-Diabetes

Die Behandlung des Typ-2-Diabetes (T2D) beinhaltet heutzutage weit mehr als nur die Blutzuckersenkung. Gestützt durch die aktuellen Empfehlungen der Fachgesellschaften nehmen die individuellen Risikofaktoren und die gemeinsame Therapieentscheidung einen zentralen Stellenwert bei der Behandlung ein.¹⁻³ Die ONE-TRU-LOVE-Serie beschreibt den Paradigmenwechsel aus Patientensicht.

Heute könnte Max* mit seinem Leben trotz T2D nicht glücklicher sein! Doch das war nicht immer so. Zuletzt sind seine Werte deutlich schlechter geworden und er fühlte sich in seinem Körper nicht mehr wohl.



Wie die Geschichte von Max weitergeht? Das erfahren Sie im folgenden Beitrag mit Video. Jetzt den QR-Code scannen!



In der nächsten Ausgabe geht's weiter. Dranbleiben lohnt sich!

1. AWMF. Nationale Versorgungsleitlinie Typ-2-Diabetes – Teilpublikation der Langfassung, 2. Auflage. Version 1. 2021 [cited: 2021-03-26]. doi: 10.6101/AZQ/000475. www.leitlinien.de/diabetes.
 2. Landgraf R et al. Therapie des Typ-2-Diabetes. Diabetologie 2020; 15 (Suppl 1): S65-S92
 3. Standards of Medical Care in Diabetes – 2020. Diabetes Care 2020; 43 (Suppl. 1): S98-S110
 4. Trulicity® Fachinformation, aktueller Stand: <https://www.fachinfo.de/pdf/020484>
- * Trulicity® (Dulaglutid) ist angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen mit unzureichend kontrolliertem Typ-2-Diabetes unterstützend zu Diät und Bewegung, als Monotherapie, wenn die Einnahme von Metformin wegen Unverträglichkeit oder Kontraindikationen nicht angezeigt ist, oder als Kombinationstherapie zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung des Diabetes mellitus.⁴
- * fiktives Patientenbeispiel

PP-DG-DE-2135 August 2022

Geförderte Fahrten zu Diabetes-Kongressen

Junger Psychologe erhält Reisestipendien

BAD OEYNHAUSEN. Mit Reisestipendien der DDG ist Adrian Grimshaw sowohl zur Diabetes Herbsttagung 2021 als auch zum Diabetes Kongress 2022 gefahren.

Der 34-Jährige ist Fachpsychologe DDG und arbeitet seit fast vier Jahren am Herz- und Diabeteszentrum NRW Bad Oeynhausen (HDZ NRW). Sein Herzenthema ist die enge therapeutische Einbindung von Psychologen in das diabetologische Behandlungskonzept.

Dieses Anliegen hat die doppelte Anerkennung der Deutschen Diabetes Gesellschaft gefunden, die ihn im Rahmen ihrer Nachwuchsförderung 2021 zur Herbsttagung nach Wiesbaden und 2022 zum Jahreskongress nach Berlin eingeladen hat. Grundlage der Förderung waren zwei Reisestipendien; dafür hat Grimshaw sich mit Motivationsschreiben beworben.

Im Diabeteszentrum am HDZ NRW liegen die Arbeitsschwerpunkte des Fachpsychologen in der Beratung und Unterstützung von Menschen mit Diabetes und ihren Angehörigen. Zum Angebot zählen u. a. die Medizinische Hypnose und Entspannungsverfahren.

Dritte Bewerbung läuft schon

Über die Therapieergebnisse nach interdisziplinärer Zusammenarbeit wird sich Grimshaw vielleicht auf der diesjährigen Herbsttagung wieder mit anderen Expert*innen austauschen können. Die Bewerbung auf sein drittes Stipendium ist bereits auf dem Weg. Für ein Reisestipendium bewerben können sich Interessierte noch bis zum 30. September. Nähere Informationen auf Seite 6.dz

Pressemitteilung der Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum – Herz- und Diabeteszentrum NRW Bad Oeynhausen

Medizin & Markt

#DiabetesDialog: Alle sollten ihren Cholesterinwert kennen

Die Aufklärungsaktion stand diesmal im Zeichen des Tags des Cholesterins

➔ Online-Veranstaltung – Sanofi

WIESBADEN. Anlässlich des diesjährigen Tags des Cholesterins stand das Thema Blutfette im Mittelpunkt des #DiabetesDialogs, „Wissen was bei Diabetes zählt: Gesünder unter 7 PLUS“ am 24. Juni. Die wichtigste Botschaft der vom Unternehmen Sanofi initiierten Aufklärungsaktion lautete daher: „Alle sollten ihren Cholesterinwert kennen, insbesondere den LDL-Cholesterinwert!“

Tausende Menschen hatten sich in den Live-Stream des Events eingewählt und bekamen Informationen zu Risikofaktoren und Ursachen eines zu hohen Cholesterinwertes. Zudem war das Thema Cholesterin erstmals das Hauptmotiv der Live-Zeichnung, die während jedes #DiabetesDialogs erstellt wird. Darauf wurden die Zusammenhänge zum Thema Cholesterin und Diabetes in Symbolen und Grafiken zusammengefasst (s. Abb.). Zu hohe Cholesterinwerte bleiben von Betroffenen oftmals unerkannt, denn sie rufen zunächst keine merklichen Symptome hervor, können aber schwere Folgen mit sich bringen.

Umso wichtiger ist es, die Werte regelmäßig prüfen zu lassen, insbesondere den LDL-Cholesterinwert: „Jeder sollte seinen LDL-Cholesterinwert kennen. Ist er dauerhaft zu hoch, kann es zu Ablagerungen in den Blutgefäßen kommen. Bei einem zu hohen Cholesterinwert ist das Risiko für einen Herzinfarkt oder Schlaganfall erhöht“, erläuterte Prof. Dr. ANDREAS ZEIHNER, Kardiologe am Universitätsklinikum Frankfurt am Main. Dem pflichtete der zweite Experte des #DiabetesDialogs, Prof. Dr. med. KLAUS PARHOFER, bei: „Bei Menschen mit Diabetes ist das Risiko für eine Herz-Kreislauf-Erkrankung erhöht, deshalb sollten sie ihren LDL-Cholesterinwert regelmäßig testen lassen, um mit dem Arzt den Zielwert festzulegen“, mahnte der Diabetologe am Klinikum der Universität München. Der nächste #DiabetesDialog findet am Donnerstag, 8. September 2022, ab 16.30 Uhr statt. Weitere Informationen zur Veranstaltungsreihe sind zu finden auf der Website www.gesuender-unter-7.de

gh

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



Foto: Sanofi

Inkretin-Effekt schlägt Basalinsulin

Empfehlungen der Leitlinien sind noch nicht im klinischen Alltag angekommen

➔ Symposium – Lilly

BERLIN. Heute empfehlen alle Fachgesellschaften bei Typ-2-Diabetes den Einsatz von GLP1-Rezeptoragonisten (GLP1-RA) noch vor Basalinsulin. In der Praxis wird diese Empfehlung aber noch zu wenig umgesetzt, beklagte Professor Dr. STEFAN JACOB vom Cardio-Metabolischen Institut in Villingen-Schwenningen.

Bei sieben von zehn Menschen mit Typ-2-Diabetes wird auch heute noch eine Injektionstherapie mit Basalinsulin begonnen. Dadurch werden möglicherweise Chancen vertan, erläuterte der Diabetologe am Beispiel von Dulaglutid (Trulicity®). Im Vergleich zu Insulin glargin lässt sich mit dem einmal wöchentlich injizierten GLP1-Rezeptoragonisten

eine deutlich stärkere HbA_{1c}-Senkung erreichen – bei 52 statt 365 jährlichen Injektionen. Zudem kommt es zu einer deutlich günstigeren Gewichtsentwicklung im Vergleich zu dem Basalinsulin (mittlere Gewichtsveränderung: -1,8 vs. +1,6 kg in 78 Wochen). Außerdem wurde über alle BMI-Subgruppen eine gleichbleibend starke Gewichtsreduktion über 52 Wochen beobachtet, wobei deutlich wurde, dass Patient*innen mit dem höchsten Ausgangsgewicht prozentual am meisten profitieren. Mit der verbesserten Stoffwechsellage, der Gewichtsabnahme, dem geringen Hypoglykämierisiko und der einmal wöchentlichen Injektion des GLP1-Rezeptoragonisten kommt man vielen Wünschen der Betroffenen entgegen. Für die Behandler*innen

steht aber auch der kardiovaskuläre Nutzen der Therapie im Fokus. In der REWIND-Studie konnte für Dulaglutid gezeigt werden, dass sich das Risiko für den kombinierten Endpunkt (MACE3 – nicht letaler Schlaganfall, Herzinfarkt I oder kardiovaskulärer Tod) um 12 % im Vergleich zur Standardtherapie reduzieren lässt. Am größten war der Unterschied beim nicht-letalen Schlaganfall (- 24 %). Dabei profitierten auch Patient*innen ohne klinisch manifeste kardiovaskuläre Vorerkrankung, für die die Dulaglutid-Gabe dann praktisch eine Primärprävention zur Organprotektion darstellt. Dies könnte ein Paradigmenwechsel sein, sagte Prof. Jacob. Herausforderung wird es in Zukunft sein, unter Berücksichtigung zahlreicher Parameter kardiovaskuläre Risikopatient*innen zu erkennen, die langfristig von solch einer Therapie profitieren würden.

MW

Symposium „Inkretin-Zeitreise: 5 Jahrzehnte – 2 Hormone – 1 Ziel“ anlässlich der Jahrestagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft 2022 (DDG); Veranstalter: Lilly

NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

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



Foto: iStock/AzmanJaka

Amerikanischer Diabeteskongress 2022

Was gibt es Neues bei der inkretinbasierten Therapie?

➔ Presseveranstaltung – Novo Nordisk

MAINZ. Die GLP1-Rezeptoragonisten (GLP1-RA) haben die Therapie des Typ-2-Diabetes wesentlich bereichert. Beim diesjährigen amerikanischen Diabeteskongress wurden neue Daten und Perspektiven für dieses Therapieprinzip vorgestellt.

Vorteilhaft bei den GLP1-RA wie Liraglutid (Victoza®) und Semaglutid (Ozempic®) sind neben einer effektiven Blutzuckersenkung insbesondere das fehlende Hypoglykämierisiko und die Gewichtsreduktion. Dazu kommt, dass in Studien eine kardio- und nephroprotektive Wirkung belegt werden konnte. „Die neue ADA/EASD-Guideline definiert erstmals die Gewichtsreduktion als gleichwertiges primäres Therapieziel wie die Normoglykämie“, so Prof. JENS ABERLE, Hamburg.

Darüber hinaus wird empfohlen, bei Patienten mit einer kardialen und/oder renalen Begleiterkrankung die Therapie immer mit einem GLP1-RA oder SGLT2-Inhibitor zu beginnen, und zwar unabhängig davon, ob bereits eine Metformin-Therapie eingeleitet wurde. „Doch was die Wirkmechanismen betrifft, so schützt der SGLT2-Inhibitor vor einer Herzinsuffizienz, der GLP1-RA dagegen eher vor makrovaskulären Komplikationen, entfaltet also eine antiatherosklerotische Wirkung“, so Prof. STEPHAN JACOB, Villingen-Schwenningen.

Somit wäre auch eine Kombination beider Substanzgruppen durchaus sinnvoll.

Jetzt konnte in einer Studie gezeigt werden, dass eine Verdopplung der Semaglutid-Dosis von 1 mg auf 2 mg einmal wöchentlich zu einer stärkeren Abnahme des HbA_{1c}-Wertes und auch des Körpergewichts führt. Eine neue, in Entwicklung sich befindende, vielversprechende Option sind die Co-Agonisten wie die Twinkretine. „Twinkretine sind Substanzen, bei denen in einem Molekül Agonisten zweier Inkretinrezeptoren eingebaut sind“, so Prof. SEBASTIAN MEYHÖFER, Lübeck. Davon erwarte man sich eine gesteigerte Wirksamkeit bzgl. Blutzuckersenkung, aber auch einen zusätzlichen Benefit im Hinblick auf Begleiterkrankungen wie z. B. die nicht-alkoholische Fettleber und die Adipositas.

Ein Twinkretin, für das bereits klinische Daten vorliegen, ist der GLP1-/GIP-Agonist Tirzepatid. Die Substanz wird im SURPASS-Studienprogramm untersucht. Im Vergleich mit dem Basalinsulin Insulin glargin U100 fand sich unter Tirzepatid ein HbA_{1c}-Abfall von 2,58 %, in der Gargin-Gruppe waren es nur 1,44 %. Nebenwirkungen (Nausea, Durchfall, Appetitabnahme, Erbrechen) traten unter Tirzepatid häufiger auf, Hypoglykämien aber seltener (9 % vs. 19 %).

PS

Presseveranstaltung „ADA 2022 – Live Talk Scientific Debate“; Veranstalter: Novo Nordisk

Langzeit-CGM: genauer und länger einsetzbar

Nächste Generation des Eversense-CGM-Systems

➔ Presse-Information – Ascensia

WIESBADEN. Seit Anfang August ist die nächste Generation des implantierbaren Eversense-CGM-Systems in Deutschland erhältlich.

Gegenüber dem Vorgängermodell, dem Eversense XL, soll das neue Eversense E3 Verbesserungen hinsichtlich der Messgenauigkeit, des Komforts sowie der Laufzeit bieten, wie das Unternehmen Ascensia Diabetes Care in einer Presse-Information mitteilt. So habe in der Zulassungsstudie PROMISE (doi: 10.1089/dia.2021.0182) nachgewiesen werden können, dass durch eine verbesserte Sensorzusammensetzung nun 90 % der Sensoren die volle Laufzeit von 180 Tagen erreichen. Zudem habe darin gezeigt werden können, dass

die Messgenauigkeit für die gesamte Sensorlaufzeit sich im Vergleich zum Eversense XL verbessert hat (MARD: 8,5 % vs. 9,4 %). Darüber hinaus seien mit dem neuen Modell weniger Kalibrierungen notwendig (in der Regel nur noch einmal täglich nach dem 21. Tag der Nutzung).

„Das Eversense-E3-System punktet mit weniger notwendigen Kalibrierungen, noch stabilerer Laufzeit der Sensoren und dem bereits bekannten Silikon-Pflaster zum täglichen Wechsel, das speziell für alle CGM-Verwender mit Hautreizungen und Kontakt-Allergien einen echten Unterschied macht“, so MICHAEL ENGELS, Geschäftsführer bei Ascensia Diabetes Care Deutschland.

GH

Presse-Information von Ascensia Diabetes Care Deutschland

Für zukunftssichere Diabetesversorgung

Neues Netzwerk in der Diabetologie: „Diabetes Allianz Rheinland-Pfalz“

➔ Auftaktveranstaltung DIARLP

MAINZ. Auftakt der „Diabetes Allianz Rheinland-Pfalz“ (DIARLP) am 20. Juli: Hier werden Partner*innen zusammengebracht mit Expertise in der Diabetologie – Anbieter hochwertiger Leistungen und Produkte, Patientenorganisationen sowie Anbieter medizinischer und pflegerischer Versorgung. Gesamtprojektleitung hat die Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen, Kooperationspartner ist InnoNet HealthEconomy e.V., das Netzwerk der Gesundheitswirtschaft Rheinland-Pfalz.

„Ich bin heute sehr gerne hierhergekommen“, sagte Staatssekretärin PETRA DICK-WALTHER (FDP) aus dem rheinland-pfälzischen Wirtschaftsministerium, denn „auch bei uns in der Familie ist Diabetes ein Thema: Meine Tochter ist Medizinerin, sie macht im Moment den Diabetologen.“ Dick-Walther überbrachte Grußworte zu dem so wichtigen wie ernststen Thema Diabetesversorgung. Sie freute sich über die vielen Expert*innen, Vertreter*innen der Fachgesellschaft, Krankenkassen, Unternehmen, Patient*innen unter den rund 80 Teilnehmenden.

„Wir wollen einen Beitrag zur Lösung der Frage leisten, wie eine innovative und zukunftssichere Versorgung von Diabeteserkrankten aussehen sollte, um Risikopatienten frühzeitig und flächendeckend zu erkennen, Therapien sektorübergreifend zu verankern und den Nutzen der digitalen Angebote zu verbessern“, so die Staatssekretärin. Die umfassende Herausforderung könne nur zusammen mit allen Akteuren des Systems gemeistert werden. „Rheinland-Pfalz“, so Dick-Walther, „kann Leuchttürme generieren“, man nehme die schnelle

Impfstoff-Entwicklung des Unternehmens BioNTech. „Wir tragen dazu bei, Wirtschaft und Wissenschaft auf allen Ebenen besser zu vernetzen!“ Die Anwesenden bat sie, Unterstützung und Ideen einzubringen, um mit der Diabetes Allianz „einen weiteren Leuchtturm“ zu schaffen.

Es gab Vorträge von Prof. Dr. ANCA ZIMMERMANN (Worms), Dr. ASTRID SCHMIDT-REINWALD (Trier) und STEPHAN MAXEINER (Bad Kreuznach). Außerdem eine Podiumsdiskussion und eine halbtägige Ideenwerkstatt: An drei Tischen in dreimal wechselnder Besetzung diskutierten Expert*innen Handlungsfelder in der Diabetesversorgung, ebenso Hürden, Lösungsansätze, mögliche Kampagnen, noch nie Dagewesenes.

Die DIARLP will die Beteiligten in der Diabetologie miteinander ins Gespräch bringen: Patient*innen, Ärzt*innen, gesetzliche Krankenversicherungen und Unternehmen sowie Akteur*innen aus Wissenschaft, Politik und Gesellschaft. Vor allem sollen innovative Ansätze, Modelle und Projekte im Land und darüber hinaus bekannt gemacht werden. Ziel ist eine Verbesserung der Diabetes-Früherkennung und -Prävention, der Versorgung, Rehabilitation und der Lebensqualität der an Diabetes erkrankten Menschen. Prof. Dr. EDITH RÜGER-MUCK

»Weiterer Leuchtturm: Diabetes Allianz Rheinland-Pfalz«

warb dafür, auch Best-Practice-Beispiele aus dem Ausland in den Blick zu nehmen. Sie ist Vizepräsidentin der Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen. Die Hochschule begleitet das Projekt wissenschaftlich und sichert die Netzwerkevaluation (Leitung: Prof. Dr. MANFRED ERBSLAND und MAIKE SCHEIPERS, Institut für Management, Ökonomie und Versorgung im Gesundheitsbereich). Eine weitere Note gab BRIGITTE DEFORT aus Gau-Odernheim, „Expertin aus Erfahrung“: Sie erhielt ihre Typ-2-Diabetes-Diagnose ca. zu Jahresbeginn. Seitdem versucht sie, als Berufstätige passende Behandlungstermine zu bekommen sowie die richtigen Informationen, liest in Internetforen Widersprüchliches... und hat eigeninitiativ seit der Diagnose 10 kg abgenommen. „Ich habe in der ersten halben Stunde hier schon mehr gelernt als im letzten halben Jahr“, sagte sie. Bedarf für neue Strukturen ist da, da ist sie sicher. Unterstützt wird die Diabetes Allianz durch den Kooperationspartner InnoNet HealthEconomy e.V. – dem Netzwerk für die Gesundheitswirtschaft Rheinland-Pfalz, das nach eigenen Angaben Transparenz schaffen, Vernetzung fördern und Sichtbarkeit stärken will. „Wir als InnoNet HealthEconomy e.V. freuen uns sehr, mit unserer Expertise als Netzwerk der Gesundheitswirtschaft mit unseren Mitgliedern das Projekt zu unterstützen“, so die Vorstandsvorsitzende BIRGIT HÄRTLE. Die DIARLP wird vom rheinland-pfälzischen Wirtschaftsministerium bis September 2023 finanziell gefördert.

GN

Auftaktveranstaltung Diabetes Allianz RLP, Veranstalter: Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen und InnoNet HealthEconomy e.V.

»Patienten sind fixiert auf den GMI«

Kontinuierliche Glukosemessung als Motivationstool auch bei Prädiabetes

➔ Symposium – Abbott

BERLIN. Die Diabetestechnologie bietet im Alltag der Behandler*innen wie auch der Menschen mit Diabetes neue Möglichkeiten und neue Glukoseparameter. Verbessern diese die Therapie und die Stoffwechselein- stellung – gibt es Evidenz?

„Wenn bei mir der Sprechstundentag beginnt“, sagte Prof. Dr. THOMAS DANNE (Hannover), „dann sehe ich in ein solches Dashboard.“ Das Slide zeigte auf einen Blick den hochgeladenen Bericht eines Glukosemessgerätes im „Libre-View Dashboard“. Danne: „Ich finde, das ist schon mal ein großer Wandel.“ Hätten all seine Patienten ihre FGM-Daten hochgeladen, „so könnte ich mich also jeden Morgen hinsetzen und schauen: Bei welchen Patienten ist die Time in Range in Ordnung, wie sieht die durchschnittliche Glukose aus, wie sind die verfügbaren Daten?“ Und auch, wie häufig Ansichten und Scans stattgefunden haben – „ein ganz interessanter neuer Parameter: Denn je häufiger ich auf meinen kontinuierlichen Glukosemess- messer schaue, umso häufiger ist letztendlich auch die Initiative gefragt,

was zu machen, seine Therapie eventuell anzupassen.“ Dafür gebe es Evidenz. Eine Studie aus Saudi-Arabien (Al-Harbi 2021) zeigte: Je häufiger man sich das Ganze anschaut, umso mehr Zeit im Zielbereich wird erreicht. „Ich glaube, das ist etwas, das man motivierend den Patienten vermitteln kann.“ Auch die Unterzuckerungshäufigkeit gehe interessanterweise runter, wenn man häufiger scannt, zeigte die Studie mit 6.097 Readers.

Libre View bietet viele Infos und hilfreiche Farbskalierungen – werfe aber auch Fragen auf hinsichtlich des „Glukose-Management-Indikators“ (GMI): Wie kann der HbA_{1c} 7,4 sein, wenn der GMI 6,9 ist? Prof. Danne erklärt: „Der GMI bezieht sich auf die Zeit, die errechnete Zeit, es ist der errechnete HbA_{1c} – bei uns in der Regel 14

»GMI: Glukose-Management-Indikator = errechneter HbA_{1c}«

Tage.“ Der HbA_{1c} hingegen setze sich aus der Lebenszeit der Erythrozyten zusammen. Also sei der GMI kein total gleichwertiger, aber trotzdem ein Parameter, den man einbeziehen könne: „Patienten sind schon sehr fixiert auf den GMI“, sagt er. Eine Studie aus Deutschland (Gölz 2021) ging der Frage nach, ob kontinuierliche Glukosemessung auch für Menschen mit Typ-2-Diabetes geeignet ist? Betrachtet wurden laut Prof. Danne Menschen mit Basalinsulin (n=180) und Menschen ohne Insulin (103). Ergebnis: Beide Gruppen hatten ihre Zeit im Zielbereich verbessern können. Mit zunehmender Zeit wurden die Daten immer besser. Laut Prof. Danne ist CGM vorteilhaft auch für Menschen mit Typ-2-Diabetes und: „Ich persönlich denke, dass ein kontinuierlicher Glukosemesser durchaus auch als Motivationstool für Menschen mit Prädiabetes benutzt werden kann.“ Danne erwartet in nicht zu ferner Zukunft, dass die Glukosemessung etwas so Normales sein wird wie der Schrittzähler.

GN

Symposium „CGM: Einfach erklären, einfach managen, einfach mehr wissen“ anlässlich der DDG-Jahrestagung 2022; Veranstalter: Abbott

Wenn ein Statin allein nicht mehr reicht

Icosapent-Ethyl kann Triglyzeride senken

➔ Satellitensymposium – Amarin

BERLIN. Bei Menschen mit Diabetes besteht trotz gut eingestellten Cholesterins und HbA_{1c} ein Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen. Ziel ist es, dieses so weit wie möglich zu reduzieren. Dabei helfen kann Icosapent-Ethyl, das auf eine Senkung der Triglyzeridspiegel abzielt.

Diabetes kann als KHK-Äquivalent angesehen werden und muss entsprechend behandelt werden. „Die Herzinfarktgefahr ist für Menschen mit Diabetes, die bislang von diesem Ereignis verschont blieben, genauso hoch wie das Risiko für Infarktpatient*innen ohne Diabetes, einen zweiten Infarkt zu erleiden“, erinnerte PD Dr. KILIAN RITTIG vom Klinikum Frankfurt (Oder). Als Ansatzpunkt für eine aggressivere kardiovaskuläre Prävention kommen die Triglyzeride infrage, deren Serumspiegel mit dem kardiovaskulären Risiko korreliert. Dies gilt insbesondere für Männer: Ab 100 mg/dl (1,1 mmol/l) steigt einer Studie zufolge das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse deutlich an, ab 150 mg ist es als erhöht zu bezeichnen. Mittlerweile wird deshalb auch in den Leitlinien empfohlen, die Triglyzeride routinemäßig in die Lipidanalyse einzubeziehen.

Zur Senkung des kardiovaskulären Risikos bei mit Statinen behandelten Patient*innen steht mit Vazkepa seit knapp einem Jahr ein neues Fischöl-Präparat zur Verfügung. Als alleinigen Wirkstoff enthält es hochaufgereinigtes Icosapent-Ethyl (IPE), einen Abkömmling der Omega-3-Fettsäure Eicosapentaensäure. In der Zulassungsstudie REDUCE-IT* mit mehr als 8.000 kardiovaskulären Hochrisikopatient*innen, darunter knapp 59 % Menschen mit Diabetes, führte IPE im Vergleich zu Placebo insgesamt zu einer relativen Risikoreduktion von knapp 25 %. Der zusammengesetzte primäre Endpunkt umfasste kardiovaskulär bedingten Tod, nicht-fatalen Myokardinfarkt bzw. Schlaganfall, koronare Revaskularisation und Krankenhauseinweisung wegen instabiler Angina pectoris. „Die Ergebnisse übersetzen sich in eine Number needed to treat von 21 – ein sehr beachtlicher Wert“, so Prof. Dr.

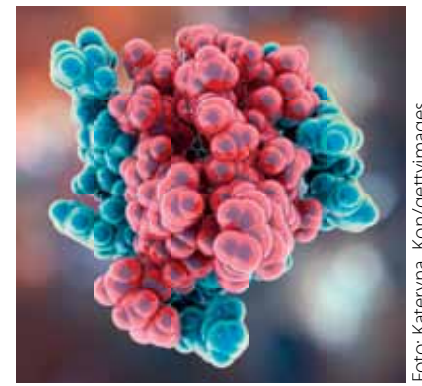


Foto: Kateryna_Korn/gettyimages

SEBASTIAN MEYHÖFER vom Uniklinikum Lübeck. Die Nachbeobachtungszeit der REDUCE-IT-Studie betrug 4,9 Jahre. Interessant sei, so Prof. Meyhöfer weiter, dass Patient*innen hinsichtlich des klassischen 3-Punkt-MACE (kardiovaskulärer Tod, Myokardinfarkt, Schlaganfall) unabhängig von ihren Triglyzerid-Werten zu Beginn der Studie profitierten.

Ob nun IPE per se die Zahl der kardiovaskulären Ereignisse verringert oder eher als Biomarker für das kardiovaskuläre Risiko fungiert, sei schwer zu sagen, so Prof. Rittig. „Die vorliegenden Studiendaten für die singuläre Senkung der Triglyzeride und deren Outcome auf das kardiovaskuläre Risiko sprechen aber eigentlich eine eindeutige Sprache, nämlich dass die Senkung der Triglyzeride einen positiven Effekt hat. Ich sehe die Triglyzeride als therapeutisches Target an.“

Indiziert ist Icosapent-Ethyl bei erwachsenen Menschen mit Diabetes, die unter stabiler Statinmedikation Triglyzerid-Werte ≥ 150 mg/dl ($\geq 1,7$ mmol/l) und neben Diabetes mindestens einen weiteren kardiovaskulären Risikofaktor haben. „Patient*innen mit extrem hohem kardiovaskulärem Risiko (z. B. 40 Jahre alt und bereits zwei Herzinfarkte) erhalten von mir IPE zusätzlich zu einem Statin, insbesondere wenn sich ihre Triglyzeride durch Ernährungsberatung und weitere Optionen nicht ausreichend senken lassen“, so Dr. Rittig. SM

* Cardiovascular Risk Reduction with Icosapent Ethyl for Hypertriglyceridemia

Symposium „Prävention des kardiovaskulären Residualrisikos bei Diabetikern“ anlässlich der Jahrestagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft 2022 (DDG); Veranstalter: Amarin

Zulassungsempfehlung für Tirzepatid

➔ Presse-Information – Lilly

Das Unternehmen Lilly hat Ende Juli bekanntgegeben, dass der Ausschuss für Humanarzneimittel (CHMP) der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) eine positive Empfehlung für die Zulassung von Tirzepatid zur Behandlung von Erwachsenen mit unzureichend eingestelltem Typ-2-Diabetes als Ergänzung zu Diät und Bewegung ausgesprochen hat. Tirzepatid ist der erste Vertreter der neuen Substanzklasse der GIP/GLP1-Rezeptoragonisten (s. auch Seite 11) und wird einmal wöchentlich subkutan in einem Fertigen verabreicht. Die US-Arzneimittelbehörde FDA hat den Wirkstoff bereits im Mai zugelassen. GH
Presse-Information der Lilly Deutschland GmbH

NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

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

MedTriX Group

we care for media solutions

2 Tickets
für die Gala
gewinnen unter
www.diabetes-anker.de



Jährlich verliehen in Berlin:
der Thomas-Fuchsberger-Preis

MedTriX unterstützt die Aufklärungsarbeit von diabetesDE und sponsert den

Thomas-Fuchsberger-Preis

Der Award zeichnet Menschen mit großem ehrenamtlichem Engagement im Bereich Diabetes aus.

Diabetes-Charity-Gala,
Berlin, 20. Oktober 2022



Unsere Diabetes-Medien · www.medtrix.group

diabetes
zeitung

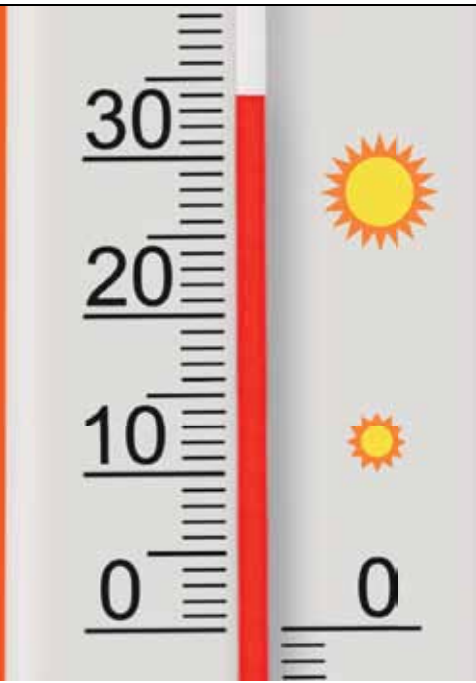
 Diabetes
Anker
Wir geben Dir Halt.

 O-TON
Diabetologie

MEDICAL
TRIBUNE

Brennende Gefahr

Vielen Patient*innen mit Diabetes sind die Risiken der Hitze nicht bewusst



Diabetes und Klimawandel – ein Teufelskreis

Die Erderwärmung und ihre Begleiterscheinungen tragen zu einer weltweit höheren Diabetesinzidenz bei, besonders im globalen Süden, erklärt Prof. Siegel. Sowohl Luftverschmutzung als auch Unterernährung begünstigen die Erkrankung. Bei bereits bestehender Krankheit verschlimmert Hitze die Symptome und erhöht die Mortalität. Hinzu kommen Unterbrechungen der Versorgung durch Extremwetterereignisse wie etwa die Flutkatastrophe im Ahrtal. Umgekehrt tragen eine hohe Diabetesinzidenz und einige Aspekte der Therapie weiter zum Klimawandel bei. So haben Betroffene einen höheren CO₂-Fußabdruck, weil sie die Einrichtungen des emissionsintensiven Gesundheitssektors öfter nutzen müssen. Auch die Einwegprodukte, die in der Behandlung Verwendung finden, sind nicht nachhaltig (siehe Serie »Green Diabetes«, S. 25).

Foto: Tomas Ragina – stock.adobe.com

BERLIN. Steigen die Temperaturen über 30°C, entstehen für Menschen mit Diabetes besondere Gefahren – doch oftmals wissen sie das nicht. Mediziner*innen sollten daher gut aufklären.

Für Patient*innen mit Diabetes ist die sengende Hitze der Sommermonate besonders gefährlich. Die Wärmeregulation ihres Körpers funktioniert oft nicht optimal, zudem verliert Insulin bei über 30°C seine Wirkung. Allerdings ist das vielen Betroffenen und selbst einigen Mediziner*innen nicht bewusst. Die Folgen können lebensbedrohlich sein, betont Prof. Dr. ERHARD SIEGEL, Ärztlicher Direktor der Klinik für Gastroenterologie, Diabetologie und Ernährungsmedizin am St. Josefskrankenhaus Heidelberg sowie ehemaliger Präsident der DDG. Er verbildlicht die Gefahren durch zwei Fallbeispiele aus seinem Alltag:

Eine 70-jährige Patientin mit Typ-2-Diabetes und einem BMI von 30 kg/m² wurde im Freibad plötzlich bewusstlos. Sie war tachykard hypoton und hatte eine feuchte Haut.

Diagnose: hypoglykämisches Koma. Der Notarzt maß einen Blutzuckerwert von 37 mg/dl und gab sofort Glukose. Der Blutzuckerwert stieg auf 104 mg/dl, der HbA_{1c} auf 7,8%.

Temperatur wird als Ursache von Hypoglykämien unterschätzt

Die Gründe der Unterzuckerung liegen auf der Hand, werden aber kaum bedacht: Durch die Hitze wirkt Insulin aufgrund der höheren Perfusion besser, noch dazu hatte die Seniorin weniger Kohlenhydrate zu sich genommen als sonst. Mit der Gabe von Glukose sei dann die Standardroutine erfolgt, stellt Prof. Siegel fest. „Aber um die Ursache der Hypoglykämie machen wir uns manches Mal viel zu wenige Gedanken.“

Eine andere Patientin, eine 27-jährige mit Typ-1-Diabetes, kam mit starken Bauchschmerzen aus dem Urlaub auf dem afrikanischen Kon-

inent zurück. Sie klagte über Übelkeit und Erbrechen, war exsikkiert und schläfrig. Sie wurde mit epigastrischer Abwehrspannung und ubiquitärem Druckschmerz in einer chirurgischen Notaufnahme behandelt. Die Lipase lag bei 1.340 U/l, die Glukose bei 388 mg/dl und der HbA_{1c} bei 8,4%. Zunächst wurde der Patientin eine akute Pankreatitis diagnostiziert. Erst später stellte sich dann bei einer arteriellen Blutgasmessung heraus: Es handelte sich um eine hyperglykämische Ketoazidose. Die Patientin hatte nicht etwa vergessen zu spritzen, auch ein Infekt lag nicht vor. Das Insulin hatte während des Urlaubs aufgrund der hohen Temperaturen schlicht seine Wirkung verloren.

»Insulin wirkt erst besser, dann gar nicht mehr«

Um solche Fälle zu vermeiden, empfiehlt Prof. Siegel, Patient*innen gut aufzuklären. Sie müssen bei Hitze nicht nur ausreichend Flüssigkeit zu sich nehmen, sondern sollten auch häufiger ihr Ketonlevel messen. Für den Schutz des Insulins unterwegs bieten sich Kühltaschen oder Temperaturschutzkappen für die Pens an. Personen mit Pumpe sollten diese unter der Kleidung und körpernah tragen. Ein kürzerer Schlauch reduziert das Risiko der Insulindegradation.

Auch niedergelassene Diabetolog*innen können einiges tun, um Patient*innen zu schützen – z. B. informiert der Newsletter des Deutschen Wetterdienstes frühzeitig, kostenlos und auf Landkreisebene über Extremwetterlagen. Ergänzend sei es sinnvoll, ein Recall-System zu etablieren, um vulnerable Personen vor Hitzetagen an Präventionsstrategien zu erinnern, regt Prof. Siegel an. Im Team kann hierfür eine Kommunikationsstrategie definiert werden.

Müssen Risikopatient*innen für einen Termin in die überhitzte Praxis kommen, sollte dieser in die kühleren Morgenstunden gelegt werden. Auch die Medikation muss unter Umständen angepasst werden. Eine weitere Informationsquelle findet sich unter www.diabinfo.de/leben/diabetes-im-alltag/hitze.html. Dort können Patient*innen mehr über das Thema erfahren.

Noch zu wenige Studien über Risiken im globalen Süden

Insgesamt fehle es aber noch an Studien über den Zusammenhang zwischen Klimawandel, Hitze und Diabetes, resümiert Prof. Siegel. Die wenigen Forschungsergebnisse seien zudem im globalen Norden entstanden. Das Problem: Über 80% der Patient*innen mit Diabetes leben in sog. Entwicklungsländern, überwiegend auf der Südhalbkugel. Und gerade diese wird in den kommenden Jahren laut Prognosen noch viel stärker von Hitze betroffen sein. *Isabel Aulehla*

INFOBOX ■ Typ-2-Diabetes

Typ-2-Diabetes: Risiko für Nieren verringern

Chronische Nierenerkrankung früh erkennen

Mit der Diagnose Typ-2-Diabetes (T2D) liegt oftmals schon eine chronische Nierenerkrankung (CKD) vor.¹ Für ein effektives Therapiemanagement bei T2D sind deshalb auch die Nieren-Parameter eGFR (geschätzte glomeruläre Filtrationsrate) und UACR (Albumin-Kreatinin-Quotient im Urin) entscheidend.

Diabetes-Leitlinien empfehlen, beide Untersuchungen bei Patienten mit T2D von Anfang an mindestens einmal pro Jahr durchzuführen und anhand der Ergebnisse eine Risiko-Klassifizierung vorzunehmen.¹ Ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko bei T2D und CKD erfordert einen multifaktoriellen therapeutischen Ansatz: Neben dem Management von Glykämie, Blutdruck und Lipiden können neue medikamentöse Therapieoptionen spezifische

renale und kardiovaskuläre Risiken verringern.

ADA: Neues Therapieziel bei Albuminurie

Die aktuelle Leitlinie der ADA (American Diabetes Association) nennt ein konkretes Therapieziel bei Albuminurie: Ein Urinalbuminwert von ≥ 300 mg/g sollte zur Verzögerung der CKD-Progression um mindestens 30% reduziert werden.¹ In Studien konnte gezeigt werden, dass bei Patienten mit T2D und CKD mit dem nicht-steroidalen Mineralokortikoid-Rezeptorantagonisten Finerenon* (Kerendia®) dieses neu definierte therapeutische Ziel bereits nach vier Monaten erreicht werden kann.²⁻⁴

* Finerenon (Kerendia®) ist in der EU zur Behandlung von chronischer Nierenerkrankung (Stadium 3 und 4 mit Albuminurie) in Verbindung mit Typ-2-Diabetes bei Erwachsenen zugelassen und noch nicht auf dem deutschen Markt verfügbar.

1. ADA Professional Practice Committee. Chronic kidney disease and risk management – Standards of Medical Care in Diabetes – 2022. Diabetes Care 2022; 45 (Suppl. 1): S175-S184
2. Bauersachs J et al. Hypertension 2015; 65: 257-263
3. Pitt B et al. N Engl J Med 2021; 385(24): 2252-2263
4. Bakris GL et al. N Engl J Med. 2020; 383 (23): 2219-2229



Im Experten-Videointerview berichtet Prof. Dr. med. Matthias Blüher, Leipzig, über die neusten Entwicklungen im Management der CKD bei T2D:

<https://www.medical-tribune.de/ckd-bei-t2d>

PP-ML-FIN-DE-0070-1

Schlechter Zucker und Traumata

VDBD warnt vor gefährlichem Wechselspiel

BERLIN. Diabetes gilt als möglicher Auslöser für eine Posttraumatische Belastungsstörung. Umgekehrt kann die Folge eines schlimmen Erlebnisses auch zur Entwicklung eines Typ-2-Diabetes führen. Davor warnt der VDBD.

Etwa die Hälfte der Deutschen hat das Risiko, irgendwann an einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) zu erkranken. Etwa jeden Zehnten trifft es tatsächlich. Die klassischen Symptome einer PTBS: Vermeidungshaltungen, Flashbacks oder Alpträume.

Bei einer PTBS handle es sich aber nicht zwangsläufig um extreme Gewalterfahrungen wie Krieg, Flucht oder Naturkatastrophen, erklärt Prof. Dr. CLAUDIA LUCK-SIKORSKI, Präsidentin der SRH Hochschule für Gesundheit in Gera. Auch „dauerhafte Krisen im sozialen Umfeld“ könnten dazu

führen, wie Vorurteile, Diskriminierung und Mobbing. Besonders bei chronisch kranken Menschen sei das PTBS-Risiko höher als bei Gesunden. Diese Patient*innen müssten daher „frühzeitig identifiziert und einer geeigneten Psychotherapie“ zugeführt werden, betont die VDBD-Expertin. Diskriminierenden Handlungen noch häufiger ausgesetzt als Menschen mit Typ-1-Diabetes sind Patient*innen mit Typ-2-Diabetes (Übergewicht, Adipositas). Eine PTBS kann zudem sowohl Ursache als auch Folge eines Typ-2-Diabetes sein. Traumatisierende Erfahrungen ließen Typ-2-Diabetes nachweislich entstehen, betonte sie. Frauen treffe es doppelt so häufig wie Männer, so Claudia Luck-Sikorski.¹

amo

1. Roberts AL, Agnew-Blais JC, Spiegelman D et al. JAMA Psychiatry; doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.2632

Starkes Problembewusstsein, aber schwierige Umsetzung

Wie gelingen Müllvermeidung und Klimaschutz in der Diabetespraxis?

WIESBADEN. Nicht nur Menschen mit Diabetes, sondern auch ihre Behandlungsteams ärgern sich über die Müllberge, die mit der Diabetestherapie einhergehen. Diabetolog*innen sehen deutliches Einsparpotenzial bei Verpackungen und Einwegmaterialien. Bei ihrem persönlichen Engagement für mehr Nachhaltigkeit sehen sie sich allerdings ausgebremst durch strikte Hygienevorgaben und das wenig umweltbewusste Design vieler Diabetesprodukte.

Spricht man Diabetolog*innen auf das Stichwort „Diabetesmüll und Klimaschutz“ in Gesundheitseinrichtungen an, kommen den meisten Plastikverpackungen, Einweg-Setzhilfen für CGM-Sensoren und Pumpenzubehör in den Sinn. Auch der hohe Papierverbrauch ärgert sie: „Wir sind so digital, wie es nur geht. Allerdings werden wir mit Werbung und Anfragen der Krankenkassen zugemüllt. Das könnte alles papierlos gehen“, kritisiert einer der Befragten. Weniger Altpapier fiele auch an, wenn Versandkartons anders dimensioniert wären: „Insulinpumpen, Katheter und Sensoren erreichen uns in riesigen Paketen, die viel, viel größer sind als das verpackte Produkt. Es wäre großartig, wenn die Kartons schlicht kleiner wären“, findet eine der Befragten.

Batterien, Einwegpens – geht's nicht anders?

Daneben stört viele von ihnen, dass in Blutzuckermessgeräten, Insulinpumpen und Sensoren fast nur Batterien statt wiederaufladbarer Akkus zum Einsatz kommen. Ein besonderer Dorn im Auge sind ihnen Einwegpens, etwa für Insulin oder GLP1-Rezeptoragonisten: „Wir verordnen nur Einmalpens, wenn es nicht anders geht, die Sicherheit und Handhabung stehen im Vordergrund“, bringt es ein anderer auf den Punkt.

Mehrweg – die Lösung?

Die Ärzt*innen sind davon überzeugt, dass mit ein bisschen gutem Willen bei etlichen Produkten Mehrweglösungen möglich wären. Dazu würde der eine oder die andere auch gern aktiv beitragen – etwa durch das Aufstellen von Sammelbehältern für gebrauchte Diabetesutensilien in der eigenen Einrichtung, um den Müll dann gezielt der Industrie zur Entsorgung bzw. dem Recycling zukommen zu

lassen. Bedingung wäre jedoch, dass sich der Platzbedarf dafür in Grenzen hält und dass die Rücknahme „mit einem überzeugenden Gesamtkonzept hinterlegt“ ist. Allerdings schätzen die Befragten das Interesse der Diabetesindustrie, an diesen vermeidbaren Müllbergen etwas zu ändern, als eher gering ein. Zwar sprechen viele regelmäßig Industrievertreter*innen wie den Pharmaaußendienst auf Nachhaltigkeit, Müllvermeidung und Re-

Ärztetag: Investitionshilfen für Klimaschutz in Praxen

Der 126. Deutsche Ärztetag Ende Mai 2022 in Bremen hat an die Politik in Bund und Ländern sowie an die Krankenkassen appelliert, den Einrichtungen im Gesundheitswesen ausreichend finanzielle Mittel zur Erreichung der Klimaschutzziele bis 2030 zur Verfügung zu stellen. „Die Transformation in Kliniken und Praxen erfordert erhebliche organisatorische, personelle und bauliche Anstrengungen. Die hierzu erforderlichen Mittel können nicht allein aus den Betriebsmitteln der Einrichtungen bewältigt werden, sondern erfordern Unterstützung durch Staat, Gesellschaft und Kostenträger“, heißt es in dem Beschluss des Ärzteparlaments.

Nachhaltigkeit: Wünsche an Politik und Industrie

In diesen Punkten sind nach Einschätzung der befragten Diabetolog*innen Gesetzgeber und Hersteller am Zuge:

- Aufhebung des Zwangs, noch verblisterte Medikamente zu entsorgen
- Aufhebung des Zwangs, Einweginstrumente zu verwenden
- Industrie sollte bereits beim Produktdesign Nachhaltigkeit bedenken
- Rücknahme des Diabetesmülls durch die Hersteller
- Produktion von Diabetesutensilien mit sortenreinen, recyclingfähigen Kunststoffen
- Getrennte Produktkomponenten, die separat zu entsorgen sind (Sensor, Transmitter, Setzhilfe)
- Mehrfach verwendbare Setzhilfen für Glukosesensoren und Pumpenkatheter
- Klare und verständliche Entsorgungshinweise auf den Produktverpackungen
- Einbeziehung von Recyclinghöfen in die Entsorgung von Diabetesmüll
- Übliche Schutzmaßnahmen stärker hinterfragen (Schutzbekleidung für den Umgang mit infizierten Patient*innen, separat in Folien eingeschweißte Einwegkittel etc.)

Green Diabetes: Es geht weiter mit unserer Serie in der diabetes zeitung

Unser Bericht von der DiATec 2022 in Ausgabe 1-2/22 war der Startschuss für eine Beitragsreihe zur Nachhaltigkeit in der Diabetologie. In dieser Ausgabe beleuchten wir das Thema aus Sicht der Behandler*innen, in den folgenden werden die Perspektiven von Pharma- und Hilfsmittelindustrie, Behörden und Gesetzgebern sowie Kostenträgern dargestellt.

- ? Welchen Stellenwert haben Nachhaltigkeit, Diabetesmüll und Recycling in Ihrer Praxis?
- ? Haben Sie Ideen, wie sich Diabetestherapie umweltfreundlicher gestalten lässt?
- @ Dann schreiben Sie uns unter diabeteszeitung@medtrix.group



cycling an. Doch die Reaktionen darauf machen nur wenig Hoffnung: „Das wurde abgeblockt“, berichtet eine der Befragten. Entsprechend wenig Vertrauen schenken sie den vereinzelt Recycling- und Rücknahmeaktivitäten der Industrie, etwa bei Einwegpens oder Patchpumpen: „Das sind doch alles Feigenblattaktivitäten“, meint ein Diabetologe. „Es fehlt an Aufklärung der Firmen über den Rücknahmeprozess“, sagt eine

andere und kritisiert, dass Firmen bei der Vorstellung neuer Produkte bislang nicht mit Nachhaltigkeitsaspekten werben.

Patient*innen wiederum treffen nach Erfahrung der Befragten ihre Therapieentscheidungen nur vereinzelt nach ökologischen Kriterien: „Familien entscheiden eher danach, was am besten für ihr Kind ist (Stoffwechseleinstellung und Lebensqualität). Alles andere ist zweitrangig“, berichtet eine Kinderdiabetologin. Und einer ihrer Kollegen mahnt an: „Unsere Patient*innen sind häufig durch ein aufwendiges Krankheitsmanagement belastet und emotional mit der Krankheitsbewältigung beschäftigt. Sie sollten sich nicht auch noch mit Umweltaspekten ihrer Therapie belasten.“ Dennoch kommt es vor, dass Patient*innen sich für Therapieformen entscheiden, die weniger Müll verursachen bzw. insgesamt umweltfreundlicher sind, „wenn man sie zu adäquaten Produkten

»Entscheidung für Therapie mit weniger Müll«

informiert hat.“ Nach Maßnahmen zum Umweltschutz in der eigenen Praxis bzw. Einrichtung befragt, geben Diabetolog*innen an, den Müll bestmöglich zu trennen, etwa mit Sammelboxen für Druckerpatronen und -toner sowie Altpapier. Gebrauchte Plastikkanister dienen mancherorts als Sammelbehälter für scharfe Gegenstände. Sie setzen LED als Leuchtmittel ein und nutzen für Produkte wie Seife oder Desinfektionsmittel Nachfüllpackungen. Auch die Nutzung waschbarer Handtücher und OP-Textilien senkt den Ressourcenverbrauch.

Mit dem Rad oder E-Bike in die Praxis

Daneben steht das Fahrrad für den Weg zum Arbeitsplatz hoch im Kurs. So berichtet eine Diabetologin: „Ich persönlich fahre seit zwei Jahren fast ausschließlich mit dem Fahrrad zur Praxis, Angebot von Fahrradleasing (E-Bike) an die Mitarbeiter besteht.“ Manch einer setzt sich sogar bewusst über geltende Hygieneauflagen hinweg, um Ressourcen zu sparen: „Einmalmaterial wird oft nochmals sterilisiert, Desinfektionsmittel wird aufgefüllt. Viele Maßnahmen sind aber nicht regelkonform bis illegal. Solange ich es mit gutem Gewissen für die Sicherheit verantworten kann, machen wir es aber so weiter“, erzählt einer der Befragten.

Und auch die Digitalisierung hilft vielen, den ökologischen Fußabdruck ihrer Einrichtung zu verkleinern: So können Smarthome-Steuerungen z. B. den Stromverbrauch, Außenrollläden und Raumtemperatur regulieren. Die Videosprechstunde spart den CO₂-Ausstoß bei der Anfahrt der Patient*innen, während Online-Besprechungen und virtuelle Kongresse aufseiten der Ärzt*innen viele Fahrkilometer bzw. Flugreisen überflüssig machen. *Antje Thiel*



Foto: iStock/MicroStockHub

Sie stecken in Messgerät, Pumpe, Sensor: Batterien.

»Recycling in der Praxis: Konzept muss her«

Nur noch wenige Exemplare
– PREIS NOCHMALS
REDUZIERT!

25,- €



Mit allen
Änderungen
Stand
1.4.2020!

Foto: iStock/Ambia Cumming, Brad Pitt – stock.adobe.com

Gebühren-Handbuch 2020

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

Mit dem Gebühren-Handbuch bieten wir Ihnen einen anerkannten und unverzichtbaren Lotsen für Ihre rechtssichere Abrechnung!

Die aktualisierte Neuauflage bildet den Stand des EBM zum 1.4.2020 ab mit Neuerungen und Änderungen u.a. mit: Konkretisierungen und Ergänzung der Allgemeinen Bestimmungen, Anpassung der Bewertungen und Angaben zu Kalkulations- und Prüfzeiten, Regelungen zur Abrechnung der Behandlungen, die aufgrund einer Terminvermittlung durch die Terminservicestelle (TSS) erfolgen, Integration von Videosprechstunden in die Vergütungssystematik, Informationen zur extrabudgetären Abrechnung zu Covid-19, Aufnahme neuer Methoden der vertragsärztlichen Versorgung, Änderungen aufgrund von Richtlinien-Änderungen des Gemeinsamen Bundesaus-

schusses, Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme, Versorgungsbereich Kinder- und Jugendmedizin, Zweitmeinungsverfahren, ambulante spezialfachärztliche Versorgung, Änderungen bei Labordiagnostik und Humangenetik, Änderungen bei Gebührenordnungspositionen für einzelne Fachgruppen und viele weitere Änderungen bei Leistungsinhalten, Anmerkungen, Ausschlüssen, Präambeln.

Das gut strukturierte und seit Jahren bewährte Nachschlagewerk überzeugt durch einfache Handhabung und inkludiert eine einzigartig kompetente Kommentierung.

Ihr zuverlässiger Wegweiser durch EBM und GOÄ! Bestellen Sie noch heute Ihr persönliches Exemplar!

Bestellungen online unter:
<https://shop.medical-tribune.de/gbh2020>
E-Mail: mtd-aboservice@medtrix.group
Fax: 0611 9746 480-228 oder per Post



Ja, ich bestelle _____ Ex. Gebühren-Handbuch 2020 zum Preis von € 25,- inkl. Porto/Verpackung gegen Rechnung, zahlbar nach Erhalt. (ISBN-Nr.: 978-3-938748-21-3)

MedTriX GmbH
Vertriebsabteilung
Unter den Eichen 5
D-65195 Wiesbaden

DDG 07-08/2022

Name, Vorname _____ Fachrichtung _____
Straße/Hausnummer _____ PLZ/Ort _____
E-Mail _____
Datum, Unterschrift _____

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

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

LET'S TALK ABOUT SEX BABY

Betreutes Zelten, Aufklärung und intensiver Austausch für Jugendliche mit Diabetes

BAD SEGEBERG. Nach einer digitalen Ersatzveranstaltung im vergangenen Jahr hat das beliebte Camp D für junge Menschen mit Diabetes 2022 wieder seine Zelte in Bad Segeberg aufgeschlagen. Die Teilnehmer*innen genossen persönliche Begegnungen mit Gleichaltrigen und nahmen aus einem vielfältigen Themenangebot Tipps für die Gestaltung ihres Alltags mit – zum Beispiel zu Zyklusschwankungen, Sexualität, Verhütung und Schwangerschaft mit Diabetes.

Wer das Zeltplatzgelände betreten wollte, musste einen negativen Corona-Schnelltest vorlegen und durfte keine Erkältungssymptome aufweisen. Doch der Stimmung beim Camp D taten solche kleinen Einschränkungen keinen Abbruch. Die rund 300 Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Typ-1-Diabetes, die für ein verlängertes Wochenende ihr Bett gegen eine Isomatte eintauschten, waren froh, sich endlich wieder persönlich begegnen zu können. Wie immer, wenn junge Menschen mit Typ-1-Diabetes zusammentreffen, stand die Diabetestechnologie

im Fokus: Wie gelingt die Therapieanpassung beim Sport? Und ist das mit dem Loopen tatsächlich so einfach? Antworten gab es aus erster Hand u. a. von Expert*innen wie den Kinderdiabetolog*innen Dr. SIMONE VON SENGBUSCH (Lübeck) und Prof. Dr. THOMAS DANNE (Hannover). Bei Tabuthemen wie „Diabetes und Sexualität“ drängten sich knapp 100 junge Menschen in dem von dem Diabetologen Dr. MARTIN WANNACK (Berlin) und der Bloggerin LISA SCHÜTTE (Stadthagen) moderierten Workshop. Auch hier spielte Diabetestechnologie eine große Rolle: So bemängelte eine Teilnehmerin, dass



Auch der Spaß kam im Camp D-Zeltlager nicht zu kurz.

Fotos: iStock/Wiktor Gl, Antje Thiel

sie für den Zeitraum ihrer Periode an ihrer Pumpe keine temporäre Basalrate einstellen kann, die mehr als 24 Stunden aktiv bleibt. Eine andere ist enttäuscht, dass der Algorithmus ihres Advanced Hybrid Closed Loop-Systems am Ausgleich ihrer zyklusbedingten Glukoseschwankungen scheitert, „obwohl der Algorithmus doch eigentlich Muster erkennen und dazulernen soll!“ Eine mögliche Erklärung dafür hatte eine andere Teilnehmerin: „Die allermeisten KI-Systeme werden von Männern entwickelt, von denen hat niemand Herausforderungen wie Zyklusschwankungen auf dem Schirm!“

Fragen zu Schwangerschaft, sexueller Funktion, Attraktivität

Obwohl die meisten noch nicht im typischen Alter für Familienplanung waren, hatten viele junge Frauen Fragen zu Schwangerschaft und Geburt. Wird bei Schwangeren mit Typ-1-Diabetes die Geburt generell vorzeitig eingeleitet? „Dafür gibt es

heutzutage eigentlich keinen Grund mehr“, meinte Lisa Schütte, und Dr. Wannack pflichtete ihr bei: „Diese Empfehlung hängt leider noch in den Köpfen vieler Ärzte fest. Dabei kommt es heute nicht mehr so häufig wie früher zu einem Missverhältnis zwischen der Größe des Kindes und dem Becken der Mutter. Immerhin gilt ein mütterlicher Typ-1-Diabetes nicht mehr als zwingende Indikation für einen Kaiserschnitt.“

Auf die Frage, inwieweit zu niedrige oder zu hohe Blutzuckerwerte sexuelle Funktion und Orgasmusfähigkeit beeinflussen, antwortete Lisa Schütte: „Ganz ehrlich, wenn ich eine Hypo habe, ist ein ausbleibender Höhepunkt meine geringste Sorge.“ Mit Blick auf die wenigen jungen Männer ergänzte Dr. Wannack: „Ein hoher Blutzucker führt zu mikrovaskulären Veränderungen und beeinflusst die Erektionsfähigkeit und auch die Libido.“ „Was macht man mit der Insulinpumpe beim Sex?“, lautete eine weitere Frage. „Man

»Bin ich mit Insulinpumpe denn sexy?«

kann die Pumpe vorübergehend ablegen, darf danach allerdings nicht vergessen, sie nach spätestens zwei Stunden wieder anzukoppeln“, riet Dr. Wannack.

Manche Jugendlichen quälten sich auch mit der Frage, ob sie mit einer Insulinpumpe überhaupt als attraktiv wahrgenommen werden. Die entscheidende Antwort aus dem Publikum bekam großen Applaus: „Ich drehe diese Frage einfach um: Finde ich jemanden sexy, der möglicherweise einen Teil von mir nicht akzeptiert? Wenn mein Gegenüber ein Problem mit meinem Diabetes hat, dann sollte es vielleicht nicht mein Sexualpartner sein!“ *thie*

Das Camp D in Zahlen

Erstmals fand das von Novo Nordisk zusammen mit weiteren Sponsoren ausgerichtete Camp D im Jahr 2006 statt, weitere Camps folgten 2008, 2011, 2014 und 2018. Das Angebot richtet sich an Jugendliche und junge Erwachsene mit Typ-1-Diabetes zwischen 16 und 25 Jahren. Ziel ist es, an einem verlängerten Wochenende einen intensiven Austausch der Teilnehmer*innen untereinander und mit Expert*innen in lockerer Atmosphäre zu ermöglichen. Das funktioniert sehr gut auf dem 111.000 qm großen Landesturnierplatz in

Bad Segeberg (Schleswig-Holstein), wo für das Camp D rund 300 Zelte aufgestellt werden. 2022 machten rund 300 Teilnehmer*innen mit, mit dabei waren auch 100 Betreuer*innen, ein dreiköpfiges ärztliches Team und ein Sanitätsdienst. 28 Referent*innen boten am Workshoptag 15 Themen-Workshops, die zum Teil live gestreamt wurden. Am Sporttag standen 11 Aktivitäten zur Auswahl. Der Eigenanteil für Teilnehmer*innen belief sich auf 99 Euro. Pressegespräch, Camp D 2022 – echt gut!; Veranstalter: Novo Nordisk

»Die Stimmung war unglaublich«

Erster „KiDS-KURS“ seit 1.000 Tagen im Brandenburger Naturpark

BREMSDORFER MÜHLE. Nach 1.000 Tagen Pause hieß es wieder „KiDS-KURS“ im Schlaubetal – und damit für 52 Kinder und Jugendliche mit Typ-1-Diabetes zwei Wochen Ferienfreizeit! Mit dabei: die Diabetologen Dr. Karsten und Dr. Susanne Milek aus Hohenmölsen/Sachsen-Anhalt mit Team.

Wenn sonntags im Juli ab 9 Uhr die Mamas und Papas, Omas und Opas ihre Lieben in der „Bremsdorfer Mühle“/Brandenburg abliefern, dann beginnt die Ferienfreizeit „KiDS-KURS“! Im Jahr 2022 wieder, nach zwei Jahren pandemiebedingter Auszeit. Motto 2022: „Avenger-Games im Schlaubetal!“ Dr. Karsten Milek ist begeistert: „Die Stimmung

war unglaublich, wir sind sofort zusammengewachsen und haben Spaß mit den Kindern, trotz der Belastung und Verantwortung.“ Für sein Engagement bekam er einst das Bundesverdienstkreuz. Leider war „der Start des Kurses nach der langen Pause von 1.000 Tagen auch deshalb nur mit der Hälfte der Kids erfolgt, weil sich einige Strukturen zerschlagen haben“, so Milek. Vor der Pandemie nahmen oft 100 Kinder teil. Die Betreuer*innen nahmen am Tag eins erst mal ihre Schützlinge in Augenschein: Viele hatten Spritz- und Katheterstellen, weil zu wenig gewechselt wird. Zwei Wochen wurde gewuselt, schmetterten Tischtennisbälle, wurde geschwitzt –

und erstaunlich viele Sport-KE mussten lockergemacht, Basalraten gekürzt werden. So viel Bewegung ist es dann wohl doch nicht zu Hause? Abends hieß es oft Disco – und beim „Pferd auf dem Flur“ wurde die Tanzfläche gestürmt. Es folgten Wasserspiele, Kino, eine Kochshow und „Schlag den Helfer“. Unter den 22 Betreuenden waren Ärztinnen,

die mehr über Kinderdiabetologie erfahren wollten. Und Auszubildende der Gesundheits-/Krankenpflege, eine Ärztin in fachärztlicher Ausbildung, zwei 18-Jährige, die vor Jahren selbst Kursteilnehmer waren, sowie Diabetesberaterinnen/-assistentinnen und MFA aus der Praxis der Mileks. Sogar Vertreter*innen der Pharmaindustrie hospitierten, um

ihre Pumpen- oder Messsysteme in der Praxis zu erleben.

Große Herausforderungen – und ein Loch im Budget

Die Herausforderungen 2022? „Den verschiedenen Devices gerecht zu werden und sie für die Kinder auszuschnüpfen“, sagt Dr. Susanne Milek. Und es gibt auch eine finanzielle Herausforderung: „Eine Loch im Budget, da die Spenden, die den Kurs erst bunt machen, durch die lange Pause noch nicht wieder so geflossen sind.“ *GN*

»Das Schönste am KiDS-KURS für uns als Betreuer ist, wie selbstverständlich die Kinder mit ihrem Diabetes umgehen!«

Ein Betreuer über den KiDS-KURS; Neueinsteiger 2022

Info:
kids-kurs.info

Nach der Virus- die Diabetespandemie?

Strategien für Screening und Management nach COVID-19 gefordert

SAINT LOUIS. Nach einer überstandenen Infektion mit SARS-CoV-2 steigt das Risiko, an einem Diabetes mellitus zu erkranken. Zu diesem Ergebnis kommt eine große US-Kohortenstudie. Genesene sollten daher gezielt auf eine Zuckerstoffwechselstörung untersucht werden, fordern zwei Forscher.

Viele Patient*innen leiden nach einer SARS-CoV-2-Infektion an postakuten Langzeitfolgen, dem sogenannten Long COVID. Zahlreiche Organsysteme können hiervon betroffen sein. Wie häufig dabei der Glukosestoffwechsel aus dem Gleichgewicht gerät, untersuchte der Biostatistiker YAN XIE von der Universität Saint Louis gemeinsam mit einem weiteren Wissenschaftler. Das Studienkollektiv umfasste 181.280 US-Veteranen ohne vorbestehenden Diabetes, die zwischen März 2020 und September 2021 positiv auf SARS-CoV-2 getestet worden waren und die ersten 30 Tage nach der Infektion überlebt hatten.

Vergleichskollektive – eines aus der Zeit vor der Pandemie

Ferner bildeten die Forscher zwei Vergleichskollektive von US-Veteranen ohne Diabetes und ohne SARS-CoV-2-Infektion: 4.118.441

»Zahlen aus einer großen US-Kohortenstudie«

Personen aus dem selben Zeitraum (März 2020 bis September 2021) und weitere 4.286.911 Personen aus dem Zeitraum zwischen März 2018 und September 2019, also vor der Pandemie. Anschließend prüften sie, wie viele Personen während der medianen Nachbeobachtungszeit von 352 Tagen neu an einem Diabetes mellitus erkrankten oder mit blutzuckersenkenden Medikamenten behandelt wurden.

Im Vergleich zur zeitgenössischen Kontrollkohorte beobachteten die Wissenschaftler nach zwölf Monaten im Kollektiv der COVID-19-Betroffenen folgende Assoziation: Pro

Mit der Schwere der Infektion nimmt das Diabetesrisiko zu.



1.000 Personen hatten zusätzlich 13 Personen einen Diabetes entwickelt, dabei handelte es sich ganz überwiegend um Typ-2-Diabetes. Ein Typ-1-Diabetes wurde nur in rund 0,7% der Fälle dokumentiert. Zusätzlich benötigten zwölf von 1.000 Perso-

nen Antidiabetika. Dies entsprach einer Risikozunahme um 40 bzw. 85%. Das Risiko für den kombinierten Endpunkt stieg um 46%. Besonders stark ins Gewicht fiel der Effekt der COVID-19-Infektion bei Menschen mit vorbestehenden Dia-

betesrisikofaktoren (Alter, BMI, ethnische Abstammung, Hypertonie, Hyperlipidämie, kardiovaskuläre Erkrankung, Prädiabetes).

Doch auch ohne entsprechende vorbestehende Risikofaktoren kam es bei den Infizierten häufiger zu Problemen mit dem Zuckerstoffwechsel. Das Diabetesrisiko nahm mit der Schwere der akuten Infektion – stationäre Behandlung versus Intensivpflichtigkeit – zu, war aber selbst bei nicht hospitalisierten Infizierten erhöht. Alle diese Ergebnisse konnten die Wissenschaftler mit der historischen Kohorte als Referenzkollektiv reproduzieren.

Erhebliche Belastungen der Gesundheitssysteme erwartet

Angesichts von mittlerweile mehr als 450 Millionen Infizierten weltweit (Stand: März 2022) prognostizieren die Forscher erhebliche Belastungen für die globalen Gesundheitssysteme: Man müsse sich auf eine steigende Zahl zusätzlicher Diabetesdiagnosen vorbereiten und deshalb Screening- und Managementstrategien für Menschen mit überstandener SARS-CoV-2-Infektion entwickeln.

Dr. Judith Lorenz

Xie Y, Al-Aly Z. Lancet Diabetes Endocrinol 2022; 10: 311-321; doi: 10.1016/S2213-8587(22)00044-4

Hoher Blutzucker begünstigt Komplikationen auch bei COVID-19

Blutzuckerkontrolle bei der Klinikaufnahme gibt erste Hinweise

LEICESTER. Bei Patient*innen, die aufgrund einer Coronaerkrankung im Krankenhaus behandelt werden müssen, wirken sich sowohl hohe als auch niedrige Blutzuckerwerte bei der Klinikaufnahme negativ auf die Wahrscheinlichkeit kardiovaskulärer und renaler Folgeerkrankungen aus. Dies geht aus einer prospektiven Studie aus Großbritannien hervor.

COVID-19 verläuft nicht bei allen Infizierten gleich: Sowohl asymptomatische und leichte als auch schwere und tödliche Verläufe sind möglich. Bei hospitalisierten Patient*innen sind insbesondere Nierenschäden, Gerinnungsstörungen, Schlaganfälle und Herz-Kreislauf-Komplikationen wie Ischämien, Arrhythmien, Herzinsuffizienz oder Herzstillstand gefürchtet, berichtet Dr. TOM NORRIS vom Diabetes Research Centre der Universität Leicester. Gemeinsam mit weiteren Wissenschaftler*innen untersuchte er, inwiefern ein Zusammenhang zwischen der Blutglukosekonzentration bei der Klinikaufnahme und kardiovaskulären sowie renalen Komplikationen besteht. Zusätzlich beleuchtete das Forschungsteam,

welche klinischen Faktoren – beispielsweise Alter, Geschlecht, ethnische Abstammung, Adipositas oder vorbestehender Diabetes mellitus – einen möglicherweise bestehenden Zusammenhang beeinflussen.

Dr. Norris und Kollegen werteten die Daten von 143.266 Erwachsenen aus, die zwischen Februar 2020 und März 2021 aufgrund einer bestätigten COVID-19-Erkrankung stationär aufgenommen worden waren. Von 36.269 Personen lagen Informationen zum Aufnahmeblutzucker sowie zu den relevanten Studienendpunkten vor.

Die Studienteilnehmenden hatten ein mittleres Alter von 71 Jahren

und waren mehrheitlich europäischer Abstammung. Ihr Blutzucker bei der Klinikaufnahme betrug im Schnitt 121 mg/dl. Mehr als ein Viertel der Patient*innen, nämlich 10.421 (28,7%), erlitten kardiovaskuläre oder renale Komplikationen. 5.729 von ihnen (55%) überlebten und 4.691 (45%) verstarben.

Linearer Anstieg für kardiale Ischämie und Schlaganfall

Mit Ausnahme der Endpunkte „kardiale Ischämie“ und „Schlaganfall“, bei welchen das Risiko mit steigender Blutzuckerkonzentration linear zunahm, beobachteten die Forschenden für alle übrigen un-

tersuchten Endpunkte einen nicht-linearen Zusammenhang mit dem Aufnahmeblutzucker: So war unter Berücksichtigung zahlreicher Kovariablen das Risiko für eine Herzinsuffizienz bei einem Blutzuckerwert von 115 mg/dl, für Arrhythmien bei 88 mg/dl, für Gerinnungsstörungen bei 85 mg/dl und für renale Komplikationen bei 104 mg/dl am niedrigsten. Bis zu Glukosekonzentrationen von 468, 900, 153 bzw. 583 mg/dl stieg es hingegen an.

Im Vergleich zu einem Blutzuckerwert von 90 mg/dl errechnete sich bei diesen Konzentrationen ein um 28% höheres Risiko für ein Herzversagen, ein um Faktor 2,23 erhöhtes Risiko für Rhythmusstörungen, ein um 59% erhöhtes Risiko für Gerinnungsstörungen und ein um Faktor 2,42 erhöhtes Risiko für Nierenschäden. Das Risiko für den Endpunkt „Herzstillstand“ nahm mit steigendem Aufnahmeblutzucker zu, allerdings lag hier kein linearer Zusammenhang vor. Im Hinblick auf die

Frage möglicher Einflussfaktoren stellten die Wissenschaftler*innen bei den meisten COVID-19-Komplikationen einen modifizierenden Effekt des Alters sowie eines vorbestehenden Diabetes fest: Die deutlichsten Auswirkungen bezüglich des Komplikationsrisikos hatten die Aufnahmeblutzuckerwerte bei jüngeren Personen im Alter unter 69 Jahre sowie bei Personen ohne vorbestehenden Diabetes, wobei hier der stärkste Zusammenhang im Hinblick auf renale Schäden, die Herzischämie sowie jegliche kardiovaskuläre/renale Komplikation bestand.

Bei Klinikaufnahme den Blutzucker bestimmen

Bei der Klinikaufnahme von COVID-19-Kranken muss unabhängig vom bekannten Diabetesstatus der Blutzucker bestimmt werden, betont Dr. Norris. Denn mithilfe der Glukosekonzentration können eine Risikostratifizierung vorgenommen und individuelle Therapiepläne erstellt werden.

Dr. Judith Lorenz

Norris T et al. Diabetes Care 2022; doi: 10.2337/dc21-1709



Foto: iStock/wildpixel

Hoher Blutzucker begünstigt auch bei COVID 19 Komplikationen

- Herzinsuffizienz
- Herzrhythmusstörungen
- Herzischämie
- Herzstillstand
- Gerinnungsstörungen
- Nierenschäden
- Schlaganfall

Kardiovaskuläre Komplikationen unter Sulfonylharnstoffen

Affinität an myokardialen Kaliumkanälen gibt den Ausschlag

TAIPEH. Sulfonylharnstoffe zählen weltweit zu den beliebtesten Antidiabetika. Einige, jedoch nicht alle Wirkstoffe dieser Klasse begünstigen Herz-Kreislauf-Komplikationen. Das Risiko hierfür hängt vermutlich davon ab, wie stark die einzelnen Wirkstoffe an bestimmte mitochondriale Kaliumkanäle im Herzmuskel binden.

Zu diesem Ergebnis kommen Professor Dr. MENG-TING WANG von der Abteilung für Pharmazie der Universität Taipeh (Taiwan) und weitere Forschende nach Auswertung von Patientendaten. An der inneren Mitochondrienmembran von Herzmuskelzellen befinden sich ATP-sensitive Kaliumkanäle (mitoKATP), die offenbar eine wichtige Rolle bei der Aktivierung kardioprotektiver Kinase-Signalwege im Sinne der sog. ischämischen Präkonditionierung spielen, erläutert Prof. Wang. Bei der ischämischen Präkonditionierung wird der Herzmuskel durch wiederholte kurze Ischämiephasen „abgehärtet“, sodass er eine spätere schwerere Perfusionsstörung besser übersteht. Untersuchungen in vitro und ex vivo belegen, dass die einzelnen Sulfonylharnstoffe in ihrer Affinität zu mitoKATP-Kanälen erheblich variieren: Glyburid und Glipizid binden z. B. stärker, Gliclazid und Glimperid dagegen schwächer

»Das Risikoprofil der Wirkstoffe ist nicht gleich«

an die Kanäle. Erklärt diese Tatsache das unterschiedliche kardiovaskuläre Risikoprofil der Wirkstoffe? Das untersuchte das Team um Prof. Wang nun mithilfe einer Kohortenstudie.

Wie wirken die einzelnen Sulfonylharnstoffe?

Mithilfe einer nationalen Diabetes-Datenbank, der Taiwan Diabetes Mellitus Health Database, identifizierten die Forschenden 164.665 Erwachsene (Durchschnittsalter 59,2 Jahre; 52,4 % Männer), die zwischen 2007 und 2016 aufgrund eines neu diagnostizierten Typ-2-Diabetes einen der vier genannten Sulfonylharnstoffe erhalten hatten. Patient*innen, die im Jahr vor dem Registereinschluss einen akuten Myokardinfarkt oder Schlaganfall erlitten hatten, schlossen sie von der Analyse aus. Gleiches galt für Personen, die zusätzlich andere Antidiabetika erhalten hatten. 34.138 Personen hatten Sulfonylharnstoffe mit hoher und 130.257 mit geringer Affinität an den mitoKATP-Kanälen erhalten. Mittels Propensity-Score-Matching bildeten die Forschenden zwei je 33.727 Personen umfassende Kollektive von Anwender*innen hoch bzw. gering affiner Sulfonylharnstoffe. Als primären Studienendpunkt definierten sie das Auftreten kardiovaskulärer Major-

Ereignisse (MACE), also Hospitalisationen aufgrund eines Myokardinfarkts oder eines ischämischen Schlaganfalls oder kardiovaskulär bedingte Sterbefälle. Ferner prüften sie die Häufigkeit der Einzelkomponenten des primären Endpunkts und objektivierten Arrhythmien, Hypoglykämien sowie die Gesamtmortalität.

Die Monotherapie mit hochaffinen Sulfonylharnstoffen ging im Vergleich zur Monotherapie mit gering affinen Sulfonylharnstoffen mit einem 21 % höheren MACE-Risiko einher (adjustierte Hazard Ratio/aHR 1,21; 95 %-KI 1,03–1,44). Die hochaffinen Wirkstoffe erhöhten ferner das Schlaganfallrisiko um 23 % (aHR 1,23; 95 %-KI 1,02–1,50) und

»Entscheidende Bindungsstärke«

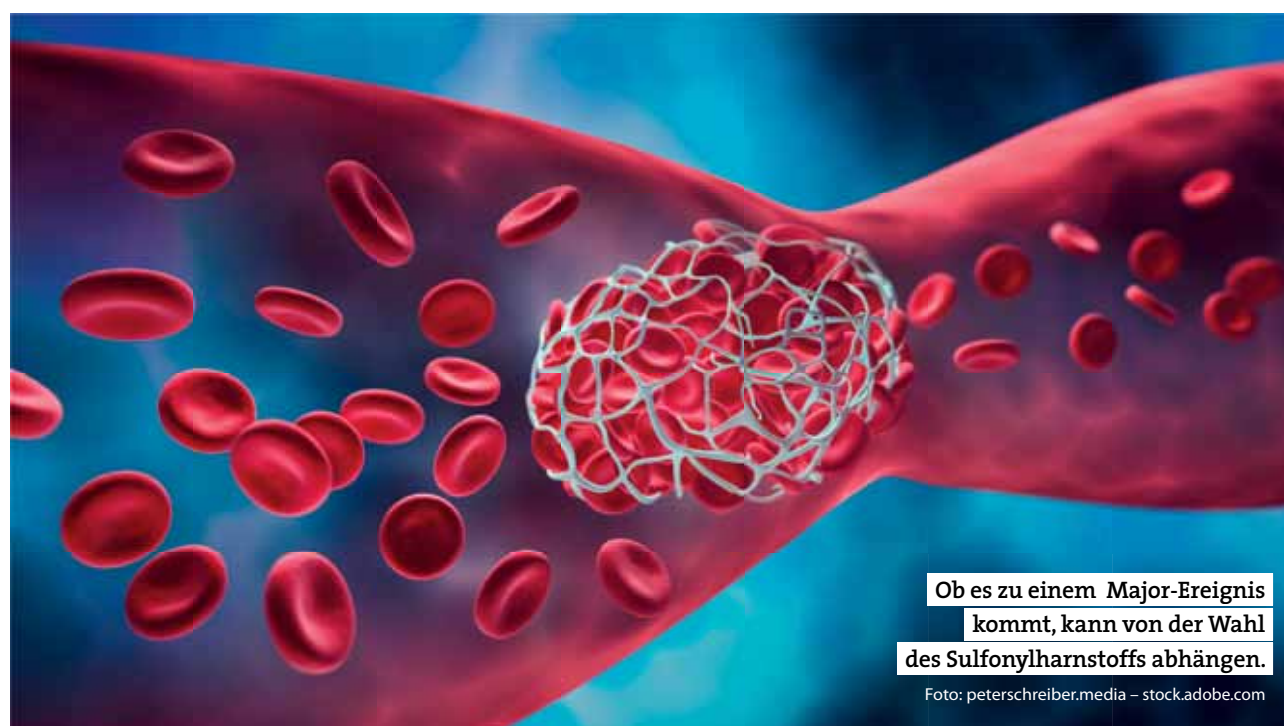
das Sterberisiko aufgrund eines Myokardinfarkts oder Schlaganfalls um den Faktor 2,61 (aHR 2,61; 95 %-KI 1,31–5,20). Myokardinfarkte traten unter den hochaffinen Wirkstoffen dagegen nicht wesentlich häufiger auf als unter den gering affinen (aHR 1,04; 95 %-KI 0,75–1,44). Für die Gesamtmortalität ergab sich eine aHR von 1,21 (95 %-KI 1,00–1,47), für Arrhythmien von 1,26 (95 %-KI 0,89–1,78) und für schwere Hypoglykämien von 1,44 (95 %-KI 1,22–1,72). Das höchste

Risiko für kardiovaskuläre Komplikationen unter den hochaffinen Sulfonylharnstoffen bestand innerhalb der ersten 90 Therapietage (aHR 4,67; 95 %-KI 3,61–6,06) sowie bei höheren Dosen (aHR 1,65; 95 %-KI 1,09–2,49).

Die Studienergebnisse legen nahe, dass die Bindungsstärke der einzelnen Sulfonylharnstoffe an kardialen mitoKATP-Kanälen das kardiovaskuläre Risiko beeinflusst, so das Fazit. Den Berechnungen zufolge ist pro 286 Personen, welche hochaffine statt gering affiner Wirkstoffe erhalten, mit einem zusätzlichen kardiovaskulären MACE-Fall zu rechnen.

Dr. Judith Lorenz

Wang MT et al. Diabetes Care 2022; 45: 1276-1287; doi: 10.2337/dc21-1779



Ob es zu einem Major-Ereignis kommt, kann von der Wahl des Sulfonylharnstoffs abhängen.

Foto: peterschreiber.media – stock.adobe.com

Lange Therapiedauer und hohe Dosen

Studie aus Taiwan belegt effektiven Schutz vor ischämischen Insulten

TAICHUNG. Das Vorliegen eines Typ-2-Diabetes gilt als Risikofaktor für Schlaganfälle. GLP1-Rezeptoragonisten (GLP1-RA) können das Risiko für diese Komplikation reduzieren. Nützen diese Antidiabetika auch Personen mit Typ-2-Diabetes ohne atherosklerotische Herz-Kreislauf-Veränderungen?

Der Substanzklasse der GLP1-RA wird eine neuroprotektive und antiatherosklerotische Wirkung zugeschrieben. Diese zeigt sich insbesondere bei Diabetiker*innen mit bekannter kardiovaskulärer Atherosklerose: Sie erleben unter der Medikation seltener ischämische Insulte, berichtet ein Forscherteam um Yi-SUN YANG von der Universität Taichung in Taiwan, wo der Schlaganfall – ähnlich wie in Deutschland – auf Platz 3 der häufigsten

Todesursachen steht. Ob sich die Schutzwirkung auch auf Personen mit Typ-2-Diabetes, aber ohne atherosklerotische Herz-Kreislauf-Veränderungen erstreckt, untersuchten die Wissenschaftler*innen in einer retrospektiven Kohortenstudie.

Mithilfe der Datenbank der staatlichen taiwanesischen Krankenversicherung identifizierten sie 6.534 Patient*innen mit Typ-2-Diabetes, die zwischen 2011 und 2017 mit Exenatid, Liraglutid oder Dulaglutid behandelt worden waren. Eine koronare Herzkrankheit, eine periphere arterielle Verschlusskrankheit

»Erweiterte Schutzwirkung«

sowie zerebrovaskuläre Erkrankungen inklusive vorangegangener ischämischer Schlaganfälle waren Ausschlusskriterien. Das Vergleichskollektiv bildeten weitere 6.534 Menschen mit Typ-2-Diabetes, die im Studienzeitraum keine GLP1-RA erhalten hatten. Den primären Studienendpunkt bildete die Hospitalisierung aufgrund eines ischämischen zerebralen Insults.

Die Studienteilnehmenden waren im Schnitt 49 Jahre alt, 53 % waren Frauen, 67 % hatten eine Hypertonie, 86 % eine Dyslipidämie und 6 % eine chronische Niereninsuffizienz. 67 der mit und 46 der nicht mit GLP1-RA behandelten Personen mussten während der im Median drei Jahre dauernden Nachbeobachtungszeit aufgrund eines ischämischen Schlaganfalls stationär behandelt werden. Insgesamt un-

Dosiseffekt der GLP1-RA auf das Schlaganfallrisiko

Kumulative Dosis 1,785–6,047 mg: Abnahme des Risikos für Hospitalisierung infolge Schlaganfall um 70 % (adjustierte Hazard Ratio 0,30; 95 %-KI 0,12–0,75)

Kumulative Dosis > 6,047 mg: Abnahme des Risikos für Hospitalisierung infolge Schlaganfall um 54 % (adjustierte Hazard Ratio 0,46; 95 %-KI 0,25–0,85)

terschieden sich die beiden Gruppen bezüglich dieses Risikos nicht wesentlich.

Bei Berücksichtigung der Einnahmedauer der Antidiabetika zeigte sich aber: Anwender*innen von GLP1-RA mit einem Medikamentenvorrat von mehr als 251 Tagen hatten im Vergleich zu den nicht mit GLP1-RA behandelten Personen ein signifikant

geringeres Schlaganfallrisiko (adjustierte Hazard Ratio 0,28; 95 %-KI 0,11–0,71). Ferner beobachteten die Forschenden einen Dosiseffekt: Ab einer kumulativen Dosis der GLP1-RA von 1,784 mg sank das Risiko für eine schlaganfallbedingte Klinikaufnahme (siehe Kasten).

Das Fazit der Forschenden: Nach längerer Therapiedauer bzw. bei höheren kumulativen Dosen schützen GLP1-RA asiatische Menschen mit Typ-2-Diabetes ohne atherosklerotische kardiovaskuläre Vorerkrankungen effektiv vor stationär behandelungsbedürftigen ischämischen Schlaganfällen. Welche klinische Relevanz diese Beobachtungen insbesondere bei unterschiedlichen Risikokonstellationen haben, müsse nun geprüft werden. JL

Yang YS et al. Diabetes Care 2022; doi: 10.2337/dc21-1993

Früher zur Vorsorgekoloskopie

Erhöhtes Risiko für kolorektale Karzinome bei Typ-2-Diabetes

MAINZ. Die Darmspiegelung gilt als eine der effektivsten Maßnahmen zur Früherkennung kolorektaler Karzinome. Doch durch die Coronapandemie hat sich etwas verändert – die Vorsorgekoloskopie wird immer seltener wahrgenommen. Dies birgt gerade für Menschen mit Typ-2-Diabetes besondere Risiken, da die entsprechenden Tumoren bei ihnen im Schnitt 4 bis 5 Jahre früher auftreten als in der Allgemeinbevölkerung.

Um bis zu 45% ist die Vorsorgekoloskopie-Rate im Rahmen der Coronapandemie zurückgegangen. Professor Dr. JÖRG BOJUNGA, Leiter des Schwerpunkts Endokrinologie, Diabetologie und Ernährungsmedizin am Universitätsklinikum Frankfurt am Main, findet das bedenklich. Schließlich wird Männern, sofern keine speziellen Risikofaktoren vorliegen, ab dem 50. und Frauen ab dem 55. Lebensjahr eine Vorsorgekoloskopie empfohlen. Der Experte wies darauf hin, dass insbesondere Menschen mit Typ-2-Diabetes diesbezüglich zu einer Risikogruppe gehören. Die coronabedingt nachlassenden Aktivitäten zur Tumorfrüherkennung erfordern daher eine besondere klinische Wachsamkeit.

Prof. Bojunga verwies auf epidemiologische Daten, wonach es einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Vorliegen eines Typ-2-Diabetes und der Entwicklung von kolorektalen Karzinomen (CRC) gibt. „Aktuelle Resultate einer schwedischen Kohortenstudie untermauern nochmals, wie stark sich der Typ-2-Diabetes auf das CRC-Risiko auswirkt.“ Die klinisch relevante Frage dieser landesweiten Kohortenstudie¹ (Follow-up 1964–2015) lautete: Wie viele Jahre früher erreichen Menschen mit Diabetes – mit und ohne kolorektalen Karzinomen in der Familienanamnese – im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung das Schwellenrisiko, bei dem ein CRC-Screening allgemein empfohlen wird? Dazu erfolgten komplexe Analysen: Untersucht wurde das altersspezifische kumulative 10-Jahres-CRC-Risiko nach persönlicher Vorgeschichte von Diabetes vor dem 50. Lebensjahr und familiärer Vorgeschichte von CRC, erläuterte Prof. Bojunga.

Bei Diabetes: Screening-Niveau wird früher erreicht

Laut der schwedischen Registerdaten erkrankten von insgesamt 12.614.256 erfassten Personen 162.226 Menschen an einem kolorektalen Karzinom und 559.375 an Diabetes.

»Wann erreichen Menschen mit Diabetes das Schwellenrisiko?«

Die weiteren Auswertungen zeigten, dass Menschen mit Diabetes das Screening-Niveau des CRC-Risikos früher erreichten als die Allgemeinbevölkerung. Demnach erlangten Männer mit Diabetes dieses Risikolevel schon im Alter von 45 Jahren, also fünf Jahre früher als das allgemein empfohlene Screening-Alter. Für Frauen mit Diabetes betrug diese Risikoprogression vier Jahre, so der Experte. Zudem sei das Risiko ausgeprägter für diejenigen mit zusätzlicher Familienanamnese.

„Letztlich lagen die screeningrelevanten Schwellenwerte bei Menschen mit Typ-2-Diabetes ungefähr in der Größenordnung wie bei Personen mit positiver Familienanamnese für ein kolorektales Karzinom“, brachte Prof. Bojunga die Resultate auf den Punkt.

Neue Informationen zum Startalter

Somit bietet diese Studie neue evidenzbasierte Informationen für ein risiko-adaptiertes Startalter des CRC-Screenings bei Menschen mit Diabetes – denn sie haben nachweislich ein höheres Risiko für ein früh einsetzendes kolorektales Karzinom im Vergleich zur Allge-

meinbevölkerung, resümierte der Experte. Folglich kann bei Menschen mit Typ-2-Diabetes bereits vor den etablierten Altersgrenzen eine Vorsorgekoloskopie in Betracht kommen. In diesem Zusammenhang ist klinisch auch das plötzliche Auftreten einer Gewichtsabnahme oder Anämie differenzialdiagnostisch im Blick zu behalten.

Besonders wichtig ist die Darmvorbereitung

Und auch die Vorbereitung zur Koloskopie bedarf besonderer Achtsamkeit: „Denn die Darmvorbereitung und -reinigung kann bei Menschen mit Typ-2-Diabetes erschwert sein“, betonte Prof. Bojunga. Diabetes gelte per se als Risikofaktor für eine schlechte Darmvorbereitung bei Patienten, die sich einer Koloskopie unterziehen, u. a. aufgrund der häufig beeinträchtigten Darmpassage und der langsameren Magenentleerung. „Doch die Koloskopievorbereitung ist essenziell für eine gute Aussage, andernfalls besteht das Risiko, dass postkoloskopische kolorektale Karzinome auftreten können. Diese sogenannten Intervallkarzinome machen generell 8% aller kolorek-

»Metformin kann ein Schutzfaktor für die Prognose bei Diabetes sein«

talen Karzinome aus; das ist nicht selten“, erinnerte der Experte. Die Mehrheit dieser CRC entstammt aus Läsionen, die bei der ersten Koloskopie übersehen oder unzureichend reseziert wurden.

Nicht zu unterschätzen ist wiederum das Auftreten von Darmkrebs nach einer Koloskopie bei Vorliegen eines Diabetes: Studiendaten zufolge haben Menschen mit T2DM im Vergleich zu Personen ohne Diabetes ein um den Faktor 1,5 erhöhtes Risiko für Intervallkarzinome. Betroffene werden dadurch erheblichen Belastungen ausgesetzt: „Sie haben eine Vorsorgekoloskopie gemacht, die nächste Koloskopie steht noch nicht an und trotzdem ist ein kolorektales Karzinom aufgetreten“, konstatierte er.

So wirkt sich Metformin auf Risiko und Prognose aus

„Da Intervallkarzinome meist aus Läsionen entstehen, die man übersehen hat, spielt auch ein unzurei-

chend gesäuberter Darm eine wichtige Rolle.“ Dies kann den Weg für Folgekomplikationen bahnen: Nicht nur neoplastische oder präneoplastische Läsionen werden übersehen, auch die Eingriffsdauer kann sich verlängern und letztlich erhöhen sich Nebenwirkungsrisiken, die mit dem Eingriff verbunden sind.

Aktuelle Metaanalyse zu Metformin und Darmkrebs

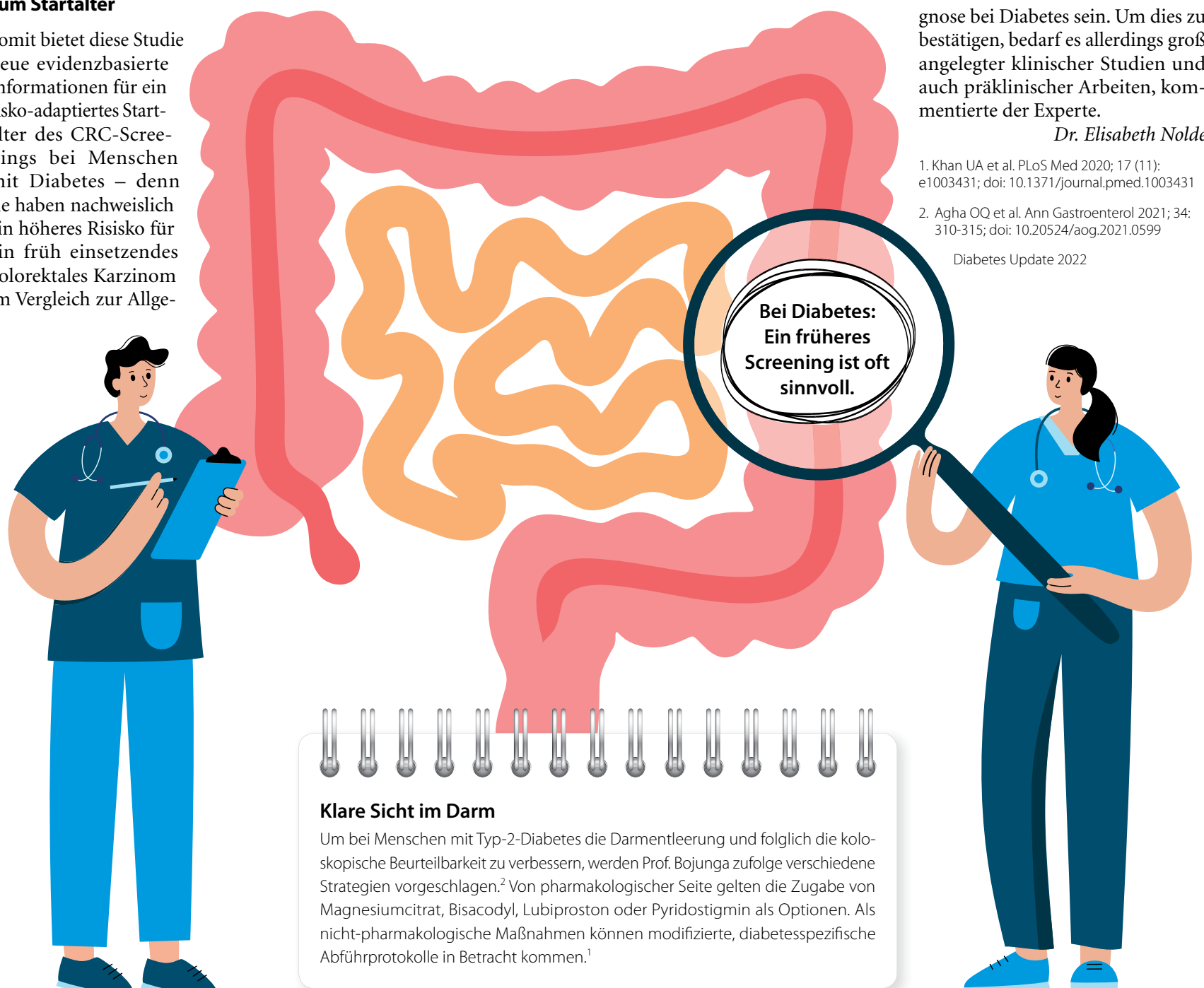
Vor diesem Hintergrund ist auch eine aktuelle Metaanalyse zur Wirkung von Metformin auf das Risiko und die Prognose von Darmkrebs beachtenswert. Dabei zeigte sich, dass der Einsatz von Metformin mit einem verringerten Risiko und einer niedrigeren Gesamt mortalität von CRC bei Diabetes verknüpft war. Zudem gibt es Belege durch Kohortenstudien, dass die Anwendung von Metformin mit einer niedrigeren CRC-spezifischen Mortalität bei Diabetes assoziiert war. Somit kann Metformin offenbar ein Schutzfaktor für das CRC-Risiko und die Prognose bei Diabetes sein. Um dies zu bestätigen, bedarf es allerdings groß angelegter klinischer Studien und auch präklinischer Arbeiten, kommentierte der Experte.

Dr. Elisabeth Nolde

1. Khan UA et al. PLoS Med 2020; 17 (11): e1003431; doi: 10.1371/journal.pmed.1003431

2. Agha OQ et al. Ann Gastroenterol 2021; 34: 310-315; doi: 10.20524/aog.2021.0599

Diabetes Update 2022



Klare Sicht im Darm

Um bei Menschen mit Typ-2-Diabetes die Darmentleerung und folglich die koloskopische Beurteilbarkeit zu verbessern, werden Prof. Bojunga zufolge verschiedene Strategien vorgeschlagen.² Von pharmakologischer Seite gelten die Zugabe von Magnesiumcitrat, Bisacodyl, Lubiproston oder Pyridostigmin als Optionen. Als nicht-pharmakologische Maßnahmen können modifizierte, diabetesspezifische Abführprotokolle in Betracht kommen.¹

Foto: iStock/Pikovit44

Neu- oder re-zertifizierte Kliniken und Arztpraxen

(im Zeitraum 31.05. bis 27.07.2022)

| Einrichtung | PLZ/Ort | Anerkennung |
|--|----------------------|---|
| PLZ 0 | | |
| Carl-Thiem-Klinikum | 03048 Cottbus | Klinik für Diabetespatienten geeignet DDG |
| Diabetologische Schwerpunktpraxis Dres. Reuter/ Reuter-Ehrlich/ Schramm/ Saller-Schmeißer/ Windisch | 07743 Jena | Fußbehandlungseinrichtung DDG |
| PLZ 1 | | |
| Patienten Praxis Dr. med. Stefan Sziegoleit | 12099 Berlin | Zertifiziertes Diabetologikum DDG |
| Vivantes-Klinikum Neukölln, Klinik für Gastroenterologie, Diabetologie und Hepatologie Station 4 | 12351 Berlin | Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG |
| DRK Kliniken Berlin Mitte | 13359 Berlin | Klinik für Diabetespatienten geeignet DDG |
| Helios Klinikum Bad Saarow | 15526 Bad Saarow | Klinik für Diabetespatienten geeignet DDG |
| PLZ 2 | | |
| Diabetespraxis Eppendorf Sudrow & Sharbati | 20251 Hamburg | Fußbehandlungseinrichtung DDG |
| Diabeteszentrum Barmbek | 22305 Hamburg | Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG |
| Diabetespraxis Langenhorn | 22419 Hamburg | Fußbehandlungseinrichtung DDG |
| PLZ 3 | | |
| Kinder- und Jugendkrankenhaus Auf der Bult, Allgemeine Kinderheilkunde, Diabetologie und Klinische Forschung | 30173 Hannover | Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG |
| PLZ 4 | | |
| St. Irmgardis Krankenhaus Süchteln | 41749 Viersen | Klinik für Diabetespatienten geeignet DDG |
| Diabetes- und Stoffwechselfachpraxis Bochum Dr. med. Babette Lorra | 44869 Bochum | Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG |
| Stiftungsklinikum Proselis gGmbH | 45659 Recklinghausen | Klinik für Diabetespatienten geeignet DDG |
| Gemeinschaftspraxis Dres. med. Ingenstau/Kurek & Partner Diabetologische Schwerpunktpraxis | 47179 Duisburg | Fußbehandlungseinrichtung DDG |
| St. Elisabeth Krankenhaus Damme | 49401 Damme | Klinik für Diabetespatienten geeignet DDG |
| Diabetes Zentrum am Christlichen Krankenhaus Quakenbrück | 49610 Quakenbrück | Zertifiziertes Diabetologikum DDG |

| Einrichtung | PLZ/Ort | Anerkennung |
|--|----------------------------|---|
| PLZ 5 | | |
| Bethlehem-Krankenhaus Stolberg, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin | 52222 Stolberg (Rhld.) | Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG |
| Gemeinschaftspraxis Dr. med. P. Mühlenhöver & J. Strzelczyk | 59073 Hamm | Fußbehandlungseinrichtung DDG |
| PLZ 6 | | |
| Diabetespraxis Prof. Dr. Andreas Hamann und Kolleginnen | 61231 Bad Nauheim | Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG |
| Hochtaunus-Kliniken gGmbH, Medizinische Klinik IV | 61352 Bad Homburg | Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG |
| Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. Dirk Schulze | 66953 Pirmasens | Zertifiziertes Diabetologikum DDG |
| Universitätsklinikum Heidelberg, Innere Medizin I | 69120 Heidelberg | Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG |
| PLZ 7 | | |
| Internisten am Markt- Dres. Mahle/ Mach/ J. Baikow | 72250 Freudenstadt | Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG |
| Diabeteszentrum Bietigheim-Bissingen | 74321 Bietigheim-Bissingen | Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG |
| Städtisches Klinikum Karlsruhe, Klinik für Kinder und Jugendliche | 76133 Karlsruhe | Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG |
| Gemeinschaftspraxis Dr. med. Monika Herzog-Schimpf | 78467 Konstanz | Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG |
| PLZ 8 | | |
| MVZ Praxis Pihusch | 83022 Rosenheim | Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG |
| PLZ 9 | | |
| Krankenhaus Altdorf | 90518 Altdorf | Klinik für Diabetespatienten geeignet DDG |
| Internistische Schwerpunktpraxis | 91052 Erlangen | Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG |
| ANregiomed Klinikum Ansbach | 91522 Ansbach | Klinik für Diabetespatienten geeignet DDG |
| Via medis Nieren- & Diabeteszentrum Bad Neustadt MVZ GmbH | 97616 Bad Neustadt | Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG |
| Diabetes-Klinik Bad Mergentheim | 97980 Bad Mergentheim | Zertifiziertes Diabetologikum DDG |



DDG App

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

NEU!
Für Smartphone und Tablet

Foto: blankstock – stock.adobe.com

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

Prof. Dr. med. Martin Heni, Tübingen – Surega Mohan, Dortmund
 Dr. med. Bettina Horlebein, Frankfurt am Main – MUDr. Jozef Banik, Jasenovce
 Dr. med. Reinhard Kalinski, Hildesheim – Sylvia Damerau, Magdeburg
 Dr. med. Konstantin Kiritsis, Limburgerhof – Panagiota-Georgia Anastasiou, Stuttgart
 Dr. med. Volker Rödl, Nürnberg – Dr. med. Philipp Preiß, Fulda
 Dr. med. Mary Jasmin Blumenberg, Lügde – Katharina Kowohl, Mainz
 Dr. med. Volker Königs, Alfter – Sina Wenzel, Bochum
 Jonas Kortemeier, Iserlohn – Claus Kiwitt-Kortemeier, Iserlohn
 Stavros Doukas, Esslingen – Claudia von Schönermark-Pfeiffer, Köln
 Dr. med. Ludwig Erhard, Passau – Natalia Eisner, Koblenz
 Dr. med. Werner Batschi, Bad Kreuznach – Laura Kaebe, Köln
 Dr. med. Matthias Firnkorn, Stuttgart – Dr. med. Aymaru Kailli Yaulema Riß, Berlin
 Dr. med. Sarah Süß, Regensburg – Dr. med. Karin Zimmermann, Aachen
 Ruslana Zastavna, Frankfurt am Main – Dr. med. Györgyi Para, Bottrop

Kontakt zur Redaktion

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

MedTriX GmbH, Unter den Eichen 5, 65195 Wiesbaden
 ☎ Telefon: 0611 9746-0, 📠 Telefax: 0611 9746 480-303



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.



NEUES FORTBILDUNGSANGEBOT

Workshopreihe auf der DDG Herbsttagung zum »Diabetischen Fußsyndrom aus Sicht der Podologie«

Zielgruppe: alle Berufsgruppen im Behandlungsteam des DFS

www.herbsttagung-ddg.de/workshops.html

Diabetesberater*in DDG

| Kurs Nr. | Weiterbildungsort | Kurstermine |
|----------|--|---|
| 237 | Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941 5696-22, ☎ Fax: 0941 5696-38 info@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de | 1. Block: 10.10. – 21.10.2022 2. Block: 16.01. – 27.01.2023 3. Block: 20.03. – 31.03.2023 4. Block: 02.05. – 12.05.2023 5. Block: 03.07. – 14.07.2023 6. Block: 11.09. – 22.09.2023 |
| 238 | Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108, ☎ Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de | <i>Aufbauqualifikation für Diabetesassistent*innen</i> 1. Block: 24.10. – 04.11.2022 2. Block: 21.02. – 04.03.2023 3. Block: 12.06. – 23.06.2023 4. Block: 25.09. – 06.10.2023 |
| 239 | Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108, ☎ Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de | 1. Block: 21.11. – 02.12.2022 1. Block: 16.01. – 27.01.2023 1. Block: 11.04. – 22.04.2023 1. Block: 26.06. – 07.07.2023 1. Block: 21.08. – 01.09.2023 1. Block: 06.11. – 17.11.2023 |
| 240 | Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941 5696-22, ☎ Fax: 0941 5696-38 info@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de in Kooperation für den Onlineunterricht mit: Diabeteszentrum Thüringen, Jena Akademie für Gesundheitsberufe in Rheine Wannsee-Akademie, Berlin Diabetes-Akademie Bad Mergentheim Diabetes-Akademie Südostbayern, Traunstein Mutterhaus der Borromäerinnen, Trier | 1. Präsenzwoche: 12.09. – 16.9.2022 (Regensburg) 2. Onlinewoche: 04.10. – 08.10.2022 3. Präsenzwoche: 07.11. – 11.11.2022 (Regensburg) 4. Onlinewoche: 14.11. – 19.11.2022 5. Präsenzwoche: 09.01. – 13.1.2023 (Regensburg) 6. Onlinewoche: 06.02. – 11.02.2023 7. Präsenzwoche: 27.02. – 03.03.2023 (Regensburg) 8. Onlinewoche: 27.03. – 31.03.2023 9. Präsenzwoche: 15.05. – 19.05.2023 (Regensburg) 10. Onlinewoche: 22.05. – 27.05.2023 11. Onlinewoche: 31.07. – 04.08.2023 12. Präsenzwoche: 25.09. – 29.09.2023 (Regensburg) |
| 242 | Diabetes Zentrum Thüringen e.V. Am Klinikum 1, Gebäude A, 07740 Jena ☎ Tel.: 03641 9324346, ☎ Fax: 03641 9324347 nadine.kuniss@med.uni-jena.de www.diabetes-thueringen.de | 1. Block: 09.01. – 20.01.2023 2. Block: 13.03. – 24.03.2023 3. Block: 26.06. – 07.07.2023 4. Block: 21.08. – 01.09.2023 5. Block: 16.10. – 27.10.2023 6. Block: 08.01. – 19.01.2024 |
| 243 | Wannsee-Akademie Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin ☎ Tel.: 030 80686-040, ☎ Fax: 030 80686-404 akademie@wannseeschule.de www.wannseekademie.de | 1. Block: 16.01. – 27.01.2023 2. Block: 13.03. – 24.03.2023 3. Block: 02.05. – 15.05.2023 4. Block: 04.09. – 22.09.2023 5. Block: 13.11. – 24.11.2023 6. Block: 19.02. – 01.03.2024 |
| 244 | Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108, ☎ Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de | 1. Block: 30.01. – 10.02.2023 2. Block: 20.03. – 31.03.2023 3. Block: 30.05. – 10.06.2023 4. Block: 09.10. – 20.10.2023 5. Block: 04.12. – 15.12.2023 6. Block: 22.01. – 02.02.2024 |
| 245 | Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941 5696-22, ☎ Fax: 0941 5696-38 info@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de | <i>Aufbauqualifikation für Diabetesassistent*innen</i> 1. Block: 06.02. – 17.02.2023 2. Block: 17.04. – 28.04.2023 3. Block: 17.07. – 28.07.2023 4. Block: 04.12. – 15.12.2023 |
| 246 | Diabetes-Akademie Bad Mergentheim e.V. Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim ☎ Tel.: 07931/594 165, ☎ Fax: 07931/77 50 boehm@diabetes-zentrum.de www.diabetes-akademie.de | 1. Onlinewoche: 27.02. – 03.03.2023 2. Präsenzwoche: 06.03. – 10.03.2023 3. Präsenzwoche: 17.04. – 21.04.2023 4. Onlinewoche: 24.04. – 28.04.2023 5. Präsenzwoche: 10.07. – 14.07.2023 6. Onlinewoche: 17.07. – 21.07.2023 7. Präsenzwoche: 11.09. – 15.09.2023 8. Onlinewoche: 18.09. – 22.09.2023 9. Präsenzwoche: 20.11. – 24.11.2023 10. Präsenzwoche: 08.01. – 12.01.2024 11. Präsenzwoche: 15.01. – 19.01.2024 12. Präsenzwoche: 11.03. – 15.03.2024 |

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

| Kurs Nr. | Weiterbildungsort | Kurstermine |
|------------------|---|--|
| 247 | Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108, ☎ Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de | 1. Block: 24.04. – 06.05.2023 2. Block: 10.07. – 21.07.2023 3. Block: 16.10. – 27.10.2023 4. Block: 08.01. – 19.01.2024 5. Block: 26.02. – 08.03.2024 6. Block: 15.04. – 26.04.2024 |
| 248 | Diabetes-Akademie Südostbayern Bürgerwaldstr. 1, 83278 Traunstein ☎ Tel.: 0861 20401041, ☎ Fax: 0861 909807 68 info@diabetesakademie.net www.diabetesakademie.net | 1. Block: 01.06. – 17.06.2023 2. Block: 04.09. – 16.09.2023 3. Block: 20.11. – 02.12.2023 4. Block: 26.02. – 02.03.2024 5. Block: 08.04. – 20.04.2024 6. Block: 03.06. – 07.06.2024 |
| NN Rheine Aufbau | Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108, ☎ Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de | <i>Aufbauqualifikation für Diabetesassistent*innen</i> 1. Block: 23.10. – 03.11.2023 2. Block: 05.02. – 16.02.2024 3. Block: 03.06. – 14.06.2024 4. Block: 30.09. – 11.10.2024 |
| NN Trier | Mutterhaus der Borromäerinnen e.V. OA Feldstraße 16, 54290 Trier ☎ Tel.: 0651 947-3160, ☎ Fax: 0651 947-2205 schule@mutterhaus.de www.mutterhaus.de | 1. Block: 06.11. – 18.11.2023 2. Block: 15.01. – 27.01.2024 3. Block: 15.04. – 27.04.2024 4. Block: 01.07. – 13.07.2024 5. Block: 16.09. – 28.09.2024 6. Block: 09.12. – 21.12.2024 |
| NN Rheine 4 | Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108, ☎ Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de | 1. Block: 20.11. – 01.12.2023 2. Block: 04.03. – 15.03.2024 3. Block: 21.05. – 01.06.2024 4. Block: 01.07. – 12.07.2024 5. Block: 26.08. – 06.09.2024 6. Block: 04.11. – 15.11.2024 |

Kosten: Die Kosten für die Weiterbildung betragen 3.400,- € Teilnahmegebühr für den regulären Kurs und 2.850,- € für den verkürzten Kurs, zzgl. 300,- € Anmeldegebühren sowie 200,- € Prüfungsgebühr, ohne Material- und Reisekosten.

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

Weitere Informationen finden Sie auf

www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung-diabetesberaterin-diabetesberater

Fit für die Weiterbildung – Vorbereitungsseminar des VDBD

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

ACHTUNG Online-Angebot

Weitere Informationen finden Sie auf

www.vdbd-akademie.de/seminar/details/vorbereitungskurs-fit-fuer-die-weiterbildung-18/

Diabetesassistent*in DDG

| Kurs Nr. | Weiterbildungsort | Kurstermine | Kosten |
|----------|--|--|---------------------------|
| 104 | Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108, ☎ Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de, www.afg-rheine.de | 1. Block: 05.09. – 16.09.2022 2. Block: 28.11. – 09.12.2022 | 1.665,- €* |
| 27 | Diabeteszentrum am Elisabeth-Krankenhaus Klara-Kopp-Weg 1, 45138 Essen ☎ Tel.: 0208/30542818, ☎ Tel.: 0202/897 4592 a.meier@contilia.de www.contilia.de/karriere/contilia-akademie/aktuelle-lehrgaenge.html | 1. Block: 19.09. – 30.09.2022 2. Block: 09.01. – 21.01.2023 | 1.550,- €* |
| 105 | Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108, ☎ Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de, www.afg-rheine.de | 1. Block: 17.04. – 28.04.2023 2. Block: 24.07. – 04.08.2023 | 1.655,- €* |
| 12 | Diabetes Zentrum Thüringen e.V. c/o Universitätsklinikum Jena Am Klinikum 1, Gebäude A, 07740 Jena ☎ Tel.: 03641 9324346, ☎ Fax: 03641 9324347 nadine.kuniss@med.uni-jena.de, www.diabetes-thueringen.de | 1. Block: 05.06. – 16.06.2023 2. Block: 27.11. – 08.12.2023 | 1.300,- €* |
| 106 | Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108, ☎ Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de, www.afg-rheine.de | 1. Block: 28.08. – 08.09.2023 2. Block: 27.11. – 08.12.2023 | 1.655,- €* |
| 27 | Diabeteszentrum Sinsheim Hauptstr. 71, 74889 Sinsheim ☎ Tel.: 07261-92440, ☎ Fax: 07261 - 8668 g.buchholz@daikeler.de, www.daikeler.de | 1. Block 17.10. – 22.10.2022 2. Block 05.12. – 09.12.2022 3. Block 17.01. – 21.01.2023 4. Block 13.04. – 17.03.2023 | 1.450,- €* zzgl. MwSt. |
| 53 | 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: 14.11. – 25.11.2022 2. Block: 30.01. – 10.02.2023 | 1.655,- €* |

Zusätzliches Kursangebot für die Weiterbildung zum/r Diabetesassistent*in DDG

| Kurs Nr. | Weiterbildungsort | Kurstermine | Kosten |
|----------|--|--|------------|
| 17 | AND Saar Bezirksstr. 122, 66663 Merzig/Besseringen ☎ Tel.: 06861/76061, ☎ Fax: 06861/72244 info@heimes-diabetes.de, http://www.ddg-saar.de | 1. Block: 16.01. – 28.01.2023 2. Block: 20.03. – 01.04.2023 | 1.700,- €* |

* inkl. Prüfungs- und Zertifikatsgebühr

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

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

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

| Kurs Nr. | Weiterbildungsort | Kurstermine |
|----------|---|-------------|
| 7 | Deutsche Diabetes Gesellschaft Albrechtstr. 9, 10117 Berlin ☎ Tel.: 030 311 69 37 18 weiterbildung@ddg.info | 12.11.2022 |

ACHTUNG Online-Angebot


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

➔ Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG

| Kurs Nr. | Weiterbildungsort | Kurstermine |
|--------------------|---|---------------------|
| BaQ_ MOE_05 | Akademie Krankenhaus Bethanien Moers Herr Dr. D. Rackwitz, Bethanienstr. 21, 47441 Moers ☎ Tel.: 02841-2000 rackwitz@bethanienmoers.de | 31.08. + 07.09.2022 |
| BaQ_ MK_02 | DSP Dr. Ulrich Kluger Veranstaltungsort: Kloster Neustadt/Weinstraße Anmeldung über: Marktstr. 43, 67487 Maikammer ☎ Tel.: 06321 5680 p.hornung@mai-med.de | 02.09. + 16.09.2022 |
| BaQ_ SH_01 | Kliniken des Landkreises Lörrach GmbH Schwarzwaldstrasse 40, 79650 Schopfheim ☎ Tel.: 07622/395-1381, /395-0, ☎ Fax: 07622/395-1380 wirtz.birgit@klinloe.de | 05.10. + 06.10.2022 |
| BaQ_ BL_04 | Diabeteszentrum Bad Lauterberg Dr. Thomas Werner, Kirchberg 21, 37431 Bad Lauterberg ☎ Tel.: 05524 81-218 sekretariat@diabeteszentrum.de | 14.10 + 15.10.2022 |
| BaQ_ Co_06 | REGIOMED-Akademie Ort: REGIOMED-Kliniken Coburg Nicole Freund, Gustav-Hirschfeld-Ring 3, 96450 Coburg ☎ Tel.: 09561 22-7355, ☎ Fax: 09561 22-7354 nicole.freund@regiomed-kliniken.de | 09.11. + 10.11.2022 |
| BaQ_ BW_06 | Asklepios Bildungszentrum Nordhessen Ort: Asklepios Klinikum Schwalmstadt, Diabetes Schulungsraum Julia Steklow, Laustraße 37, 34537 Bad Wildungen ☎ Tel.: 05621 795 24 13 j.steklow@asklepios.com | 16.11. + 17.11.2022 |
| BaQ_ KÖ_05 | Krankenhaus St. Hildegardis Elke Breet, Bachemer Str. 29-33, 50931 Köln Diabetesberatung.Koeln@malteser.org | 08.11. + 09.11.2022 |

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

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

 weiterbildung@ddg.info

Weitere Informationen finden Sie auf

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

➔ Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Klinik)

| Kurs Nr. | Weiterbildungsort | Kurstermine | Kosten |
|----------|---|--|---|
| 13 | Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgerstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1108, ☎ Fax: 05971 42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de, www.afg-rheine.de | 1. Block: 20.03 – 24.03.2023 2. Block: 22.05 – 26.05.2023 | 990,- € zzgl. Gebühren für Anmeldung, Prüfung, Material 260,- € |

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

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

➔ Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Langzeit)

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

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

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

➔ Wundassistent*in DDG

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

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

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

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

➔ Seminare Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung in der Diabetologie

| Kurs | Termine | Tagungsort | Kosten |
|--|---|--|--|
| Dr. rer. medic. Nicola Haller medipäd Am Bühl 7 1/2, 86199 Augsburg ☎ Tel.: 0175 4004901 dr.nicola.haller@medi-paed.de www.medi-paed.de | 23.09. – 26.09.2022 25.11. – 28.11.2022 | Tagungsräume im Hotel am alten Park Augsburg | Kursunterlagen und Tagungsgetränke im Preis enthalten CME-Punkte > 30, je nach Ärztekammer |
| willms.coaching Wilhelm-Busch-Str. 19, 37083 Göttingen ☎ Tel.: 0551 7974741 ☎ Fax: 0551 29213514 office@willmscoaching.de www.willmscoaching.de | Online-Termine: 20.10. – 21.10 und 03.11. – 04.11.2022 24.11. – 25.11 und 08.12. – 09.12.2022 19.01. – 20.01. und 02.02. – 03.02.2023 26.01. – 27.01 und 09.02. – 10.02.2023 | | 720,- € Fortbildungspunkte der Ärztekammer werden erteilt |
| Akademie Luftiku(r)s e.V. Iburger Str. 187, 49082 Osnabrück ☎ Tel.: 0174 619 3869 akademieluftikurs@gmail.com www.akademie-luftikurs.de | 29.11. – 02.12.2022 | Bischöfliches Priesterseminar Große Domsfreiheit 5, 49074 Osnabrück | 600,- € Bei Anmeldung ab 4 Wochen vor dem Termin 30,- € zusätzlich. Verpflegung und Übernachtung sind nicht im Preis enthalten. |
| Dipl.-Psych. Heinrich Vogel Praxis für Psychotherapie Olvenstedter Straße 10 39108 Magdeburg Zur Anmeldung: ☎ Tel.: 0176 - 40 03 19 11 info@heinrich-vogel.eu | 15.10. – 16.10 und 12.11. – 13.11. 2023 | Praxis für Psychotherapie | 600,- € inkl. Pausenbewirtung (gemeinsames Mittagessen kann organisiert werden) Fortbildungspunkte werden beantragt |
| Dipl. Psych. Susan Clever Psychol. Psychotherapeutin/Psycho-diabetologie Fachpsychologien (DDG) Med. Psych. Consultancy Palmaille 35, 22767 Hamburg Info und Anmeldung per Mail: ☎ Tel.: 01709/226067 susan9woods@aol.com www.diabetespraxisblankenese.de | 23.09. – 26.09.2022 25.11. – 28.11.2022 | Diabetespraxis Blankenese Blankeneser Bahnhofstraße 23 22587 Hamburg | 700,- € zzgl. MwSt. |



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



Die DDG Job- und Praxenbörse

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

STELLENANGEBOTE

Pfullingen, 29.07.2022

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

- Tätigkeit als: Diabetesberater*in/Diabetesassistent*in (m/w/d)
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Hausarztpraxis und Schwerpunktpraxis für Diabetologie
- Adresse: Klosterstraße 2, 72793 Pfullingen
- Ansprechpartner/in: Dr. med. Heike Seibold, 07121-97640, dr.seibold@praxis-diabetes-pfullingen.de
- Website: www.praxis-diabetes-pfullingen.de
- Stellenbeschreibung/Aufgabengebiet: Kompetentes Diabetesteam sucht Verstärkung für unser motiviertes Team zur Betreuung von Diabetes Typ-1- und -2-Patienten mit ICT-, CSII-, FGM- und CGM-Therapie, GDM-Mitbetreuung, alle Schulungsarten. Wir arbeiten im Kreis Reutlingen, ca. 45 km von Stuttgart entfernt, ortsnah am Fuß der Schwäbischen Alb, aber auch mit allen Großstadtangeboten, die Reutlingen, Tübingen und Umgebung bieten können. Flexible Arbeitszeiten, ein angenehmes Arbeitsklima sowie eine angemessene Bezahlung werden angeboten.

Bad Staffelstein, 28.07.2022

Diabetolog*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetologische Schwerpunktpraxis/Ärztgemeinschaft Bad Staffelstein
- Adresse: Untertztitzer Straße 31, 96231 Bad Staffelstein
- Ansprechpartner/in: Dr. med. Winter Michael, 09573 - 962621, Michael.Winter@aerztegemeinschaft.com
- Website: www.aerztegemeinschaft.com
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Wir suchen eine freundliche, souveräne Verstärkung für unsere gut etablierte, sympathische Schwerpunktpraxis, wünschenswert wäre bereits Erfahrung in der ambulanten Betreuung. Wir bieten angenehme und abwechslungsreiche Arbeitsbedingungen in einem harmonischen Team, flexible Arbeitszeitmodelle (20–40 h/Woche) sind denkbar, es besteht keine Dienstverpflichtung. Die Praxis ist langjährig als Behandlungseinrichtung für Typ-1- und Typ-2-Diabetes sowie Fußbehandlungseinrichtung DDG zertifiziert, das gesamte Spektrum der Diabetologie wird umfangreich abgedeckt (großer Anteil T1D und GDM). Die Schwerpunktpraxis ist Teil einer Ärztegemeinschaft, zu der sowohl Allgemein- als auch Kinder- und Jugendärzt*innen zählen. Bad Staffelstein liegt im wunderschönen Gottesgarten zwischen Bamberg und Coburg, die Gegend bietet ein familienfreundliches Umfeld mit hohem Freizeitwert.

Lübeck, 28.07.2022

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabeteszentrum Lübeck
- Adresse: Heiligen-Geist-Kamp 4, 23568 Lübeck
- Ansprechpartner/in: Dr. med. Bianca Lengsfeld, 0451/75971, diabetes-zentrum-luebeck@gmx.de
- Website: www.diabetes-zentrum-luebeck.de
- Stellenbeschreibung/Aufgabengebiet: Zur Unterstützung des Teams des nach DDG zertifizierten Diabeteszentrums Lübeck suchen wir ab sofort eine*n Diabetesberater*in DDG (m/w/d) für eine unbefristete Anstellung in Vollzeit oder Teilzeit. Wir sind ein dynamisches, engagiertes Team mit Spaß an der Arbeit im Bereich aller Diabetesformen. Wir freuen uns auf Sie, wenn Sie motiviert, freundlich, teamfähig und zuverlässig sind und Ihnen die Arbeit mit chronisch kranken Menschen Freude macht. Wir führen in unserer Schwerpunktpraxis Patientenschulungen in allen Bereichen des Diabetes als Einzel- oder Gruppenschulungen durch.
- Wir bieten Ihnen: überdurchschnittliche Bezahlung, optimale räumliche Voraussetzungen, flexible Arbeitszeiten, ein kollegiales Miteinander, Möglichkeiten der strukturierten Fort- und Weiterbildung.

Tübingen, 25.07.2022

Diabetesberater*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetes-Praxis Tübingen
- Adresse: Umlandstraße 4, 72072 Tübingen
- Ansprechpartner/in: Dr. med. Jan Stock, 07071/22536, jan.r.stock@gmx.de
- Website: www.diabetespraxis-tuebingen.de/
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Diabetesberater*in in Vollzeit oder Teilzeit ab sofort. Sehr flexible Arbeitszeiten. Urlaubsmöglichkeit in allen Schulferien. Tolles Team. Stellenbeschreibung: Diabetesberaterin, gerne mit med. Grundausbildung/Vorkenntnissen für unsere diabetologisch-angiologische Schwerpunktpraxis. Erfahrungen in der Einzelberatung und Gruppenschulung von Patienten mit DM1 und DM2 sind wünschenswert. Fortbildungen werden von uns sehr gerne unterstützt. Betreuung von GDM- und FGM-, CGM- und CSII-Patient*innen sowie das gesamte Spektrum der Diabetologie zählen zu den interessanten Aufgaben. Unser Team besteht aus zwei Ärztinnen, einem Arzt, zwei Beraterinnen, zwei Assistentinnen sowie drei MFA. Wir sind gut gelaunt, sehr engagiert, kompetent und eng vernetzt mit unseren niedergelassenen Kolleg*innen sowie der Uniklinik. Die moderne, individuell ausgerichtete Diabetestherapie ist unser Schwerpunkt. Wir bieten einen abwechslungsreichen Arbeitsplatz mit flexiblen Arbeitszeiten. Tübingen mit seiner Universität und schönen Umgebung bieten hierfür einen tollen Rahmen. Die Praxis liegt im Herzen der Stadt und ist mit Bus und Bahn sehr gut zu erreichen.

München, 26.07.2022

Diabetesberater*in (m/w/d)

- Tätigkeit als: Diabetesberater*in (m/w/d)
- Arbeitsbeginn: 01.10.2022
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. Ulrike Seufert
- Adresse: Kaiserstraße 22, 80801 München
- Ansprechpartner/in: Dr. med. Ulrike Seufert, 089 38 37 78 77, dr.ulrike.seufert@gmx.de
- Website: www.muenchen-diabetes.de
- Stellenbeschreibung/Aufgabengebiet: Wir sind eine diabetologische Schwerpunktpraxis in München-Schwabing und suchen ab 1.10. zur Verstärkung unseres Teams eine/n Diabetesberater*in (m/w/d). Wir sind ein fröhliches Team, die Zusammenarbeit ist freundlich und familiär. Außer Kindern betreuen wir Patienten in allen Altersklassen. Wir bieten Ihnen einen sicheren Arbeitsplatz mit übertariflicher, leistungsgerechter Bezahlung und unbefristetem Arbeitsvertrag, eine betriebliche Altersvorsorge, eine gut erreichbare Arztpraxis in Schwabing nahe der Münchner Freiheit (Anbindung an U-Bahn, Bus und Tram), geregelte Arbeitszeiten, eine großzügige Urlaubsregelung und ein nettes Team mit freundlichem Miteinander. Wir wünschen uns eine/n engagierte/n Diabetesberater*in, bestenfalls mit Erfahrung im ambulanten Bereich, aber v.a. mit den aktuell gängigen Therapieformen, Insulinpumpen- und Glukosesensormodellen.

Berlin, 22.07.2022

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

- Arbeitsbeginn: 01.09.2022
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis für Diabetologie in Köpenick
- Adresse: Joachimstraße 1, 12555 Berlin-Köpenick
- Ansprechpartner/in: Dr. Cordula Hagen, 030/28666241, ch@diabetologie-koepnick.de
- Website: www.diabetologie-koepnick.de
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Wir sind eine diabetologische Schwerpunktpraxis in Berlin-Köpenick und suchen zum Ausbau unserer Praxis eine*n Diabetesassistent*in/Diabetesberater*in DDG – gerne mit dem Grundberuf einer MFA/Arzthelferin. Sie suchen einen fachlich anspruchsvollen und interessanten Arbeitsbereich, eine leistungsbezogene Vergütung nach dem Gehaltstarifvertrag der Bundesärztekammer, Bildungsurlaub für Ihre Weiterbildung, einen hohen Gestaltungsspielraum für das Umsetzen Ihrer Ideen und Vorstellungen? Wir legen Wert auf Teamfähigkeit, Flexibilität und Verantwortungsbewusstsein, arbeiten Sie gerne ein und unterstützen Sie bei Ihrer Weiterentwicklung.

Wendlingen, 22.07.2022

Diabetesberater*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: MEDI-MVZ Wendlingen
- Adresse: Ulmerstr 3, 73240 Wendlingen
- Ansprechpartner/in: Wolfgang Fink, 0176 61661638, wolfgang.fink@aerztevorort.de
- Website: www.aerzte-vorort.de/wendlingen/
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Wir suchen eine Diabetesberaterin/einen Diabetesberater zur Verstärkung des Teams. Voller Versorgungsumfang (Typ 1, Typ 2, Schwangere, Pumpen, CGM etc.). Gerne auch Teilzeit möglich, mind. 50 % wünschenswert.

Köln, 16.07.2022

Diabetesberater*in (m/w/d)

- Tätigkeit als: Diabetesberater*in (m/w/d)
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetologie Ehrenfeld
- Adresse: Venloer Straße 247, 50823 Köln
- Ansprechpartner/in: Dr. med. Christian Krüger, 0176/32133476, dr.krueger@diabetologie-ehrenfeld.de
- Website: www.diabetologie-ehrenfeld.de
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Zur Verstärkung unseres Teams suchen wir eine/n Diabetesberaterin/in, am besten schon mit Erfahrung in Beratung, Schulung, Organisation und Abrechnung.

NACHFOLGE GESUCHT

Schifferstadt, 19.07.2022

Allgemeinmediziner*in/ hausärztliche/r Internist*in in DSP (m/w/d)

- Praxisbezeichnung: Praxis Dr. Martin Quinttus und Dr. Christian Rolf
- Adresse: Rehbachstraße 23, 67105 Schifferstadt
- Ansprechpartner/in: Dr. med. Christian Rolf, 06235-98484, team@diabetes-schifferstadt.de
- Website: www.diabetes-schifferstadt.de
- Beschreibung: Nachfolger*in gesucht ab 2023 oder 2024 für fachübergreifende Gemeinschaftspraxis (hausärztlicher Allgemeinmediziner und fachärztlicher Internist/Diabetologe DDG). Die Praxis ist als Diabetologikum DDG zertifiziert und verfügt über eine diabetologische Fußambulanz und ein Schulungszentrum mit zwei Diabetesberaterinnen und zwei Wundexperten. Diabetologische Vorkenntnisse sind nicht zwingend erforderlich.

Wetzlar, 29.06.2022

Diabetolog*in (m/w/d), Innere Medizin hausärztlich

- Praxisbezeichnung: Medicum Wetzlar, Zentrum für angewandte Diabetologie
- Adresse: Sportparkstraße 2, 35578 Wetzlar
- Ansprechpartner/in: Friedrich Wilhelm Petry, 01702907276, friedhelm.petry@diabetologen-hessen.de
- Website: www.internisten-wetzlar.de
- Beschreibung: Interdisziplinäre diabetologische und kardiologische Gemeinschaftspraxis mit hausärztlicher Tätigkeit. Diabetologische Tätigkeit mit Versorgung DM1 mit CGM, CSII und AID, Jugendliche DM, Gestationsdiabetes, DM2 mit Insulin, Fußambulanz. Kollegiale, freundschaftliche Zusammenarbeit mit Kardiologen und hausärztlichen Kollegen, Versorgung von Privatpatienten, Gutachten.

Henningsdorf, 26.07.2022

Diabetesberater*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetes-Schwerpunktpraxis in Henningsdorf und Oranienburg
- Adresse: Havelplatz 2-10, 16761 Henningsdorf
- Ansprechpartner/in: Dr. med. Oliver Bettle, 03302 206393, praxis@diabetes-ohv.de
- Website: www.diabetes-ohv.de
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Wir suchen einen/eine Diabetesberater*in in einer großen Diabetes-SPP; Aufgabenbereiche: Durchführung von Schulungen i. R. der DMP, Einweisung der Patienten in Insulinpumpen und CGM-Systeme, Begleitung der Diabetessprechstunde (ggf. auch in der Fußambulanz – aber nicht Bedingung). Die Praxis ist als „Ambulantes Diabeteszentrum DDG“ und „Ambulante Fußbehandlungseinrichtung DDG“ zertifiziert; Bezahlung nach Tarif MFA Tätigkeitsgruppe 5 (bei abgeschlossener Ausbildung als Diabetesberater/in).

STELLENGESUCHE

04.07.2022

Studynurse, Studycoordinatorin

- Arbeitsbeginn: 01.10.2022
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Ausbildung: Diabetesberaterin
- Berufsgruppe: Diätassistentin
- Einsatzort: Norddeutschland
- Kontakt: Friederike.22@gmx.de
- Bisherige Tätigkeit(en): Studynurse und -coordinatorin in klinischen Studien (Phase 2, 3 und Endpunktstudien) und als Diabetesberaterin im niedergelassenen Bereich.
- Bemerkungen (Fähigkeiten/Kenntnisse): Versiert in der Vorbereitung, Durchführung und Beendigung von Studien. Ich arbeite selbstständig, zuverlässig mit hoher Eigenverantwortung und wünsche mir einen neuen Arbeitsplatz.



Weitere Nachfolgesuche jetzt online finden:
www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung/jobborse/nachfolger



Weitere Angebote unter:
<https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/jobboerse>



STELLENANGEBOTE

Wuppertal, 18.07.2022

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

- Tätigkeit als: Diabetesberater*in DDG oder Diabetesassistent*in (m/w/d)
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetes Praxis Tiedtke
- Adresse: Kleine Klotzbahn 22; 42105 Wuppertal
- Ansprechpartner/in: Claus-Martin Tiedtke, info@diabetespraxis-tiedtke.de
- Website: diabetespraxis-tiedtke.de/
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Wir sind eine langjährig etablierte Schwerpunktpraxis und betreuen Patient*innen mit allen Formen der Diabetes (Typ1, Typ2, GDM, Mody etc.) und Patient*innen mit CGM, FGM und CSII. Im Mittelpunkt der Behandlung steht die Wissensvermittlung durch Schulungen zur Umsetzung des Erlernten in den Alltag und gegebenenfalls die weitere Betreuung durch uns. Wir bieten Ihnen einen fachlich anspruchsvollen und interessanten Arbeitsbereich in einem zukunftsorientierten Unternehmen. Einen unbefristeten Vertrag über eine 38,5-Stunden-Woche mit 30 Tagen Urlaub, betriebliche Altersvorsorge und Bildungsurlaub für Ihre Weiterbildung. Einen hohen Gestaltungsspielraum für die Umsetzung neuer Ideen und Vorstellungen. Eine Einstellung in Teilzeit ist ebenfalls möglich.

Würzburg, 13.07.2022

Diabetolog*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.07.2023
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: MVZ DiaMedicum Würzburg GmbH
- Adresse: Eichendorffstraße 12d, 97072 Würzburg
- Ansprechpartner/in: PD Dr. med. Dominik Bergis, 0931/6666280, bergis@diamedicum.de
- Website: www.diamedicum.de/
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Sie sind Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin mit Weiterbildung Diabetologe/in DDG oder Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin mit Weiterbildung Diabetologe/in DDG oder Diabetologe/in der Landesärztekammer? Wir suchen Sie zur Verstärkung an unserem neuen Standort in Schweinfurt ab 01.07.2023! Das DiaMedicum steht für patientenorientierte, individualisierte Behandlung und zeitgemäße Diabetestherapie mit allen modernen Technologien. Sie genießen ein hohes Maß an Gestaltungsfreiheit und Eigenverantwortlichkeit und können dennoch jederzeit auf ein erfahrenes und eingespieltes Team zurückgreifen. Die Stelle ist unbefristet, die Beschäftigung soll primär in Schweinfurt oder an unserem Standort in Würzburg erfolgen. Eine Beschäftigung an unseren weiteren Standorten wie Bad Mergentheim und Wolftratshausen oder im stationären Bereich unserer Partnerklinik (Diabetes Zentrum Mergentheim) ist ebenfalls möglich.

Potsdam, 12.07.2022

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

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabeteschwerpunktpraxis Schur/Roeger
- Adresse: Charlottenstr. 72, 14467 Potsdam
- Ansprechpartner/in: Dr. Beate Schur, 0170 7824316 oder 0331 241 33261, diabetologie@poliklinikevb.de
- Website: poliklinikevb.de/praxen-aerzte-potsdam/diabetologie-allgemeinmedizin
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Im Mittelpunkt stehen die Menschen, und das ist für uns wirklich so! Wir wissen aber auch, dass nur zufriedene Mitarbeiter*innen gut für unsere Patient*innen sind. Praxis in Potsdam mit Schwerpunkt Diabetologie sucht zur Verstärkung des Diabetesteam eine*n Diabetesberater*in DDG oder Diabetesassistent*in DDG in Voll- oder Teilzeit, die sowohl selbstständiges Arbeiten wertschätzt als auch die Zusammenarbeit im Team. Wir wünschen uns ausgeprägte soziale und kommunikative Kompetenz, insbesondere empathischen Umgang mit chronisch kranken Patient*innen und Angehörigen. Ein gutes Technikverständnis ist von Vorteil. Berufserfahrung in der Beratung und Betreuung von Menschen mit Diabetes mellitus ist hilfreich, aber nicht Bedingung.

Wenden-Gerlingen, 12.07.2022

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

- Arbeitsbeginn: 01.10.2022
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis Koblenzer Strasse
- Adresse: Koblenzer Str. 55, 57482 Wenden-Gerlingen
- Ansprechpartner/in: Dr. med. Kirsten Worbes, 016096806227, drkiwo@web.de
- Website: www.praxis-koblenzer-strasse.de
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Für unsere diabetologische Schwerpunktpraxis suchen wir zur Verstärkung unseres Teams einen/eine Diabetesberater*in oder Diabetesassistenten*in. Wir behandeln alle Formen des Diabetes mellitus und setzen auch gerne Diabetestechnologie ein. Kenntnisse im Bereich der Diabetestechnologie werden aber nicht vorausgesetzt, bei Interesse können sie aber hier erworben werden. Fortbildungen in diesem Bereich oder auch in anderen Bereichen werden selbstverständlich unterstützt. Ihre Aufgaben wären Einzelberatungen und Gruppenschulungen sowie nach gründlicher Einarbeitungszeit auch die selbstständige Betreuung von Patienten. Wenn Sie in einem freundlichen, hilfsbereiten Team und in einer wertschätzenden Atmosphäre arbeiten möchten, sind Sie bei uns richtig.

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

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

Foto: Brad Pict - stock.adobe.com

Braunschweig, 07.07.2022

Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin/innere Medizin (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: DSP Dr. Salzbrunn
- Adresse: Hagenmarkt 19-20, 38100 Braunschweig
- Ansprechpartner/in: Dr. med. Bernd Salzbrunn, 01741643800, bernd.salzbrunn@me.com
- Website: dr-salzbrunn.de
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Selbständige eigenverantwortliche haus- sowie fachärztliche ambulante Tätigkeit in großer diabetologischer Schwerpunktpraxis in Braunschweig. Praxisübernahme in ca. drei Jahren erwünscht.

Präsenzveranstaltung
**Kurs Klinische
Diabetologie
Schwerpunkt
Pädiatrie**



Block 1: 19.09. bis 23.09.2022 | Olghospital, Stuttgart

Block 2: 24.10. bis 28.10.2022 | Haus der Wirtschaft, Stuttgart

Kursleitung:

Prof. Dr. med. Andreas Neu/Dr. med. Martin Holder

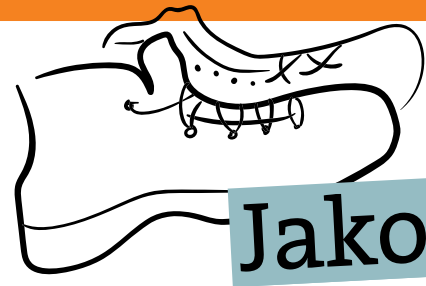
Die Teilnahme wird mit 37 CME-Punkten pro Woche honoriert.

Mehr Infos unter www.ddg.info/2

BUNTES



Voller Vorfreude auf das gemeinsame Erleben: die Teilnehmenden der Diabetes-Erlebniswanderung.



Jakobsweg macht alle happy!

Mit Typ-2-Diabetes auf Erlebniswanderung

FERROL/SPANIEN. „Wir sind alle happy, es war eine tolle Erfahrung“, so Denise Scholl, Betreuerin der Diabetes-Erlebniswanderung zur „großartigen Leistung jedes Einzelnen“. Eine Woche lang wanderten 23 Menschen mit Typ-2-Diabetes 120 Kilometer auf dem Jakobsweg – über Stock und Stein quer durch die hügelige Landschaft Nordspaniens.

Los ging es in Ferrol, Galizien. Das Ziel: Santiago de Compostela. Die Erlebniswanderung: ein Mix aus Schulung, Beratung, praktischem Sport und sozialem Austausch, so Dr. HANS-PETER KEMPE, Mitorganisator und Diabetologe. Immer dabei: ein Betreuer-Team aus zwei sporterfahrenen Diabetolog*innen (u. a. Sportmediziner*innen) und drei Diabetesberater*innen. Das Programm: Schulungseinheiten über Dosisanpassungen beim Sport, Insulinwirkung, die Hypoglykämievermeidung, CGM und geeignete Sport-KE.

„Wir hatten ein tolles Team und eine freundschaftliche Atmosphäre“, so Dr. MARTIN KORNMANN. „Ich bin be-

geistert von unseren Teilnehmer*innen“, sagt Dr. ULRIKE BECKER. „Sie haben sich akribisch vorbereitet, durchgehalten und sich gegenseitig motiviert, beraten und unterstützt.“ Ein Resümee aus sportmedizinischer Sicht zog Prof. Dr. THORSTEN KREUTZ: „Jeder konnte seine Ausdauer-Leistungsfähigkeit verbessern, ohne sich zu überanstrengen. Alle haben sich begeistert für die Bewegung und in vielen Gesprächen kam heraus, dass sie jetzt einen aktiven Lebensstil in ihren Alltag integrieren wollen.“ Die Gruppe wartet noch gespannt auf die Ergebnisse der wissenschaftlichen Auswertung der Reise durch die IST-Hochschule Düsseldorf und die Deutsche Sporthochschule Köln. Organisiert wurde die Tour von der AG Diabetes, Sport und Bewegung der DDG.

amo

Direkt zum Video:
bit.ly/3uUIYKf



Ferrol,
Galizien



Dr. Hans-Peter Kempe begleitete die Reisegruppe auf dem Jakobsweg.

Santiago de
Compostela



Was meinst Du mit mehr Achtsamkeit, nachhaltigen Bio-Brennstoffen und einer Compliance-Stelle für unsere Firma?



Ach, du roter alter Mann!

GRESER & LENZ

Generationenkonflikt in der Hölle

+++ Die nächste Ausgabe der diabeteszeitung erscheint am 21. September +++