

Fußuntersuchung und Dokumentation mit Hautbefund

Sicher delegieren

DDG und Verbände schaffen Orientierung

Anleitung und Einweisung in Gesundheitsapps

BERLIN. Schluss mit den Unklarheiten: Ein neues Papier definiert, welche Leistungen an Diabetesberaterinnen delegierbar sind.

Diabetesberaterinnen und Diabetesberater DDG können im Praxisalltag dank ihrer vielfältigen Qualifikationen eine große Entlastung sein. Sie bereiten etwa Arztgespräche vor und führen Messungen durch. Sie schulen Patienten und üben mit diesen Injektionen und Blutzuckerselbstkontrolle. Damit die Zusammenarbeit von Mediziner- und Beraterteam reibungslos klappt, muss im Detail abgestimmt werden, wer welche Leistungen übernimmt. Um dies zu erleichtern, haben DDG, VDBD, BVND und BVDK nun Rahmenempfehlungen zur Delegation erarbeitet. Das Papier nennt Tätigkeiten, die – vereinbar mit dem Arztrecht – delegiert werden können und definiert zugleich die Fähigkeiten und Kenntnisse, die die Fachkräfte dafür mitbringen sollten. Kathrin Boehm, Stellvertretende Vorsitzende des VDBD, berufsfachliche Leitung der Weiterbildungsstätte Bad Mergentheim und Mitglied des DDG Ausschusses QSW, erklärt die Empfehlungen im Interview. **17**

Fotos: Gstudio – stock.adobe.com, iStock/pseudodaemon, iStock/incohre

Digitalisierung, der dritte Akt

BERLIN. Auf das Digitale-Versorgung- und das Patientendaten-Schutz-Gesetz folgt nun das Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege. Mitte dieses Jahres soll es in Kraft treten und z.B. Videosprechstunden und telemedizinische Leistungen fördern. Experten der DDG haben sich das Geplante kritisch angeschaut. **6**

Maßgeschneiderte Prävention

Sechs unterschiedliche Subtypen des Prädiabetes entdeckt

TÜBINGEN. Schon bei der Diagnose Typ-2-Diabetes leiden manche unter Folgeschäden. Welche Menschen ein besonders hohes Risiko für Komplikationen zu erwarten haben, lässt sich bislang nicht vorhersagen. Die Ergebnisse einer Tübinger Langzeitstu-

die könnten nun jedoch den Weg zu einer personalisierten Prävention bereiten. Denn bereits in der Prädiabetesphase lassen sich offenbar verschiedene pathophysiologische Subgruppen unterscheiden. Dafür spricht die Auswertung der medizinischen Da-

ten zahlreicher Menschen mit erhöhtem Diabetesrisiko, die über 25 Jahre hinweg wiederholt umfangreich untersucht wurden.

Forschende der Uniklinik Tübingen, des Helmholtz Zentrums München und des DZD präsentierten nun eine

Klassifikation in sechs Subtypen des Prädiabetes – drei davon Hochrisikogruppen. Dabei liefern die Erkenntnisse z.B. Hinweise darauf, wer von einem frühen medikamentösen Schutz der Niere oder einer Senkung des Leberfetts profitieren könnte. **3**

Chance virtuelle Diabetesklinik

BERLIN. So manche fürchten ob der zunehmenden Digitalisierung um ihre Bedeutung in der Versorgung von Diabetespatienten. Experten sind sich jedoch einig, dass jene Apps und Devices niemals das Diabetesteam ersetzen können. Vielmehr gehe es darum, Ressourcen effizienter als bisher zu nutzen. Ein Update vom DiaTec-Kongress. **8**

Warten auf den Impfstoff

Praxis und Klinik haben sich auf die Pandemie eingestellt

MARL/HEIDELBERG. Ein chaotischer Start der Terminvergabe für die COVID-19-Impfung der über 80-Jährigen und der Wust an Meldungen über Sicherheit und

Verfügbarkeit der Impfstoffe führten in den Praxen zu Nachfragen und Beratungsbedarf. Der niedergelassene Diabetologe Dr. Nikolaus Scheper bittet seine Patienten

um Geduld: „Wenn der Impfstoff da ist, unterhalten wir uns.“ Auskünfte haben derzeit oft nur eine kurze Gültigkeit. Mit seiner Praxis ist der Kollege gut durch das Jahr 2020

gekommen. Der Heidelberger Chefarzt PD Dr. Erhard Siegel berichtet dagegen von gravierenden Folgen der Pandemie auf die Diabetesversorgung im Krankenhaus. **4**

Seite 19 Erhöhtes Risiko für manche Krebsarten

LEICESTER. Eine große Metaanalyse erhärtet den Verdacht: Ein Typ-2-Diabetes kann bei den Betroffenen vermehrt zu Leber-, Pankreas- und Endometriumkarzinomen führen.

Seite 36 Greifbare Gesprächshilfe

BERLIN. Um die individuellen Sorgen und Wünsche von Diabetespatienten zum Thema Bewegung besser verstehen zu können, bietet die AG Sport 26 Karten mit kleinen Einstiegshilfen.

Seite 21 Rasch anmelden: Jahrestagung AG Fuß

WORMS. Kurzentschlossene können noch an der interdisziplinären Online-Tagung der AG Fuß am 26. und 27. Februar teilnehmen. Themen sind u.a. Fußinfektionen und Fersenläsionen.



Ruhig Blut in der Diagnostik

BERLIN. Um einen manifesten Diabetes zweifelsfrei festzustellen, reicht ein Blick auf die Nüchternblutglukose und den HbA_{1c}-Wert nicht aus. Zu schnell schleichen sich Fehler bei der Bestimmung ein, zudem unterliegen die Werte teils erheblichen Schwankungen. Worauf man in der Diagnostik unbedingt achten sollte, erklärt die DDG in ihrer neuen Praxisleitlinie. Lesen Sie diesen und weitere Berichte von der Diabetes Herbsttagung 2020. **7-12**

News & Fakten

Sechs Subtypen des Prädiabetes identifiziert, COVID-19-Impfungen für Diabetespatienten, Diabetesversorgung in der Klinik während der Pandemie, Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken, Stellungnahme zum DVPMG, Videoschulungen im Diabetes-DMP 3–6

Kongress aktuell

Berichte von der Diabetes Herbsttagung 2020, Bericht vom DiaTec 2021, Berichte vom EASD 2020, Vorankündigung des Diabetes Kongresses 2021 7–16

Das Interview

Kathrin Boehm vom VDBD zu den Rahmenempfehlungen zu ärztlich delegierbaren Leistungen an die Berufsgruppe der Diabetesberater/innen DDG 17

Forum Literatur

Metaanalyse zu Krebsrisiko bei Typ-2-Diabetes, Langzeiteffekte von SMS-Interventionen auf Adhärenz, Kombitherapie: Basalinsulin plus GLP1-RA, Mortalitätsrate jüngerer Diabetespatienten durch COVID-19 erhöht, Diabetes-Manifestation durch Sport verhindern, Alkoholkonsum bei Diabetespatienten 19–21, 26

Im Blickpunkt

Ausblick auf die Online-Jahrestagung der AG Fuß, Serie: AG Diabetes und Herz ... 21, 28

Medizin & Markt

Berichte aus der Industrie 24–25

Personalien

Vorstand und Geschäftsführung der DDG 29

Kurznachrichten

Neu- oder re-zertifizierte Kliniken und Arztpraxen, Neue Diabetologinnen und Diabetologen DDG 29

Weiterbildung & Qualifikation

Diabetesberater/in DDG, Diabetesassistent/in DDG, Fit für die Weiterbildung – Vorbereitungsseminar des VDBD, Train-the-Trainer-Seminar: »Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG«, Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG, Diabetespflegefachkraft DDG (Klinik), Wundassistent/in DDG, 80-Std.-Kurs Klinische Diabetologie, Seminare Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung in der Diabetologie, Fachpsychologe/in DDG 30–32

Job- & Praxenbörse

Stellenangebote, Stellengesuche, Nachfolge gesucht, Famulatur-, PJ- und Hospitationsbörse 34–35

Buntes 36

»Nutzen wir unser Wissen!«

Neue Erkenntnisse sinnvoll einsetzen

Liebe Leserinnen und Leser,

im Namen der Deutschen Diabetes Gesellschaft wünsche ich Ihnen ein glückliches und gesundes neues Jahr 2021!

Ich hoffe, es ergeht Ihnen ähnlich wie mir und die aktuellen Entwicklungen stimmen Sie, trotz aller Hürden, optimistisch, dass die Coronapandemie im Laufe des Jahres Schritt für Schritt immer weniger unseren Alltag bestimmen wird – auch in den Arztpraxen und Kliniken. Ein wichtiger Baustein dafür sind – neben einer großen Portion Geduld und Ruhe – die Impfungen, die, wenn auch mit augenfällig holprigem Start, unsere entscheidende Waffe in diesem Kampf gegen SARS-CoV-2 sind.

Das bewegt uns natürlich alle, stimmt den einen eher skeptisch und lässt den anderen schon ungeduldig auf seinen Impftermin warten. Auf Seite 4 in dieser Ausgabe finden Sie einen Bericht zum aktuellen Stand der Impfungen. Kollegen berichten weiterhin von ihren Erfahrungen aus dem vergangenen Jahr sowie dem Einfluss der Pandemie auf die Diabetesversorgung.

»Die Forschung an wichtigen Diabetesthemen geht selbstverständlich weiter«

Aber nicht alles dreht sich um Corona in diesen Zeiten. Die Forschung auch an wichtigen Diabetesthemen geht selbstverständlich weiter, um dieser komplexen Erkrankung, ihren Ursachen und Ausprägungen mehr und mehr auf die Schliche zu kommen. Den Tübinger Kollegen ist es nun gelungen, einen wichtigen Schritt in Sachen maßgeschneiderter Prävention zu gehen. Ähnlich wie beim manifesten Typ-2-Diabetes konnten sie auch für dessen Vorstufe sechs klar voneinander abgrenzbare Subtypen einteilen. Die spannenden Studienergebnisse finden Sie auf Seite 3 in dieser Ausgabe.



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

»Mehr Online-Live-Angebote beim digitalen Diabetes Kongress 2021«

Mit Spannung blicken wir bereits Richtung Mai und freuen uns, nach dem Ausfall des Diabetes Kongresses in 2020, den ersten digitalen Diabetes Kongress auszurichten. Wie auch in den Jahren zuvor erwartet Sie ein vielfältiges wissenschaftliches Programm mit hochkarätigen nationalen und internationalen Expertinnen und Experten aus der Diabetologie und angrenzenden Disziplinen.

Nach den Erfahrungen aus der ersten digitalen Diabetes Herbsttagung haben wir uns den Schwerpunkt gesetzt, die Interaktionsmöglichkeiten auszubauen. Aus diesem

Grund werden alle Symposien live angeboten, sodass Ihre Fragen zu den Themen direkt in die Symposien eingebunden und in einer Diskussionsrunde mit den Referierenden beantwortet werden. Melden Sie sich gleich an.

Unter anderem wird dort auch die gemeinsam mit beteiligten Fachverbänden erstellte „Empfehlung zu ärztlichen delegierbaren Leistungen in der Diabetologie“ vorgestellt. Damit wird erstmals ein Handlungsrahmen für Aufgaben von nicht-ärztlichen Assistenzberufen definiert. Ein Interview zu diesem Thema mit Kathrin Boehm vom VDBD lesen Sie auf Seite 17. Mein besonderer Dank gilt Frau Dr. Dorothea Reichert vom BVND und Herrn PD Dr. Erhard Siegel vom BVKD für deren intensives und konstruktives Mitwirken an der Empfehlung.

Herzlichst Ihre

Prof. Dr. Monika Kellerer

diabeteszeitung

© 2021, Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH
Alleiniger Gesellschafter: Süddeutscher Verlag
Hüthig Fachinformationen GmbH, München
Verlag: Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH
Anschrift: Unter den Eichen 5, 65195 Wiesbaden
Telefon: 0611 9746-0, Telefax Redaktion: 0611 9746 480-303
E-Mail: kontakt@medical-tribune.de
www.medical-tribune.de

CEO: Oliver Kramer

Geschäftsführung: Stephan Kröck, Markus Zobel

Geschäftsleitung: Rüdiger Sprunkel

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

Redaktionsleitung: Jochen Schlabing

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

Redaktion Medizin: Dr. Judith Besseling, Maria Fett,
Dr. Moyo Grebbin

Redaktion Politik: Michael Reischmann (verantwortlich),
Isabel Aulehla

Weitere Mitarbeiter: Cornelia Kolbeck, Antje Thiel

Leitung Corporate Publishing: Hannelore Schell

Redaktionsbeirat:

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

Vertreter der angrenzenden Fachgebiete:

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

Koordination in der DDG Geschäftsstelle: Katrin Bindeballe

Leitung Layout: Andrea Schmuck

Layout: 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

Anzeigen-Preisliste Nr. 6 vom 1.1.2021

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

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

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



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

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

www.blauer-engel.de/uz195

Dieses Druckerzeugnis wurde mit dem
Blauen Engel ausgezeichnet



»The good, the bad and the ugly?« Prädiabetes näher charakterisiert

DZD-Forscher identifizieren Personencluster mit unterschiedlichem Krankheitsrisiko

TÜBINGEN. Ein wichtiger Schritt in Sachen Präzisionsmedizin: Wie der manifeste Typ-2-Diabetes lässt sich auch dessen Vorstufe in klar abgrenzbare Untergruppen einteilen. Diese Unterscheidung könnte eine individuelle und frühe Prävention von Typ-2-Diabetes und seinen Folgeerkrankungen ermöglichen.

Bisher konnte man bei Menschen mit Prädiabetes nicht vorhersehen, ob sie einen Diabetes entwickeln und Risiken für schwere Folgeerkrankungen wie Nierenversagen haben oder nur eine harmlose Form von leicht höheren Blutzuckerwerten ohne bedeutsames Risiko aufweisen“, so Professor Dr. Dr. hc mult. em. HANS-ULRICH HÄRING. Eine solche Unterscheidung wäre jedoch eine wichtige Voraussetzung dafür, dem Typ-2-Diabetes früh und gezielt vorzubeugen. Diesem Ziel sind Forschende des Instituts für Diabetesforschung und Metabolische Erkrankungen (IDM) des Helmholtz Zentrums München an der Universität Tübingen, des Universitätsklinikums Tübingen und des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung (DZD) nun ein gutes Stück näher gekommen – dank einer Studie, die Prof. Häring vor

25 Jahren gemeinsam mit Professor Dr. ANDREAS FRITSCHKE am Universitätsklinikum Tübingen initiierte. Die Arbeit basiert auf einer Analyse der Stoffwechselformparameter von 899 Teilnehmenden der Tübinger Familienstudie (TUEF) und der Studie des Tübinger Lebensstilprogramms (TULIP). Die Probanden wurden in den vergangenen 25 Jahren wiederholt intensiv klinisch, laborchemisch, kernspintomografisch und genetisch untersucht. Zudem dokumentierte die Studienärzteschaft das Auftreten von Nieren- und Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes sowie die Mortalität.

Nicht immer korrelierte Übergewicht mit schlechter Prognose

Mittels einer Clusteranalyse identifizierten die Forschenden sechs klar voneinander abgrenzbare Subtypen. Diese konnten auch bei 6810 Probanden der Londoner Whitehall-II-Kohorte bestätigt werden. Die **Cluster 1, 2 und 4** zeichneten sich durch ein niedriges Risiko für Typ-2-Diabetes sowie dessen Folgeerkrankungen aus. Normalgewichtige, dem **Cluster 2** zugeordnete Menschen hatten eine besonders gute Gesundheitsprognose. Doch auch bei Übergewichtigen des **Clusters 4** traten selten Diabetes oder damit zusammenhängende Probleme auf. Erkrankten Personen dieser drei Cluster doch an Typ-2-Diabetes, so war dieser meist mild ausgeprägt.

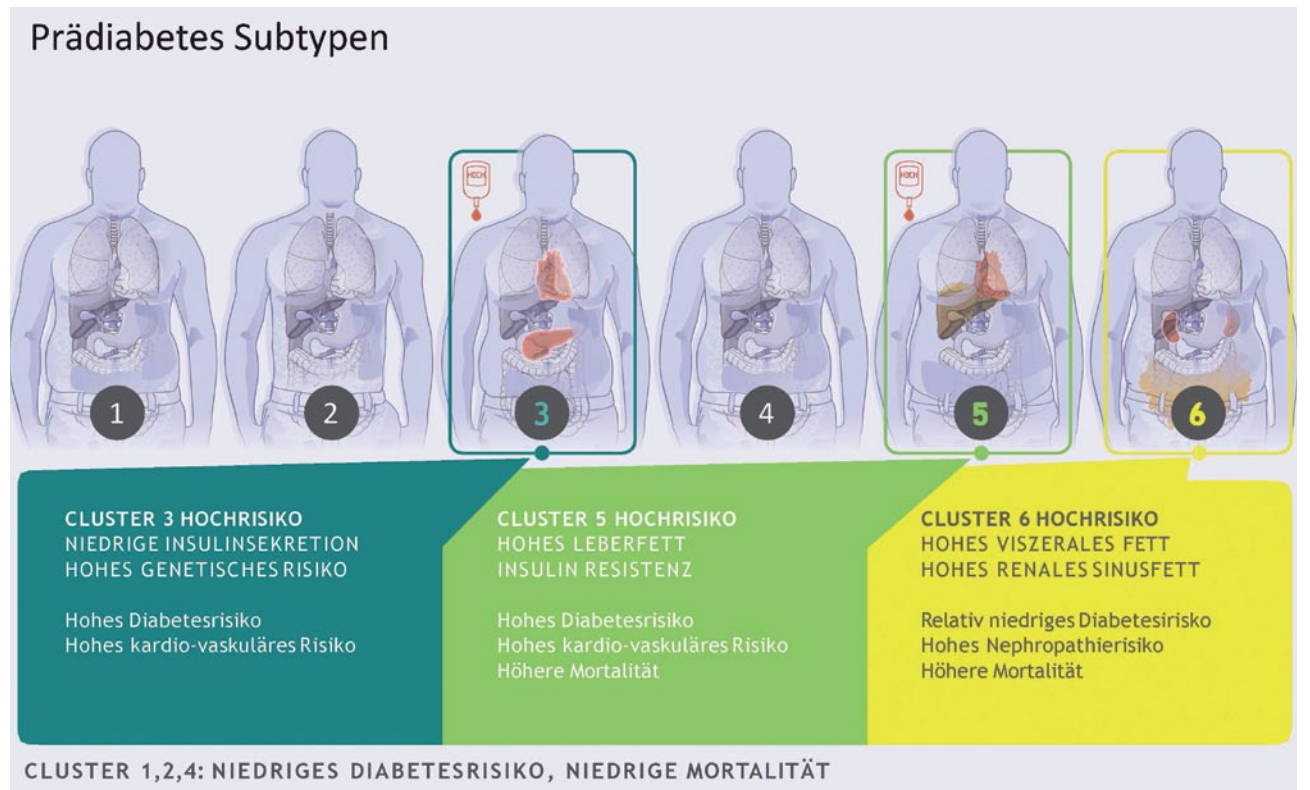


Foto: Institut für Diabetesforschung und Metabolische Erkrankungen des Helmholtz Zentrums München an der Universität Tübingen; DZD

Clusteranalyse

Die Clusteranalyse ist ein mathematisches Verfahren, mit dem man anhand vorgegebener Kriterien und (beispielsweise klinischer) Merkmale Untersuchungsobjekte (in diesem Fall Personen) gruppieren kann. Die so gefundenen Gruppen – auch Cluster genannt – enthalten jeweils Fälle, die sich ähnlich sind. Ein gebildetes Cluster ist folglich in sich maximal homogen, unterscheidet sich aber gleichzeitig von den anderen Clustern so stark wie möglich.

Pressemitteilung des DZD

Foto: iStock/sumkinn

Die **Subtypen 3, 5 und 6** hingegen korrelierten mit einer schlechten Prognose. Personen, die dem **Cluster 3** angehörten, besaßen ein hohes genetisches Risiko, an Typ-2-Diabetes zu erkranken. Zudem hatten sie eine moderat erhöhte viszerale Fettmenge und wiesen eine niedrige Insulinsekretion auf. Der **Cluster 5** war durch Adipositas, eine ausgeprägte Fettleber und Insulinresistenz sowie niedrige Insulinsekretion charakterisiert. Diese Gruppe besaß das höchste Risiko für Typ-2-Diabetes, Nieren- und Herz-Kreislauf-

»Cluster 5 besaß die höchste Mortalitätsrate«

Krankheiten und hatte die höchste Mortalitätsrate.

Risikogruppe für frühe Nierenschäden identifiziert

Dem **Cluster 6** zugeordnete Personen zeichneten sich durch Fettleibigkeit mit einem hohen Anteil viszeralen Fettes und renalen Sinusfettes aus. Im Gegensatz zu den Subtypen 3 und 5 hatten sie jedoch nur ein moderat erhöhtes Diabetesrisiko – obwohl etwa die Hälfte der Tübinger Cluster-6-Probanden anfangs bereits erhöhte Glukosewerte aufwies. In dieser Gruppe traten oft, auch vor einer Diabetesmanifestation, schwere Nierenerkrankungen auf. Entwickelten Betroffene einen Diabetes, war dieser in der Mehrheit der Fälle schwer und durch Insulinresistenz gekennzeichnet. Die Gesamtsterblichkeit war im Cluster 6 gegenüber Cluster 1 um 40 % gesteigert.

„Wie beim manifesten Diabetes gibt es auch im Vorstadium des Diabetes unterschiedliche Krankheitstypen, die sich durch Blutzuckerhöhe, Insulinwirkung und Insulinausschüttung, Körperfettverteilung, Leberfett sowie genetisches Risiko unterscheiden“, fasst Erstautor Professor Dr. ROBERT WAGNER vom IDM zusammen. „Die Ergebnisse sind ein wichtiger Schritt in Richtung Präzisionsmedizin. Daran arbeiten wir im DZD weiter“, sagt DZD-Vorstand Professor Dr. mult. Martin Hrabě de Angelis. In den nächsten Schritten soll prospektiv geprüft werden, inwiefern die neue Klassifikation für eine Einteilung einzelner Personen in Risikogruppen anwendbar ist.

Dr. Moyo Grebbin

Wagner R et al. Nat Med 2021; doi: 10.1038/s41591-020-1116-9 und Pressemitteilung des DZD

»Und was bedeutet das jetzt praktisch?«

KOMMENTAR

„Eine unmittelbare Folge unserer Ergebnisse ist, dass der Forschungsbereich um die Prävention des Typ-2-Diabetes sich jetzt auf separate Gruppen fokussieren kann, die viel konsistenter und aussagekräftiger sind als die frühere unspezifische Prädiabetes-Kategorie. Bestätigt sich unser Ansatz prospektiv, könnte er zudem künftig den Weg zu personalisierten Präventionsansätzen öffnen. Ziel ist hier nicht nur die Vermeidung von Diabetes, sondern vielmehr der Folgekomplikationen. Im Falle des Clusters 6, bei dem die Betroffenen lange im Zustand der ‚intermediären Glykämie‘ bleiben, aber trotzdem ein hohes Komplikationsrisiko haben, könnte etwa eine



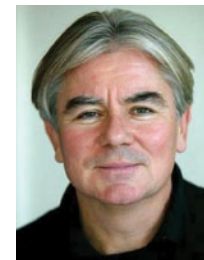
Prof. Dr. Robert Wagner
IDM, Uni Tübingen, DZD
Foto: zVg

Pharmakotherapie zum frühen Schutz der Niere zum Einsatz kommen. Beim Cluster 5, das durch hohes Leberfett und Insulinresistenz gekennzeichnet ist, sollte das Hauptziel die Senkung des Leberfettes durch Lebensstilinterventionen sein. Beim Cluster 3 liegt die Ursache des Typ-2-Diabetes schwerpunktmäßig im Betazellversagen. Es ist noch ungeklärt, welche Rolle dabei das viszerale Fett und vor allem das Pankreasfett spielen. Das hohe genetische Risiko bei diesem Cluster könnte aber dafür sprechen, dass das Betazellversagen zu einem gewissen Grad vorgegeben ist. Hier wäre es interessant zu untersuchen, ob diese Menschen von einer frühen Therapie mit Insulin oder GLP1-Analoga zur Verbesserung der Insulinsekretion profitieren.“

»Weltweit größte Datenbank dieser Art«

KOMMENTAR

„Schon vor 25 Jahren wussten wir, dass der Typ-2-Diabetes nicht von heute auf morgen beginnt. Ich war überzeugt: Wenn wir genau hinsehen, werden wir nicht einen Prädiabetes finden, sondern viele. Die Hypothese fußte auf langjähriger klinischer Erfahrung und Forschungsbeobachtungen, die ich an der Harvard Medical School machte: die hohe Varianz auf Ebene der Insulinrezeptoren und nachgeschalteten Signalwege. Ich wollte diese Phase also beim Menschen beschreiben – doch Prädiabetiker wissen nicht, dass sie Prädiabetiker sind, man kann sie nicht ohne Weiteres untersuchen. Daher startete ich die Tübinger Familienstudie (TUEF). Wir suchten dafür aktiv nach Menschen

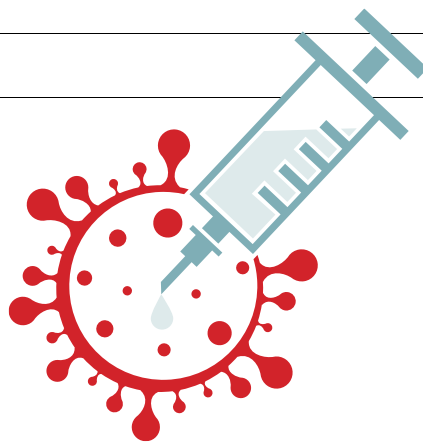


Prof. Dr. em. Hans-Ulrich Häring
Tübingen, DZD
Foto: zVg

mit erhöhtem Diabetesrisiko und charakterisierten sie mit allen vorhandenen technischen Mitteln. Dank hervorragender interdisziplinärer Zusammenarbeit konnten wir bislang etwa 7000 Menschen sehr genau untersuchen. Besonders möchte ich stellvertretend für alle Kooperationspartner Prof. Andreas Fritsche nennen. Heute ist TUEF die weltweit größte, tief phänotypisierte Datenbank dieser Art. Prof. Wagners Veröffentlichung ist für mich ein schöner Endpunkt meines 25-jährigen Masterplans. Andererseits steckt in den Daten noch einiges mehr, was durch die interdisziplinären Arbeiten im DZD weiter untersucht wird, damit es den Menschen zugute kommt. Besonders wichtig ist das auch für die Motivation der Betroffenen, denn eine Lebensstilintervention ohne Effekt ist unendlich frustrierend!“

»Nicht nervös werden«

Zeit der Impfungen in den Praxen wird kommen



WIESBADEN. Welcher Impfstoff gegen COVID-19 ist der beste für mich? Wann werde ich geimpft? Welche Vorteile bringt mir das? Das sind Fragen, die seit dem holprigen Impfstart viele Erkrankte und Gesunde umtreibt. Der niedergelassene Diabetologe Dr. Nikolaus Scheper bleibt ruhig und rät zur Geduld.

Er mag die negativen Berichte über die Organisations- und Lieferprobleme bei der COVID-19-Impfung nicht mehr lesen und hören. Dr. NIKOLAUS SCHEPER führt zusammen mit zwei hausärztlichen Kolleginnen eine diabetologische Schwerpunktpraxis in Marl und ist der Vorsitzende des Bundesverbandes Niedergelassener Diabetologen. Es hat seit dem ersten Coronafall in Deutschland nicht einmal ein Jahr gedauert, bis der erste Impfstoff zugelassen und verabreicht wurde, erinnert er. Dass die Liefererwartungen größer sind als die anfänglichen Produktionsmöglichkeiten, wundert ihn nicht. Auch in Nordrhein-Westfalen verlief der Start der Impfterminvergabe für die über 80-Jährigen chaotisch. „Ob man eine Woche früher oder später geimpft wird“ sei kein Grund zur übertriebenen Aufregung, meint der Arzt. Er geht sowieso davon aus, dass wir uns noch das ganze Jahr mit Corona herumschlagen müssen.

»Wenn Impfstoff da ist, unterhalten wir uns«

Patienten, die ihn wegen ihrer Impfung befragen, rät er, nicht nervös zu werden: „Wenn der Impfstoff da ist, unterhalten wir uns.“ Er habe sich angewöhnt, keine Auskünfte zu geben, die mehr als eine Woche Gültigkeit haben sollen, sagt Dr. Scheper. Wie die Impfung bei den Niedergelassenen im Detail ablaufe, werde sich klären, sobald der passende Impfstoff ausreichend verfügbar sei.

Impfung verhinderte nicht den Rückzug in die Quarantäne

DDG und diabetesDE begrüßen, dass sich aufgrund der vom Bundesgesundheitsministerium geänderten Impfverordnung Menschen mit Diabetes und einem HbA_{1c}-Wert ≥ 58 mmol/mol bzw. $\geq 7,5$ % nun früher für eine Corona-Impfung anmelden können und so schneller vor weiteren ernsthaften Komplikationen geschützt werden sollen. Zunächst waren schwer oder chronisch Erkrankte in die Priorisierungsgruppe 3 eingestuft worden. Es mangelt also wahrlich nicht an neuen Informationen, sagt Dr. Scheper. Störend sei eher deren Widersprüchlichkeit – insbesondere bei den Experteneinschätzungen. Er fordert seine Patienten auf, sich selbst eine Meinung zu bilden. Dass auch im Medizin- und Pflegebetrieb Tätige zögern, sich impfen

zu lassen, kann er nachvollziehen. In der Ärzteschaft seien noch die einst „industrietriggerterten“ Empfehlungen der Ständigen Impfkommission in Erinnerung. Zudem befreie eine Impfung bislang nicht von Einschränkungen. Dr. Scheper nennt das Beispiel einer angestellten Kollegin, die wegen ihrer Tätigkeit in Pflegeheimen bereits geimpft ist. Als deren Tochter positiv auf SARS-CoV-2 getestet wurde, musste auch sie zehn Tage lang in Quarantäne. Solange nicht klar sei, ob Geimpfte andere Menschen anstecken, bleibe es bei den bisherigen Schutzmaßnahmen. Auf das erste Pandemiejahr zurückblickend stellt der Diabetologe fest, dass der Umsatz im Rahmen jahresbedingter Schwankungen geblieben ist. Ausgleichszahlungen aus dem sog. Rettungsschirm musste er nicht beanspruchen. Allerdings wünscht er sich, die gesetzlichen Krankenkassen würden ähnlich wie die PKV den höheren Hygieneaufwand bei Präsenzkontakten honorieren. Der Praxisbetrieb konnte umgerüstet gut fortgeführt werden. Die Pa-

tienten müssen nun zwar im Treppenhaus oder anderswo warten, bis sie in die Praxis gelassen werden, und Präsenzs Schulungen finden nur noch mit vier statt acht Teilnehmern statt, berichtet der Arzt. Doch letztlich sind es relativ wenige Patienten, die aus Angst vor einer Ansteckung

der Praxis fernbleiben. Sie werden telefonisch oder „in Ausnahmefällen“ per Videoschleife betreut. Angenehm findet Dr. Scheper, dass in diesem Winter die Grippe- und Erkältungssaison inner- und außerhalb der Praxis ausgefallen ist. **AHA sei Dank!** *Michael Reischmann*



Wo lassen sich im Internet verständliche und seriöse Informationen zu Fallzahlen und Impfungen finden? Eine offizielle Website ist www.zusammengegencorona.de.

Keine Frage des Diabetes-Typs

Dass Menschen mit Diabetes Typ 2 zu denjenigen gehörten, die wegen ihres Risikos für einen schweren COVID-19-Verlauf von der Bundesregierung seit Mitte Dezember 2020 kostenlose FFP2-Masken erhielten, hat die DDG begrüßt. Allerdings hätte diese Verteilung allen Patienten mit Diabetes zugutekommen müssen, die entweder über 60 Jahre sind oder stark schwankende Glukosewerte, einen BMI von über 30 kg/m², Folgeerkrankungen wie Gefäßkomplikationen, Organschäden bzw. eine Hypertonie aufweisen, meint die Fachgesellschaft. Bereits im Dezember hatte sie das Bundesgesundheitsministerium und die Patientenbeauftragte der Regierung auf den Nachbesserungsbedarf aufmerksam gemacht.

Stellungnahme der DDG:
bit.ly/ddg-ffp2

Dramatisch mehr Komplikationen

Diabetesversorgung während der Pandemie ist eine Herausforderung

HEIDELBERG. Die Coronapandemie hat den Klinikalltag nicht nur auf den Intensivstationen, sondern auch in der Diabetologie durcheinandergewirbelt.

Als am 6. März 2020 der erste Lockdown begann, wurde unser Krankenhaus innerhalb von nur zehn Tagen vollkommen auf den Kopf gestellt“, berichtet Privatdozent Dr. ERHARD SIEGEL, Ärztlicher Direktor und Chefarzt Innere Medizin, Abteilung für Gastroenterologie, Diabetologie, Endokrinologie und Ernährungsmedizin am St. Josefskrankenhaus Heidelberg. Alle Abläufe mussten angepasst werden, angefangen beim Erstellen von Notfallplänen, über zum Teil täglich zu überarbeitende Hygieneregulungen, das Einrichten von Quarantänestationen, bis hin zum Beschaffen



PD Dr.
Erhard Siegel
St. Josefskrankenhaus
Heidelberg
Foto: Dirk Michael Deckbar

von Schutzmasken und -kleidung. Da die ansonsten an fünf Tagen die Woche geöffnete diabetische Tagesklinik aus Infektionsschutzgründen schließen musste, kann die Abteilung für Diabetologie, die im Schnitt 3000 Patienten jährlich betreut, seit dem Frühjahr 2020 keine Gruppenschulungen zur Diabetesberatung mehr anbieten.

„Wir mussten von einem Tag auf den anderen auf Einzelschulungen

umstellen“, sagt Diabetesberaterin ULRIKE SELTENREICH. Eine Herausforderung sei es, den Patienten klarzumachen, dass sie ihr Diabetesmanagement gerade jetzt nicht vernachlässigen dürften, da ein schlecht eingestellter Diabetes mellitus eine hochgradige Gefährdung im Fall einer COVID-19-Infektion darstelle. Erschwerend komme hinzu, dass die Patienten durch die Isolierung nach stationärer Aufnahme nur eingeschränkt erreichbar und schulbar seien. „In der Zeit dürfen sie weder Kontakt zu Angehörigen oder Freunden haben, was auch für uns ein großes Problem darstellt, vor allem bei Patienten, bei denen wir auf die Unterstützung durch Begleitpersonen angewiesen sind, wie Migranten oder ältere Menschen“, erklärt Dr. Siegel. Zudem scheuten Patienten

aus Angst vor einer Ansteckung mit SARS-CoV-2 einen Klinikaufenthalt. Was den Diabetologen regelrecht schockiert ist die Tatsache, dass seit Ausbruch der Pandemie die Zahl der Patienten mit einem völlig entgleiten Diabetes mellitus und den damit einhergehenden Komplikationen dramatisch zugenommen hat, während insgesamt deutlich weniger Patienten stationär behandelt wurden. So lagen die Fallzahlen der Abteilung für Innere Medizin im zurückliegenden Jahr um rund ein Drittel hinter denen des Vorjahres. „Zeitgleich hat-

ten wir einen Anstieg allein der Fälle mit Ketoazidose um 8 %.“ Um wieder empathische Schulungen durchführen zu können, müssten Konzepte, unter anderem für Webinare, erarbeitet werden, die im klinischen Alltag eines Akutkrankenhauses mit Diabetesabteilung trotz der erforderlichen Aufnahmeisolation und sozialen Distanzierung umgesetzt werden können. Eine besondere Herausforderung, vor allem für Diabetesfachkliniken, stellt nach Ansicht von Dr. Siegel die Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PpUGV) dar. „Bei fehlender Verfügbarkeit von Pflegepersonal in der Pandemie fällt die PpUGV zuungunsten der stationären Diabetesstationen aus und kann für einige Kliniken sogar existenzbedrohend werden.“ *Petra Spielberg*

»Umstellung auf Einzelschulung«

Ein Jahr Zeit zum Vorbereiten

Neue Apothekendienstleistungen stehen im Gesetz – Start aber erst 2022

BERLIN. Apotheken sollen künftig mehr pharmazeutische Dienstleistungen anbieten und dafür zusätzliches Geld erhalten. Dies kündigte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn im Herbst an. Das dazu beschlossene Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken (VOSG) räumt ein Jahr für die Vorbereitungen ein.

Der Deutsche Apothekerverband und der GKV-Spitzenverband sollen laut VOSG zwecks besserer Versorgung der Patienten neue pharmazeutische Dienstleistungen vereinbaren. Der Gesetzgeber denkt dabei beispielsweise an eine intensive pharmazeutische Betreuung bei einer Krebstherapie oder die Arzneimittelversorgung von pflegebedürftigen Patienten in häuslicher Umgebung. Per Änderung der Arzneimittelpreisverordnung werden für die neuen Angebote zugleich 150 Mio. Euro netto zur Verfügung gestellt.



Prof. Dr.
Martin Schulz
Geschäftsführer
Arzneimittel, ABDA
Foto: ABDA

Das klingt vielversprechend, doch für die Umsetzung braucht es Geduld, denn das Geld wird laut Gesetz erst ab Januar 2022 fließen. „Diese Regelung macht verständlich, warum der Deutsche Apothekerverband und der GKV-Spitzenverband noch keine große Eile gezeigt haben, über die künftigen honorierten Dienstleistungen zu verhandeln“, schreibt die Apothekenplattform „DAZ.online“.

GABRIELE REGINA OVERWIENING, Präsidentin der ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, ist dennoch zuversichtlich: 2021 stehe somit zur Verfügung, um Dienstleistungen zu etablieren, mit den Kassen zu verhandeln, Nachfrage zu erzeugen und den Nutzen der Leistungen deutlich zu machen.

ABDA-Lenkungsgruppe hat viele Ideen entwickelt

Overwiening erwartet keine leichten Verhandlungen zwischen dem Deutschen Apothekerverband und den Krankenkassen. Eine ABDA-Lenkungsgruppe habe viele gute Ideen erarbeitet. „Es gibt ein Potpourri an Möglichkeiten, wir werden herausfiltern, welche wir zuerst auf den Weg bringen.“ Details nennt sie nicht. Professor Dr. MARTIN SCHULZ, Geschäftsführer Arzneimittel der

ABDA, ist auch stellvertretender Vorsitzender der Kommission Apotheker in der Diabetologie von DDG und Bundesapothekerkammer. Er unterstreicht das Ziel, „für die Patienten relevante Aspekte der Arzneimittelversorgung mit den dann honorierten pharmazeutischen Dienstleistungen zu adressieren“. Im Fokus stehe die Vermeidung und Verschlimmerung von Volkskrankheiten, die Verbesserung der Therapietreue und die Verminderung

von Risiken durch (Poly-)Medikation. Die Belange von Menschen mit Diabetes lägen der Kommission in besonderem Maße am Herzen. „Wir müssen aber die Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband abwarten“, so Prof. Schulz.

»Keine leichten Verhandlungen«

MANFRED KRÜGER, Fachapotheker für Pflegeversorgung und ebenfalls Mitglied der DDG/BAK-Kommission, begrüßt es, dass die Kompetenz der Apothekerinnen und Apotheker stärker ins Versorgungs- und Betreuungssystem eingebunden wird. Selbsthilfegruppen und Verbraucherverbände hätten z.B. auf Möglichkeiten im Bereich der Prävention hingewiesen oder firmenunabhängige Beratungen und Hilfe bei Geräte-defekten vorgeschlagen. kol

Preisgleichheit

Durch das Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken (VOSG) gilt für gesetzlich Versicherte jetzt auch der gleiche Preis für verschreibungspflichtige Arzneimittel – unabhängig davon, ob sie diese in der Vor-Ort-Apotheke oder über eine EU-Versandapotheke beziehen. Versandapotheken dürfen gesetzlich Versicherten keine Rabatte mehr auf rezeptpflichtige Arzneimittel gewähren.

Ozempic® ist der einzige GLP-1 RA mit einem vom G-BA anerkannten **kardiovaskulären Zusatznutzen**.^{a,1}

www.ozempic.de

Anerkannt vom G-BA^{a,1}

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

Abkürzungen: G-BA = Gemeinsamer Bundesausschuss; GLP-1 RA = Glucagon-like Peptide-1 Rezeptoragonist

a. Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen bei erwachsenen Patienten mit Typ 2 Diabetes, bei denen Diät und Bewegung allein den Blutzucker nicht ausreichend kontrollieren (in Kombination mit Medikation zur Behandlung der kardiovaskulären Risikofaktoren, insbesondere Antihypertensiva, Antikoagulantien und/oder Lipidsenker) \geq 50 Jahre mit mind. 1 kardiovaskulärer Erkrankung oder \geq 60 Jahre mit mind. 1 Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen (siehe SUSTAIN 6: Marso SP et al. N Engl J Med 2016;375:1834–1844), wenn unzureichende Behandlung mit b2) einem blutzuckersenkenden Arzneimittel (außer Insulin), zweckmäßige Vergleichstherapie (zVT): Metformin 1 Sulfonylharnstoff oder 1 Empagliflozin oder 1 Liraglutid oder Humaninsulin alleine bei Metformin-Unverträglichkeit/ Kontraindikation; c2) mindestens 2 blutzuckersenkenden Arzneimitteln (außer Insulin), (zVT): Humaninsulin + Metformin oder 1 Empagliflozin oder 1 Liraglutid oder Humaninsulin alleine (bei Unverträglichkeit/Kontraindikation/nicht ausreichender Wirksamkeit von Kombinationspartnern); d2) Insulin-Behandlung (mit oder ohne anderem blutzuckersenkenden Arzneimittel), (zVT): Optimierung des Humaninsulinregimes (ggf. 1 Metformin oder 1 Empagliflozin oder 1 Liraglutid)

1. Gemeinsamer Bundesausschuss. Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage XII – Beschlüsse über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V – Semaglutid https://www.g-ba.de/downloads/40-268-5724/2019-05-02_AM-RL-XII_Semaglutid_D-404_TrG.pdf (abgerufen am 29.09.2020)

2. Fachinformation Ozempic®, aktueller Stand

Ozempic® 0,25 mg Injektionslösung in einem Fertigpen. Ozempic® 0,5 mg Injektionslösung in einem Fertigpen. Ozempic® 1 mg Injektionslösung in einem Fertigpen. Wirkstoff: Semaglutid. **Zusammensetzung:** Arzneilich wirksamer Bestandteil: 0,25/0,5/1 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. 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). **Verschreibungspflichtig. Novo Nordisk A/S, Novo Allé, 2880 Bagsværd, Dänemark.** Stand: September 2020

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

DE2002M00438

»Es gibt ein Potpourri an Möglichem«



1x pro Woche
OZEMPIC®
Semaglutid Injektion

Drittes Gesetz zur Digitalisierung erreicht die Pflege

DDG kommentiert Ankündigungen zum Ausbau von Telematik und Telemedizin

BERLIN. Mit dem Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG) will das Bundesgesundheitsministerium Telemedizin und Telematik-Infrastruktur weiter voranbringen. Das Gesetz, das seit Januar als Kabinettsentwurf vorliegt, soll Mitte 2021 in Kraft treten. Zwei Kommissionen und eine AG der DDG hatten dazu bereits im ersten Stadium Stellung bezogen.



Digitale Anwendungen sollen künftig zum Leistungsangebot der Pflegekassen gehören.

Foto: Khunatorn – stock.adobe.com

Nach der Einführung der digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) sollen über diese künftig auch Daten in die elektronische Patientenakte übertragen werden können. Die Kommissionen „Digitalisierung“ und „Gesundheits- und wissenschaftspolitische Fragen“ der DDG begrüßen das. Allerdings hätte sich die Fachgesellschaft im Sinne der Forschungsfreundlichkeit und individualisierten Gestaltung generell einen weniger restriktiven Datenschutz gewünscht. Zur Einführung gruppenbezogener Höchstpreise für DiGA gibt sie zu bedenken, dass dies Hersteller dazu bewegen könnte, andere Vertriebswege als die GKV zu suchen.

Mit dem neuen Gesetz sollen auf die DiGAs auch digitale Pflegeanwendungen (DiPAs) folgen, die Pflegebedürftigen helfen, ihren Gesundheitszustand durch Trainings zu stabilisieren oder zu verbessern. Dies wird von der DDG ausdrücklich begrüßt. „Hier kann Digitalisierung zu einer wesentlich besseren intersektoralen Kommunikation,

einer besseren Behandlungs- und Versorgungsqualität und einem besseren Patientenmonitoring führen“, schreiben die beiden Kommissionen.

Portal für die Vermittlung von Videosprechstunden

Die AG Geriatrie & Pflege weist darauf hin, dass es bei der Erstattung auf die Ausgestaltung des Verfahrens ankommt. Die Erfahrung mit dem Hausnotruf zeige: Der fixe Zuschuss der Pflegekasse trägt zur Verbreitung bei, die „erweiterten smarten Anwendungen, die leicht anzudocken sind, finden aber nicht statt“.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird beauftragt, ein bundesweit nutzbares Vermittlungsportal bereitzustellen, über das Versicherte Termi-

ne für Videosprechstunden buchen können, kündigt das BMG an. Um sich z.B. für eine Videosprechstunde sicher zu authentifizieren, erhalten Versicherte und Leistungserbringer ab 2023 digitale Identitäten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen auch im Notdienst telemedizinische Leistungen anbieten. Der G-BA hat das Feststellen einer AU per reiner Fernbehandlung auf Dauer zu ermöglichen. Die Kommunikation mit Patienten auf Video- und Messagingdienste auszuweiten, finden die DDG Kommissionen grundsätzlich gut.

Kritik äußern sie dagegen am angekündigten Ausbau des sog. Nationalen Gesundheitsportals: „Dem Eindruck, von der Bundesregierung über das Nationale Gesundheitsportal vertriebene Gesundheitsinformationen seien glaubwürdiger als alle anderen Quellen, wird widersprochen.“ In Kooperation mit dem BMG hat Google mit prominenten Infoboxen auf das Portal verlinkt. Das wurde vom Landgericht München Anfang Februar als kartellrechtswidrig vorläufig untersagt.

»Telemonitoring und -coaching in der Pflege«

»Ab 2023 digitale Identitäten«

Das Bemühen des BMG, weitere Leistungserbringer in den nächsten Jahren an die Telematik-Infrastruktur (TI) anzuschließen, hält die DDG für richtig, schließlich umfasse die Diabetologie auch die Mitwirkung weiterer Berufs- und Fachgruppen wie Pfleger, Orthopädie-Schuhmacher und Rehabilitation.

Gesetzgeber übernimmt die Datenschutz-Folgeabschätzung


Als großen Fortschritt sehen die DDG Kommissionen an, dass der Gesetzgeber mit dem DVPMG die Datenschutz-Folgeabschätzung nach DSGVO für die Verarbeitung personenbezogener Daten in den Komponenten der dezentralen TI, wie Konnektoren und Kartenlesegeräte, übernehmen will. Das befreit die Ärzte von dieser Pflicht, allerdings müssten sie weiterhin in

ihre technische Infrastruktur investieren. Laut BMG sparen die Leistungserbringer immerhin jährlich rund 427 Mio. Euro, weil sie keinen Datenschutzbeauftragten benennen müssen.

Dass für die flächendeckende Nutzbarkeit der elektronischen Verordnungen auch Pflegedienste sowie Heil- und Hilfsmittelerbringer an die TI angeschlossen werden, hält die AG Geriatrie & Pflege für „richtig und wichtig“. Dies sei eine detailintensive Gestaltungsaufgabe. Zumal bezüglich der Pflege das Digitale-Versorgungs- und das Patientendatenschutzgesetz noch gar nicht umgesetzt seien.

Unterm Strich gewinnen die DDG Experten den Eindruck, dass mit dem DVPMG unklare Regelungen früherer Gesetze ausgeglichen werden sollen „wobei an vielen Stellen neue Fragen aufkommen“.

REI

 **Kabinettsentwurf DVPMG:** bit.ly/DVPMG-Entwurf
Stellungnahmen der DDG: bit.ly/ddg-dvpmg

Videoschulungen – überall und dauerhaft

Diabetesverbände verlangen zügige Neuregelung im Diabetes-DMP

BERLIN. DDG, VDBD, BVND und diabetesDE fordern die Kassenärztlichen Vereinigungen und den G-BA dazu auf, rasch Regelungen zu treffen, die eine Videoschulung als Ergänzung zur Präsenzgruppenschulung für Patienten im DMP Diabetes dauerhaft ermöglichen.



Prof. Dr. Bernhard Kulzer
Mitglied im Ausschuss QSW der DDG
Foto: Ludwig Niethammer

Um eine Ansteckung mit COVID-19 zu vermeiden, mussten DMP-Teilnehmer 2020 nicht verpflichtend an Schulungen teilnehmen. Diese Regelung hat der G-BA mit Beschluss vom 17.12.2020 verlängert. Sie gilt so lange, wie der Bundestag gemäß Infektionsschutzgesetz eine „epidemische Lage von nationaler Tragweite“ feststellt. Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung des BMG besagt, dass keine DMP-Teilnahme aufgrund einer fehlenden Diabetesschulung beendet wird.

Der G-BA führt zu seiner Entscheidung aus, dass eine Schulung weiterhin möglich ist, wenn Arzt und Patient „unter individueller Abwägung der Risiken“ zu dem Schluss kommen, dass diese notwendig ist. Diese Notwendigkeit dürfte oftmals gegeben sein. Schließlich erkranken jährlich über 500 000 Menschen neu an Typ-2-Diabetes und rund 3100 an Typ-1-Diabetes. „Sie benötigen zeitnah nach der Diagnose eine strukturierte Schulung, um das notwendige Wissen und die Fertigkeiten

im Umgang mit dem Diabetes zu erlernen und mögliche, auch tödliche, Risiken und Folgekomplikationen zu vermeiden“, erklärt Professor Dr. phil. BERNHARD KULZER, Mitglied des DDG Ausschusses Qualitätssicherung, Schulung & Weiterbildung. Es sei daher nach dem G-BA-Beschluss vom April 2020 wichtig gewesen, dass während der Pandemie in einzelnen KV-Bezirken die Videoschulung für DMP-erkannte strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme erlaubt wurde. So konnten viele Betroffene regelmäßig und ohne Ansteckungs-

»Zertifiziert und strukturiert«

gefahr strukturiert geschult werden, betont Prof. Kulzer.


Doch diese Angebote seien weder flächendeckend verfügbar noch dauerhaft geplant. DDG, BVND, VDBD und diabetesDE fordern deshalb alle Kassenärztlichen Vereinigungen auf, Schulungen per Video zu ermöglichen. In 12 von 17 Bezirken gab es nach Kenntnis der DDG fürs erste Quartal 2021 Abrechnungsregeln.

Die Diabetesverbände setzen sich allerdings für ein dauerhaftes Parallelangebot von Präsenz- und Videoschulungen in der Diabetologie ein. „Wir sehen den G-BA in der Pflicht, durch eine Änderung der Richtlinien die Videoschulung als Ergänzung zur Präsenzgruppenschulung für Patienten im Rahmen der DMP Diabetes zu regeln“, sagt DDG Präsidentin Professor Dr. MONIKA KELLERER. Der G-BA hat diese „Anregung ...

zur Prüfung an die zuständigen Gremien weitergeleitet“.

Als generelle Voraussetzungen nennt Prof. Kellerer: Die Videoschulungen basieren auf mit DMP-zertifizierten strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen. Die von der KBV gesetzten Datenschutzstandards sind einzuhalten. Und die Qualifikation – eine Weiterbildung zur Diabetesberater/in DDG bzw. Diabetesassistent/in DDG – ist zu gewährleisten. Bei der Bezahlung der Videoschulung, so heißt es im Positionspapier, sollten die bereits vereinbarten Vergütungen je Unterrichtseinheit und Patientenmaterial sowie ein Technikzuschlag Anwendung finden.

REI

 **Positionspapier der Diabetesverbände:** bit.ly/dmp-videoschulung

Diabetesdiagnose nicht voreilig stellen

Mindestens zwei Laborparameter sollten eindeutig pathologisch sein

BERLIN. Die Bestimmung von Blutzucker und HbA_{1c} kann durchaus ihre Tücken haben. Ein überschrittener Schwellenwert allein reicht nach den neuen Praxisempfehlungen der Deutschen Diabetes Gesellschaft nicht aus, um einen manifesten Diabetes sicher festzustellen.

Parameter leicht fälschlicherweise die Diagnose Diabetes stellt – mit allen medizinischen und psychosozialen Konsequenzen, sagte der Referent. In der neuen DDG-Praxisleitlinie „Definition, Klassifikation und Diagnostik des Diabetes mellitus“ wird daher gefordert, dass für die Diagnose immer

mind. zwei pathologische Testergebnisse (z.B. Nüchternblutzucker und HbA_{1c}) nachgewiesen werden müssen. Passen die verschiedenen Messgrößen nicht zusammen, sollte ein oraler Glukosebelastungstest (oGTT) angeschlossen werden. **MW**

Diabetes Herbsttagung 2020

Schon bei der Blutentnahme für die Blutzuckerbestimmung gibt es eine Reihe von Fehlerquellen, erinnerte Professor Dr. RÜDIGER LANDGRAF von der Deutschen Diabetes Stiftung. Grundsätzlich orientieren sich alle Schwellenwerte für die Diagnose an einer Glukosebestimmung im venösen Blut, kapillares Blut kann hierfür nicht verwendet werden. Die Glukosebestimmung muss innerhalb weniger Minuten nach der Blutentnahme erfolgen, da durch anaerobe Glykolyse die Glukose abgebaut wird (7 % in einer Stunde). Alternativ kann auch eine Glukolysehemmung durch Zentrifugieren und Verwendung von Fluorid/Zitrat-Röhrchen sichergestellt werden.

Nüchternblutzucker kann erheblich schwanken

Weitere Probleme sind bei der Interpretation der Glukosewerte möglich. Dabei sollte man immer im Hinterkopf haben, dass die analytische Präzision der Laborbestimmung mit Abweichungen von 11 % intern und 15 % in Ringversuchen nicht besonders hoch ist. Zudem bestehen auch intraindividuelle Schwankungen der Nüchternblutzucker von 12–15 %. Darüber hinaus besteht immer eine gewisse Unsicherheit, ob der Patient tatsächlich acht bis zwölf Stunden vor der Blutentnahme nichts zu sich genommen hat. Länger als zwölf Stunden sollte die Nüchternphase aber auch nicht sein, weil dann katabolische Effekte den Glukosewert beeinflussen.

Auch beim HbA_{1c}-Wert können diverse Faktoren mit falsch hohen bzw. falsch niedrigen Werten einhergehen (s. Kasten). Bisher galt, dass die Diagnose eines Diabetes bei Vorliegen eines einzigen dieser Faktoren gestellt werden kann:

- Gelegenheitsplasmaglukose ≥ 200 mg/dl (vor allem bei Diabetes-symptomen)
- Nüchternplasmaglukose ≥ 126 mg/dl
- postprandialer 2-Stunden-Wert ≥ 200 mg/dl
- HbA_{1c} $\geq 6,5$ %

Die große Zahl an möglichen Fehlerquellen macht deutlich, dass man bei Verwendung nur eines dieser Pa-

JEDER KANN HELFEN – MIT BAQSIMI®

DAS ERSTE UND EINZIGE GLUKAGON ZUR NASALEN APPLIKATION¹

BAQSIMI® ist angezeigt zur Behandlung von schwerer Hypoglykämie bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab 4 Jahren mit Diabetes mellitus.¹



baqsimi®
(Glucagon) Nasenpulver 3 mg

BAQSIMI®: ENTWICKELT FÜR DIE SCHNELLE ERSTHILFE BEI SCHWERER HYPOGLYKÄMIE^{1,2}

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



1. Fachinformation BAQSIMI®, Stand: Dezember 2019.
2. Yale JF et al. Diabetes Technol Ther. 2017; 19(7): 423–432.

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

Lilly

»Im Zweifel oGTT anschließen«

Mit digitalen Tools ärztliche Ressourcen effizienter nutzen

Virtuelle Diabetesversorgung: standardisiert und patientenzentriert

BERLIN. Angesichts der wachsenden Verbreitung moderner Diabetestechnologie beschleichen die Profis in den Diabetespraxen Zukunftssorgen: „Macht die Technik Ärztinnen und Ärzte demnächst überflüssig? Wer braucht künftig eigentlich noch Diabetesberaterinnen, wenn eine App alle Fragen beantworten kann?“ Antworten gab es auf dem DiaTec-Kongress.

Wann immer sich Experten mit neuen Konzepten und Strategien zur virtuellen Diabetesversorgung beschäftigen, lautet ihr Fazit einmütig: Es geht nicht darum, Diabetologinnen und Diabetologen mit ihren Praxisteams abzuschaffen, sondern deren begrenzte Ressourcen effizienter zu nutzen. Einer von ihnen ist Professor Dr. THOMAS DANNE, Kinder- und Jugendkrankenhaus Auf der Bult, Hannover, der gemeinsam mit anderen Experten ein internationales Konsensuspapier für die virtuelle Diabetesklinik (VDC) erarbeitet hat.¹ „Wir brauchen eine Grundlage für die Diskussion, wie wir das Thema digitale Diabetesversorgung voranbringen und die Möglichkeiten der Telemedizin nutzen können. Das Konsensuspapier kann hierfür Eckpunkte festlegen“, sagte er. Dessen wesentliche Aussagen sind:

- Die virtuelle Klinik ist für alle Diabetestypen da.
- Sie muss dem Selbstmanagement von Menschen mit Diabetes dienen.
- Die VDC kann die Notwendigkeit persönlicher Treffen reduzieren und dafür die Interaktionen zwischen den Behandlungsterminen intensivieren.
- Patienten sollten selbst darüber entscheiden, mit wem sie ihre Daten teilen möchten – hierfür

ist ein weltweiter Konsens zur Dateneigentümerschaft nötig.

- Die Übermittlung der Daten aus den unterschiedlichen Quellen zur Integration und Interpretation sollte möglichst einfach und passiv ohne eigenes Zutun der Patienten erfolgen.

Die virtuelle Diabetesklinik berge die Chance, das gesamte Ökosystem zu erweitern und die Behandlungszufriedenheit zu steigern. Gleichzeitig könne sie die Kapazitäten der Gesundheitssysteme erheblich bereichern und damit die Bedürfnisse einer wachsenden Zahl von Menschen mit Diabetes auch in Zeiten von Ärzte- und Fachkräftemangel erfüllen. „Darüber hinaus ermöglicht die Datenbasis der VDC eine Risikostratifizierung bei bestimmten Krankheitsbildern“, erklärte Prof. Danne. Als erste Schritte hin zur VDC nannte er die Etablierung universeller Protokolle und Mechanismen zur Übertragung von Glukose- und Insulindaten über

»Ein Konzept wie ein Regelkreis«

eine cloudbasierte Software. „Das ist wichtig, damit man sich nicht immer wieder in neue Programme einfuchsen muss.“ Die VDC müsse auch mit der elektronischen Gesundheitsakte kompatibel sein.

„Das ganze Konzept ist wie ein Regelkreis zu sehen“, sagte Prof. Danne. Sobald die Daten vom Device (CGM oder Blutzuckermessgerät) automatisch via Smartphone-App hochgeladen werden, erhält der Nutzer ein Feedback und sieht, dass die Daten in die elektronische Krankenakte übermittelt werden. Das

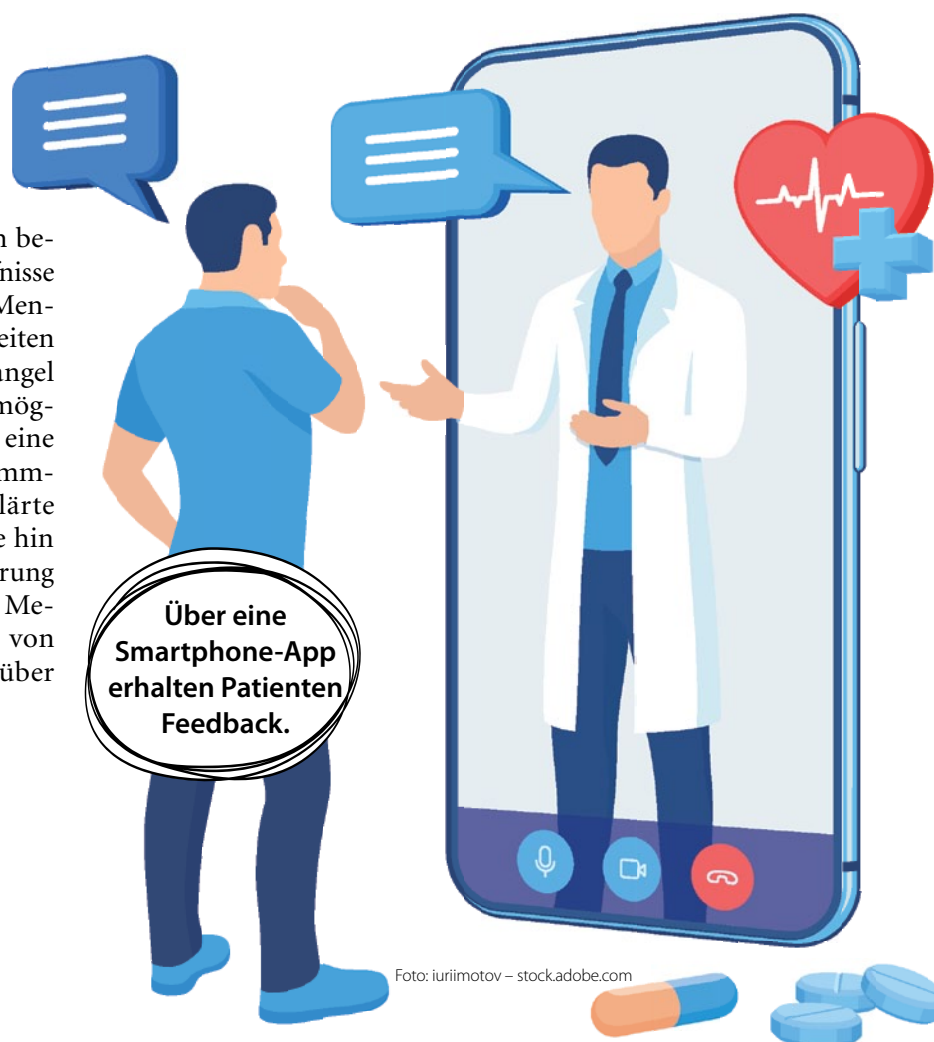
»Internationales Konsensuspapier«

Diabetesteam hat nun Zugriff auf diese automatisch voralysierten Daten (Ambulantes Glukose Profil, AGP) und kann im nächsten Schritt Kontakt mit dem Patienten aufnehmen, ihm Feedback und Tipps zur Therapieanpassung geben. Die Coronapandemie habe den Wandel hin zur VDC beschleunigt, meinte Prof.

Danne: „Anders als in der Erwachsenenmedizin besteht in der Pädiatrie eine gute Ausgangsbasis, da Kinder viel mehr Diabetestechnologie nutzen.“ So seien 95 % der Kinder mit Insulinpumpen ausgestattet, bei den Erwachsenen sind es nur ca. 30 %. „Während des Lockdowns konnten wir bei den Kindern schnell auf Videokonsultation umsteigen, weil die Eltern die Pumpendaten hochladen konnten.“ Er hofft, dass dies bald auch mit den Daten von Smartpens möglich ist. Um Patienten dabei nicht zu überfordern, sollte man virtuelle Tools schrittweise einführen. *Antje Thiel*

DiaTec 2021

1. Phillip M et al. Diabetes Technology & Therapeutics 2021; doi: 10.1089/dia.2020.0375



3. D.U.T.-Report: Trendbarometer und Zukunftswerkstatt

Beim DiaTec-Kongress wurde der Digitalisierungs- und Technologiereport Diabetes (D.U.T.-Report) 2021 vorgestellt. Er enthält die Ergebnisse der jährlichen Umfrage zu Fakten und Trends der Digitalisierung und Technologisierung in der Diabetologie. Dafür wurden erstmals auch Diabetesberaterinnen befragt. So hat die Coronapandemie die Akzeptanz von Videosprechstunden und -schulungen bei Diabetologen verbessert, wobei Diabetesberaterinnen eine größere Bereitschaft gegenüber den neuen Formaten zeigten als ihre Chefs. Daneben enthält der D.U.T.-Report Artikel zu Apps, Telemedizin, Künstlicher Intelligenz, Videoschulungen, elektronischer Patientenakte etc.

Mehr zum D.U.T.-Report 2021 lesen Sie im nächsten diatec journal oder online unter www.dut-report.de

Vor der Manifestation ausbremsen

Klinisches Stadium der Autoimmunität bei Typ-1-Diabetes lässt sich bis zu zwei Jahre hinauszögern

BERLIN. Bereits im asymptomatischen ersten Stadium des Typ-1-Diabetes lassen sich erhöhte Titer von Inselantikörpern nachweisen – die Insulinproduktion der Betazellen reicht aber noch aus. Da dieses Stadium der Autoimmunität dem manifesten Typ-1-Diabetes um Monate bis Jahre vorausgehen kann, bietet sich viel Raum für präventive Ansätze.

Mit unterschiedlichsten Strategien wird zurzeit versucht, das Immunsystem so zu modulieren, dass die drohende Zerstörung der Betazellen aufgehalten oder zumindest verzögert wird, wie Privatdozent Dr. PETER ACHENBACH vom Institut für Diabetesforschung am Helmholtz Zentrum München be-

richtete. Dies ist nur möglich, wenn mit entsprechenden Screeningprogrammen wie z.B. Freder1k oder Fr1da Insel-Autoantikörper schon vor der eigentlichen Diabetesmanifestation nachgewiesen werden.

Einer der immunmodulierenden Ansätze ist die Gabe des Anti-CD3-Antikörpers Teplizumab, der sich gegen aktivierte T-Lymphozyten richtet. In einer ersten Studie wurde Teplizumab bei 76 Menschen mit positiver Familienanamnese für Typ-1-Diabetes und nachgewiesenen multiplen Insel-Antikörpern mit Placebo verglichen. Zwei Drittel der Teilnehmer waren hier unter 18 Jahre alt. Der Antikörper wurde dabei einmalig über 14 Tage verabreicht. In der Nachbeobachtungs-

phase zeigte sich, dass durch die Teplizumabgabe die Manifestation des Typ-1-Diabetes um etwa zwei Jahre im Vergleich zu Placebo hinausgezögert werden konnte. Wenn sich dies in größeren Studien bestätigt, stellt dies einen Meilenstein dar, sagte Dr. Achenbach.

Ein weiterer Ansatz ist die Induktion von Immuntoleranz durch die Gabe von oralem Insulin, das über

»Immuntoleranz durch Gabe von oralem Insulin«

die Schleimhäute aufgenommen wird. In einer Studie konnte in der Gesamtgruppe von Menschen mit Stadium 1 eines Typ-1-Diabetes durch die tägliche Gabe von 7,5 mg Insulin zwar kein positiver Effekt im Vergleich zu Placebo beobachtet werden – eine vorher definierte Untergruppe von Personen mit starker Antikörperantwort auf Insulin und bereits eingeschränkter Insulinsekretion profitierte aber. Auch hier verzögerte sich die Manifestation um etwa zwei Jahre.

Das Prinzip der oralen Insulingabe wird zurzeit in mehreren placebo-kontrollierten Studien weiterverfolgt. In die Fr1da-Interventionsstudie werden Kinder zwischen zwei und zwölf Jahren mit mindestens

zwei positiven Insel-Antikörpern aufgenommen, die im oralen Glukosetoleranztest noch normale Blutzuckerwerte aufweisen. In der Verumgruppe erhalten die Kinder zuerst 7,5 mg pro Tag orales Insulin und dann über zwölf Monate täglich 67,5 mg.

Insulinpulver bei Säuglingen wohl sicher

Noch früher setzt die POInT-Studie an, in der man Kinder zwischen vier und sieben Monaten mit Insulinpulver behandelt. Die Ergebnisse werden in etwa sieben Jahren erwartet. Schon jetzt lässt sich aber sagen, dass die orale Insulingabe sicher ist und keinen Effekt auf den Blutzucker Verlauf zeigt. *MW*

Diabetes Herbsttagung 2020

Schritt für Schritt

Mit verbindlichen Absprachen und regelmäßigem Feedback zu mehr Bewegung

BERLIN. Körperliche Aktivität sollte ein essenzieller Bestandteil der Diabetestherapie sein, darin sind sich alle einig. Aber wie schafft man es, auch bisher inaktive, adipöse Menschen mit Diabetes für Bewegung zu begeistern und langfristig „bei der Stange“ zu halten? Sportmediziner kennen da ein paar Tricks.

Verschaffen Sie sich zunächst einen Eindruck, wie aktiv oder inaktiv Ihr Patient bisher ist. „Lassen Sie ihn mit einem Schrittzähler oder einer Smartphone-App ein paar Tage lang aufzeichnen, wie viele Schritte er täglich geht. So erheben Sie den Status quo und kennen die Ausgangssituation“, erklärte Sportmediziner und Sportkardiologe Professor Dr. MARTIN HALLE vom Klinikum rechts der Isar der TU München.

Auf dieser Basis entwerfen Sie gemeinsam konkrete Trainingspläne – am besten für jeden Tag der Woche. Anfangs reicht es, wenn der Patient seine Sportschuhe anzieht und täglich wenige Minuten locker wackelt. So kommt er in den Rhythmus und gewöhnt sich an Bewegung. Dauer und Intensität des Trainings werden dann von Woche zu Woche langsam gesteigert.

Ein „Rezept für Bewegung“ schweiß zusammen

Wichtig sind Verbindlichkeit und regelmäßiges Feedback. Prof. Halle spricht mit seinen Patienten das Bewegungsprogramm ab („Worauf wollen wir uns festlegen?“) und stellt dann ihnen dann ein Rezept für Bewegung aus, das sie gemeinsam unterschreiben. Gleichzeitig erhalten sie schriftliche Tipps für mehr Bewegung im Alltag und den nächsten Termin in der Ambulanz.

Wenn ein Patient auch von einem Bewegungs- und einem Ernährungsspezialisten betreut wird, ist es wichtig, dass der Behandelnde den Patienten persönlich „weitergibt“ und das gesamte Behandlungsteam eng zusammenarbeitet.

Trainingspensum von Woche zu Woche steigern

„Wählen Sie die Barrieren für das Aktivitätsprogramm Ihrer Patienten niedrig. Mit einer täglichen Ausdauerbelastung von zehn Minuten lässt sich schon eine gute Wirkung für die Gesundheit erzielen“, betonte der Sportmediziner. In der ersten Woche sollte dieser sich zunächst mit einem ganz kurzen täglichen Training warmlaufen („Train the Brain“ – der Kopf soll sich an die Bewegungsziele gewöhnen). In den Wochen 2 und 3 empfiehlt Prof. Halle ein kontinuierliches, niedrig intensives Ausdauertraining über 5–10 Minuten pro Tag. In den Wochen 4–6 soll dieses Trai-

ningspensum auf 10–20 Minuten gesteigert werden, einen Pausentag darf es ebenfalls geben. Ab Woche 7 steht dann abwechselnd Ausdauertraining

von 10–15 Minuten oder 20 Minuten Intervalltraining auf dem Plan, wobei zwei Pausentage pro Woche erlaubt sind. „Vorteilhaft ist es, wenn

Sie Ihren Patienten nicht nur mündlich erklären, wie und warum sie trainieren sollten, sondern wenn Sie ihm auch schriftliches In-

formationsmaterial für die Lektüre zu Hause mitgeben.“ Training ist essenziell für metabolisch kranke Personen, fasste Prof. Halle zusammen. Körperliche Aktivität bessert die Stoffwechselsituation und die kardiale Mikrozirkulation. Zudem steigert sie die Leistungsfähigkeit und Lebensqualität. **AW**



Oft bringen Smartphones eine Schrittzähl-App schon mit.

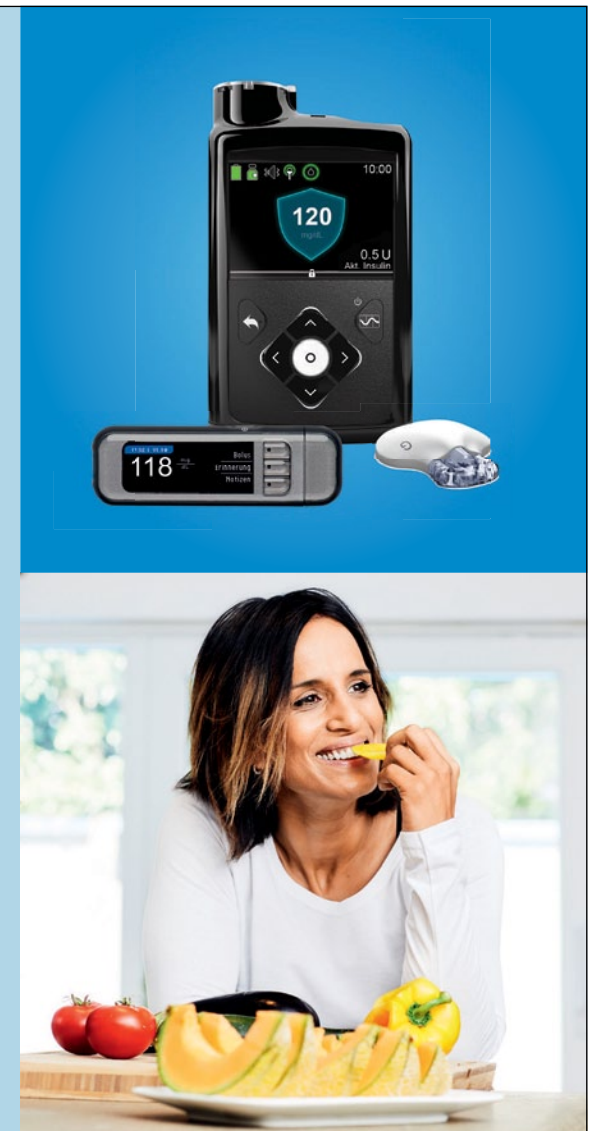
Diabetes Herbsttagung 2020

MINIMED™ 670G SYSTEM MEHR ZEIT IM ZIELBEREICH, WENIGER ENTGLEISUNGEN^{2,3}

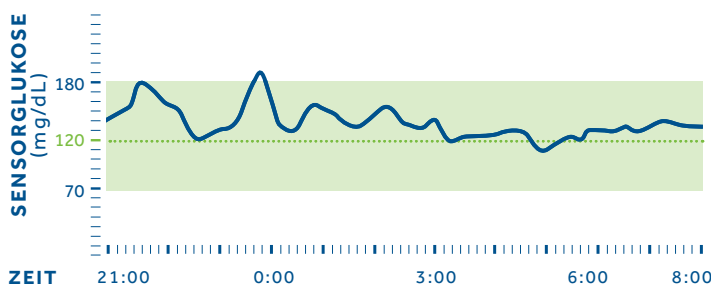
Die weltweit erste zugelassene Insulinpumpe, die automatisch die basale Insulinabgabe reguliert – dank SmartGuard™ Auto-Modus.^{1,2,3}

Das MiniMed™ 670G System überwacht die Glukosewerte Tag und Nacht und passt die basale Insulinabgabe alle 5 Minuten automatisch an, um die Werte im Zielbereich^{2,3} zu halten. Damit ist es das einzige zugelassene System, das den von der ATTD-Expertengruppe festgelegten Zielwert von mindestens 70% Zeit im Zielbereich für Typ-1-Diabetes nachgewiesen erreicht.^{4,5,6}

Unterstützen Sie Ihre Patienten gut eingestellt zu sein und mehr Lebensqualität zu haben.



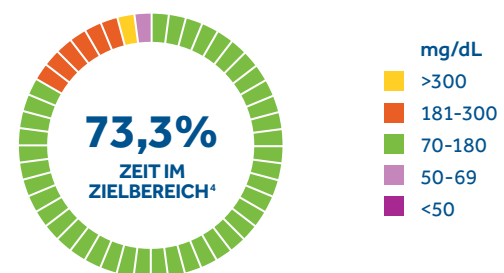
SMARTGUARD™ AUTO-MODUS AUTOMATISCHE INSULINANPASSUNG



Die SmartGuard™ Technologie passt die basale Insulinabgabe individuell an, basierend auf den alle 5 Minuten gemessenen Glukosewerten. Patienten müssen einfach nur die Kohlenhydrate ihrer Mahlzeiten eingeben und die Anweisungen des Systems befolgen.

SMARTGUARD™ AUTO-MODUS⁴ IM VERGLEICH ZUM MANUAL-MODUS

- **Zeit im hyper- und hypoglykämischen Bereich:** von 33,6% auf 24,3% >180 mg/dl und von 3,7% auf 2,4% <70 mg/dl
- **Mehr als 55.000 Patienten im Alltag**
- **Zeit im Zielbereich:** von 63,0% auf 73,3% erhöht



ANWENDUNG IM ALLTAG

1. Iturralde E, et al. The Diabetes Educator. 2017; 43(2):223 - 232.
2. Bergenstal R, M, et al. Jama. 2016; 316(13): 1407 - 1408.
3. Garg SK et al. Diabetes Technol Ther. 2017 Mar; 19(3):155-163.
4. Cohen O. MiniMed 670G System practical guidance to onboard your patients successfully. Medtronic Symposium 20.02.2019. ATTD Kongress Berlin 2019

5. Battelino T. International consensus meeting on time in range and glucose variability. ATTD 2019, Berlin, Parallel Session "Time in Ranges"
6. Battelino T, Danne T, Amiel SA, et al. Clinical Targets for Continuous Glucose Monitoring Data Interpretation: Recommendations from the International Consensus on Time-in-Range. Diabetes Care 2019 accepted for publication

»Schriftliches Infomaterial für die Lektüre zu Hause«

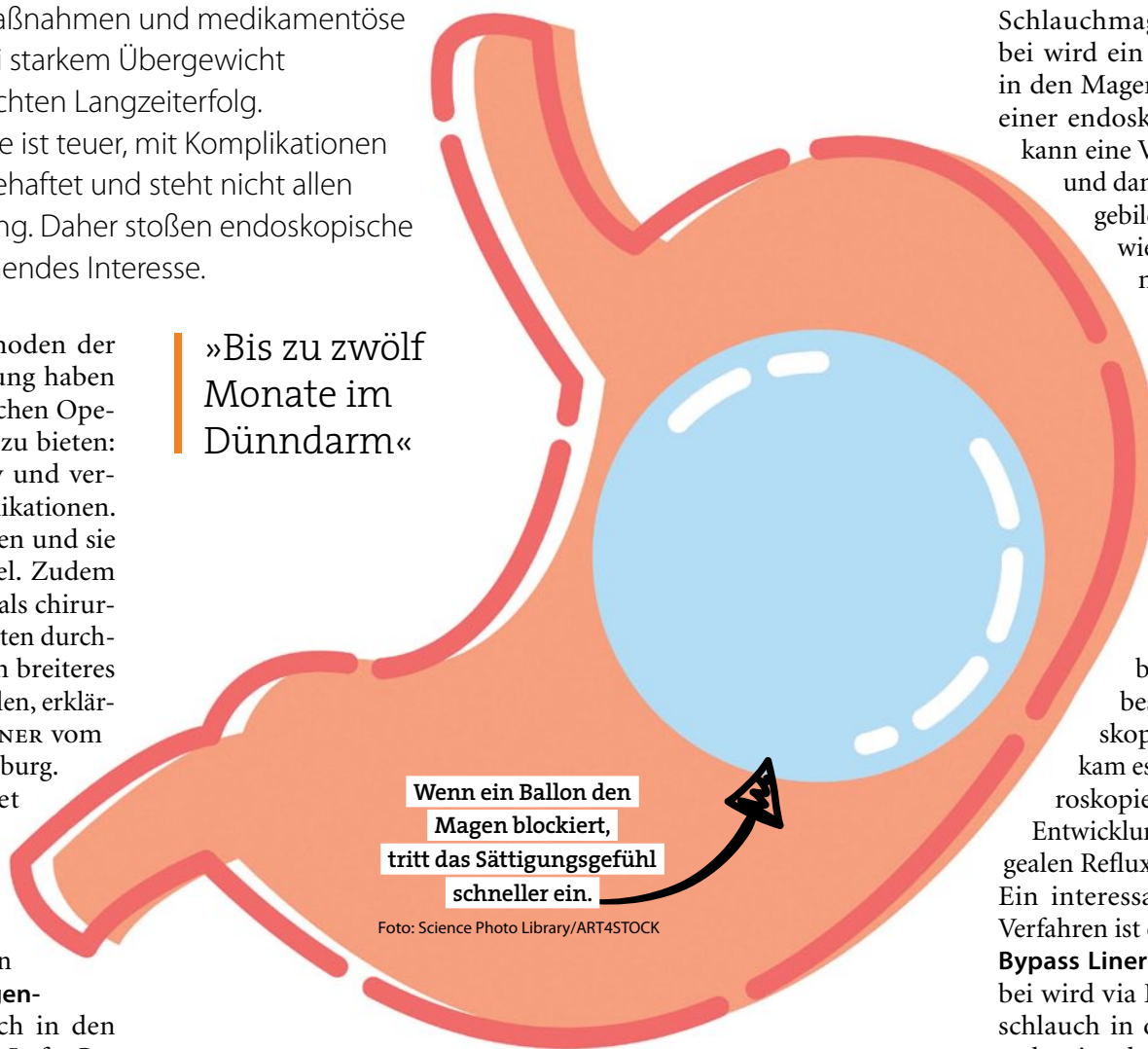
Adipositas und Typ-2-Diabetes per Endoskop bekämpfen

Restriktive und malabsorptive Verfahren als Alternative zur bariatrischen Operation?

BERLIN. Lebensstilmaßnahmen und medikamentöse Therapien bringen bei starkem Übergewicht oft nicht den gewünschten Langzeiterfolg. Die Adipositaschirurgie ist teuer, mit Komplikationen und Langzeitfolgen behaftet und steht nicht allen Patienten zur Verfügung. Daher stoßen endoskopische Verfahren auf zunehmendes Interesse.

Endoskopische Methoden der Adipositasbehandlung haben gegenüber bariatrischen Operationen einige Vorteile zu bieten: Sie sind weniger invasiv und verursachen seltener Komplikationen. Man kann sie wiederholen und sie sind potenziell reversibel. Zudem sind sie kostengünstiger als chirurgische Eingriffe und könnten durchaus eine Therapie für ein breiteres Patientenkollektiv darstellen, erklärte Dr. KATHARINA LAUBNER vom Universitätsklinikum Freiburg. Generell unterscheidet man zwischen restriktiven und malabsorptiven endoskopischen bariatrischen Therapien (EBT). Zu den restriktiven Verfahren zählt der **Magenballon**, der endoskopisch in den Magen eingebracht, mit Luft, Gas oder Flüssigkeit gefüllt und meist sechs Monate im Magen belassen wird. Der Ballon sorgt beim Essen für ein rascheres Sättigungsgefühl und führt zu einer Abnahme von etwa 25–31 % des überschüssigen Gewichts (Excessive Weight Loss,

»Bis zu zwölf Monate im Dünndarm«



Wenn ein Ballon den Magen blockiert, tritt das Sättigungsgefühl schneller ein.

Foto: Science Photo Library/ART45TOCK

EWL). Allerdings nehmen viele Patienten nach Entfernung des Ballons einen Teil des Gewichts wieder zu. Es gibt nur wenige Daten zur glykämischen Kontrolle durch den Magenballon; eine Metaanalyse zeigte eine HbA_{1c}-Reduktion um 0,6 Prozentpunkte und eine Abnahme der Nüchternblutglukose um 12,9 mg/dl. Eine hierzulande nicht sehr häufig eingesetzte restriktive Methode ist die **perkutane endoskopische Gastrostomie** (AspireAssist®), bei der der

Patient nach einer Mahlzeit etwa 30 % der ingestierten Nahrung über das Stoma wieder entfernt. Eine Pilotstudie mit 18 Patienten ergab eine EWL um 49 % nach einem Jahr und um knapp 55 % nach zwei Jahren.

Weniger gastroösophageale Nebenwirkungen

Als drittes restriktives Verfahren stellte Dr. Laubner die **endoskopische Sleeve-Gastroplastie** vor, die die laparoskopische Anlage eines

Schlauchmagens imitiert. Hierbei wird ein Mehrkanalendoskop in den Magen eingeführt, mithilfe einer endoskopischen Rundnadel kann eine Vollwandnaht angelegt und damit ein Schlauchmagen gebildet werden. In Studien wiesen Patienten ein Jahr nach Anlage des endoskopischen Schlauchmagens einen EWL von 63 % auf, nach einem laparoskopisch angelegten Schlauchmagen waren es 69 %. Allerdings schnitt das endoskopische Vorgehen in Bezug auf unerwünschte Nebenwirkungen deutlich besser ab als die laparoskopische – insbesondere kam es nach der Sleeve-Gastroplastie sehr viel seltener zur Entwicklung einer gastroösophagealen Refluxkrankheit.

Ein interessantes malabsorptives Verfahren ist der **duodenal-jejunale Bypass Liner** (EndoBarrier®). Dabei wird via Endoskop ein Teflonschlauch in den Gastrointestinaltrakt eingebracht und mit einem Stent distal des Pylorus am Bulbus duodeni fixiert. Er verhindert, dass der Nahrungsbrei mit der Schleimhaut und den Verdauungsfermenten in Kontakt kommt, wodurch sich vermutlich die gastrointestinale Hormonausschüttung verändert. Indiziert ist das Verfahren bei Typ-2-Diabetes und Adipositas – es ist also nicht für eine reine Adipositasbehandlung gedacht. Der Schlauch bleibt bis zu zwölf Monate im Dünndarm. Eine Metaanalyse ergab unter dem Endobarrier eine

Senkung des HbA_{1c} um 1,3 Prozentpunkte und eine EWL von knapp 37 %. Derzeit ist er in Deutschland allerdings nicht verfügbar, was sich jedoch demnächst ändern könnte. Ein noch experimentelles ablatives Verfahren ist das **Duodenal Mucosal Resurfacing**, bei dem im Duodenum eine zirkumferente thermische Ablation der Schleimhaut distal der Papilla Vateri durchgeführt wird. Eine Pilotstudie mit 39 Menschen mit Typ-2-Diabetes ergab nach sechs Monaten eine HbA_{1c}-Reduktion um 1,2 Prozentpunkte und eine Gewichtsabnahme von 2,5 kg Körpergewicht.

Welchen Einfluss haben EBT auf Herz und Kreislauf?

Dr. Laubner rechnet mit einer zunehmenden Bedeutung endoskopischer Methoden. Allerdings sind noch mehr Daten notwendig: Ergebnisse aus randomisierten, kontrollierten Studien, Langzeitdaten sowie Daten zum Einfluss der Verfahren auf kardiovaskuläre Endpunkte.

Dr. Andrea Wülker

Diabetes Herbsttagung 2020

Welches EBT-Verfahren für wen?

Die endoskopische bariatrische Therapie (EBT) kann die Lücke zwischen konservativer und chirurgischer Therapie füllen, so Dr. Laubner. Im Rahmen einer Adipositas-Stufentherapie kann die EBT als „Bridging“ vor einer bariatrischen Operation eingesetzt werden. Für Patienten, die nicht operabel sind oder Adipöse, die eine Operation ablehnen, ist die EBT ebenfalls eine interessante Option. Für die Behandlung des Typ-2-Diabetes sind vor allem malabsorptive Verfahren vielversprechend.

»Sechs Monate im Magen«

Verlängerter Honeymoon nach der Diagnose Typ-1-Diabetes

Verschiedene Substanzen haben sich bereits in Vorstudien bewährt

BERLIN. Nach klinischer Manifestation eines Autoimmundiabetes kommt es meist zu einer teilweisen Remission mit sehr niedrigem Insulinbedarf und normnahen HbA_{1c}-Werten. Diese auch als „Honeymoon“ bezeichnete Phase zu verlängern, ist das Ziel neuer Therapieansätze.

Bereits sehr weit gediehen ist der Ansatz zur Tertiärprävention durch Gabe des Anti-CD3-Antikörpers Teplizumab, berichtete Dr. FELIX RESCHKE vom Kinder- und Jugendkrankenhaus „Auf der Bult“ in Hannover. In mehreren Studien wurde zu verschiedenen Zeitpunkten nach der Diagnose eines Typ-1-Diabetes bereits gezeigt, dass

die zeitlich befristete Gabe des Antikörpers zu einer Zunahme von C-Peptid als Maß für die endogene Insulinproduktion führt. Aktuell läuft hierzu die PROTECT-Studie, an der auch Hannover als Studienzentrum beteiligt ist und an der insgesamt 300 Kinder teilnehmen sollen. Diese erhalten innerhalb von sechs Wochen nach der Diagnose und dann noch einmal nach sechs Monaten über jeweils zwölf Tage Teplizumab. Wenn sich der positive Effekt auch in dieser Studie bestätigt, könnte Teplizumab in Kürze das erste zugelassene nicht-antidiabetische Medikament zur Behandlung des Typ-1-Diabetes im Kindesalter sein, so die Einschätzung des Pädiaters.

Andere Substanzen befinden sich noch in früheren Forschungsstadien. So wurde in der TIGER-Studie der Einfluss des TNF-Blockers Golimumab nach frischer Manifestation des Typ-1-Diabetes bei Jugendlichen und Erwachsenen untersucht. Nach zwölfmonatiger Therapie beobachtete die Forschergruppe eine Zunahme und Verlängerung der Restfunktion des endogenen Insulins. Dies zeigte sich durch eine verbesserte klinische

und metabolische Kontrolle des Diabetes in Woche 52 – die Patienten benötigten deutlich weniger Insulin und hatten seltener Hypoglykämien. Die Wirksamkeit soll jetzt in größeren Studien bestätigt werden, sagte Dr. Reschke.

Ein altbekanntes Medikament, das den Typ-1-Diabetes ebenfalls ausbremsen könnte, ist der Kalziumkanalblocker Verapamil. Das Antihypertensivum kann die TXNIP-Expression reduzieren, die bei Typ-1-Diabetes überexprimiert ist und zur Apoptose von Betazellen beitragen kann. In einer Pilotstudie mit 24 Erwachsenen mit frisch diagnostiziertem Typ-1-Diabetes zeigte sich auch hier nach zwölf Monaten

eine Erhöhung des C-Peptids ohne negative Beeinflussung von Herz-Kreislauf-Parametern. Auch hier sind größere Studien geplant. Ein weiterer Ansatz ist die Gabe von Antithymozytenglobulin (ATG), das sich gegen eine große Anzahl von vor allem auf T-Lymphozyten exprimierten Antigenen richtet. In geringer Dosierung (2,5 mg/kg Körpergewicht) scheint laut Dr. Reschke auch hier ein positiver Effekt möglich, wie erste Pilotstudien gezeigt haben. Daneben wird zurzeit auch die Imotop-Technologie in Phase-1/2-Studien untersucht: Diese soll autoreaktiv T-Zellen in die Apoptose treiben.

MW

Diabetes Herbsttagung 2020

»Erhöhung des C-Peptids«

Nierenschutz hat viele Facetten

Rauchen stoppen, Glukosewerte stabilisieren, Blutdruck senken

BERLIN. Neben erhöhten oder stark schwankenden Glukosewerten können zahlreiche weitere Faktoren die Entstehung und das Fortschreiten der diabetischen Nephropathie beschleunigen. Damit gibt es aber auch viele Stellschrauben, um das Risiko für Nierenschäden zu reduzieren.

Zu den Risikofaktoren einer diabetischen Nephropathie zählen u.a. Hypertonie, Rauchen, Anämie, Hyperurikämie, renale Azidose und eine erhöhte Eiweißzufuhr, sagte Dr. LUDWIG MERKER, niedergelassener Nephrologe aus Dormagen. Er bezog sich auf die aktuellen Praxisempfehlungen der DDG sowie die neuen KDIGO-Guidelines.^{1,2} Behandler sollten allen Diabetespatienten demnach zum Schutz ihrer Nieren zu mehr Bewegung, einem verminderten Salzkonsum und einem Rauchstopp raten. Auch müssen Blutzucker, Blutdruck und Blutfette möglichst optimal eingestellt werden. Eine Gewichtsreduktion kann zum Rückgang einer Proteinurie beitragen. In der Primärprävention sollte ein LDL-Cholesterin von unter 100 mg/dl angestrebt werden, in der Sekundärprävention bei erhöhtem kardiovaskulärem Risiko ein Wert von unter 70 mg/dl.

Zielblutdruck an Proteinurie und Komorbiditäten anpassen

In der antidiabetischen Therapie müssen die in der Fachinformation angegebenen Einschränkungen bei verschiedenen Stadien der Niereninsuffizienz berücksichtigt werden. Bei einer geschätzten glomerulären Filtrationsrate (eGFR) über 60 ml/min pro normierter Körperoberfläche (1,73 m²) sind noch alle Antidiabetika uneingeschränkt zugelassen. Werte darunter verlangen zum Teil niedrigere Dosen oder es sind Kontraindikationen zu beachten.

Alle Patienten mit Diabetes, Hypertonie und Albuminurie sollten auf jeden Fall einen RAAS-Blocker (ACE-Hemmer oder AT₁-Blocker) erhalten. Der Zielblutdruck muss dabei individuell an das Ausmaß der Proteinurie und Komorbiditäten, die Therapiesicherheit in Bezug auf orthostatische Effekte und das resultierende Sturzrisiko angepasst werden. Cave: Es besteht ein direkter linearer Zusammenhang zwischen der systolischen Blutdruckhöhe und dem weiteren Abfall der eGFR.

Bei normotensiven Patienten mit einer Mikroalbuminurie kann ebenfalls ein RAAS-Blocker erwogen werden, bei Makroalbuminurie ist er unabhängig vom Blutdruck ein Muss.

Eine Thrombozytenaggregations-Hemmung (z.B. mit ASS 100 mg/d) sollte beim Nachweis kardiovaskulärer Komplikationen erfolgen. Einige Substanzklassen haben das Potenzial, die Progression der diabetischen Nephropathie auszubremsen. Dazu gehören neben den RAAS-Blockern auch SGLT2-Inhibitoren und

GLP1-Rezeptoragonisten. Auch für den jüngst vorgestellten Mineralokortikoidrezeptorantagonisten Finerenon konnte eine Reduktion des kombinierten renalen Endpunktes (Fortschreiten chronischer Nierenerkrankungen, Nierenversagen oder Nierentod) im Vergleich zu Placebo gezeigt werden. **MW**

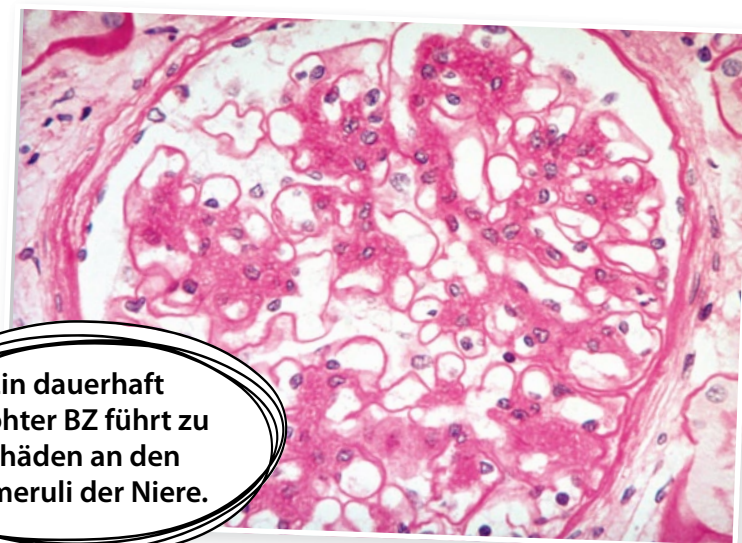


Foto: Science Photo Library/Burton, Dr. Chris

Ein dauerhaft erhöhter BZ führt zu Schäden an den Glomeruli der Niere.

Diabetes Herbsttagung 2020

1. Merker et al. Diabetologie 2020; 15: 170-174; doi: 10.1055/a-1194-1458

2. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Diabetes Work Group. Kidney Int 2020; 98: 1-115; doi: 10.1016/j.kint.2020.06.019

TRESIBA® bei Typ 2 Diabetes

EINFACH. GÜNSTIG. GUT.



Das liegt einfach auf der Hand.

EINFACH starten

- Mit 10 Einheiten und dem FlexTouch®¹⁺
- Flaches und stabiles Wirkprofil über den ganzen Tag¹

GÜNSTIG bei Dosisbedarf und Kosten

- Geringerer Dosisbedarf versus Insulin glargin 100 E/ml^{2*} und 300 E/ml^{3#}
- Kostengleich mit Humaninsulin[†]

GUT dokumentiertes Sicherheitsprofil

- Zur Reduktion von Hypoglykämien versus Insulin glargin 100 E/ml^{1,4-6‡}
- Bestätigte kardiovaskuläre Sicherheit⁴

¹ Auch bei Zugabe von Tresiba® zu einer Therapie mit einem GLP-1 Rezeptoragonisten, mit anschließender individueller Dosisanpassung¹
² Metaanalyse auf Basis der BEGIN Phase 3a Studien (ohne Flex-Studienarm) bei vormals insulinnaiven Menschen mit Typ 2 Diabetes (post-hoc Analyse)²
³ Bei vormals insulinnaiven Menschen mit Typ 2 Diabetes in Woche 24 (post-hoc Analyse)³
⁴ Die Therapiekosten für Tresiba® überschreiten die Kosten der Therapie mit Humaninsulin nicht. 2019 wurde im zweiten AMNOG Prozess der Preis mit dem GKV-Spitzenverband verhandelt, der für Typ 1 und Typ 2 Diabetes gilt. Tresiba® ist zur Behandlung des Diabetes mellitus bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab 1 Jahr zugelassen und voll erstattungsfähig
[†] Gezeigt in bestimmten Patientengruppen mit Typ 2 Diabetes^{1,4-6}

1. Fachinformation Tresiba®, aktueller Stand
 2. Vora J et al. Diabetes Ther 2014;5:435-446
 3. Rosenstock J et al. Diabetes Care 2018;41:2147-2154
 4. Marso SP et al. N Engl J Med 2017;377:723-732
 5. Ratner RE et al. Diabetes Obes Metab 2013;15:175-184
 6. Wysham C et al. JAMA 2017;318(1):45-56

Tresiba® 200 Einheiten/ml Injektionslösung im Fertigpen (FlexTouch®). Tresiba® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Patrone (Penfill®). **Wirkstoff:** Insulin degludec. **Zusammensetzung:** Arzneilich wirksamer Bestandteil: 100/200 E/ml Insulin degludec, gentechnisch hergestellt in *Saccharomyces cerevisiae* mit Hilfe von rekombinanter DNS. **Sonstige Bestandteile:** Glycerol, Metacresol, Phenol, Zinkacetat, Salzsäure (zur Einstellung des pH-Werts), Natriumhydroxid (zur Einstellung des pH-Werts), Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Diabetes mellitus bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab dem Alter von 1 Jahr. Bei Typ 2 Diabetes auch in Kombination mit oralen Antidiabetika, GLP-1-Rezeptoragonisten und schnell wirkenden Insulinen. Bei Typ 1 Diabetes immer Kombination mit schnell wirkendem Insulin. **Art der Anwendung:** Nur zur s.c. Injektion. Tresiba® steht in 2 Stärken zur Verfügung. Unterscheidung anhand der Farben des Etiketts und der Packung beachten. Die Dosisanzeige zeigt stets die Anzahl der Einheiten, daher darf keine Dosisumrechnung bei Umstellung der Stärke vorgenommen werden. Aus dem Fertigpen darf die Lösung nicht mit einer Spritze aufgezogen werden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Insulin degludec oder einen der sonstigen Bestandteile. **Vorsicht bei der Kombination mit Pioglitazon** (Spontanmeldungen von Herzinsuffizienz). Es liegen keine Daten über die Anwendung von Tresiba® in der Schwangerschaft oder Stillzeit sowie bei Kindern unter 1 Jahr vor. Es ist nicht bekannt, ob Insulin degludec in die Muttermilch übergeht. **Nebenwirkungen:** Hypoglykämien, Ödeme zu Beginn der Behandlung, Reaktionen an der Injektionsstelle (Rötung, Schwellung, Entzündungen, Juckreiz und Blutergrüsse), Lipodystrophie und kutane Amyloidose an der Injektionsstelle. Allergische Reaktionen, potenziell allergische Reaktionen, Urtikaria und Ausschläge; sehr selten generalisierte Überempfindlichkeitsreaktionen, die lebensbedrohlich sein können. Bei schneller Verbesserung der Blutzuckereinstellung vorübergehende Verschlechterung der diabet. Retinopathie. **Warnhinweise:** Verwenden Sie nur klare, farblose Lösung. Darf nur von einer Person verwendet werden. Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. **Verschreibungspflichtig.** Novo Nordisk A/S, Novo Allé, 2880 Bagsvaerd, Dänemark.

Tresiba®, FlexTouch® und Penfill® sind eingetragene Marken der Novo Nordisk A/S, Dänemark.

»RAAS-Blocker bremsen die Progression«



Stipendiatinnen und Stipendiaten bloggen von der Herbsttagung

Ausgewählte Beiträge des diabetologischen Nachwuchses

BERLIN. Die Diabetologie ist ein spannendes Fachgebiet und der Bedarf an gut ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern mit diabetologischem Schwerpunkt wird immer größer. Aus diesem Grund vergibt die DDG zweimal jährlich Stipendien zum Diabetes

Kongress und zur Diabetes Herbsttagung. Die Veranstaltungen bieten die ideale Möglichkeit, mehr über die Diabetologie zu erfahren, sich zu vernetzen und auszutauschen. Bewerben können sich je nach Tagung Medizinstudierende, Psychologiestudierende mit diabetesbezogenem Schwerpunkt, PJ-lerinnen und PJ-ler, junge Assistenzärztinnen und -ärzte und Akteure aus der Wissenschaft. Auch für

die Diabetes Herbsttagung 2020 vergab die DDG digitale Stipendien. Ausgewählte Berichte von Stipendiatinnen finden Sie in dieser und der vorangegangenen Ausgabe der diabeteszeitung. Weitere Beiträge, auch von vergangenen Herbsttagungen und Kongressen, können Sie im DDG-Blog nachlesen unter:

BLOG.DDG.INFO

BLOG

von Elena Lalama



Adhärenz – one size fits all?

Therapeutische Trägheit: Circa 50 % der Ursachen/Gründe liegen aufseiten der Behandler, 30 % aufseiten der Patienten und 20 % aufseiten der Praxisorganisation. Eine beeindruckende Aussage!

Im Praxisalltag erlebt man oft, dass die Behandlung nicht den Weg nimmt, den man sich vorstellt. Es soll mit einer Lebensstil-Modifikation begonnen werden, was bei der

Mehrheit nicht funktioniert, und erst dann geht es los mit einer großen Palette an Medikamenten. Die Realität sieht umgekehrt aus. Wie erreiche ich es, dass Menschen mit Diabetes ihren Lebensstil ändern? Nicht, weil der Diabetologe es möchte, nicht, weil der Termin morgen ist, nicht, weil er/sie sonst Ärger bekommt, nicht, weil die Diabetesberaterin das Tagebuch sehen wird, sondern

nur für sich selbst! Die Lösung hierfür lautet partizipative Entscheidungsfindung, wo der Mensch mit Diabetes und das Diabetesteam über die verschiedenen Behandlungsoptionen in einem Dialog sind und dann wird

eine Entscheidung getroffen. Die Vortragenden konnten einen super und gut strukturierten Überblick geben von dem aktuellen Stand der Therapieadhärenz, Erkennung von Barrieren, Analyse von Faktoren bei Non-

Adhärenz und sogar eine starke Kritik zu den entsprechenden Leitlinien.

Dieser Vortrag bringt mich dazu, meine Vorgehensweise zu hinterfragen, neue Wege zu suchen und hat mir einen Leitfaden gegeben, wie wir die therapeutische Trägheit im vollen Umfang zu einem therapeutischen Erfolg umwandeln können.

Ca. 50% der Ursachen/Gründe liegen auf Seiten der Behandler

- Fehler in der therapeutischen Zielsetzung
- Unterlassen, eine Behandlung einzuleiten
- Unterlassen einer Behandlungsintensivierung, bis das Therapieziel erreicht ist
- Fehlende Berücksichtigung von komorbiden Erkrankungen (z. B. Depression)
- „Thematisches Vagabundieren“: Häufiger Themenwechsel aufgrund mangelhafter Arzt-Patient-Kommunikation
- „Stillschweigender Nichtangriffs-Pakt“: Reaktive statt proaktive Behandlung
- Unzureichende Zeit

Ca. 30% der Ursachen/Gründe liegen auf Seiten der Patienten

- Fehlende Krankheitseinsicht/-akzeptanz
- Mangelndes Krankheitserleben
- Geringe Gesundheitskompetenz
- Kosten für Medikamente
- Zu viele Medikamente
- Medikamentennebenwirkungen
- Schlechte Arzt-Patient Kommunikation
- Fehlendes Vertrauen in den Arzt
- Psychische Probleme, Erkrankungen (Depression, Substanzmissbrauch etc.)

Ca. 20% der Ursachen/Gründe liegen in der Praxisorganisation

- Fehlende Routinen zum Monitoring des Behandlungserfolges
- Fehlende Planung der Arzttermine
- Keine externe Unterstützung bei klinischen Entscheidungen
- Keine klinische Leitlinie
- Mängel in der Patientenverwaltung/-datenbank
- Kein Team-Ansatz bei der Behandlung
- Schlechte Arzt-Personal Kommunikation

PROBLEM:
Therapeutische Trägheit –
Clinical inertia
(Vortrag Dr. Kulzer)

Problem definieren
Mitteln, dass eine Entscheidung ansteht
Gleichberechtigung formulieren
Gleichberechtigung der Partner formulieren

Behandlungsmöglichkeiten beschreiben
Über Vor- und Nachteile informieren

Verständnis, Gedanken und Erwartungen erfragen
Die Sicht und den Kontext des Patienten mit einbeziehen

Präferenzen klären
Beteiligungswunsch ermitteln und Entscheidung herbeiführen

Vereinbarung treffen
Vereinbarungen zur Umsetzung der Entscheidung treffen

LÖSUNG:
Partizipative Entscheidungsfindung
(Vortrag Dr. Petrak)

O'Connor et al. Clinical Inertia and Outpatient Medical Errors. In: Henriksen et al. (ed). Advances in Patient Safety (Vol. 2). 2005

WANTED: Diabetologe 2.0

von Dr. Dagmar Roth

Die Herbsttagung 2020 der DDG war dank ihrem interessanten und ausgewogenen wissenschaftlichen Programm für mich nicht nur mit vielen Aha-Momenten verbunden, sondern auch weichenstellend im Hinblick auf meine persönlichen Anforderungen als angehende Diabetologin.

Der Wissenszuwachs der vergangenen Jahre und damit verbundene Ausblick auf sowohl diagnostische als auch therapeutische Perspektiven in der Diabetologie macht das diabetologische Arbeitsfeld zu einem äußerst spannenden und sich im Wandel befindlichen Gebiet!

Stand in meinem bisherigen (stationären) klinischen Alltag oft eine Verbesserung des Glukoseprofils und HbA_{1c} im Vordergrund, sehe ich nach den vielfältigen Tagungssymposien, dass Diabetologen zukünftig so viel mehr werden und tun müssen als

CGM-Kurven auszuwerten und Insulindosen anzupassen!

Die Basis des diabetologischen Alltags wird zunächst die Erkennung der neu definierten Hochrisikosubtypen sowohl von Prädiabetes- als auch Diabetespatienten sein und eben diesen eine besondere Aufmerksamkeit in Form von Aufklärung und präventiven Interventionen entgegenzubringen. Den Kollegen der Pädiatrie kommt eine noch bedeutendere Rolle im Rahmen der Früh-

erkennung zu. Mit großer Freude habe ich von Ansätzen zu Interventionen im Sinne der Sekundärprävention bei Kindern mit Typ-1-Diabetes erfahren (z.B. der Einsatz von oralem Insulin zur Toleranzsteigerung oder die Gabe des Anti-CD2-Antikörpers Teplizumab). Die interessanten Beiträge zu Früherkennungsstudien haben mir gezeigt, dass auch wir den pädiatrischen Kollegen unter die Arme greifen können, nämlich im Rahmen einer Aufklärung unserer Diabetespatienten mit Kinderwunsch über Programme wie Frederik (Ermittlung des genetischen Risikos

für einen Typ-1-Diabetes) oder Fr1da (Auto-Antikörper-Screening).

Die – vornehmlich kardiovaskuläre sowie renale – Risikoevaluation unserer erwachsenen Patienten und damit einhergehende Prognose-basierte Therapie wird zukünftig unsere Therapieentscheidungen relevant lenken (SGLT2-Inhibitoren bei Herzinsuffizienz und chronischer Nierenerkrankung bzw. GLP1-Rezeptoragonisten bei KHK, bei entsprechendem Risikoprofil auch unabhängig vom HbA_{1c}) und dadurch die Prognose für unsere Patienten hoffentlich signifikant beeinflussen können. Ein anamnestisches Screening auf Herzinsuffizienz-Symptome bei allen Diabetes-Patienten – wie im Symposium von Professor Dr. Nikolaus Marx vorgeschlagen – wird sicher auf meine Anamnese-Liste kommen. Dass die Wirkstoffklasse der SGLT2-Inhibitoren multidisziplinär einsetzbar wird und sowohl die Primär- als auch Sekundärprävention der Herzinsuffizienz beeinflussen kann, legt den Diabetologen den notwendigen Blick außerhalb ihres Fachgebietes auf. Die erwartete

Zulassung des oralen GLP1-Rezeptoragonisten Semaglutid erweitert unser Spektrum der oralen Antidiabetika um eine – im Vergleich zur subkutanen Injektion – vermutlich Compliance-freundlichere Wirkstoffklasse! Doch trotz der multiplen therapeutischen Veränderungen darf auch die Relevanz der CGM- und Pumpensysteme nicht unerwähnt bleiben. Die Ergebnisse der CGM-Train-Studie haben mir gezeigt, wie wichtig die Einbeziehung und gute Aufklärung unserer Patienten über CGM-Systeme für den Therapieerfolg sind – ein Aspekt, der in meinen Augen manchmal im Alltag aus Zeitgründen eher untergeht. Mit Respekt habe ich von den Erfolgen und dem Einsatz der „Looper-Community“ gehört, ein Hoffnungsschimmer in Anbetracht des bisherigen Fehlens eines kommerziellen AID-Systems.

Fazit für mich nach der DDG-Herbsttagung ist: Der Diabetologe braucht eine neue Version 2.0! Die reine Beschränkung auf eine optimale Glukosestoffwechseleinstellung reicht längst nicht mehr aus, der Blick über den diabetologischen Tellerrand und da-

mit einhergehend eine noch breitere gesamtinternistische Betrachtung des Diabetespatienten ist unerlässlich, um individualisierte Therapieentscheidungen treffen zu können. Meine bisherige Erfahrung zeigt, der Weg zu einem guten Diabetologen ist Teamarbeit, insbesondere „conversational learning“ – wie vom Keynote Speaker Professor Dr. Wolfgang Wahlster erwähnt – ist hier von immenser Bedeutung. Mein Wunsch ist eine Stärkung und Förderung eben dieses „conversational learning“ auch im klinischen Alltag mit der Bitte an die erfahreneren Diabetologen und Diabetesassistenten, das so wertvolle, langjährig angesammelte Wissen auch außerhalb von Symposien weiterzugeben, nur so können wir unseren Patienten zukünftig die beste Medizin bieten!

BLOG

BLOG

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



**WAS DU
HEUTE
KANNST
BESORGEN ...**

Jetzt handeln!

16, 18, 20 oder 24 Stunden fasten

Abnehmen ohne Kalorienzählen – funktioniert das wirklich?

DÜSSELDORF. Seit einiger Zeit wird das Intervallfasten als eine Methode der Gewichtsreduktion mit weiteren günstigen Effekten auf die Gesundheit propagiert. Dahinter verbergen sich verschiedene Ansätze, die nicht alle gleich effektiv sind.

Es gibt unterschiedliche Typen des Intervallfastens. Alle haben eines gemeinsam: Es gibt keine Diätvorgaben, man muss nur auf die Uhr oder das Datum achten, sagte Professor Dr. KRISTA A. VARADY von der Universität von Illinois in Chicago und erklärte die Popularität dieser Form einer Diät so: „Viele sind es wirklich leid, Kalorien zu zählen!“ Zwei Typen von Intervallfasten nahm sie genauer unter die Lupe:

- Intervallfasten mit Restriktion der Mahlzeiten auf ein bestimmtes Zeitfenster am Tag (time restricted feeding, TRF) sowie
- intermittierendes Fasten (alternate day fasting, ADF): abwechselnd einen Tag mit stark reduzierter Nahrungsaufnahme, den anderen Tag essen, so viel man mag.

Zum TRF gibt es viel Ratgeberliteratur, aber wenig Evidenz, ob diese Art der Restriktion tatsächlich zu einem anhaltenden Gewichtsverlust bei Adipositas führen kann.

Im Schnitt 350 kcal weniger am Tag

In einer Pilotstudie mit adipösen, ansonsten gesunden erwachsenen Personen führte die Begrenzung der Mahlzeiten auf einen 8-Stunden-Zeitraum am Tag nur zu einem 2,6%igen Gewichtsverlust in drei Monaten. Obwohl die Patienten angaben, sich an fünf bis sechs Tagen pro Woche an die Vorgaben gehalten zu haben.¹ Ohne Kalorien zu zählen, nahmen sie im Schnitt knapp 350 kcal pro Tag weniger zu sich. Der systolische Blutdruck sank, Fett- und Zuckerstoffwechsel blieben aber unverändert. Unerwünschte Ereignisse (Obstipation, Schlafstörungen, Körperbild- und Essstörungen oder

Blutbildveränderungen) traten nicht auf.²

Samstags werden gern Ausnahmen gemacht

Ziel des Fastens sollte eigentlich eine Gewichtsreduktion von mindestens 5 % sein, sagte Prof. Varady. Eine Studie mit drei Armen prüfte, ob längere Fastenzeiten am Tag das ermöglichen.³ Verglichen wurden:

- Mahlzeiten nur zwischen 15 und 19 Uhr (4 Stunden für Nahrungsaufnahme, 20 Stunden fasten)
- Mahlzeiten nur zwischen 13 und 19 Uhr (6 Stunden für Nahrungsaufnahme, 18 Stunden fasten)
- eine Ernährung wie gewohnt (Kontrolle)

Auch in dieser Studie konnten die meisten adipösen, aber ansonsten gesunden Teilnehmer den Vorgaben gut folgen und sich am Ende der acht Wochen vorstellen, diese Ernährungsweise weiterzuführen. Ihren Ernährungstagebüchern war zu entnehmen, dass sie sich durchschnittlich für 6,2 Tage pro Woche an die Vorgaben hielten. Ausnahmen machten die Probanden meist am Samstag.

Sogar langes Fasten blieb fast ohne Effekt

Die Gewichtsreduktion von 3,2 % in beiden TRF-Armen blieb aber unter dem Ziel von 5 % des Ausgangskörpergewichts. Immerhin sank ihr Nüchternblutzucker signifikant um 15 % gegenüber der Kontrollgruppe. Der HOMA-IR-Wert als Maß für eine Insulinresistenz sank in der Gruppe mit 20-stündigem Fasten um 25 %, in der Gruppe mit 18-stündigem Fasten um 15 %. Blutdruck und Blutfettwerte änder-



Nur zu festen Zeiten essen: Das ist die Idee beim Intervallfasten.

Foto: iStock/Emilija Randjelovic

ten sich nicht. In beiden Interventionsgruppen nahmen die Teilnehmer unwillkürlich täglich etwa 550 kcal weniger zu sich.

»Viele sind es leid, Kalorien zu zählen«

Beim intermittierenden Fasten wird am Fastentag nur 25 % der sonstigen Kalorienmenge in einer einzigen Mahlzeit mittags oder abends aufgenommen. Am anderen Tag kann ad libitum gegessen werden. Prof. Varady betonte, dass an den fastenfreien Tagen höchstens 200–300 kcal mehr gegessen werden.⁴ Sie erklärte die Gewichtsabnahme bei dieser Methode mit der Unfähigkeit, sich an normalen Tagen zu überessen.

Friederike Klein

1. Gabel K et al. Nutr Healthy Aging 2018; 4: 345-353; doi: 10.3233/NHA-170036
2. Gabel K et al. Appl Physiol Nutr Metab 2019; 44: 107-109; doi: 10.1139/apnm-2018-0389
3. Cienfuegos S et al. Cell Metab 2020; 32: 366-378.e3; doi: 10.1016/j.cmet.2020.06.018
4. Klempel MC et al. Nutr J 2010; 9: 35; doi: 10.1186/1475-2891-9-35.
5. Trepanoski JF et al. JAMA Intern Med 2017; 177: 930-938; doi: 10.1001/jamainternmed.2017.0936
6. Gabel K et al. Obesity 2019; 27: 1443-1450; doi: 10.1002/oby.22564

European Association for the Study of Diabetes – Annual Meeting 2020

Hungergefühl und Psyche überlisten

Welche Strategien beim Intervallfasten helfen können

DÜSSELDORF. Intervallfasten eignet sich nicht für jeden Patienten gleichermaßen. Viel trinken und ausreichende Eiweißzufuhr können in den ersten Tagen bei der Eingewöhnung helfen.

Eine Reihe von Personengruppen sollte gar nicht intermittierend fasten, betonte Professor Dr. KRISTA A. VARADY, Universität von Illinois in Chicago. Dazu gehören:

- Schwangere
- Personen mit Binge-Eating- und anderen Essstörungen
- Schichtarbeiter
- Menschen, die alle zwei bis drei Stunden eine Zwischenmahlzeit gewohnt sind

Im Wechsel einen Tag ohne Einschränkungen zu essen und am nächsten Tag nur 25 % der sonstigen Kalorienaufnahme in einer Mahlzeit (intermittierendes Fasten, ADF) zu sich zu nehmen, ist nach Prof. Varadys Erfahrung schwerer durchzuhalten als die Begrenzung der Mahlzeiten auf wenige Stunden am Tag (Intervallfasten, TRF). Der Gewichtsverlust tritt beim ADF al-

»Tage 1–10 sind besonders hart«

lerdings schneller ein. Damit können im Durchschnitt 4,5 kgKG bis 6,8 kgKG in drei Monaten erreicht werden. Bei TRF nehmen die Patienten im selben Zeitraum meist nur zwischen 2,3 kgKG und 4,5 kgKG ab. Es fällt Menschen leichter, sich an die Vorgaben zu halten, wenn sie einige Ratschläge beachten, erläuterte Prof. Varady. Die ersten zehn Tage seien besonders hart. Gerade in dieser Zeit helfe es, die Wasseraufnahme zu steigern. Dann seien auch die häufig zu Beginn auftretenden Kopfschmerzen seltener oder schwächer ausgeprägt. Manche Patienten erleben im Verlauf dann aber gerade in den Fastenzeiten einen Energieschub. Beim

ADF sollte an Fastentagen auf eine Aufnahme von 50 g Eiweiß geachtet werden. Dies hält den Hunger klein, so Prof. Varady. Beim TRF ist die Einschränkung der Mahlzeiten auf einen Zeitraum von sechs Stunden sinnvoll.

Oft kommen Patienten auch ohne Frühstück aus

„Die Einschränkung der Nahrungsaufnahme auf nur vier Stunden am Tag ist nicht gerechtfertigt“, sagte Prof. Varady. Eine Einschränkung der Essenszeiten auf acht Stunden am Tag wiederum ist weniger effektiv als sie auf sechs Stunden zu begrenzen. Wichtig für die Akzep-

tanz beim TRF ist ihrer Erfahrung nach, dass die Mahlzeiten zwischen 10 Uhr und 18 Uhr eingenommen werden. Das Frühstück auszulassen, fiel den Teilnehmern in Studien am leichtesten, auch wenn dies medizinisch gesehen nicht optimal ist. Das Abendessen auszulassen, waren Probanden meist nicht bereit.

Um einen einmal erreichten Gewichtsverlust aufrechtzuerhalten, gilt bei TRF wie ADF, nicht wieder in das alte Essverhalten zurückzufallen. Prof. Varady empfahl, weiter Fastentage mit den entsprechenden Restriktionen beizubehalten. *fk*

European Association for the Study of Diabetes – Annual Meeting 2020



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**



XELEVIA® VELMETIA®



Sitagliptin: Stark^{1,2} & etabliert*, wenn Metformin allein nicht ausreicht.[§]



¹ Als Add-on zu Metformin.

² Charbonnel B, Karasik A, Liu J et al for the Sitagliptin Study 020 Group: Efficacy and safety of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor sitagliptin added to ongoing metformin therapy in patients with type 2 diabetes inadequately controlled with metformin alone. Diabetes Care. 2006; 29:2638–2643

* Lauer Taxe: Markteinführung von Xelevia® April 2008 und von Velmetia® September 2008.

§ Bei erwachsenen Patienten mit Typ-2-Diabetes mellitus zur Verbesserung der Blutzuckerkontrolle in Kombination mit Metformin zusätzlich zu Diät und Bewegung indiziert, wenn eine Monotherapie mit Metformin den Blutzucker nicht ausreichend senkt.

Velmetia® ist auch bei Patienten, die bereits mit der Kombination von Sitagliptin und Metformin behandelt werden, indiziert. Wenn Sitagliptin als Add-on zu Metformin gegeben wurde, war die Inzidenz von Hypoglykämien ähnlich der unter Placebo. Patienten mit einer Kombination Sulfonylharnstoff plus Xelevia® oder Velmetia® bzw. Patienten mit einer Kombination Xelevia® oder Velmetia® plus Insulin können ein erhöhtes Risiko für Hypoglykämien haben, eine Reduktion der Sulfonylharnstoff- bzw. Insulin-Dosierung kann nötig sein. Fachinformation Xelevia®, Stand 05/2020; Fachinformation Velmetia®, Stand 09/2020. **Vor der Verordnung von Xelevia® oder Velmetia® bitte die Fachinformation lesen.**

XELEVIA® Filmtabletten 25 mg/50 mg/100 mg Wirkstoff: Sitagliptin. **VELMETIA® 50 mg/850 mg Filmtabletten VELMETIA® 50 mg/1000 mg Filmtabletten Wirkstoff:** Sitagliptin und Metforminhydrochlorid. **Zus.: Arzneil. wirks. Bestandt.:** XELEVIA®: 1 Tbl. enth. Sitagliptinphosphat-Monohydrat, entspr. 25 mg, 50 mg od. 100 mg Sitagliptin. VELMETIA® 50 mg/850 mg Filmtabletten bzw. VELMETIA® 50 mg/1000 mg Filmtabletten: Jede Tbl. enth. Sitagliptinphosphat-Monohydrat, entspr. 50 mg Sitagliptin, u. 850 mg bzw. 1000 mg Metforminhydrochlorid. **Sonst. Bestandt.:** XELEVIA® Mikrokristalline Cellulose (E 460), Calciumhydrogenphosphat (E 341), Croscarmellose-Natrium (E 468), Magnesiumstearat (Ph.Eur.) (E 470b), Natriumstearylfumarat (Ph.Eur.), Poly(vinylalkohol), Macrogol (3350), Talkum (E 553b), Titandioxid (E 171), Eisen(II)-oxid (E 172), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E 172). VELMETIA® 50 mg/850 mg Filmtabletten bzw. VELMETIA® 50 mg/1000 mg Filmtabletten: Mikrokristalline Cellulose (E 460), Povidon K29/32 (E 1201), Natriumdozylsulfat, Natriumstearylfumarat, Poly(vinylalkohol), Macrogol 3350, Talkum (E 553b), Titandioxid (E 171), Eisen(II)-oxid (E 172), Eisen(III)-oxid (E 172). **Anw.:** XELEVIA®: B. erw. Pat. mit Typ-2-Diabetes mellitus zur Verbes. d. Blutzuckerkontr. indiziert. **Als Monother. 2-Fachther.** in Komb. mit Metformin, wenn Diät u. Beweg. plus e. Monother. mit Metformin d. Blutzucker nicht ausreichend senken; e. Sulfonylharnstoff, wenn Diät u. Beweg. plus e. Monother. mit e. Sulfonylharnstoff in d. höchsten vertragenen Dosis d. Blutzucker nicht ausreichend senken; e. PPARγ-Agonisten (d.h. e. Thiazolidindion) b. Pat., b. denen eine Komb. aus jeweils höchster vertragenen Dosis Metformin u. e. Sulfonylharnstoff bzw. PPARγ-Agonisten nicht ausreicht, d. Blutzucker zu senken; in Komb. mit Insulin (d.h. als 3-Fachther) b. Pat., b. denen e. stabile Insulinidosis u. Metformin allein d. Blutzucker nicht ausreichend senken. **Gegenanz:** Überempf.-keit gg. den/die Wirkstoff(e) od. e. d. sonst. Bestandt. **Zusätzlich für VELMETIA®:** Jede Art v. akut. metab. Azidose (z.B. Laktatazidose, diabet. Ketoazidose); diabet. Präkoma; schwere Niereninsuff. (GFR < 30 ml/min); akute Erkrank., welche d. Nierenfunkt. beeinträchtigt, können (wie Dehydratation, schwere Infekt., Schock, intravascul. Gabe v. jodhalt. Kontrastmitteln); akute od. chron. Erkrank., d. e. Gewebhypoxie verursachen können (wie Herz- od. Lungeninsuff., Kürzl. erlittener Myokardinfarkt, Schock);

Leberfunkt.-stör.; akute Alkoholvergiftung, Alkoholismus. Stillzeit. **Vors. bei:** Pankreatitis in d. Vorgeschichte. Gleichz. Anw. von Sulfonylharnstoff od. Insulin. **Nicht anw.:** Typ-1-Diabetiker, Schwangersch. **Zusätzlich b. XELEVIA®:** Pat. mit schwerer Leberfunkt.-stör., Pat. mit Nierenfunkt.-stör. (GFR < 45 ml/min), Pat. mit einer Nierenerk. im Endstadium (GFR < 15 ml/min), einschl. derer d. Hämö- od. Peritonealdialyse benötigen. **Nicht anw.:** diabet. Ketoazidose, Stillzeit. **Zusätzlich b. VELMETIA®:** Älteren Pat. Pat. mit Risikofakt. f. Laktatazidose (wie Verschlech. der Nierenfunkt., überm. Alkoholkonsum, Leberfunkt.-stör., schlecht eingest. Diabetes, Ketose, langes Fasten, m. Hypoxie assoziierte Erkrank., Komb. m. Arzneim., die Laktatazidose verursachen können), Komb. m. Arzneim., die die Nierenfunkt. akut beeinträchtigen können. Operationen. **Nebenw.:** XELEVIA®: Häufig: Hypoglykämie, Kopfschm. Gelegentl.: Schwindel, Obstipation, Pruritus. **Selten:** Thrombozytopenie. **Häufigkeit nicht bekannt:** Überempf.-reakt. einschl. anaphylaktischer Reakt. Interstit. Lungenkrankh. Erbr.; akute Pankreatitis; let./nicht let. hämorrhag. u. nekrotisierende Pankreatitis, Angiodödem; Hautausschlag; Urtikaria; kut. Vaskulitis; exfoliat. Hauterkr. einschl. SJS; bullöses Pemphigoid. Arthralgie; Myalgie; Rückenschm.; Arthropathie. Nierenfunkt.-stör.; akutes Nierenversagen. **Zusätzl. ungeachtet e. Kausalzusammenh.:** Infekt. d. oberen Atemwege; Nasopharyngitis. Osteoarthritis. Schm. in d. Gliedmaßen. **Zusätzl. häufiger in Studien mit Kombinationsther.:** Hypoglykämien (sehr häufig mit Sulfonylharnstoffen u. Metformin); Influenza (häufig mit Insulin [mit od. ohne Metformin]); Übelk. u. Erbr. (häufig mit Metformin); Flatulenz (häufig mit Metformin od. Pioglitazon); Obstipation (häufig mit Sulfonylharnstoffen u. Metformin); periph. Ödeme (häufig mit Pioglitazon od. d. Komb. v. Pioglitazon u. Metformin); Somnolenz u. Diarrhö (gelegentl. mit Metformin), Mundtrockenh. (gelegentl. mit Insulin [mit od. ohne Metformin]). VELMETIA®: Häufig: Hypoglykämie. Übelk.; Flatulenz; Erbr. Gelegentl.: Schwindel, Diarrhö; Obstipation; Schm. im Oberbauch. Pruritus. **Selten:** Thrombozytopenie. **Häufigkeit nicht bekannt:** Überempf.-reakt. einschl. anaphylaktischer Reakt. Interstitielle Lungenkrankheit. Akute Pankreatitis; letale u. nicht letale hämorrhagische u. nekrotisierende Pankreatitis, Angiodödem; Hautausschlag; Urtikaria; kutane Vaskulitis; exfoliative Hauterkrank. einschl. SJS; bullöses Pemphigoid. Arthralgie; Myalgie; Schm. in d. Extremitäten; Rückenschm.; Arthropathie. Nierenfunkt.-stör.; akutes Nierenversagen. **Zusätzl. in Studien in Komb. mit anderen Antidiabetika:** Hypoglykämien (sehr häufig mit Sulfonylharnstoffen od. Insulin), Obstipation (häufig mit Sulfonylharnstoffen), periphere Ödeme (häufig mit Pioglitazon), Kopfschm. u. Mundtrockenh. (gelegentl. mit Insulin). **Zusätzl. in klin. Studien mit Sitagliptin-Monother.:** Kopfschm., Hypoglykämie, Obstipation, Schwindel; ungeachtet e. Kausalzusammenh.: Infekt. d. oberen Atemwege; Nasopharyngitis; Osteoarthritis, Schm. in d. Extremitäten. **Zusätzl. in klin. Studien u. nach Markteinführung mit Metformin-Monother.:** Sehr häufig: Gastrointest. Symptome (wie Übelk., Erbr., Diarrhö, Schm. im Oberbauch, Appetitverlust). Häufig: metallischer Geschmack. **Sehr selten:** Laktatazidose; Leberfunkt.-stör.; Hepatitis; Urtikaria; Erythem; Pruritus. Vitamin-B₁₂-Mangel (z.B. megaloblastäre Anämie). **Hinw.:** Vor Behandl.-beginn u. in regelm. Abständen GFR ermitteln. **Verschreibungspflichtig.** Stand: 05/2020 (XELEVIA®), 09/2020 (VELMETIA®) **Bitte lesen Sie vor Verordnung von XELEVIA® bzw. VELMETIA® die Fachinformation!** Pharmazeutischer Unternehmer: Merck Sharp & Dohme B.V. Waarderweg 39 2031 BN Haarlem Niederlande Lokaler Ansprechpartner: BERLIN-CHEMIE AG, Glienicke Weg 125, 12489 Berlin



DIABETES KONGRESS 2021 DDG

12.–15. Mai 2021
Präzisionsmedizin –
Eine Reise in die Zukunft
der Diabetologie
Der erste digitale
Diabetes Kongress
www.diabeteskongress.de

Alle Vorträge live!

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

Jetzt
anmelden!

www.diabeteskongress.de



Die DDG lädt zum digitalen Kongress

Highlights aus dem Programm im Überblick

BERLIN. Nach gründlicher Abwägung aller Chancen und Risiken der Durchführung des Diabetes Kongresses in Berlin hat der Vorstand der DDG vor allem unter Berücksichtigung der vorgeschriebenen Hygienekonzepte und anderer Vorsichtsmaßnahmen beschlossen, den **Diabetes Kongress 2021** ausschließlich digital durchzuführen. Für die Kongressteilnehmenden bedeutet dies, dass Eröffnungsveranstaltung, Preisverleihungen, Symposien und Workshops online –

und zwar sowohl **live** als auch **on demand** – verfügbar sein werden. Die bei der digitalen Diabetes Herbsttagung gesammelten Erfahrungen werden dazu dienen, den Frühjahrskongress unter dem Motto **„Präzisionsmedizin – Eine Reise in die Zukunft der Diabetologie“** sowohl konzeptionell wie technisch noch weiter zu entwickeln, um einen modernen und für alle Teilnehmenden nutzbringenden Online-Kongress anbieten zu können.

Komorbiditäten

„Fettstoffwechselstörungen bei Diabetes“

Gemeinsames Symposium der Kommission Apotheker in der Diabetologie (BAK/DDG) und der AG Diabetes und Herz der DDG

Vorsitz: Prof. Dr. Stephan Jacob, Praxis für Prävention und Therapie, Villingen-Schwenningen;

Dr. Alexander Risse, Medizinische Klinik Nord, Dortmund

Freitag, 14. Mai 2021, 10:30–12:00 Uhr

Insbesondere bei multimorbiden Patienten hat die medikamentöse Therapie von Menschen mit Diabetes mellitus einen Komplexitätsgrad erreicht, der nicht mehr durch eine einzige Berufsgruppe überblickt werden kann. Eine vertrauensvolle Zusammenarbeit des Ärzte- und Apothekerteams spielt somit eine immer wichtigere Rolle. Seit dem Jahr 2000 gibt es eine paritätisch besetzte Kommission der Deutschen Diabetes Gesellschaft und Bundesapothekerkammer (BAK), die seit 2019 den Namen „Kommission Apotheker in der Diabetologie (BAK/DDG)“ trägt.

Diese hat in einem Konsensuspapier Qualitätsanforderungen für eine erfolgreiche Kooperation zwischen dem Ärzte- und Apothekerteam bei der Betreuung von Menschen mit Diabetes definiert. Auf dem

Jahreskongress der DDG 2021 wird die Kommission zusammen mit der AG Diabetes und Herz ein Symposium zur medikamentösen Therapie von Komorbiditäten des Diabetes mellitus mit dem Titel „Fettstoffwechselstörungen bei Diabetes“ abhalten. Prof. Dr. Stephan Jacob (Villingen-Schwenningen) beginnt mit einem Überblick über die Möglichkeiten der medikamentösen Therapie von Fettstoffwechselstörungen bei bestehendem Diabetes mellitus.

Prof. Dr. Rüdiger Landgraf (München) wird auf die Evidenz in Leitlinien eingehen und diese mit der tatsächlichen Versorgungspraxis vergleichen. Abschließend referiert Prof. Dr. Dietmar Trenk (Bad Krozingen) zu den Problemen bei der Therapie mit Statinen. Dabei geht er auch darauf ein, wie diese vermieden bzw. gelöst werden können.

Digitalisierung

„Diabetestechnologie für wirklich alle?“

CEDA-Symposium

Vorsitz: Dr. Ingrid Schütz-Fuhrmann,

Klinik Hietzing, Mödling;

Prof. Dr. Thomas Stulnig, Klinik Hietzing,

Wiener Gesundheitsverbund, Wien

Freitag, 14. Mai 2021, 14:30–16:00 Uhr

Diabetestechnologien, also Glukosesensoren, Insulinpumpen und künstliche Pankreasysteme, sind aus dem Management des Typ-1-Diabetes nicht mehr wegzudenken. Doch wie sieht es bei anderen Diabetesformen aus? Inwieweit profitieren Menschen mit Diabetes Typ 2 oder Typ 3? Andererseits können moderne Diabetes-

technologien auch der in Zeiten von COVID-19 rasant wichtiger gewordenen Telemedizin Vorschub leisten und unabhängig von der Diabetesform Vorteile für die Betreuung bieten. Aber werden alle Menschen mit Diabetes, die von der modernen Technologie profitieren würden, diese auch bedienen können? Inwieweit werden die Versicherungen Diabetestechnologie in Zukunft finanzieren? Wie steht es mit der Chancengleichheit auf diesem Gebiet?

Diese und andere brisante Fragen rund um Diabetestechnologien werden von herausragenden Experten und Anwendern in diesem CEDA-Symposium diskutiert. Seien Sie mit dabei und diskutieren Sie mit!

Grundlagenwissenschaften

„Betazell-Ersatz und Überwindung der Autoimmunität“

Vorsitz: Prof. Dr. Ezio Bonifacio,

Center for Regenerative Therapies,

TU Dresden

Donnerstag, 13. Mai 2021,

17:00–18:30 Uhr

Das Symposium „Betazell-Ersatz und Überwindung der Autoimmunität“ ist mit erstklassigen, international bekannten Wissenschaftlern besetzt: Prof. Dr. Bernhard Hering, ein Pionier der Inselzellforschung von der Uni-

versity of Minnesota und Prof. Dr. Barbara Ludwig, TU Dresden, diskutieren Risiken und Möglichkeiten, den Typ-1-Diabetes mittels Inselzell-Allo- und Xeno-Transplantation zu behandeln. Prof. Dr. Matthias von Herrath, Immunologe aus San Diego, USA, erläutert die neuesten Forschungsergebnisse zur Pathogenese und Überwindung der Autoimmunität bei Typ-1-Diabetes und Prof. Dr. Pedro Herrera, Genf, präsentiert Möglichkeiten zur Umwandlung von Alpha- in Betazellen. Gemeinsames Ziel ist, einer Heilung des Typ-1-Diabetes näher zu kommen.

Komorbiditäten

„Trends und neue Themen in der Ernährungsmedizin“

Ausschuss Ernährung der DDG

Vorsitz: Prof. Dr. Andreas Fritsche, Universitätsklinikum Tübingen,

Prof. Dr. Diana Rubin, Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH, Berlin

Freitag, 14. Mai 2021, 14:30–16:00 Uhr

Ernährungsmedizinische Erkenntnisse unterliegen wie auch das Wissen zur medikamentösen Therapie einem steten Wandel. Da zunehmend hochwertige Studien in diesem so essenziellen Therapiebereich verfügbar sind, hat sich der Ausschuss Ernährung der DDG zum Ziel gesetzt, diese Neuerungen zum Thema des Symposiums zu machen. Zusätzlich soll fundiertes Expertenwissen in Bereichen vermittelt werden, die nicht oder kaum durch Studiendaten abgesichert sind, da z.B. die Entwicklung im Bereich Migration und Digitalisierung dieses erfordert.

Die Ernährungstherapie von Personen mit Diabetes wird Bestandteil der neuen Praxisleitlinien sein und daher derzeit vom Ausschuss Ernährung auf den wissen-

schaftlichen Prüfstand gestellt. Ein medial, in Patienten- und Therapeutenkreisen stark diskutiertes Thema ist die sogenannte Low-carb-Ernährung. Ob diese Ernährungsform für Menschen mit Diabetes geeignet und zu empfehlen ist, wird im Symposium ebenfalls beantwortet.

Spezifische Aspekte der Ernährungstherapie in anderen Sprach- und Kulturräumen sind ein gemeinsames Thema mit der AG Diabetes und Migration. Praktische Empfehlungen in diesem Bereich sind hochrelevant. Vor allem junge Menschen mit Diabetes nutzen intensiv Apps und andere digitale Anwendungen. Der informierte Behandler muss deshalb in diesem Bereich grundlegende Kenntnisse haben, um eine qualifizierte Beratung durchführen zu können.

Komorbiditäten

„Personalisierung und Nephropathie bei Diabetes“

AG Diabets & Niere der DDG

Vorsitz: PD Dr. Martina Guthoff,

Universitätsklinikum der

Eberhard-Karls-Universität, Tübingen

Samstag, 15. Mai 2021,

11:00–12:30 Uhr

Personalisierung spielt in der Medizin eine große Rolle. Bei einem so komplexen Erkrankungsbild wie dem Nierenschaden bei Diabetes ist Personalisierung nicht nur schwierig, sondern auch eine kontinuierliche Aufgabe. Unser Symposium mit hochkarätigen Referentinnen und Referenten wird sich diesem schwierigen Thema kompetent widmen. In der Sitzung werden neue Erkenntnisse aus experimentellen Arbeiten mit klinischer Relevanz verbunden: von bench to bedside.

Einen Überblick über die Präzisionsdiagnostik wird uns Prof. Dr. Berend Isermann aus Leipzig geben und uns dabei einige seiner Forschungsergebnisse vorstellen. Die molekularen Grundlagen bildeten die Basis

für die praktische Diagnostik und die personalisierte Therapie. Kontinuierliche Glukosemesssysteme sind aus dem klinischen Alltag in der Diabetologie nicht mehr wegzudenken. Bereits heute gibt es geschlossene Systeme, die mit Insulinpumpen zusammenarbeiten und so praktisch ein künstliches Pankreas hinsichtlich des Glukosestoffwechsels simulieren können. Privatdozentin Dr. Martina Guthoff aus Tübingen wird von ihren eigenen Forschungsergebnissen berichten und einen Vergleich dieser Methodik mit der Pankreastreansplantation ziehen.

Die Tübinger Forschungsgruppe um Prof. Dr. Robert Wagner hat in Nature Medicine gerade einen Artikel publiziert. Eine Clusteranalyse der Daten von Patienten mit Prädiabetes konnte bei einem bestimmten Phänotyp unter anderem ein erhöhtes Risiko für eine Nephropathie nachweisen. Der Referent wird uns die Frage beantworten können, inwieweit wir damit in der Früherkennung dieses Krankheitsbildes einen wesentlichen Schritt näher gekommen sind.

»Wir wollen Orientierung schaffen«

Für die Delegation an Diabetesberater/innen DDG gibt es nun Rahmenempfehlungen

BERLIN. In erfahrenen diabetologischen Teams arbeiten Ärzteschaft und Diabetesberater/innen DDG oft in geradezu stummer Übereinkunft zusammen. Kommen jedoch neue Kolleginnen oder Kollegen ins Team, besteht Klärungsbedarf über die Tätigkeitsfelder der Einzelnen. DDG, VDBD, BVND und BVDK haben daher Rahmenempfehlungen erarbeitet, die als Orientierung bei der Delegation von Leistungen dienen sollen. Kathrin Boehm, stellvertretende Vorsitzende des VDBD, berufsfachliche Leitung der Weiterbildungsstätte Bad Mergentheim und Mitglied im Ausschuss „Qualitätssicherung, Schulung und Weiterbildung“ der DDG, erklärt die Inhalte des Papiers.

Warum bedurfte es der Rahmenempfehlungen?

Kathrin Boehm: In der Weiterbildung der Diabetesberaterinnen treten manchmal Unsicherheiten auf. Die Kursteilnehmerinnen fragen zum Beispiel, ob sie bestimmte Tätigkeiten schon direkt nach der Weiterbildung übernehmen müssen, obwohl sie sich diese noch nicht ganz zutrauen. Das betrifft etwa die Dosisanpassung. Aber auch das Ansetzen von Insulintherapien wird gelegentlich delegiert, obwohl es klar in der Verantwortung des Arztes liegt.

Der VDBD hat zwar schon vor Langem eine Stellenbeschreibung für Diabetesberaterinnen erarbeitet, eine Delegationsvereinbarung gab es aber nicht. Deswegen haben wir zusammen mit der DDG und den Bundesverbänden der Diabetologen in Praxis und Klinik Rahmenempfehlungen erstellt, an der sich Ärzte und Diabetesfachkräfte orientieren können. Sie basieren unter anderem auf Stellungnahmen von Bundesärztekammer und KBV, der Weiterbildungs- und Prüfungsordnung sowie dem Rahmenlehr- und Weiterbildungsplan für Diabetesberater und Diabetesberaterinnen DDG und den Leitlinien und Praxisempfehlungen der DDG. Wir freuen uns sehr, dass wir den Handlungsrahmen der Diabetesberaterinnen nun gemeinsam definieren konnten. Für den ein oder anderen Arzt könnte das Papier sogar ein Aha-Erlebnis sein – wenn er schwarz auf weiß sieht, was seine Diabetesberaterin alles leisten kann. Manche Mediziner wissen gar nicht, welche Qualifikationen in der Weiterbildung vermittelt werden.

Wie können die Empfehlungen im Alltag genutzt werden?

Boehm: Die Rahmenempfehlungen zeigen auf, welche Möglichkeiten

der Delegation es gibt. Wir nennen sie bewusst nicht „Delegationsvereinbarung“, weil diese einen rechtlich verbindlichen Charakter hätte. Das Papier soll allerdings die Grundlage für eine individuelle Stellenbeschreibung liefern, die Arzt und Diabetesberaterin miteinander vereinbaren. Wenn diese am Ende von beiden Seiten unterschrieben wird, ist das wie eine Arbeitsanweisung.

Welche Inhalte dürften Ärzte überraschen?

Boehm: Wenn man die Empfehlungen einem erfahrenen Diabetologen in die Hand gibt, wird er sagen: „Das ist doch selbstverständlich. Das übernimmt meine Mitarbeiterin schon seit Jahren.“ Allerdings entwickelt sich die Delegation in diabetologischen Teams über die Jahre hinweg mit der Berufserfahrung. Dabei spielt das Vertrauen eine große Rolle. Wenn jedoch ein neuer Arzt oder eine neue Kollegin hinzukommt, wird die Aufgabenverteilung hinterfragt und es wird Klarheit gewünscht. Hier soll das Papier als Hilfe dienen, um die Tätigkeitsfelder abzustecken.

Ist mit dem Papier nun alles geklärt oder gibt es Grauzonen?

Boehm: Es gibt im Praxisalltag eine Grauzone, die in dem Dokument nicht aufgedeckt wurde. Derzeit steht an fast allen delegierbaren Leistungen noch die Bemerkung „nach Rücksprache mit dem Arzt“. Wir wissen aber aus Erfahrung: Das läuft im Alltag anders. Eine Diabetesberaterin geht nicht wegen jeder geänderten Einheit Insulin zum Arzt und bittet um Erlaubnis.

Die Schulungsprogramme heißen nicht umsonst „Schulungs- und Behandlungsprogramme“. Diabetesberaterinnen leiten Patienten dazu an, die Therapie selbstständig anzupassen. Natürlich muss der Arzt vorher angeben, in welchem Rahmen sich das bewegen soll. Aber danach kann die Beraterin durchaus selbstständig

INTERVIEW



Kathrin Boehm
Stellvertretende Vorsitzende des VDBD e. V.,
berufsfachliche Leitung der Weiterbildungsstätte Bad Mergentheim
und Mitglied im Ausschuss QSW

Foto: Mike Fuchs Fotografie

arbeiten. Sie verbringt mehr Zeit mit dem Patienten und kennt ihn dadurch unter Umständen besser.

In den Empfehlungen ist ganz klar formuliert, dass hier natürlich die Berufserfahrung eine Rolle spielt: Je mehr Erfahrung jemand hat, desto selbstständiger kann er oder sie arbeiten. Delegation heißt jedoch auch, dass es in der Verantwortung eines Arztes liegt, wem er welche Bereiche überträgt. Er hat sicherzustellen, dass die betreffende Person dazu fähig ist. Und er kann ihr die Tätigkeit auch

jederzeit entziehen. In der Praxis ist es in der Regel erwünscht, dass die Beraterinnen mitdenken und Verantwortung übernehmen. Nur so können bestimmte Abläufe zwischen Tür und Angel erfolgen.

Hätten Sie ein Beispiel dafür?

Boehm: Bei der Ausstellung von Folgepreskriptionen haben Diabetesberater gleichermaßen mit im Blick, ob sich zwischenzeitlich durch veränderte Laborwerte Kontraindikationen bei der Verordnung oraler Antidiabetika ergeben haben. Das spart dem Arzt im Praxisalltag Zeit. Auch auf Ernährungs- und Bewegungstherapien lässt sich das übertragen. Wenn ein Arzt entscheidet, dass der Patient sein Gewicht reduzieren sollte, wählen Diabetesberaterinnen selbstständig die Methode, die sie für passend halten. Das kann z.B. die Empfehlung einer Ernährungsapp sein. Für so etwas hat der Arzt gar keine Zeit.

Gibt es Punkte, bei denen Sie sich eine Ergänzung wünschen?

Boehm: Grundsätzlich ist das Papier sehr vollständig. Wenn man es aber um einen weiteren Bereich ergänzen wollte, müsste man darüber nachdenken, die Rolle des Patienten stärker zu gewichten. Denn wenn dieser einer Beraterin genehmigt, etwas zu tun, dann ist das meiner Meinung nach in Ordnung. Wenn er die Beraterin beispielsweise fragt, wie er seine Insulindosis beim Sport anpassen muss, vertraut er ihr bei der Antwort. Das ist Hilfe zur Selbsthilfe, dafür muss sie nicht extra zum Arzt gehen und sich erkundigen, ob die Empfehlung in Ordnung ist. Patienten haben eine gewisse Erfahrung im

»Wir bitten um Rückmeldungen«

Umgang mit ihrer Erkrankung, das sollten wir nicht vergessen. Und Delegation gelingt nur, wenn auch der Patient mitspielt.

Wie geht es jetzt weiter?

Boehm: Zunächst wollen wir das Papier bekannter machen. Es steht auf den Webseiten der DDG und der Berufsverbände zum Download bereit. Zudem wird der VDBD die Diabetesberaterinnen und -berater darum bitten, die Empfehlungen im Praxisalltag so zu leben, wie sie formuliert sind. Wir hoffen auf viele Rückmeldungen. Es könnte sein, dass es Ärzte gibt, die sagen: „Warum kommst du jetzt? Mach das wie immer. Du hast das bisher auch alleine gemacht.“ Das wollen wir auswerten. Natürlich wollen wir auch wissen, welche weiteren Inhalte gewünscht werden. Es wäre schön, wenn wir mit der DDG und den ärztlichen Verbänden gemeinsam eine Umfrage zur Handhabbarkeit der Empfehlungen gestalten könnten. Im Herbst wollen wir diese überarbeiten. Zunächst freue ich mich aber, dass wir es geschafft haben, das Thema Delegation gemeinsam auf den Tisch beziehungsweise in eine Videokonferenz zu bringen. Mein Wunsch wäre, dass die Empfehlungen nun in Praxis und Klinik gelebt werden.

Interview: Isabel Aulehla

bit.ly/rahmenempfehlungen

nachgefragt

Beispiele für delegierbare Leistungen und die benötigten Qualifikationen

Themenbereich

Insulininjektion, Insulinkatheter- und Glukosesensor-Einführung

Delegierbare Tätigkeit

DB nimmt Rücksprache mit dem Arzt / der Ärztin und führt sofern der Eingriff keine besondere Schwierigkeit darstellt, die die persönliche Vornahme oder jedenfalls die räumliche Anwesenheit des behandelten Arztes erforderlich macht, selbstständig durch:

- Bedarfsgerechte Insulininjektion im Rahmen der Dosisanpassung bei erforderlichen Blutzuckerkorrekturen
- Katheter- und Sensorwechsel

Digitale Gesundheits-Anwendungen

DB kann nach Rücksprache mit dem Arzt / der Ärztin selbstständig durchführen:

- Anleitung zur Anwendung telemedizinischer Versorgungskonzepte
- Anleitung und Einweisung in Gesundheits-Apps

Hinweise zur Kompetenzüberprüfung

- zu subkutanen Insulininjektionen (Überprüfung und Nachweis durch „Spritzenschein“ bei Diabetesberater/innen, die keine MFA oder Pflegefachkraft sind)
- um situationsbedingt und adressatenorientiert eine korrekte Insulinkatheter- und Glukosesensor-Einführung durchzuführen

- um durch entsprechende Nachweise über zusätzliche erworbene Kompetenzen telemedizinische Beratungen durchzuführen
- um durch entsprechende Nachweise über spezifische für die entsprechende App erworbene Kompetenzen Einweisungen und Beratungen durchzuführen

Quelle: Rahmenempfehlungen zu ärztlich delegierbaren Leistungen an die Berufsgruppe der Diabetesberater/innen DDG

»Aufgaben individuell aushandeln«

Therapie des Typ-2-Diabetes: einfach mehr erreichen

Neue Dosierstärken von Dulaglutid eröffnen zusätzliche Möglichkeiten

Für Erwachsene mit Typ-2-Diabetes (T2D), die eine stärkere Blutzuckersenkung benötigen, haben sich die Chancen erhöht, unter einer Behandlung mit Dulaglutid^a ohne Wechsel der medikamentösen Therapie ihre individuellen glykämischen Ziele zu erreichen. Denn der GLP1-Rezeptor-Agonist (GLP1-RA) ist jetzt auch in den höheren Dosierstärken 3,0 mg und 4,5 mg zugelassen.¹

Unter anderem wegen der Progenz des T2D verfehlen etwa 30 bis 50 % der Patienten unter ihrer antidiabetischen Therapie ihre glykämischen Ziele.² Höhere Dosierungen könnten dem effektiv entgegenwirken. Umso wichtiger sei es, dass der bewährte GLP1-RA Dulaglutid (Trulicity[®])^{a,b} jetzt noch mehr Möglichkeiten für die individuelle Diabetes-Therapie biete, berichtete Professor Dr. Matthias Blüher, Leipzig. Ab sofort steht Dulaglutid ergänzend zu den Dosierungen von 1,5 mg und 0,75 mg in den Dosierungen von 3,0 mg und 4,5 mg – jeweils 1 x wöchentlich – zur Verfügung.¹ Das breitere Dosispektrum^b und die stärkere Wirksamkeit^c der höheren Dosierungen kann dazu beitragen, dass mehr Menschen mit T2D ohne Therapieumstellung ihre individuellen Therapieziele erreichen und aufrechterhalten können.¹

Die EU-Zulassung der beiden höheren Dosierstärken basiert auf den Ergebnissen der randomisierten, dreiarmligen Phase-3-Studie AWARD-11.^{1,3} In der 52-wöchigen Studie wurden die neuen Dosierstärken 3,0 mg und 4,5 mg mit der Standarddosierung Dulaglutid 1,5 mg verglichen – jeweils ergänzend zu Metformin.³

Starke und anhaltende Wirksamkeit auf HbA_{1c}-Wert und Körpergewicht

Die Add-on-Therapie mit Dulaglutid führte in allen drei Studienarmen von AWARD-11 zu einer starken dosisabhängigen Reduktion des mittleren HbA_{1c}-Werts und des Körpergewichts.^{1,3} Die HbA_{1c}-Reduktion betrug nach 36 Wochen – jeweils im Mittel – 1,5 % für Dulaglutid 1,5 mg, 1,7 % für Dulaglutid 3,0 mg und 1,9 % für Dulaglutid 4,5 mg (Abb.). Der Effekt hielt über den primären Endpunkt nach 36 Wochen hinaus bis Woche 52 an. Die glykämische Kontrolle wurde be-

gleitet von einer Gewichtsreduktion: In Woche 36 hatten die Patienten des 3,0- und 4,5-mg-Arms jeweils im Mittel 4,0 bzw. 4,7 kg abgenommen im Vergleich zu 3,1 kg im 1,5-mg-Arm. Bis Woche 52 ermöglichte Dulaglutid 4,5 mg eine Gewichtsreduktion im Mittel bis zu 5 kg.¹

Zudem hatten in Woche 36 71 % der mit der 4,5-mg-Dosierung und 65 % der mit der 3,0-mg-Dosierung behandelten Patienten den HbA_{1c}-Zielwert von < 7,0 % erreicht. „Dieses Ergebnis ist für die Praxis hochrelevant. Denn Zielwerterreichung ist ein wichtiges Qualitätskriterium in der Diabetologie“, unterstrich Prof. Blüher. Durch die beiden zusätzlichen Dosierstärken 3,0 mg und 4,5 mg habe der behandelnde Arzt nun noch mehr Optionen bei der Therapie des T2D mit Dulaglutid. Damit könnten noch mehr Patienten von der starken Wirksamkeit^c und der einfachen Anwendung⁴ profitieren. Alle Dosierungen werden unabhängig von den Mahlzeiten jeweils mit einem

„Patienten haben jetzt die Möglichkeit im Krankheitsverlauf, wenn weitere Blutzuckersenkung nötig ist, ihre Trulicity[®]-Therapie mit der nächsthöheren Dosierstärke fortzusetzen, ohne zusätzliche Antidiabetika einsetzen zu müssen.“ Prof. Dr. Blüher

Dulaglutid 1,5 mg: Belegte CV-Wirksamkeit

Neben einer starken und langanhaltenden Senkung von HbA_{1c} und Körpergewicht kann Dulaglutid 1,5 mg bei kardiovaskulären (CV) Hochrisikopatienten mit T2D das Risiko von CV-Ereignissen^a reduzieren – auch dann, wenn sie noch keine manifesten CV-Vorerkrankungen^b aufweisen.^{c,1}

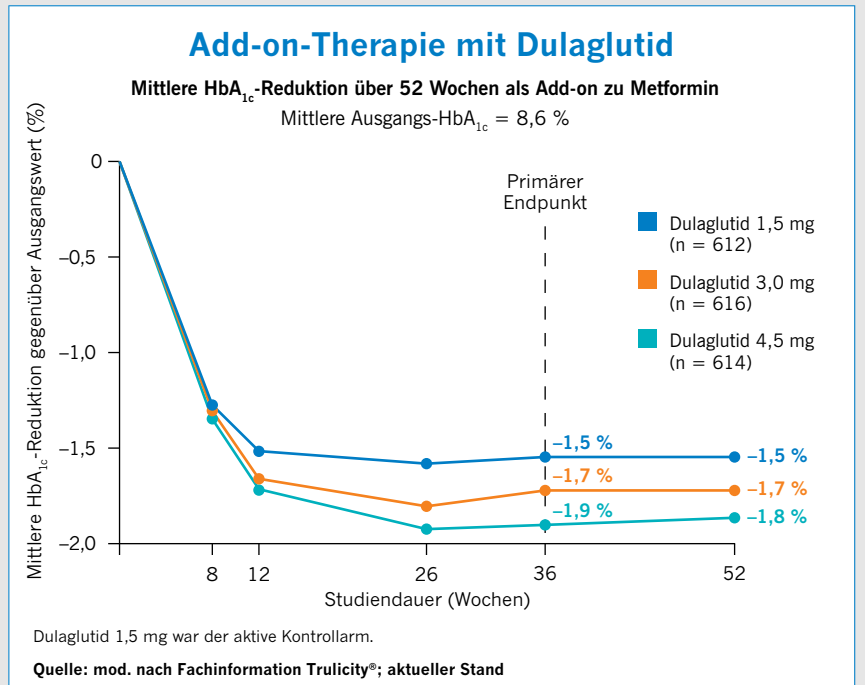
GLP1-Rezeptor-Agonisten wie bspw. Dulaglutid haben in den aktuellen Leitlinien einen sehr hohen Stellenwert für den Einstieg in die Injektionstherapie erlangt. Nach den ADA/EASD-Empfehlungen sollte bei der ersten Injektionstherapie unter Berücksichtigung der individuellen Präferenzen des Patienten der Einsatz von GLP1-RA wie bspw. Dulaglutid 1,5 mg (Trulicity[®])¹ bei Patienten mit T2D mit einem hohen CV-Risiko^d oder einer manifesten ASCVD als erste injizierbare Therapieoption vor Basalinsulin in Erwägung gezogen werden.^{c,2}

Kardiovaskuläre Hochrisikopatienten profitieren besonders

„Menschen mit T2D haben noch ein deutlich erhöhtes Risiko für den kardiovaskulären Tod“, so Professor Dr. Nikolaus Marx, Aachen. Dass die T2D-Therapie mit Dulaglutid 1,5 mg zusätzlich zu einer effektiven und

anhaltenden glykämischen Kontrolle sowie dem vorteilhaften Einfluss auf das Körpergewicht auch zu einer Reduktion schwerer CV-Ereignisse^a bei CV-Hochrisikopatienten mit und ohne CV-Vorerkrankung^b führt, zeigen die Ergebnisse der CV-Endpunktstudie REWIND.^{c,e,1,3} Diese schloss insgesamt 9901 Patienten mit T2D und mit CV-Risikofaktoren^f, aber mehrheitlich ohne klinisch manifeste CV-Vorerkrankung^b ein. „Besonders interessant ist, dass zwei Drittel der Patienten in REWIND zwar ein erhöhtes CV-Risiko^f, jedoch keine manifesten Vorerkrankungen^b aufwiesen“, so der Kardiologe. Dulaglutid 1,5 mg 1 x wöchentlich reduzierte das relative Risiko für schwere CV-Ereignisse nach den MACE-3-Kriterien^a um 12 % (p = 0,026 vs. Placebo).¹ Die Risikoreduktion war unabhängig davon, ob bereits eine klinisch manifeste CV-Vorerkrankung^b vorlag oder lediglich CV-Risikofaktoren.^f Die Daten der REWIND-Studie zeigen neben der Reduktion von CV-Ereignissen^{a,b} auch eine anhaltende Wirksamkeit von Dulaglutid 1,5 mg auf den HbA_{1c}-Wert^g und das Körpergewicht^h über einen Behandlungszeitraum von median 5,4 Jahren.³ „Das Entscheidende ist, die Evidenz, die wir jetzt haben, anzuwenden“, resümierte Prof. Marx.

- a MACE-3 (major adverse cardiovascular event): Kardiovaskulärer Tod, nicht-tödlicher Myokardinfarkt oder nicht-tödlicher Schlaganfall.
- b 31,5 % der in REWIND untersuchten Patienten hatten eine klinisch manifeste Vorerkrankung.⁴
- c Belegt durch eine placebokontrollierte, doppelblinde kardiovaskuläre Langzeit-Outcome-Studie REWIND, bei welcher Patienten mit T2D und unterschiedlich hohem kardiovaskulären Risiko (Alter ≥ 50 Jahre und klinisch manifeste Gefäßerkrankung; Alter ≥ 55 Jahre und subklinische Gefäßerkrankung; Alter ≥ 60 Jahre und Zutreffen von mind. zwei weiteren Risikofaktoren)³ Dulaglutid 1,5 mg oder Placebo jeweils in Kombination mit einer Standardtherapie verabreicht wurde.¹
- d Risiko gemäß ADA/EASD: Indikatoren für ein hohes CV-Risiko, insbesondere Patienten ab 55 Jahre, mit > 50%iger Stenose der Koronarien, Karotiden oder Beinarterien, linksventrikulärer Hypertrophie, einer eGFR < 60 ml/min oder einer Albuminurie.²
- e Researching Cardiovascular Events With a Weekly Incretin in Diabetes.
- f Gemäß den Einschlusskriterien von Gerstein et al.: Alter ≥ 50 Jahre und klinisch manifeste Gefäßerkrankung; Alter ≥ 55 Jahre und subklinische Gefäßerkrankung; Alter ≥ 60 Jahre und Zutreffen von mind. zwei weiteren Risikofaktoren.⁴
- g Die Entwicklung des HbA_{1c}-Wertes und des Körpergewichtes waren in der REWIND-Studie sekundäre Endpunkte.
- h 1. Fachinformation Trulicity[®]; aktueller Stand (https://www.lilly-pharma.de/de/pdf/fachinformation/fachinformation_trulicity.pdf)
2. Standards of Medical Care in Diabetes – 2020. Diabetes Care 2020; 43 (Suppl. 1): 98-110
3. Gerstein HC et al. Lancet 2019; 394: 121-131
4. Gerstein HC et al. Diabetes Obes Metab 2018; 20: 42-49



AWARD-11: Starke und anhaltende HbA_{1c}-Reduktion unter Dulaglutid über alle Dosierungen hinweg.

sobald gebrauchsfertigen Pen appliziert,⁵ sodass der Patient nicht auf ein neues Device geschult werden muss.

a 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 in Kombinationstherapie zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung des Diabetes mellitus.¹

b Monotherapie: Die empfohlene Dosis beträgt 0,75 mg 1 x wöchentlich. Zusatztherapie: Die empfohlene Dosis beträgt 1,5 mg 1 x wöchentlich. Für eine zusätzliche glykämische Kontrolle kann die 1,5-mg-Dosis nach mindestens vier Wochen auf 3 mg 1 x wöchentlich gesteigert werden bzw. kann die 3-mg-Dosis nach mindestens vier Wochen auf 4,5 mg 1 x wöchentlich gesteigert werden. Die Höchstdosis beträgt 4,5 mg 1 x wöchentlich. Bei möglicherweise gefährdeten Personen kann eine Anfangsdosis von 0,75 mg 1 x wöchentlich in Betracht gezogen werden.

c Überlegene HbA_{1c}- und Gewichtsreduktion bezüglich Trulicity[®] 3 mg und 4,5 mg gegenüber Trulicity[®] 1,5 mg in Woche 36.¹

1. Fachinformation Trulicity[®]; aktueller Stand (https://www.lilly-pharma.de/de/pdf/fachinformation/fachinformation_trulicity.pdf)
2. Stark Casagrande S et al. Diabetes Care 2013; 36: 2271-2279
3. Frias J et al. Präsentation auf dem ADA 12.-16. Juni 2020; Virtuell; 357-OR
4. Matfin G et al. Journal of Diabetes Science and Technology 2015; 9 (5): 1071-79
5. Trulicity[®]-Pen Gebrauchsanleitung, aktueller Stand

Quelle: Online Launch-Event "Trulicity[®]: Mehr Dosierungen – mehr Therapiemöglichkeiten" 30. November 2020; Veranstalter: Lilly

Ein Interview mit dem Diabetologen Prof. Dr. Blüher, der die neuen Dosierungen und die Studie AWARD-11 in den Praxisalltag einordnet finden Sie hier:



Drei Fragen – drei Antworten

Interview mit Professor Dr. Esteban José Jódar Gimeno, Madrid, Studienarzt der AWARD-11-Studie

Was ist der Benefit der Dosierstärken von Dulaglutid?

Prof. Jódar Gimeno: Viele Patienten, die unter der Standarddosierung Dulaglutid 1,5 mg keine ausreichende glykämische Kontrolle erlangen, können durch die Dosiserhöhung ihre Therapieziele erreichen und länger im HbA_{1c}-Zielbereich bleiben. Wir haben also die Möglichkeit, die Therapie zu eskalieren, ohne die Medikation und den Pen zu wechseln.

Welche Erfahrungen haben Sie mit Dulaglutid 3,0 und 4,5 mg gewonnen?

Prof. Jódar Gimeno: Abgesehen von der eindrucksvollen dosisabhängigen Senkung des HbA_{1c} und der Gewichtsreduktion hat mich die gute Verträglichkeit in den höheren Dosierungen überrascht. Denn anders als die Wirksamkeit zeigte die Art und Häufigkeit unerwünschter Wirkungen keine Dosisabhängigkeit.

Welche Patienten eignen sich für eine Dosiserhöhung?



Prof. Dr. Esteban José Jódar Gimeno
Madrid
Foto: Privat

Prof. Jódar Gimeno: Die meisten Patienten kommen mit der Standarddosierung 1,5 mg gut zurecht. Wenn aber damit der HbA_{1c}-Zielbereich nicht mehr erreicht wird, können wir nach mindestens vier Wochen die nächsthöhere Dosierstärke einsetzen.¹ Aufgrund der stärkeren Wirksamkeit³ und der guten Verträglichkeit sollten wir die Dosierung daher rechtzeitig anpassen.

a Überlegene HbA_{1c}- und Gewichtsreduktion bezüglich Trulicity[®] 3 mg und 4,5 mg gegenüber Trulicity[®] 1,5 mg in Woche 36.¹

1. Fachinformation Trulicity[®]; aktueller Stand (https://www.lilly-pharma.de/de/pdf/fachinformation/fachinformation_trulicity.pdf)

Erhöhtes Krebsrisiko bei Typ-2-Diabetes?

Große Metaanalyse erhärtet Kausalitätszusammenhang auch jenseits von Störgrößen

LEICESTER. Kohortenstudien taugen zwar nur bedingt dazu, Kausalzusammenhänge zwischen dem Auftreten zweier Erkrankungen herzustellen. Doch nach gründlicher statistischer Bereinigung einer Datenbasis mit mehr als 32 Millionen Teilnehmern zeigt eine aktuelle Metaanalyse nun, dass tatsächlich der Diabetes dafür verantwortlich sein kann, wenn Menschen vermehrt an Leber-, Pankreas- und Endometriumkarzinom erkranken.

Verschiedene Studien haben in der Vergangenheit ein erhöhtes Krebsrisiko bei Menschen mit Typ-2-Diabetes herausgestellt. Sowohl Inzidenz als auch Mortalität scheinen bei manchen Krebserkrankungen höher zu liegen als bei Personen ohne Diabetes. Unklar ist allerdings, ob tatsächlich ein Kausalzusammenhang besteht. Denkbar wäre auch, dass gemeinsame Risikofaktoren – allen voran die Adipositas – die Häufung bestimmter Entitäten erklären.

Die Arbeitsgruppe um SUPING LING von der Leicester University, Großbritannien, hat sich deshalb 144 Publikationen (Langzeiteinzelstudien und Metaanalysen) an 151 Kohorten mit mehr als 32 Millionen Teilnehmern angesehen, in deren Verlauf insgesamt 1,1 Millionen Krebserkrankungen sowie 150 000 krebsbedingte Todesfälle auftraten.

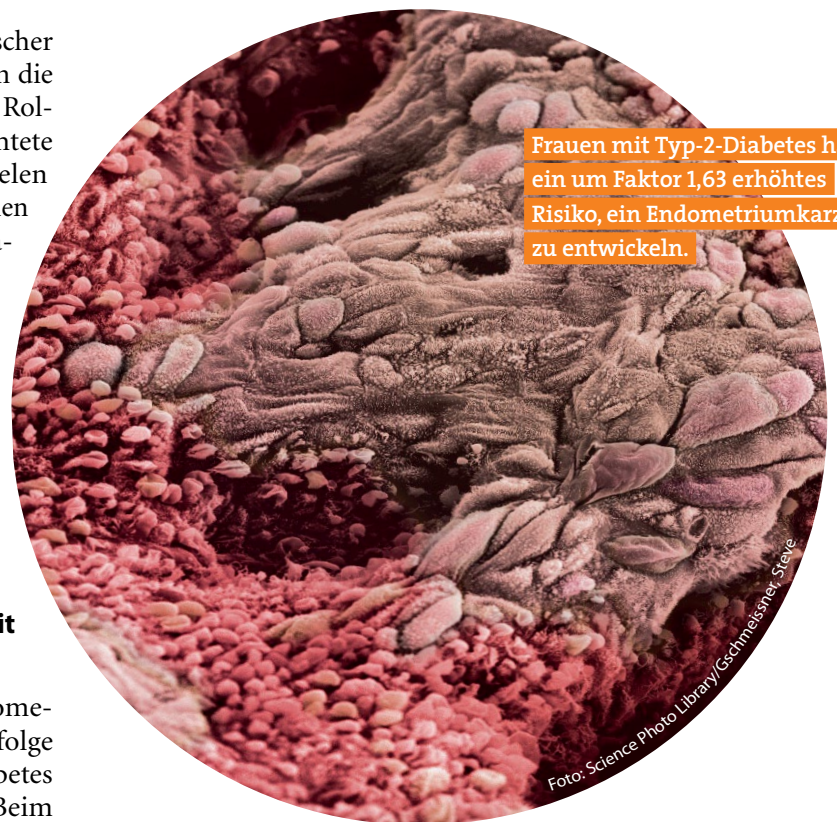
Mithilfe verschiedener statistischer Berechnungsmethoden wollten die Forscher herausfinden, welche Rolle begleitende, aber unbeobachtete Störgrößen (Kovariaten) spielen und wie belastbar die statistischen Zusammenhänge zwischen Diabetes und Krebs sind.

Die bereinigten Daten sprechen nach Einschätzung der Autoren für einen robusten Kausalzusammenhang zwischen Typ-2-Diabetes und einem erhöhten Krebsrisiko. Dies betrifft in erster Linie Leber-, Pankreas- und Endometriumkarzinome.

Geringere Wahrscheinlichkeit für Prostatakarzinome

So ist das Risiko für ein Endometriumkarzinom den Daten zufolge bei Menschen mit Typ-2-Diabetes um den Faktor 1,63 erhöht. Beim Pankreaskarzinom liegt der entsprechende Wert bei 2,09. Der höchste Inzidenzanstieg wurde mit einem um Faktor 2,33 erhöhten Risiko für Leberkrebs ausgemacht. Bei Gallenblasenkrebs bewerteten die Autoren einen Kausalzusammenhang zwischen erhöhtem Erkrankungsrisiko und Typ-2-Diabetes als immerhin wahrscheinlich.

Auch mit Blick auf andere Krebsarten – Nieren-, Schilddrüsen- und kolorektale Karzinome – sprechen die Daten für einen diabetesbedingten Risikoanstieg, die Assoziation



Frauen mit Typ-2-Diabetes haben ein um Faktor 1,63 erhöhtes Risiko, ein Endometriumkarzinom zu entwickeln.

Foto: Science Photo Library/Gediminas Steve

war aber statistisch weniger robust. Beim Prostatakarzinom haben Personen mit Typ-2-Diabetes im Vergleich zu Stoffwechselgesunden

hingegen ein um 17 % niedrigeres Krebsrisiko.

Warum der Typ-2-Diabetes das Risiko für manche Krebsarten ansteigen lässt, darüber kann man derzeit nur spekulieren. Laut den Autoren der Metaanalyse kommen neben der Hyperglykämie auch Hyperinsulinämie, Insulinresistenz und chronische Inflammation als Pathomechanismen infrage. *Ulrike Viegener*

Ling S et al. Diabetes Care 2020; 43: 2313-2322; doi: 10.2337/dc20-0204

»Assoziation war statistisch weniger robust«

Biaseffekte eingrenzen

Verzerrende Störeinflüsse lassen sich im Studienbetrieb am besten durch eine saubere Randomisierung vermeiden. Doch speziell großangelegte Langzeitstudien zu Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken sind eine Domäne von Kohortenstudien. Verzerrungen durch bekannte Störfaktoren wie biologische und medizinische Einflussgrößen (z.B. Alter, Komorbiditäten) werden in der Regel bei der Datenaufbereitung durch entsprechende Adjustierung minimiert. Aber auch nicht berücksichtigte Kovariaten können Studienergebnisse verfälschen. Mit aufwendigen statistischen Tests – wie in der vorliegenden Studie – lassen sich diese Biaseffekte eingrenzen. Biasbereinigungen erhöhen die Aussagefähigkeit von Studien speziell im Hinblick auf Kausalzusammenhänge.

Foto: iStock/sumkinn

Eher ein Strohfeuer

Effekte von SMS-Interventionen alleine scheinen mit der Zeit zu verpuffen

NASHVILLE. Der Empfang motivierender Textnachrichten per Smart- bzw. Mobiltelefon kann Diabetespatienten offenbar helfen, ihren Therapieempfehlungen zu folgen. Forschende untersuchten nun, wie nachhaltig die Maßnahme über längere Zeiträume wirkt.

Etwa zwei Drittel aller Menschen mit Typ-2-Diabetes halten sich eher lose an die Therapieempfehlungen ihrer Behandlungsteams. Für eine adäquate Blutzuckerkontrolle und zur Vorbeugung von Folgeerkrankungen ist dies jedoch notwendig. Mit dem Ziel, die Therapietreue zu verbessern, versendete eine US-amerikanische Forschergruppe in einer randomisiert-kontrollierten Studie ein Jahr lang personalisierte Textnachrichten an 506 Personen mit Typ-2-Diabetes. Zu Beginn sowie nach 3, 6, 12 und 15 Monaten bestimmten die Forschenden um Professor Dr. LYNDSAY A. NELSON von der Vanderbilt University in

Nashville den HbA_{1c}-Wert der Teilnehmenden und führten Befragungen durch.

In die Studie rekrutierte die Gruppe unter anderem gezielt Personen mit besonders hohem Risiko für eine schlechte Therapieadhärenz und Prognose. Etwa die Hälfte von ihnen hatte ein relativ niedriges Einkommen und Bildungsniveau – sogar einige obdachlose Patienten nahmen teil. Ebenfalls rund 50 % des Studienkollektivs gehörten einer ethnischen Minderheit an. Ein Teil der Patienten war nicht umfassend krankenversichert. Insulinpflichtig war etwa jeder Zweite.

Nur wenige Teilnehmende brachen die Studie ab, die mediane Antwortrate auf interaktive Nachrichten be-

trug mehr als 90 %. Während der ersten sechs Monate verbesserte die Intervention das mittlere HbA_{1c} von anfangs 8,6 % um 0,31 Prozentpunkte (p = 0,039). Für diejenigen Patienten mit einem höheren Anfangs-HbA_{1c} von mindestens 8,5 % sank der Wert im Mittel sogar um 0,74 Prozentpunkte (p = 0,005). Zwischen den sozioökonomischen Subgruppen unterschied sich das Ergebnis nicht.

Nach einem Jahr immerhin noch messbare positive Effekte

Auch die Selbstwirksamkeitserwartung der Patienten steigerte sich während des ersten halben Jahres deutlich. Nach einem Jahr unterschieden sich jedoch weder das HbA_{1c} noch die Selbstwirksamkeitserwartung signifikant von der Kontrollgruppe. Zu diesem Zeitpunkt wirkte sich die Maßnahme allerdings noch messbar positiv auf die Medikamentenadhärenz und Ernährungsgewohnheiten aus.

Diese SMS-Inhalte kamen gut an

Mit 36 ausgewählten Studienteilnehmenden führten die Autoren Gespräche darüber, welche Arten von Texten sie besonders hilfreich fanden. Folgende Themen wurden dabei oft genannt:

- Erinnerungen und Feedbackfragen zur Medikamenteneinnahme
- Verantwortungsbewusstsein
- Ermutigung
- Information

Unter den einfachen, informativen Texten bezeichneten viele vor allem Inhalte über gesundes Essen und Mahlzeitenplanung als nützlich.

Nach 15 Monaten – drei Monate nach Ende der Intervention – ergab sich für keinen Parameter mehr ein signifikanter Vorteil.

Mithilfe von Textnachrichten lassen sich Adhärenzbarrieren reduzieren und über kürzere Zeiträume sowohl das Therapieengagement als auch das HbA_{1c} verbessern, schlussfolgern

die Studienautoren. Für langfristige Erfolge reiche die Maßnahme allein jedoch nicht aus. Sie müsse dazu beispielsweise in die klinische Betreuung integriert oder mit anderen Interventionen kombiniert werden, so ihre Vermutung. *mg*

Nelson LA et al. Diabetes Care 2020; doi: 10.2337/dc20-0961

»Barrieren reduzieren«



Foto: iStock/filo, iStock/emojeez

PRO

CONTRA

Dia:cussion – Der interaktive Live-Stream

Zu aktuellen digitalen Reizthemen liefern sich bekannte Experten aus der Diabetologie einen kurzweiligen, informativen und spannenden Schlagabtausch. Moderation: Sascha Schiffbauer

Seien Sie dabei!
**Mehr Infos sowie alle Sendungen
als Podcast finden Sie unter:**
www.medical-tribune.de/diacussion



Die nächsten Termine:

Immer am letzten Mittwoch im Monat, von 17:00 – 18:00 Uhr

24.02.2021 – Elektronische Patientenakte: Alles oder Nichts?

31.03.2021 – Künstliche Intelligenz in der Diagnostik:
Partner oder Ersatz des Diabetologen?

28.04.2021 – Künstlicher Pankreas – Heilung oder Humbug?

26.05.2021 – Die digitale Diabetespraxis von morgen:
Wo bleibt der Mensch?

30.06.2021 – Digitale Prävention des Typ-2-Diabetes: Jetzt oder Nie?!

Dia:cussion

PRÄSENTIERT VON:

Langfristige Bindung zahlt sich aus

Basalinsulin + GLP1-RA: Körpergewicht und Blutzucker profitieren stärker von langwirksamen Präparaten

BOCHUM. In Kombination mit Basalinsulin haben Inkretinmimetika einen festen Platz in der Therapie des Typ-2-Diabetes. Fraglich blieb bislang, ob Behandelnde ihren Patienten langwirksame GLP1-Rezeptoragonisten oder kurzwirksame Präparate verschreiben sollen.

GLP1-Rezeptoragonisten (-RA) stehen als kurz- sowie als langwirksame Formulierungen zur Verfügung. Von welchen Präparaten basalinsulinpflichtige Patienten mit Typ-2-Diabetes stärker profitieren, blieb allerdings bis dato unklar. Zu dünn war die Studienlage über den direkten Vergleich beider Varianten. Auch zum Thema Sicherheit konnten bisher kaum Aussagen getroffen werden. Mit einer umfangreichen Metaanalyse der verfügbaren Literatur wollte eine Forschergruppe um JESSICA A. HUTHMACHER vom St. Josef-Hos-

pital Bochum diese Lücke schließen (s. Kasten). Dabei gingen sie der Frage nach, wie sich die Kombination von lang- respektive kurzwirksamen GLP1-RA mit Basalinsulin in der Therapie eines Typ-2-Diabetes auswirkt.

Mehr Magen-Darm-Probleme und Hypoglykämien

Nach Sichtung der Daten hatte sich gezeigt, dass beide Formulierungen einer alleinigen Behandlung mit Basalinsulin in puncto Abnahme des HbA_{1c} signifikant überlegen waren (Differenz: -0,7 Prozentpunkte).

Auch die Hinzunahme eines Placebos änderte nichts an dem Ergebnis. Langwirksame GLP1-RA zeigten zudem einen stärkeren Effekt auf den HbA_{1c}-Wert als kurzwirksame Formulierungen (Differenz: -0,5 Prozentpunkte). Ferner senkten sie den Nüchternblutzucker stärker (Differenz: -0,7 mmol/l) und führten zu einer ausgeprägteren Gewichtsreduktion (Differenz: -1,4 kgKG). Auch der Anteil der Studienteilnehmer, die die genannten HbA_{1c}-Zielwerte erreichten, war in der Gruppe mit den langwirksamen GLP1-RA signifikant höher. Diese Effektivität führen die Autoren u.a. darauf zurück, dass mit den langwirksamen Medikamenten höhere nächtliche Wirkstoffkonzentrationen erreicht werden.

Die mit GLP1-RA behandelten Patienten litten im Vergleich zu den Kontrollen deutlich häufiger unter

gastrointestinalen Beschwerden wie Übelkeit, Erbrechen oder Durchfall. Die kurzwirksamen GLP1-RA führten dabei im Vergleich signifikant häufiger zu Übelkeit und Erbrechen. In Bezug auf Diarrhö unterschieden sich die beiden Typen nicht voneinander. GLP1-RA begünstigten jedoch im Gegensatz zu Basalinsulin allein bzw. in Kombination mit Placebo das Auftreten symptomatischer

Hypoglykämien. Die mit kurzwirksamen Medikamenten behandelten Patienten waren davon etwas häufiger betroffen (27,3 % vs. 24,4 %).

Forschende raten zu langwirksamen Präparaten

Bezüglich der Rate schwerer Hypoglykämien unterschieden sich die kurz- und langwirksamen GLP1-RA jedoch nicht wesentlich. Bei der Kombination eines GLP1-RA mit Basalinsulin, so die Empfehlung der Forschergruppe, sollte bevorzugt auf langwirksame Präparate zurückgegriffen werden. *Dr. Judith Lorenz*

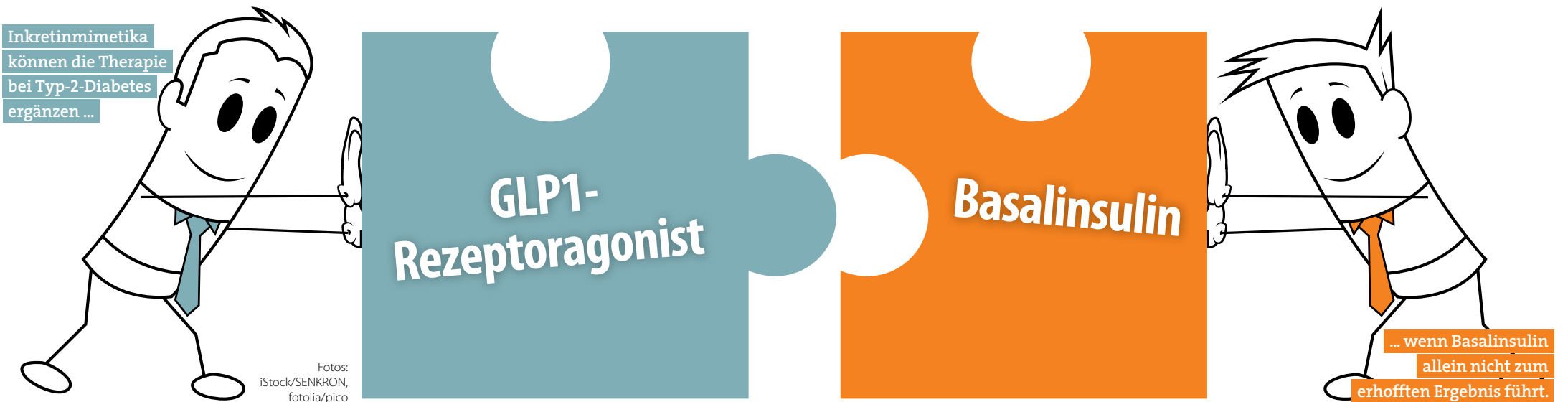
Huthmacher JA et al. Diabetes Care 2020; 43: 2303-2312; doi: 10.2337/dc20-0498

Fokus auf Wirksamkeit und Sicherheit

Mittels systematischer Literaturrecherche identifizierte das Forschungsteam 14 thematisch relevante randomisierte kontrollierte Studien. Acht Studien hatten die Kombinationstherapie aus kurzwirksamen GLP1-RA plus Basalinsulin, sechs die Kombinationstherapie aus langwirksamen GLP1-RA plus Basalinsulin getestet. Die Patienten der Kontrollgruppen erhielten entweder Basalinsulin allein oder in Kombination mit einem Placebo.

Als primärer Studienendpunkt wurde die Veränderung des HbA_{1c}-Wertes im Behandlungsverlauf definiert. Ferner prüfte das Forscherteam, wie viele Diabetespatienten HbA_{1c}-Zielwerte von < 7,0 % bzw. ≤ 6,5 % erreichten, inwiefern sich die Therapie auf die Nüchternblutzuckerwerte und das Körpergewicht auswirkte und welche Nebenwirkungen auftraten. Hierbei interessierte besonders die Hypoglykämieproblematik.

»Wirkstoffpeak in der Nacht«



Fortbildung zu Fußinfektionen und Fersenläsionen

AG Fuß tagt dieses Jahr online

Rasch anmelden:

jahrestagung-ag-fuss-ddg.de

Foto: fotolia/JiSign

WORMS. Die 29. Jahrestagung der AG Diabetischer Fuß am 26. und 27. Februar findet rein digital statt. Kurzentschlossene können sich noch für die Fortbildung anmelden.

Corona und die damit verbundenen Einschränkungen haben Dr. EVA HESS und Dr. GREGOR HESS, die gemeinsam eine diabetologische Schwerpunktpraxis in Worms führen, mehrfach gezwungen, die 2021er Jahrestagung der AG Fuß neu zu organisieren. Aus einer Präsenzveranstaltung im Theater wurde genauso wenig wie aus einem Hybridangebot, bei dem AG-Vorstand, Referenten und Vorsitzende der Sessions die Vorträge und Diskussionen

gemeinsam von Worms aus begleitet hätten. Jetzt sitzen die Dres. Hess allein im Studio. Wer Rederecht hat, wird zugeschaltet.

Fortbildungswillige können sich noch bis zum Vormittag des 26.2. anmelden, sagt Dr. Eva Hess. Es lassen sich an den zwei Tagen bis zu 10 (CME Ärzte) bzw. 6 (VDBD) Fortbildungspunkte erwerben.

Die Teilnahmegebühr für die industriefreie Veranstaltung beträgt 50 Euro für Ärzte, Orthopädienschuhmacher und -techniker sowie 30 Euro für Podologen, Diabetesberaterinnen und -assistentinnen, Wundexpertinnen und MFA. Es gehört zu den Besonderheiten der AG Fuß, dass all diese an der Patientenversorgung Beteiligten miteinander vernetzt sind, betont Dr. Gregor Hess. Mit der Eröffnung und Begrüßung

beginnt am Freitag um 14 Uhr die Onlinetagung. Da die Wurzeln der AG Fuß in Rheinland-Pfalz liegen (Oppenheimer Erklärung von 1993), freut es das Arztehepaar, dass sich die erste Session der Versorgung des diabetischen Fußsyndroms (DFS) in dem Flächenland widmet. Es geht um die Versorgungsqualität in einem interdisziplinären Netz, den Stellenwert von Hybridoperationen in einem Kompetenzzentrum Gefäßchirurgie und das Keimspektrum in zertifizierten Fußbehandlungseinrichtungen.

»Interdisziplinär vernetzt«

Eine zweite Session widmet sich den Themen: Fußinfektionen – »Mikrobiologische Grundlagen - Antibiotic Stewardship«, fußchirurgische Interventionen und dem Tetanus-Impfschutz bei DFS. Mit der digitalen Mitgliederversammlung der AG – nach 2020 schon die zweite dieser Art – endet der Tag.

Am Samstagmorgen geht es mit Gruppenmeetings weiter. Von rund 100 Praxen stehen die Präsentationen im Rahmen der Zertifizierung Fußbehandlungseinrichtung DDG an. Parallel laufen Workshops zu Podologie, Diabetesberatung und Ulkusprävention sowie zu Orthopädienschuhmacherei und Orthopädieschuhtechnik.

Inhalt der dritten Session ist die Herausforderung der Fersenläsion beim DFS. Berichtet wird aus Sicht des

Angiologen, des Fußchirurgen und des Orthopädietechnikers/-schuhmachers. Unter Coronabedingungen wackelt die Struktur der regelmäßigen Fußinspektion, beklagt Dr. Eva Hess. Mit der Folge, dass Entwicklungen bei Risikopatienten nicht mehr so früh erkannt werden und es deshalb zu mehr Komplikationen kommen kann.

Bei der abschließenden vierten Session wird Neues zu Prävention und Therapie beim DFS vorgestellt. Die Referenten widmen sich Fettstammzellen zur Wundheilung und einer Smart-Doku-App. Mit der Verabschiedung der Teilnehmer lädt AG-Sprecher Dr. Michael Eckhard zugleich zur Jahrestagung 2022 ein. *REI*

jahrestagung-ag-fuss-ddg.de



... fördert innovative und digitale Anwendungen rund um Diabetes?



Die digitalen Projekte von BERLIN-CHEMIE Diabetes.



BERLIN-CHEMIE
MENARINI



Der bytes4diabetes-Award für ausgezeichnete innovative Digital-Projekte

Smarte Ernährungsberatung, digitale Präventions- und Bewegungs-coachings, mobile Decision-Support-Systeme oder intelligente Lösungen für das Diabetesmanagement – die Zukunft der Diabetes-therapie wird immer digitaler, wie die Verleihung des bytes4diabetes-Awards 2021 zeigte. Zum zweiten Mal wurde der Award von der BERLIN-CHEMIE AG gemeinsam mit dem Zukunftsboard Digitalisierung (zd), einem Zusammenschluss aus führenden Diabetes-experten*innen, ausgeschrieben. Vier Gewinner*innen durften sich über die Auszeichnung ihrer Projekte mit dem bytes4diabetes-Award 2021 freuen.

Die Digitalisierung in der Diabetesversorgung hat sich in den letzten Jahren rasant weiterentwickelt und sich in vielen Bereichen bereits zu einem Standard in der Therapie von Menschen mit Diabetes etabliert. Bei dieser Entwicklung ist es entscheidend, dass alle Beteiligten – Behandler*innen wie Betroffene – mitgenommen und informiert werden. Deshalb treibt die BERLIN-CHEMIE AG gemeinsam mit dem Zukunftsboard Digitalisierung (zd) den Digitalisierungsprozess in der Diabetologie in Deutschland aktiv durch Informations- und Aufklärungsangebote voran. Dazu zählen u. a. der jährlich erscheinende Digitalisierungs- und Technologiereport (D.U.T) sowie der bytes4diabetes-Award, der dieses Jahr wieder an vier innovative Digital-Projekte aus dem Bereich der Diabetestherapie verliehen wurde. Zusätzlich wurde während der Veranstaltung zum ersten Mal auch ein Publikumspreis vergeben.

bytes4diabetes-Award 2021 – the winners are ...

1. Platz: meala – Kohlenhydratschätzung leicht gemacht



Kevin Röhl, meala

Kohlenhydrate richtig schätzen ist für Menschen mit Diabetes essenziell, denn jede Mahlzeit hat Auswirkungen auf den Blutzuckerspiegel. Genau hier setzt die App meala an: In der App können Mahlzeiten einschließlich aller diabetesrelevanten Daten gespeichert und einfach wiedergefunden werden. Da andere User*innen bei einem Restaurantbesuch oder zu ihren selbst zubereiteten Speisen auch Daten eintragen können, wächst der Datenpool kontinuierlich.

2. Platz: iFoot – smarte Prävention des diabetischen Fußsyndroms



Prof. Dr.-Ing. Hubert Otten, Hochschule Niederrhein

Das Diabetische Fußsyndrom ist eine Komplikation des Diabetes mellitus, die im Praxisalltag besondere Beachtung verdient. iFoot kann hier behandelnde Praxen sowie Patienten*innen in der Therapie unterstützen. Mit Sensoren in einem smarten Fußverband werden Druck, Temperatur und Feuchtigkeit am Fuß gemessen. Die Datenübertragung erfolgt per App. So können Komplikationen frühzeitig entdeckt oder sogar vorgebeugt werden.

3. Platz: GlucoTab – optimiertes Blutzuckermanagement auf Station



DI Andreas Krug (li), DI Dr. Peter Beck (re), decide Clinical Software GmbH

GlucoTab ist ein mobiles Decision-Support-System und schließt die therapeutische Lücke zur Verbesserung des Blutzuckermanagements in stationären Einrichtungen ohne Diabetesschwerpunkt: Zum einen erhalten Ärzte*innen automatisch Vorschläge für die initiale Dosisfindung und die tägliche Therapieanpassung. Zum anderen unterstützt die Software das Pflegepersonal bei der Insulingabe.

Sonderpreis: Fit in Gesundheitsfragen – Diabetesprävention auf dem Stundenplan



Ulrike Koller (o.), Verena Braun (u.), Helmholtz Zentrum München

Um die Prävention des Diabetes Typ 2 verstärkt in die Lehrpläne zu bringen, stellt das Projekt Fit in Gesundheitsfragen allgemeinbildenden Schulen kostenlose Unterrichtsmaterialien wie klassische Arbeitsblätter, Videos sowie interaktive Elemente zur Verfügung und bietet Online-Lehrerfortbildungen an. Das Ziel: Das Gesundheitswissen in Sachen Diabetes mellitus und dessen Prävention deutschlandweit zu steigern.



Birgit Siepmann, Helmholtz Zentrum München

Gespannt, welches Projekt mit dem Publikumspreis ausgezeichnet wurde?

Alle Informationen zu den Gewinnerprojekten finden Sie unter www.bytes4diabetes.de/gewinnerprojekte.

Die Jury



Zur elfköpfigen Jury des bytes4diabetes-Awards zählen Experten*innen des Zukunftsboards Digitalisierung und der BERLIN-CHEMIE AG, darunter niedergelassene und klinisch tätige Diabetologen, Experten*innen für Diabetestechnologie, Krankenkassenvertreter und eine Patientenvertreterin.

bytes4diabetes-Award 2022: Die Ausschreibung läuft!
Mehr Infos zum Preis, den Gewinnern*innen und zur Teilnahme unter www.zukunftsboard-digitalisierung.de/bytes4diabetes-award.



Immer auf dem Laufenden ...?!

Viele weitere News, Einschätzungen und Bewertungen zu neuen Technologien, Trends und praxisrelevante Tipps rund um Diabetes und Digitalisierung erhalten Sie mit dem Newsletter „DiaChannel“ der BERLIN-CHEMIE AG bequem in Ihr Postfach.



Interessiert? Dann jetzt anmelden!

Medizin & Markt

Glukosewerte im Minutentakt

Nonstop-Echtzeitmessung über 14 Tage aus dem Gewebe

↳ Virtuelles Symposium – Berlin-Chemie BERLIN. Der Sensor eines neuen Systems zur kontinuierlichen Glukosemessung lässt sich ohne Führungsnadel in das Unterhautfettgewebe am Bauch einführen.

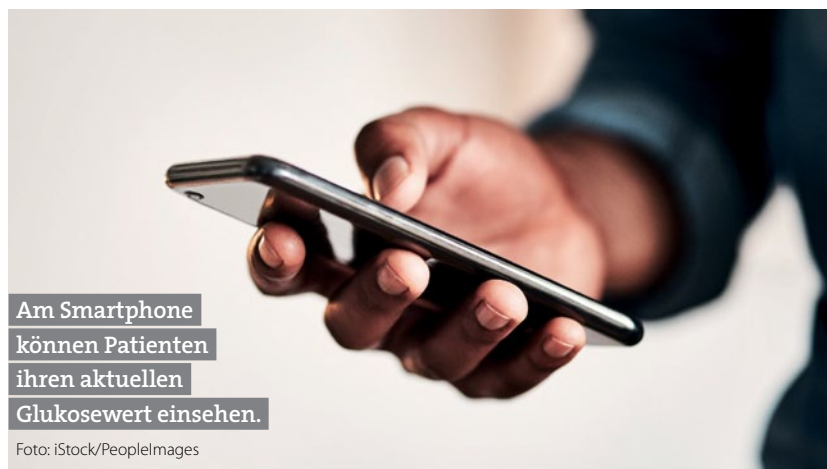
Ein feiner Platindraht liefert 14 Tage lang jede Minute einen neuen Glukosewert aus der interstitiellen Flüssigkeit, erklärte SANDRA SCHLÜTER von der Diabetespraxis Northheim

die Technologie des neuen Systems GlucoMen Day®. Er ist mit einem wiederaufladbaren Transmitter verbunden, der die Messwerte speichert und mittels Bluetooth an eine App sendet. Diese zeigt in Echtzeit den aktuellen Glukosewert an. Individuell einstellbare Alarmer warnen den Träger, wenn sich zum Beispiel eine Hypoglykämie anbahnt oder der Akku des Transmitters geladen werden muss. Für Patienten ist der sichere Transfer

und die zuverlässige Speicherung ihrer Daten ein wichtiges Thema, berichtete die Internistin. Die Glukosewerte lassen sich – sofern ausdrücklich von den Anwendenden bewilligt – geschützt und minutengenau auf europäische Server übertragen. Dort können das Behandlungsteam, Betreuungspersonen sowie Angehörige auf die Messergebnisse und Trendanalysen zugreifen – auch das erst nach expliziter Freigabe der Patienten. Alternativ ist es möglich, sämtliche Daten lokal auf dem Empfangsgerät bzw. dem Smartphone zu speichern und entsprechende Berichte per E-Mail zu versenden.

Die Referentin wies darauf hin, dass bei der Entwicklung des Systems bewusst auf Nachhaltigkeit und wiederverwertbare Komponenten gesetzt wurde. Sie hob die Verträglichkeit des Sensorpflasters hervor. Bei ihren Patienten habe sie noch keine Hautreaktionen beobachtet. **AW**

Symposium „Potentiale der Diabetestherapie 2020 – von Medikamenten und neuem CGM“ im Rahmen der virtuellen Diabetes Herbsttagung 2020. Veranstalter: Berlin-Chemie AG



Am Smartphone können Patienten ihren aktuellen Glukosewert einsehen.

Foto: iStock/PeopleImages

Mit neuen Substanzen Hyper- und Hypoglykämien vermeiden

Erstes Glukagonspray und ultraschnelles Analoginsulin

↳ Virtuelles Symposium – Lilly Diabetes BAD HOMBURG. Trotz schnellwirkender Analoginsuline kommt es bei vielen Menschen mit Diabetes zu postprandialen Hyperglykämien. Lassen sich die Blutzuckerspitzen noch schneller abfangen?

Postprandiale Hyperglykämien sind ein Risikofaktor für Spätfolgen bei Menschen mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes. Um die hohen Blutzuckerwerte nach dem Essen zu vermeiden, können neue Mahlzeiteninsuline mit schnellem Wirkeintritt und kurzer Wirkdauer helfen, so wie Insulin URli (Ultra Rapid lispro, Lyumjev®). Dabei handelt es sich um eine Weiterentwicklung von Insulin lispro (Humalog®), das die Hilfsstoffe Citrat und Treprostinil enthält. Beide erhöhen die Gefäßpermeabilität und Vasodilatation, sodass postprandiale Blutzuckerspitzen um 11 bis 13 Minuten schneller abgefangen werden

können, erklärte Professor Dr. MICHAEL HUMMEL, Rosenheim. URli ist angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen mit Diabetes im Rahmen einer Insulinpumpentherapie sowie einer Bolus- oder Bolus-Basalinsulin-Therapie. Die Zulassung von URli basiert auf den Studien PRONTO-T1D und PRONTO-T2D, in denen es bei Diabetespatienten gegen konventionelles Insulin lispro verglichen wurde. Zudem steht zur Behandlung akuter schwerer Hypoglykämien seit März 2020 ein nasales Glukagonspray

»Mit dem Spray können auch medizinische Laien helfen«

(Baqsimi®) zur Verfügung. Mit ihm können auch medizinische Laien schnell helfen. Das erste Glukagonspray ist eine Alternative zu den Notfallkits mit Glukagonspritze. Es ist zugelassen zur Behandlung schwerer Hypoglykämien bei Patienten ab vier Jahren. Das Nasenspray enthält nur eine Einzeldosis eines Glukagonpulvers, kann überall hin mitgenommen und bei Raumtemperatur gelagert werden. Im Notfall wird die Spitze des Einzeldosisbehältnisses behutsam in eines der Nasenlöcher eingeführt, dann der Kolben vollständig durchgedrückt, bis der grüne Streifen nicht mehr sichtbar ist. Das nasale Glukagonspray büßt auch bei einer verstopften Nase oder Schnupfen nicht an Wirksamkeit ein. Ebenso hat ein gleichzeitig verwendetes abschwellendes Nasenspray keinen Einfluss auf die Pharmakokinetik. Das Glukagon wird so rasch über die Nasenschleimhaut aufgenommen, dass es sich selbst bei bewusstlosen Personen innerhalb von wenigen Minuten im Blut nachweisen lässt. Nach Verabreichen der Dosis sollte in jedem Fall medizinische Hilfe angefordert werden. **HV**

Virtuelles Symposium „Online-Event Höhen und Tiefen der Insulintherapie“ im Rahmen der Diabetes Herbsttagung 2020; Veranstalter: Lilly Diabetes

NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

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



Foto: iStock/AzmanJaka

Einer für beide

Insulin plus GLP1-Rezeptoragonist im Fertigpen

↳ Online-Presskonferenz – Sanofi-Aventis LEIPZIG. Was tun, wenn Patienten mit Typ-2-Diabetes mit einer basal unterstützten oralen Therapie keine zufriedenstellende Blutzuckerkontrolle erreichen? Eine Option könnte die Kombination aus Insulin glargin und Lixisenatid sein.

Seit Anfang 2020 ist in Deutschland ein Fertigpen mit der Fixkombination Insulin glargin und Lixisenatid (Suliqua® 100 E/ml plus 33 µg/ml Injektionslösung) erhältlich, berichtete Professor Dr. MATTHIAS BLÜHER vom Universitätsklinikum Leipzig. Zugelassen ist das Mittel zusätzlich zu Metformin mit/ohne SGLT2-Inhibitoren für Erwachsene mit unzureichend kontrolliertem Typ-2-Diabetes.

Ein Pen beinhaltet 300 Einheiten Insulin glargin und 100 µg Lixisenatid in drei Millilitern Injektionslösung. Injiziert wird einmal täglich, eine Stunde vor der am besten geeigneten Mahlzeit. Der Fertigpen ermöglicht Dosisschritte von 30–60 Einheiten Insulin in Kombination mit 10–20 µg Lixisenatid. „Patienten, die mindes-

tens 30 Einheiten Insulin glargin benötigen, profitieren so zusätzlich von Lixisenatid“, erklärte der Referent. Die Zulassung beruht u.a. auf der Studie LixiLan-L, in der Sicherheit und Wirksamkeit des Arzneimittels überprüft und mit Insulin glargin allein (100 E/ml) verglichen wurde, jeweils zusätzlich zur Metformintherapie. Für die Senkung der HbA_{1c}-Werte sowie der postprandialen Blutzuckerwerte konnte eine klare Überlegenheit der Fixkombination gezeigt werden. Zugleich ließ sich eine Gewichtsreduktion erreichen. Inzidenz und Rate an Hypoglykämien waren unter beiden Therapien ähnlich.

Unter einer basalunterstützten oralen Therapie plus Metformin nehmen Menschen mit Typ-2-Diabetes oft weiter zu. Auch ihre glykämische Kontrolle ist nicht immer zufriedenstellend und Hypoglykämien gilt es zu verhindern. Die Fixkombi könnte diesen Ansprüchen gerecht werden, fasste Prof. Blüher zusammen. **AW**

Online-Presskonferenz „Sanofi Diabetes – Highlights 2020“; Veranstalter: Sanofi-Aventis

Diabetes Typ 2 auf Herz und Nieren prüfen

Welche Substanzen für erste und zweite Linie?

↳ Virtuelles Symposium – Boehringer Ingelheim

INGELHEIM. Bei der Betreuung von Patienten mit Typ-2-Diabetes ist ein regelmäßiger interdisziplinärer Austausch wichtig. Allen voran weil eine hohe Wahrscheinlichkeit für kardiovaskuläre und renale Risiken besteht.

Nicht nur, dass Metformin zu den kostengünstigsten Medikamenten auf dem Markt gehört. Sein glukosesenkender Effekt überzeugt in Studien bei zugleich gut bekanntem Sicherheitsprofil, sagte Professor Dr. FRANCESCO GIORGINO von der Aldo Moro Universität in Bari. Deshalb könne man ruhig bevorzugt auf Metformin setzen. Die vorliegenden Daten zum Langzeitnutzen sprechen seiner Ansicht nach für eine frühe Kombinationstherapie z.B. mit Vildagliptin. Dabei ist auch mit positiven kardiovaskulären Effekten zu rechnen, etwa mit einem verringerten Herzinfarktrisiko.

Professor Dr. NIKOLAUS MARX von der Universitätsklinik Aachen hingegen sprach sich gegen die Basistherapie mit Metformin aus, da eine aktuelle Cochraneanalyse den elementaren Nutzen des Medikaments als Monotherapie bei Erwachsenen mit Typ-2-Diabetes infrage stelle. In der Zweitlinientherapie des Typ-

2-Diabetes zählte Professor Dr. SILVIO INZUCCHI von der Yale University die Vorteile von SGLT2-Inhibitoren auf. Die aktuelle Studienlage belege, dass die Präparate das HbA_{1c}, den Blutdruck sowie das Körpergewicht günstig beeinflussen und mit nur geringen Risiken für Hypoglykämien assoziiert sind. In puncto kardiovaskuläre und renale Ereignisse würden die Substanzen ebenfalls gute Behandlungsdaten aufzeigen. So erwies sich Empagliflozin (Jardiance®) in der EMPA-REG-OUTCOME-Studie gegenüber Placebo z.B. bei der Prävention des primären kombinierten Endpunkts aus kardiovaskulärem Tod, nicht-tödlichem Myokardinfarkt oder nicht-tödlichem Schlaganfall überlegen.

Als weitere Option für die zweite Therapielinie nannte Prof. Giorgino GLP1-Rezeptoragonisten. Real-World-Daten bescheinigen beiden Substanzklassen eine vergleichbare Effektivität. Studien mit kardiovaskulären Endpunkten deuten zudem auf einen antiarteriosklerotischen Benefit der GLP1-RA sowie ein reduziertes Risiko für Schlaganfall und Herzinfarkt hin. **CW**

Fachinformation Jardiance® und virtuelles Symposium „An endocrinologist, a cardiologist and a nephrologist walk into a bar ... Cross-specialty debates in diabetes“ im Rahmen des EASD 2020; Veranstalter: Boehringer Ingelheim

Blutzuckerspitzen schnell und früh angehen

Mahlzeiteninsulin schafft mehr Flexibilität im Alltag

➔ Virtuelle Presseveranstaltung – Novo Nordisk MAINZ. Längst seien beim Typ-2-Diabetes nicht mehr nur HbA_{1c}-Wert und Nüchternblutzucker die Parameter, die über die Therapie entscheiden, machte Dr. THORSTEN SIGMUND vom Isarklinikum in München deutlich. Heutzutage wollen sich Betroffene nicht mehr durch die Stoffwechsellstörung in ihrem Lebensstil einschränken lassen.

Diesen Anspruch tragen sie auch an die Therapie mit einem Mahlzeiteninsulin heran. „Für sie könnte in meinen Augen deshalb ein möglichst schneller Wirkbeginn und eine starke frühe Insulinwirkung bei der Wahl des Mahlzeiteninsulins wichtig sein“, ergänzte Professor Dr. BERNHARD KULZER, Diabetes-Klinik Bad Mergentheim. Außerdem verursachen postprandiale Hyperglykämien häufig erheblichen Stress. „Blutzuckerschwankungen sind meist eine große Belastung für die Patienten. Sie fühlen sich weniger leistungsfähig und erleben einen Kontrollverlust, weil ihr Blutzucker scheinbar ein Eigenleben führt.“

Beide Experten waren sich darin einig, dass eine Ernährungsumstellung sowie körperliche Bewegung wichtige

Säulen der Behandlung des Typ-2-Diabetes sind. „Doch das reicht nicht immer aus“, so Prof. Kulzer.

„Zudem gibt es Subtypen des Diabetes Typ 2, die schon früh nach der Diagnosestellung Insulin benötigen“, mahnte sein Kollege an. Irgendwann versiege die körpereigene Insulinproduktion. Darauf müsse man die Patienten bereits in der Erstschtulung hinweisen.

Wann mit der Insulintherapie begonnen werden sollte, umriss Dr. Sigmund so: „Wenn die Therapieziele mit oralen Antidiabetika und anderen

neuen Diabetesmedikamenten nicht mehr erreicht werden, muss man gezielt den nächsten Schritt gehen. Erst einmal ein analoges Basalinsulin, dann bei Bedarf – gegebenenfalls auch stufenweise – ergänzt mit einem prandialen Insulin.“

Eine gute Kontrolle der Blutglukose sei prognoserelevant, daher sei auch beim Typ-2-Diabetes der Einsatz eines schnellen Analoginsulins wie der schneller wirksamen Insulin-aspart-Formulierung (Fiasp®) sinnvoll. Der Wirkstoff flutet rasch an und hat ein physiologischeres Wirkprofil als

andere Bolusinsuline. Die Aussicht auf eine verbesserte Leistungsfähigkeit und mehr Flexibilität motiviert auch weniger engagierte Patienten. „Je kürzer die Zeit zwischen Spritzen und Wirkeintritt, desto besser für die

Lebensqualität“, schloss Prof. Kulzer seinen Vortrag.

thie

Virtuelle Presseveranstaltung „Mahlzeiteninsulin bei Typ-2-Diabetes – Mit Fiasp® aktiv am Leben teilhaben“; Veranstalter: Novo Nordisk

NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

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

»Nicht immer reichen Diät und mehr Bewegung«

Online-Coach ergänzt DMP Diabetes Typ 2

➔ Pressemitteilung – AOK-Bundesverband BERLIN. Knapp zwei Millionen AOK-Versicherte nehmen am DMP Diabetes Typ 2 teil. Um deren Selbstmotivation für Lebensstiländerungen zu unterstützen, bietet die AOK einen kostenfreien Onlinecoach an. Neun Module umfasst das Programm. Szenen aus dem Alltag vermitteln Tipps, wie das Umstellen der Ernährung oder die Integration von mehr Bewegung in den Tagesablauf zu schaffen sind. Die Nutzer können z.B. einen Bewegungsplan oder ein Gewichtstagebuch anlegen. Texte, Videos, 2D-Animationen, Übungen und Wissenstests werden je nach Bearbeitungsstand freigeschaltet.

Mitgewirkt an dem interaktiven Online-Angebot hat ein von Professor Dr. STEPHAN JACOB, Beirat der AG Diabetes & Herz der DDG, geleitetes Team von Diabetologen, Psychologen sowie Ernährungs- und Sportwissenschaftlern. Die Registrierung mit der Versichertennummer diene lediglich zur Prüfung der Versicherung, betont die Kasse. Alle weiteren eingegebenen Daten würden von ihr nicht eingesehen, verwertet oder weitergegeben. Personen, die nicht bei der AOK versichert sind, können nur das erste Modul bearbeiten. Onlineprogramme bietet die Kasse auch für pflegende Angehörige, die Eltern von Kindern mit ADHS, die Angehörigen und Freunde von Menschen mit Depressionen sowie zur Vorbeugung und Linderung depressiver Symptome an. REI



Mit Trulicity®^a können Sie jetzt einfach **mehr** erreichen.^{1,b}



Starke HbA_{1c}- und Gewichtsreduktion über alle Dosierungen¹



Prävention kardiovaskulärer Ereignisse^c (Trulicity® 1,5 mg)^{1,d}



Einfache Anwendung^{2,3}

- ^a 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 in Kombinationstherapie zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung des Diabetes mellitus.¹
^b Überlegene HbA_{1c}- und Gewichtsreduktion bezüglich Trulicity® 3,0 mg und 4,5 mg gegenüber Trulicity® 1,5 mg in Woche 36.¹
^c MACE-3 (major adverse cardiovascular event): Kardiovaskulärer Tod, nicht-tödlicher Myokardinfarkt, oder nicht-tödlicher Schlaganfall.
^d Belegt durch eine placebokontrollierte, doppelblinde kardiovaskuläre Langzeit-Outcome-Studie REWIND, bei welcher Patienten mit Typ-2-Diabetes und unterschiedlich hohem kardiovaskulären Risiko (Alter ≥ 50 Jahre und klinisch manifeste Gefäßerkrankung, Alter ≥ 55 Jahre und subklinische Gefäßerkrankung; Alter ≥ 60 Jahre und Zutreffen von mind. 2 weiteren Risikofaktoren)^a Dulaglutid 1,5 mg oder Placebo jeweils in Kombination mit einer Standardtherapie verabreicht wurde.¹

1. Trulicity® Fachinformation, aktueller Stand. 2. Matfin G et al. Journal of Diabetes Science and Technology 2015; 9(5): 1071-79. 3. Trulicity® Pen-Gebrauchsanleitung, aktueller Stand. 4. Gerstein HC et al. Diabetes Obes. Metab. 2018; 20: 42-49.

Trulicity® 0,75 mg Injektionslösung in einem Fertigpen, Trulicity® 1,5 mg Injektionslösung in einem Fertigpen, Trulicity® 3 mg Injektionslösung in einem Fertigpen, Trulicity® 4,5 mg Injektionslösung in einem Fertigpen. Wirkstoff: Dulaglutid. **Zusammensetzung:** Jeder Fertigpen enthält 0,75 mg, 1,5 mg, 3 mg bzw. 4,5 mg Dulaglutid in 0,5 ml Lösung. **Sonstige Bestandteile:** Natriumcitrat, Zitronensäure, Mannitol, Polysorbat 80, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Trulicity® ist angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen mit unzureichend kontrolliertem Typ-2-Diabetes mellitus unterstützend zu Diät und Bewegung. - Als Monotherapie, wenn die Einnahme von Metformin wegen Unverträglichkeit oder Kontraindikationen nicht angezeigt ist. - Zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung des Diabetes mellitus. Für Studienergebnisse hinsichtlich Kombinationen, Auswirkungen auf die glykämische Kontrolle und kardiovaskuläre Ereignisse, sowie untersuchten Populationen, siehe Fachinformation. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Hypoglykämie (bei Kombination mit Insulin, Glimperid, Metformin oder Metformin plus Glimperid), Übelkeit, Diarrhoe, Erbrechen, Bauchschmerzen. *Häufig:* Hypoglykämie (bei Monotherapie oder bei Kombination mit Metformin plus Pioglitazon), verminderter Appetit, Dyspepsie, Verstopfung, Blähungen, abdominale Distension, gastroösophageale Reflux-Erkrankung, Aufstoßen, Fatigue, Sinustachykardie, Atrioventrikulärer Block ersten Grads (AVB). *Gelegentlich:* Überempfindlichkeit, Dehydrierung, Cholelithiasis, Cholezystitis, Reaktionen an der Injektionsstelle. *Selten:* Anaphylaktische Reaktion, akute Pankreatitis, Angioödem. *Sehr selten:* Nicht mechanische intestinale Obstruktion. **Warnhinweise:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. Weitere Warnhinweise siehe Fachinformation. **Zulassungsinhaber:** Eli Lilly Nederland B.V.; Papendorpseweg 83, 3528 BJ Utrecht, Niederlande. **Vertrieb in Deutschland:** Lilly Deutschland GmbH, Werner-Reimers-Str. 2-4, D-61352 Bad Homburg. **Verschreibungspflichtig.** **Stand der Information:** November 2020.

Leben so normal wie möglich | www.lilly-diabetes.de/trulicity
www.lilly-diabetes.de

trulicity®
dulaglutid 1x wöchentlich

Dem Prädiabetes davonlaufen

LEICESTER. Von den weltweit mehr als 300 Millionen Menschen mit Prädiabetes tragen Personen mit südasiatischer Herkunft im Vergleich zu Europäern ein noch höheres Risiko, in einen Typ-2-Diabetes abzurutschen. Dieser Übergang vollzieht sich bei ihnen zudem deutlich schneller, schreibt ein britisches Forscherteam um Dr. JACK A. SARGEANT von der University of Leicester. Welche Auswirkungen sportliche Aktivität auf den Glukose- und Fettstoffwechsel hat, überprüften sie an einem Kollektiv von 13 Personen aus Europa sowie zehn Personen aus Indien, Pakistan und Bangladesch. Die Teilnehmer waren zwischen 60 und 68 Jahre alt und wiesen einen HbA_{1c}-Wert von median 5,9 % auf. Während die europäischen Probanden im Schnitt etwas älter waren, wiesen die Südasiaten einen leicht höheren BMI auf.

Kurz und intensiv versus leichtes Joggen

Um ihre Frage zu überprüfen, ließ das Forscherteam beide Gruppen in zufälliger Reihenfolge drei Interventionen absolvieren, die inklusive Vorbereitung, Warm-up/Cool-down, Messungen, essen usw. jeweils sechs Stunden dauerten:

- ein hochintensives Intervalltraining (HIIT) auf dem Laufband über insgesamt 25 Minuten (10 x 1 min Sprints, gefolgt von 1 min lockerem Gehen)
- eine 35-minütige moderate Ausdauereinheit auf dem Laufband
- überwiegendes Sitzen (98 % der Zeit)

Zwischen den Interventionen durften sich die Teilnehmer etwa eine Woche ausruhen. Unmittelbar nach einer Übung sowie drei Stunden später gab es eine Mahlzeit (Bagel oder Shake). Darüber hinaus wurden in Abständen von 30–60 Minuten regelmäßig Blutzucker- und Insulinspiegel sowie Blutfette bestimmt.

Sitzen senkte den Insulinspiegel nicht

Während der „aktiven“ Einheiten fluktuierten die Glukose- und Insulinkonzentrationen der Teilnehmer, wobei sich nach den Mahlzeiten ein transients Anstieg zeigte. Im Vergleich zum langen Sitzen senkten beide Trainings den Insulinspiegel. Dieser Effekt fiel bei Personen südasiatischer Herkunft jeweils deutlich stärker aus als bei Europäern (HIIT: 19 % vs. 41 %; moderate Einheit: 13 % vs. 33 %). Der Insulinresistenzindex zeigte ein ähnliches Muster wie der Insulinspiegel. Die Lipide wurden durch die Sportinterventionen nicht beeinflusst. JL

Sargeant JA et al. Diabetes Care 2021; 44: 201-209; doi: 10.2337/dc20-1393

Das Risiko sinkt mit dem Alter

Sterberate jüngerer Diabetespatienten durch COVID-19 erhöht

EXETER. Vorerkrankungen wie ein Typ-2-Diabetes gelten als Risikofaktor für schwere Verläufe von COVID-19. Eine Studie aus England deutet darauf hin, dass unter 50-Jährige besonders gefährdet sind, an der Erkrankung zu sterben.

In Zeiten steigender Infektionszahlen und schwindender Ressourcen fällt es immer schwieriger zu entscheiden, welche COVID-19-Patienten man intensivmedizinisch betreut. Neben dem Alter orientiert sich das Ärzteteam vor allem an Vorerkrankungen wie einer Adipositas oder einem Typ-2-Diabetes. Beides wurde wiederholt mit schweren Verläufen von COVID-19 in Verbindung gebracht. Aktuelle Daten aus dem stark betroffenen Großbritannien deuten an, dass jüngere mit Diabetes ein wesentlich höheres Mortalitätsrisiko durch die Erkrankung tragen als jene ohne Typ-2-Diabetes.

Signifikante Unterschiede in der 30-Tage-Mortalität

Für ihre Analyse schloss das Team um Dr. JOHN M. DENNIS von der Universität Exeter nahezu alle COVID-19-Fälle ein, die während der ersten Welle der Pandemie (1. März bis 27. Juli 2020) in englischen Krankenhäusern intensivmedizinisch behandelt worden waren. Sie unterschieden dabei zwischen zwei Stufen der Betreuung: der auf einer herkömmlichen Intensivstation sowie auf der weniger „invasi-

ven“ Überwachungsstation. Zentrum der Analyse war der Vergleich der 30-Tage-Mortalität zwischen COVID-19-Patienten mit und ohne komorbiden Typ-2-Diabetes. Von den 19 256 Personen war etwa jeder Sechste an dem Diabetes erkrankt, mehr als jeder vierte COVID-19-Patient starb im Untersuchungszeitraum. Personen mit Typ-2-Diabetes trugen ein um etwa

20 % höheres Sterberisiko als Patienten ohne die Stoffwechselstörung (angepasste Hazard Ratio [aHR] 1,23). Unerheblich war, ob diese auf einer Intensiv- oder einer Überwachungsstation behandelt worden waren.

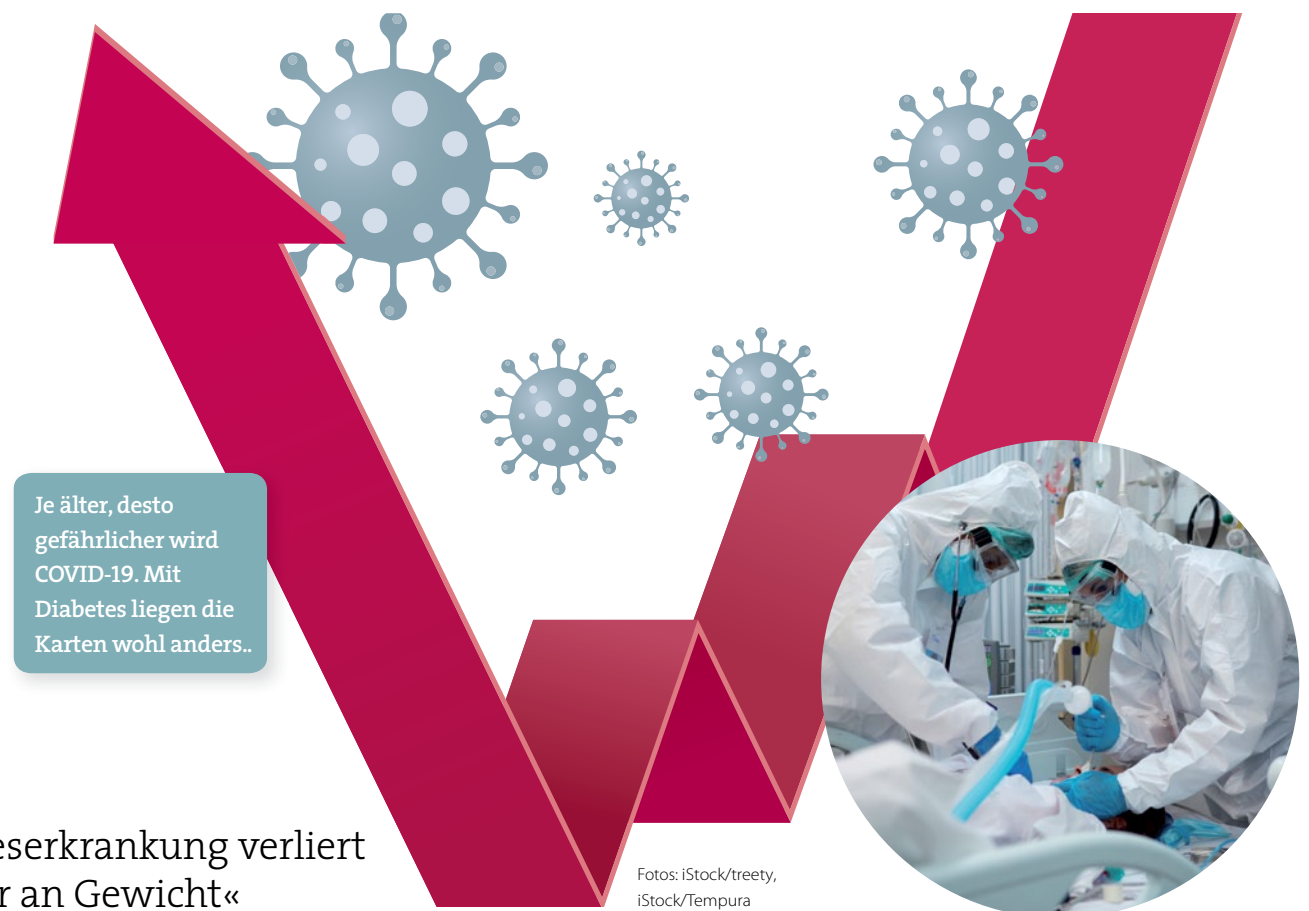
Entscheidungshilfe bei knappen Ressourcen?

Als die Wissenschaftler zusätzlich nach Altersgruppen differenzierten, ergab sich für Diabetespatienten im Alter zwischen 18 und 49 Jahren eine um 50 % höhere Wahrscheinlichkeit, an bzw. mit COVID-19 zu sterben. Mit steigendem Alter glichen sich

»Sterberisiko lag 20 % höher«

die Zahlen denen der Betroffenen ohne Diabetes immer weiter an (50–64 Jahre: 29 %; ≥ 65 Jahre: 18 %). Sollten sich die Fallzahlen in Großbritannien weiter zuspitzen, könnte ein Typ-2-Diabetes aus Sicht der Autoren als unabhängiger Prognosefaktor als Entscheidungshilfe herangezogen werden. mg

Dennis JM et al. Diabetes Care 2021; 44: 50-57; doi: 10.2337/dc20-1444



Hypertensives Duett

Schon wenige Drinks pro Woche bringen den Blutdruck hoch

WINSTON-SALEM. Kardiovaskulär vorbelastete Patienten mit Typ-2-Diabetes müssen schon bei mäßigem Alkoholenuss mit einem starken Blutdruckanstieg rechnen. Normalerweise prädisponieren erst deutlich höhere Trinkmengen für eine Hypertonie.

Das wohlverdiente Gläschen Rotwein am Abend sollten sich Personen mit Typ-2-Diabetes besser nur ab und zu gönnen. Ganz besonders, wenn sie Probleme mit dem Herz-Kreislauf-System haben. Dies zumindest legen die Ergebnisse einer Forschergruppe um Dr. JONATHAN MAYL aus Winston-Salem nahe. In einer an 77 Zentren in den USA und Kanada durchgeführten Untersuchung hatten sie geprüft, ob Patien-

ten mit Diabetes Typ 2 plus hohem Herz-Kreislauf-Risiko von einer intensiven Blutzucker-, Lipid- bzw. Blutdruckeinstellung profitieren. Das Team wertete die Daten von 10 200 Personen aus, die bei Studienbeginn eine Blutdruckmessung erhalten und Angaben zu ihren Trinkgewohnheiten gemacht hatten. Ein geringer Alkoholkonsum lag bei einem bis sieben Drinks pro Woche

vor, ein mäßiger bzw. starker Konsum bei 8–14 bzw. ab 15 alkoholischen Getränken.

Laut den Ergebnissen prädisponierten geringe Alkoholmengen weder für einen Blutdruckanstieg (definiert als systolisch 120–129 mmHg, diastolisch < 80 mmHg) noch für eine Hypertonie jeglichen Grades (Stadium 1: systolisch 130–139 mmHg oder diastolisch 80–89 mmHg; Stadium 2: systolisch ≥ 140 mmHg oder diastolisch ≥ 90 mmHg). Bei einem moderaten Alkoholkonsum nahm dagegen das Risiko für einen erhöhten Blutdruck signifikant um 79 % zu, das für eine Hypertonie Stadium 1 um 66 % und das für eine Hypertonie Stadium 2 um 62 %. Hohe Trinkmengen brachten

das Risiko für eine Hypertonie noch deutlicher nach oben (91 %, 149 % bzw. 204 %).

Von kardioprotektiver Wirkung keine Spur

Lange Zeit sei man von einer kardioprotektiven Wirkung eines mäßigen Alkoholkonsums ausgegangen, schreibt die Forschergruppe. Für entsprechend vorbelastete Patienten mit Typ-2-Diabetes treffe dies jedoch nicht zu, fassen sie die Ergebnisse zusammen. Im Gegenteil: Bereits ab acht alkoholischen Getränken pro Woche steige das Bluthochdruckrisiko bei ihnen offenbar drastisch an. JL

Mayl JJ et al. J Am Heart Assoc 2020; 9: e017334; doi: 10.1161/JAHA.120.017334

»Datensätze von 10 200 Patienten ausgewertet«

Auf Liprolog 200¹ setzen

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

Start



Liprolog[®] 200
KwikPen

Halbes Volumen² | Weniger Spritzlast² | Mehr Patientenzufriedenheit³

¹ Für Ihre Patienten mit einem Bedarf von > 20 Einheiten kurzwirksamen Insulin pro Tag
² Im Vergleich zu allen anderen kurzwirksamen Insulinen mit einer Konzentration von 100 E/ml

³ Wang T et al., J Diabetes Sci Technol. 2016 28;10(4):923–31

Liprolog[®] 100 Einheiten/ml, Injektionslösung in Patronen; -100 Einheiten/ml, Injektionslösung in Durchstechflasche; -100 Einheiten/ml KwikPen, Injektionslösung in einem Fertigpen; -100 Einheiten/ml Junior KwikPen, Injektionslösung in einem Fertigpen; Liprolog[®] Mix25/-Mix50 100 Einheiten/ml, Injektionssuspension in Patronen; -Mix25/-Mix50 100 Einheiten/ml KwikPen, Injektionssuspension in einem Fertigpen; Liprolog[®] 200 Einheiten/ml KwikPen, Injektionslösung in einem Fertigpen. Wirkstoff: Insulin lispro (über rekombinante DNA hergestellt aus *E. coli*). **Zusammensetzung:** Liprolog[®] 100 Einheiten E/ml, Liprolog[®] Mix25/-Mix50: 1 ml enthält 100 E (entspr. 3,5 mg) Insulin lispro. Liprolog[®] Mix25/-Mix50 besteht zu 25% bzw. 50% aus einer Insulin lispro Lösung und zu 75% bzw. 50% aus einer Insulin lispro Protamin Suspension. Liprolog[®] 200 E/ml: 1 ml enthält 200 E (entspr. 6,9 mg) Insulin lispro. **Sonstige Bestandteile:** Glycerol, Zinkoxid, *m*-Cresol, Wasser f. Injektionszwecke, Natriumhydroxid, Salzsäure; Liprolog[®] 100 E/ml zusätzl.: Dinatriumhydrogenphosphat 7 H₂O; Liprolog[®] Mix25/-Mix50 zusätzl.: Dinatriumhydrogenphosphat 7 H₂O, Protaminsulfat, Phenol; Liprolog[®] 200 E/ml zusätzl.: Trometamol. **Anwendungsgebiete:** Liprolog[®] 100 E/ml: Insulinbedürftiger Diabetes mellitus; auch zur Ersteinstellung. Liprolog[®] Mix25/-Mix50: Insulinbedürftiger Diabetes mellitus. Liprolog[®] 200 E/ml: Insulinbedürftiger

Diabetes mellitus bei Erwachsenen; auch zur Ersteinstellung. **Gegenanzeigen:** Hypoglykämie. Überempfindlichkeit gg. den Wirkstoff od. einen der sonst. Bestandteile. Liprolog[®] Mix25/-Mix50 zusätzl.: i.v.-Applikation. **Nebenwirkungen:** Hypoglykämie. Schwere Hypoglykämien können zu Bewusstlosigkeit und im Extremfall zum Tod führen. Häufig lokale allergische Reaktionen (Hautrötungen, Schwellungen oder Juckreiz an der Injektionsstelle). Gelegentlich Lipodystrophie und mit nicht bekannter Häufigkeit kutane Amyloidose an der Injektionsstelle. Selten systemische Allergie (general. Insulinallergie) mit Hautausschlag am ganzen Körper, Kurzatmigkeit, keuchendem Atem, Blutdruckabfall, schnellem Puls oder Schwitzen; in schweren Fällen lebensbedrohlich. Ferner Ödeme (insbes., wenn eine schlechte metabol. Kontrolle durch intensivierte Therapie verbessert wurde). **Warnhinweis: Liprolog[®] 100 E/ml Junior KwikPen: Mit dem Pen können 0,5–30 Einheiten in Schritten zu je 0,5 Einheiten abgegeben werden. Liprolog[®] 200 E/ml: Nur in diesem Pen anwenden, sonst kann schwere Überdosierung auftreten. Verschreibungspflichtig.** Weitere Einzelheiten enthalten die Fach- und Gebrauchsinformationen, deren aufmerksame Durchsicht empfohlen wird. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Eli Lilly Nederland B. V. Lokaler Vertreter in Deutschland: BERLIN-CHEMIE AG, 12489 Berlin. (Stand: 06.20)



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**



»Kardiale Risiken allen Kollegen bewusst machen«

AG Diabetes und Herz möchte Meilensteine der Forschung im Praxisalltag umsetzen

BERLIN. Diabetes mellitus ist oft mit erheblichen kardiovaskulären Risiken verbunden. Die AG Diabetes und Herz widmet sich neuen Erkenntnissen auf diesem Gebiet und macht sie einem breiten Fachpublikum zugänglich. Der Vorsitzende Professor Dr. Thomas Forst gibt Einblick in die Arbeit des Gremiums.

Welche Rolle spielen Herzkrankheiten in der Diabetologie?

Prof. Forst: Die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität stellen weiterhin zwei wesentliche Komplikationen für Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 dar. Neben atherosklerotischen Komplikationen wie der koronaren Herzkrankheit oder dem Schlaganfall ist in den vergangenen Jahren auch die Herzmuskelsuffizienz als eine häufige Komplikation in Verbindung mit einem Diabetes mellitus wahrgenommen worden. Die Ursachen für das erhöhte kardiovaskuläre Risiko sind komplex. Neben einem gestörten Glukosemetabolismus kommen dem Blutdruck, dem Fettstoffwechsel, proinflammatorischen Prozessen und anderen Faktoren individuelle Rollen in der Pathophysiologie der kardiovaskulären Komplikationen zu. Es ist eine der zentralen Herausforderungen der modernen Diabetologie, dem kardiovaskulären Risiko von Menschen mit Diabetes frühzeitig entgegenzutreten, um den Patienten ein möglichst komplikationsfreies Leben zu ermöglichen.

Welche Aufgaben nimmt die Arbeitsgemeinschaft wahr?

Prof. Forst: Die AG Diabetes und Herz der DDG sieht ihre Rolle in der Förderung der wissenschaftlichen und interdisziplinären Forschung zur Pathophysiologie, Diagnostik, Prävention und Therapie kardiometa-bolischer Erkrankungen. Neue Erkenntnisse in Diagnostik, Therapie und Prävention sollen im Rahmen von Kongressen, Fortbildungsveranstaltungen, Publikationen und der Erarbeitung von Expertenempfehlungen einem möglichst breiten Kreis von Interessenten fachübergreifend zugänglich gemacht werden. Hierbei sucht die AG einen intensiven Austausch zu anderen Arbeitsgruppen innerhalb der DDG, aber auch zu anderen Fachgesellschaften und Gremien.

Die Vernetzung und der medizinisch-wissenschaftliche Austausch zwischen Fachgesellschaften, akademischen Einrichtungen, Versorgungseinrichtungen, aber auch der

forschenden Industrie wird dabei als eine zentrale Aufgabe unserer Arbeitsgruppe angesehen. Derzeit besteht sie aus etwa 30 Mitgliedern, die überwiegend der diabetologischen, angiologischen oder kardiologischen Fachrichtung entstammen. Der Vorstand wird derzeit von vier Personen, Professor Dr. Stephan Jacob, Professor Dr. Andreas Birkenfeld, Dr. Manfred Ganz und mir als Sprecher der Arbeitsgruppe besetzt.

Der Vorstand der AG lädt üblicherweise alle Mitglieder ein bis zwei Mal jährlich zur Mitgliederversammlung ein. Dies geschieht weitgehend im Rahmen der Frühjahrs- und/oder Herbsttagung der DDG. Leider konnten diese Mitgliederversammlungen im Jahr 2020 aufgrund der COVID-19-Pandemie nicht stattfinden. Zusätzlich zu diesen Mitgliederversammlungen werden bei Bedarf zusätzliche Treffen des Vorstands angesetzt, um aktuelle Fragen zu diskutieren oder anfallende Aufgaben einer Projektgruppe zuzuordnen.

Welche Verbindungen gibt es zu anderen Gremien?

Prof. Forst: In der AG vertreten sind neben Mitgliedern der DDG auch Mitglieder anderer Fachgesellschaften wie beispielsweise der kardiologischen oder angiologischen Gesellschaft, mit denen ein reger Austausch angestrengt wird. Eine besonders enge Kooperati-

on besteht mit der Arbeitsgruppe Herz und Diabetes der Deutschen Kardiologischen Gesellschaft, mit der Ausrichtung gemeinsamer Symposien oder der Publikation gemeinsamer Stellungnahmen und Empfehlungen. International konnten wir 2020 eine Kooperation mit der Cardiovascular Outcome Trial (CVOT) Summit Gruppe aufbauen.

Welche Themen werden derzeit am intensivsten diskutiert?

Prof. Forst: Die kardiale und vaskuläre Komorbidität spielt eine zentrale Rolle im Schicksal eines Patienten mit einem Diabetes mellitus. In den vergangenen Jahren konnten nun verschiedene neue Therapieansätze etabliert werden, die einen erheblichen Einfluss auf die Prognose eines Patienten mit einem Diabetes mellitus haben. So konnten in zahlreichen Studien positive Effekte von SGLT2-Hemmern und GLP1-Rezeptoragonisten auf kardiale und renale Endpunkte belegt werden. Darüber hinaus erlangten die SGLT2-Hemmer große Aufmerksamkeit in der Behandlung einer Herzinsuffizienz mit eingeschränkter Pumpfunktion auch unabhängig von einem Diabetes mellitus. Ermutigende Meilensteine für die Therapie des kardiovaskulären diabetischen Risikopatienten.

Leider sind diese neuen Erkenntnisse bisher nicht entsprechend in der alltäglichen Praxis umgesetzt worden.

»Ermutigende neue Studien«



KURZBIOGRAPHIE
PROF. DR. THOMAS FORST

Internist, Endokrinologe und Diabetologe, zudem Geschäftsführer und Leitender Arzt der Clinical Research Services in Berlin, Wuppertal, Mannheim und Kiel

Hier sieht die Arbeitsgruppe erheblichen Bedarf in der Umsetzung und Etablierung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse in praktische Handlungsempfehlungen für eine auf den individuellen Patienten zugeschnittene, pharmakologische Therapie. Neben den klassischen blutzuckersenkenden Therapien werden in den nächsten Jahren weitere Substanzen, wie beispielsweise neue Mineralcortikoidantagonisten oder auch antiinflammatorische Medikamente, das therapeutische Spektrum für kardiale und renale Risikopatienten insbesondere mit einem Diabetes mellitus zusätzlich erweitern.

Im Zusammenhang mit all diesen neuen Möglichkeiten wird eine differenzialdiagnostische Präzisierung des kardiovaskulären Risikoprofils von Patienten mit einem Diabetes mellitus immer zwingender. In Ergänzung zur Rolle des Bluthochdrucks und des Lipidstoffwechsels löst eine zunehmend differenzierte Betrachtung metabolischer und proinflammatorischer Effekte das glukozentrische Weltbild in der Diabetologie ab.

Die Arbeitsgruppe Diabetes und Herz sieht hier eine zentrale Aufgabe, sich in die Erarbeitung tragfähiger Konzepte zur Differenzialdiagnose und Therapie von kardiovaskulären Risikopatienten mit einem Diabetes mellitus einzubringen. Als Grundlage für eine individuell angepasste pharmakologische Therapie werden verifizierte klinische Parameter zu einer kardiovaskulären

»Therapie wird sich schnell entwickeln«

Risikostratifizierung von Patienten mit einem Diabetes mellitus dringend benötigt.

Welche Erfolge der AG freuen Sie am meisten?

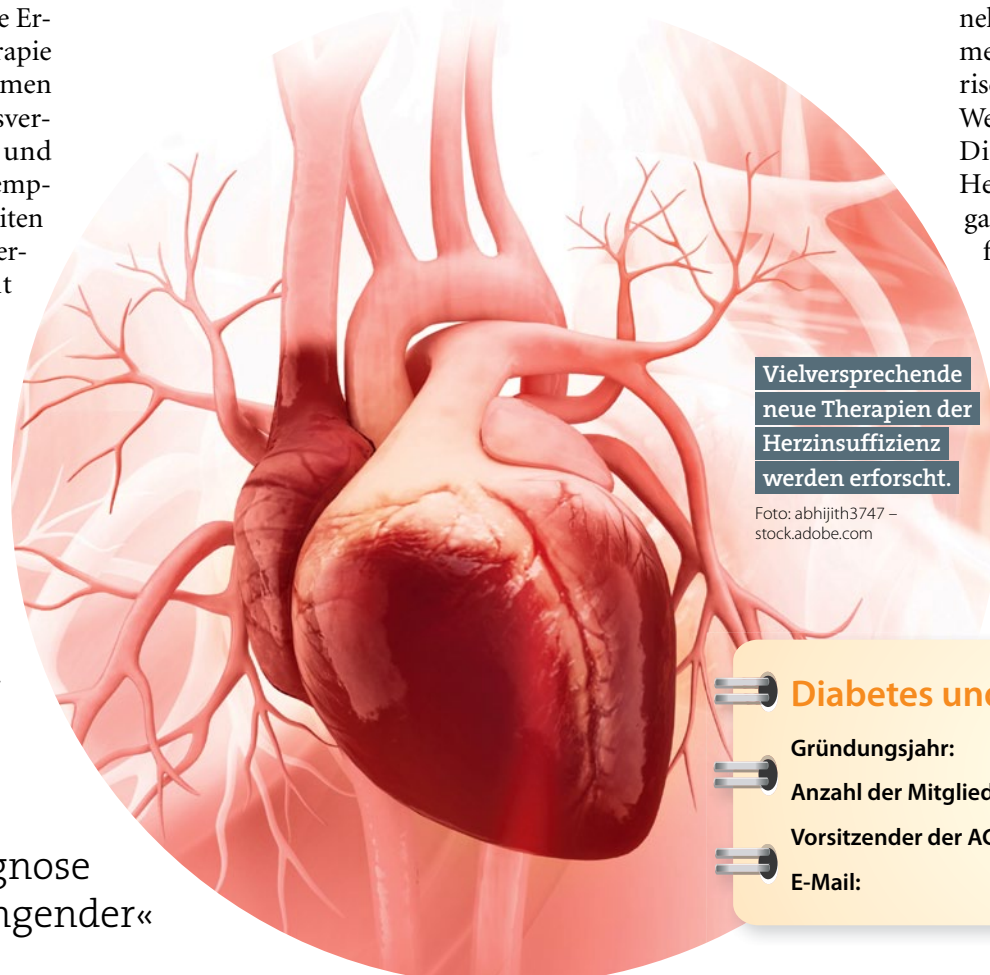
Prof. Forst: Ein wichtiges Bestreben der AG Diabetes und Herz liegt darin, die Bedeutung kardiovaskulärer Komplikationen in der Diagnostik und Therapie von Patienten mit einem Diabetes mellitus für viele Kolleginnen und Kollegen auf breiter Evidenz bewusst zu machen. Bereits sehr früh wurde von der AG dabei ein wissenschaftlicher Austausch mit anderen Fachgruppen außerhalb der Diabetologie angestrebt. Insbesondere die enge Kooperation mit der Arbeitsgruppe Herz und Diabetes der Deutschen Kardiologischen Gesellschaft wird dabei sehr begrüßt. Die Ausrichtung gemeinsamer Symposien und die gemeinsame Erarbeitung der DDG Praxisempfehlungen Diabetes mellitus und Herz mögen hier als Beispiele dienen. Auch die Einladung zur Mitwirkung auf dem Cardiovascular Outcome Trial Summit 2021 ist für uns von großer Bedeutung und zeigt eine zunehmende internationale Anerkennung unserer Arbeitsgruppe.

Was wünschen Sie sich für die Zukunft?

Prof. Forst: Die Diagnostik und Therapie von Patienten mit einem Diabetes mellitus und kardiovaskulären Komplikationen wird sich schnell weiterentwickeln. Die AG Diabetes und Herz möchte diesen Prozess aktiv begleiten und eine verantwortungsvolle Umsetzung neuer Erkenntnisse in den Praxisalltag unterstützen. Hierbei möchten wir uns noch intensiver mit nationalen und internationalen wissenschaftlichen Organisationen und verwandten Fachgesellschaften vernetzen.

Ich würde mir wünschen, dass viele Kolleginnen und Kollegen unsere Arbeit aktiv unterstützen und Mitglied unserer Arbeitsgruppe würden. Je mehr Kolleginnen und Kollegen sich der AG Diabetes und Herz anschließen, umso besser wird es uns gelingen, die kardiovaskulären Aspekte des Diabetes mellitus gebührend zu berücksichtigen. Gerne können sich Kolleginnen und Kollegen, die ein Interesse an unserer Arbeitsgruppe haben, unter meiner E-Mail-Adresse thomas_forst@gmx.de mit mir in Verbindung setzen und Mitglied der AG werden.

Interview: Isabel Aulehla



Vielversprechende neue Therapien der Herzinsuffizienz werden erforscht.

Foto: abhijith3747 - stock.adobe.com

Diabetes und Herz

Gründungsjahr:	2002
Anzahl der Mitglieder:	31
Vorsitzender der AG:	Professor Dr. Thomas Forst
E-Mail:	thomas_forst@gmx.de

»Differenzialdiagnose wird immer zwingender«

VORSTAND UND GESCHÄFTSFÜHRUNG DDG



Fotos: © DDG/Dirk Deckbar, Thomas Berg, Universität zu Lübeck, Wiebke Peitz, Charité, Universitätsklinikum Tübingen zVg

Präsidentin
Prof. Dr. Monika Kellerer



Marienhospital
Stuttgart

Vizepräsident und Schatzmeister
Prof. Dr. Andreas Neu



Universitätsklinik
für Kinder- und
Jugendmedizin
Tübingen

Past Präsident
Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland



Universitätsklinikum
der RWTH Aachen

Vorstandsmitglied
Prof. Dr. Jens Aberle



UKE Hamburg

Vorstandsmitglied
Dr. Matthias Kaltheuner



Gemeinschaftspraxis
für Diabetologie,
Innere Medizin und
Allgemeinmedizin
in Leverkusen

Vorstandsmitglied
Prof. Dr. Dr. h.c. Hendrik Lehnert



Universität Salzburg

Vorstandsmitglied
Dr. Dorothea Reichert

NEU



Gemeinschaftspraxis
Dres. Reichert & Hinck
in Landau

Vorstandsmitglied
PD Dr. Kilian Rittig

NEU



Klinikum
Frankfurt (Oder)

Vorstandsmitglied
Prof. Dr. Joachim Spranger



Charité –
Universitätsmedizin Berlin

Geschäftsführerin
Barbara Bitzer



Pressesprecher
Prof. Dr. Baptist Gallwitz



Universitätsklinikum
Tübingen

Neu- oder re-zertifizierte Kliniken und Arztpraxen

(im Zeitraum 01.01. bis 29.01.2021)

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 1		
St. Hedwig-Krankenhaus, Klinik für Innere Medizin	10115 Berlin	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Helios Klinikum Berlin-Buch, Diabetologie und Endokrinologie	13125 Berlin	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
PLZ 2		
Gemeinschaftspraxis für Innere Medizin und Diabetologie, Dres. Wendisch/Dahl/Aberle	22607 Hamburg	Fußbehandlung (ambulant)
Fachklinik Sylt für Kinder und Jugendliche, Diabetologie	25980 Sylt	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
PLZ 3		
St.-Marien-Hospital Marsberg	34431 Marsberg	Klinik für Diabetespatienten geeignet
Stadtkrankenhaus Korbach gGmbH, Innere Medizin/Gastroenterologie und allgemeine Innere	34497 Korbach	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
Vitalisklinik Bad Hersfeld	36251 Bad Hersfeld	Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG
PLZ 4		
St. Marien-Krankenhaus Ratingen	40878 Ratingen	Klinik für Diabetespatienten geeignet
PLZ 5		
Knappschaftsklinik Bad Neuenahr- Ahrweiler	53474 Bad Neuenahr- Ahrweiler	Klinik für Diabetespatienten geeignet
PLZ 6		
Gemeinschaftspraxis Ammann, Bungert	66646 Urexweiler	Zertifiziertes Diabeteszentrum Diabetologikum DDG
Diakoniekrankenhaus Mannheim GmbH	68163 Mannheim	Klinik für Diabetespatienten geeignet
PLZ 7		
Praxis Dr. med. Rosmarie Weber-Lauffer	76133 Karlsruhe	Zertifiziertes Diabeteszentrum Diabetologikum DDG

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 9		
Praxis Dr. med. Ulrich.-M. Aigner	92237 Sulzbach-Rosenberg	Fußbehandlung (ambulant)
Rehafachzentrum Bad Füssing-Passau, Diabetes-Zentrum	94036 Passau	Zertifiziertes Diabeteszentrum Diabetologikum DDG

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

Dr. med. Sebastian Friedrich Petry, Wetzlar
Katharina Krysen, Mülheim
Dr. med. Uwe Ermer, Neuburg
Dr. med. Winfried Krill, Hanau
Hamzah Awad, Mönchengladbach
Dr. med. Joel Helfrich, Berlin
Constanze Richter, München
Dr. med. Kristina Heilgeist, Ludwigsburg
Margarita Schneider, Villingen-Schwenningen
Dr. med. Jan Förster, Dreieich
Dr. med. Eva Christina Geiermann, Köln
Feim Morina, Dortmund
Dr. med. Alina Andreea Sandu, Paderborn
Paraskevi Kotsi, Boxberg
Dr. med. Leonie Kolb, Uttenreuth
Dr. med. Maximilian Ide, Hanau
Dr. med. Simon Limbach, Neuburg
Dr. med. Robert Nöding, Aystetten
Ulrike Volz, Karlsruhe
Dr. med. univ. debrecensis. Dalma Szalontai, Hann. Münden
Dr. med. Claudia Weißenbacher, München
Malgorzata Miatkowska, Barner Stück
Dr. med. Anja Kittler, Hamburg
Arianna Sträßer, Gießen

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.

Registrieren Sie sich jetzt online für die Kurse Weiterbildung zum/r Diabetesberater/in DDG – jeweils unter dem Kursangebot



Bitte beachten Sie auf unserer Webseite die Angaben zu ggf. notwendigen kurzfristigen Änderungen aufgrund der Coronapandemie – Corona-Update
www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/behandlung/corona-update

Diabetesberater/in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
224	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1172 ☎ Fax: 05971 42-1116 v.breulmann@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 06.04. – 17.04.2021 2. Block: 07.06. – 18.06.2021 3. Block: 02.08. – 13.08.2021 4. Block: 04.10. – 15.10.2021 5. Block: 03.01. – 14.01.2022 6. Block: 21.03. – 01.04.2022
225	Diabetes-Akademie Südostbayern Bürgerwaldstr. 1, 83278 Traunstein ☎ Tel.: 0861 20401041 ☎ Fax: 0861 909807 68 info@diabetesakademie.net www.diabetesakademie.net	1. Block: 23.07. – 07.08.2021 2. Block: 20.09. – 02.10.2021 3. Block: 29.11. – 04.12.2021 4. Block: 07.02. – 19.02.2022 5. Block: 02.05. – 14.05.2022 6. Block: 11.07. – 15.07.2022
226	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. (Aufbauqualifikation), Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941 5696-22 ☎ Fax: 0941 5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	<i>Aufbauqualifikation</i> 1. Block: 04.10. – 15.10.2021 2. Block: 17.01. – 29.01.2022 3. Block: 28.03. – 08.04.2022 4. Block: 09.05. – 20.05.2022 5. Block: 27.06. – 08.07.2022 6. Block: 19.09. – 30.09.2022
230	Diabetes-Akademie Bad Mergentheim e.V. Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim ☎ Tel.: 07931 594 165 ☎ Fax: 07931 77 50 boehm@diabetes-zentrum.de www.diabetes-akademie.de	1. Block: 18.10. – 29.10.2021 2. Block: 10.01. – 21.01.2022 3. Block: 07.03. – 18.03.2022 4. Block: 09.05. – 20.05.2022 5. Block: 11.07. – 22.07.2022 6. Block: 10.10. – 21.10.2022
227	Wannsee-Akademie Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin ☎ Tel.: 030 80686-040 ☎ Fax: 030 80686-404 akademie@wannseeschule.de www.wannseeakademie.de	1. Block: 25.10. – 05.11.2021 2. Block: 17.01. – 28.01.2022 3. Block: 14.03. – 25.03.2022 4. Block: 13.06. – 01.07.2022 5. Block: 05.09. – 16.09.2022 6. Block: 28.11. – 09.12.2022
228	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1172 ☎ Fax: 05971 42-1116 v.breulmann@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	<i>Aufbauqualifikation</i> 1. Block: 02.11. – 13.11.2021 2. Block: 07.03. – 18.03.2022 3. Block: 20.06. – 01.07.2022 4. Block: 26.09. – 07.10.2022
229	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1172 ☎ Fax: 05971 42-1116 v.breulmann@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 15.11. – 26.11.2021 2. Block: 24.01. – 04.02.2022 3. Block: 19.04. – 30.04.2022 4. Block: 07.06. – 18.06.2022 5. Block: 22.08. – 02.09.2022 6. Block: 07.11. – 18.11.2022

VORVERLEGT: Kursstart in 2021

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.: 0 30/3 11 69 37-18 oder an weiterbildung@ddg.info

Weitere Informationen finden Sie auf
<https://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	10.04.2021 03.07.2021 02.10.2021	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*
16	AND Saar Bezirksstr. 122, 66663 Merzig/Besseringen ☎ Tel.: 06861 76061, ☎ Fax: 06861/72244 info@heimes-diabetes.de www.ddg-saar.de	1. Block: 08.03. – 19.03.2021 2. Block: 07.06. – 19.06.2021	1.300,- €*
49	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941 5696-22, ☎ Fax: 0941 5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	1. Block: 15.03. – 26.03.2021 2. Block: 06.09. – 17.09.2021	1.655,- €*
101	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1172, ☎ Fax: 05971 42-1116 v.breulmann@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 12.04. – 23.04.2021 2. Block: 19.07. – 30.07.2021	1.655,- €*
10	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 31.05. – 11.06.2021 2. Block 29.11. – 10.12.2021	1.300,- €*
36	Akademie der Kreiskliniken Reutlingen Steinenberg Str. 31, 72764 Reutlingen ☎ Tel.: 07121 200 39 79, ☎ Fax: 07121 200 44 58 schroeder-laich_d@klin-rt.de www.akademie-reutlingen.de	1. Block 07.06. – 25.06.2021 2. Block 25.10. – 29.10.2021	1.545,- €*
50	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941 5696-22, ☎ Fax: 0941 5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	1. Block 21.06. – 02.07.2021 2. Block 08.11. – 19.11.2021	1.655,- €*
102	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1172, ☎ Fax: 05971 42-1116 v.breulmann@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 13.09. – 24.09.2021 2. Block: 29.11. – 10.12.2021	1.655,- €*
26	Diabeteszentrum am Elisabeth-Krankenhaus Essen Klara-Kopp-Weg 1, 45138 Essen ☎ Tel.: 0208 30542818, ☎ Fax: 0202 897 4592 a.meier@contilia.de www.contilia.de/karriere/contilia-akademie/aktuelle-lehrgaenge.html	1. Block: 20.09. – 01.10.2021 2. Block: 24.01. – 05.02.2022	1.470,- €*
	UKGM Universitäres Diabeteszentrum Mittelhessen Diabeteschulungszentrum Med. Klinik und Poliklinik III Klinikstrasse 33, 35392 Gießen ☎ Tel.: 0641 985 42887 jutta.liersch@innere.med.uni-giessen.de www.udzm.de	nächster Kurs voraussichtlich 2022	

*inkl. Prüfungs- und Zertifikatsgebühr

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

Weitere Termine und Informationen finden Sie auf
<https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung-diabetesassistentin-ddg/-diabetesassistent>

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

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
6	Diabetes Kongress 2021	in Abstimmung

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

Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
BaQ_BW_03	Asklepios Bildungszentrum Nordhessen Ort: Asklepios Klinikum Schwalmstadt, Diabetes Schulungsraum Franziska Buchwald Laustraße 37, 34537 Bad Wildungen ☎ Tel.: 05621 795 24 13 fr.buchwald@asklepios.com	10.03. + 11.03.2021

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
BaQ_ MOE_03	Akademie Krankenhaus Bethanien Moers Bethanienstr. 21, 47441 Moers ☎ Tel.: 02841 2000 rackwitz@bethanienmoers.de	14.04. + 21.04.2021
BaQ_ RB_07	Katholische Akademie Regensburg für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Frau A. Deml Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941 5696-22 ☎ Fax: 0941 5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	15.06. + 16.06.2021
BaQ_ BL_03	Diabeteszentrum Bad Lauterberg Dr. Thomas Werner, Kirchberg 21, 37431 Bad Lauterberg sekretariat@diabeteszentrum.de	18.06. + 19.06.2021
BaQ_ MOE_04	Akademie Krankenhaus Bethanien Moers Bethanienstr. 21, 47441 Moers ☎ Tel.: 02841 2000 rackwitz@bethanienmoers.de	08.09. + 15.09.2021
BaQ_ BW_04	Asklepios Bildungszentrum Nordhessen Ort: Asklepios Klinikum Schwalmstadt, Diabetes Schulungsraum Franziska Buchwald, Laustraße 37, 34537 Bad Wildungen ☎ Tel.: 05621 795 24 13 fr.buchwald@asklepios.com	27.10. + 28.10.2021

Weitere Informationen finden Sie auf www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung/fuer-medizinisches-assistenzpersonal/basisqualifikation-diabetes-pflege

➔ Diabetes-Pflegfachkraft DDG (Klinik)

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine	Kosten
11	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1172, ☎ Fax: 05971 42-1116 v.breulmann@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 22.03. – 26.03.2021 2. Block: 03.05. – 07.05.2021	990,- € zzgl. Gebühren für Anmeldung, Prüfung, Material 260,- €
8	RED Institut für medizinische Forschung und Fortbildung GmbH Am Markt 15, 23758 Oldenburg in Holstein ☎ Tel.: 04361 50630 130, ☎ Fax: 04361 50630 460 hecht@red-institut.de www.red-institut.de	1. Block 07.06. – 11.06.2021 2. Block 13.09. – 17.09.2021	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-pflegfachkraft-ddg-klinik

➔ Wundassistent/in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
46	CID Centrum für integrierte Diabetesversorgung Kursort: St. Vinzenz-Hospital Merheimer Str. 221-223, 50733 Köln ☎ Tel.: 0221 9349461 schulung@cid-direct.de www.cid-direct.de	08.03. – 12.03.2021
45	Deutsches Institut für Wundheilung Kursort: Radolfzell Fritz-Reichle-Ring 2, 78315 Radolfzell ☎ Tel.: 07732 9391525 info@deutsches-wundinstitut.de www.deutsches-wundinstitut.de	15.03. – 19.03.2021
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	17.05. – 21.05.2021
47	CID Centrum für integrierte Diabetesversorgung Kursort: St. Vinzenz-Hospital Merheimer Str. 221-223, 50733 Köln ☎ Tel.: 0221 9349461 schulung@cid-direct.de www.cid-direct.de	07.06. – 11.06.2021
15	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	07.06. – 11.06.2021
48	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	06.09. – 10.09.2021
46	Deutsches Institut für Wundheilung Kursort: Radolfzell Fritz-Reichle-Ring 2, 78315 Radolfzell ☎ Tel.: 07732 9391525 info@deutsches-wundinstitut.de www.deutsches-wundinstitut.de	11.10. – 15.10.2021

Achtung Online-Veranstaltung

Achtung Terminänderung

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
25	Diabetes Zentrum Thüringen e.V. (Universitätsklinikum Jena, Klinik für Innere Medizin III, FB Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen) Am Klinikum 1, Gebäude A, 07743 Jena ☎ Tel.: 03641 9324346, ☎ Fax: 03641 9324342 nadine.kuniss@med.uni-jena.de www.diabetes-thueringen.de	1. Block 13.10. – 15.10.2021 2. Block 20.10. – 22.10.2021
8	Diabetes-Akademie Bad Mergentheim Theodor-Klotzbücher-Str. 12, 97980 Bad Mergentheim ☎ Tel.: 07931 8015, ☎ Fax: 07931 7750 diabetes.akademie@diabetes-zentrum.de www.diabetes-akademie.de	22.11. – 26.11.2021

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/fuer-medizinisches-assistenzpersonal/wundassistentin/-wundassistent-ddg

➔ Seminare Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung in der Diabetologie

Kurs	Termine	Tagungsort	Kosten
Dr. rer. medic. Nicola Haller medipäd Am Bühl 7 1/2, 86199 Augsburg ☎ Tel.: 0175 4004901 dr.nicola.haller@medi-paed.de www.medi-paed.de	Online-Termine: 23.04. – 26.04.2021 02.07. – 05.07.2021 10.09. – 13.09.2021 26.11. – 29.11.2021	Online	ab 2021: 710,- € 31 Fortbildungspunkte
Dipl.-Psych. Heinrich Vogel Praxis für Psychotherapie Olvenstedter Straße 10, 39108 Magdeburg ☎ Tel.: 0176 40031911 info@heinrich-vogel.eu	Teil 1: 13.03. – 14.03.2021 Teil 2: 01.05. – 02.05.2021	Magdeburg Praxis für Psychotherapie	600,- € inkl. Pausenbewirtung (gemeinsames Mittagessen kann organisiert werden) Fortbildungspunkte werden beantragt.
Dipl. Psych. Susan Clever Psychol. Psychotherapeutin/ Psychodiabetologie Fachpsychologin (DDG) Med. Psych. Consultancy Palmaille 35, 22767 Hamburg ☎ Tel.: 01709 226067 Info und Anmeldung per E-Mail: susan9woods@aol.com	Teil 1: 05.06. – 06.06.2021 Teil 2: 26.06. – 27.06.2021 Teil 1: 18.09. – 19.09.2021 Teil 2: 02.10. – 03.10.2021	Diabetespraxis Blankenese Blankeneser Bahnhofstrasse 23 22587 Hamburg	720,- € (exkl. MwSt.) Einschließlich Seminarunterlagen und Pausenbewirtung (außer Mittagessen)
willms.coaching Wilhelm-Busch-Str. 19, 37083 Göttingen ☎ Tel.: 0551 7974741, ☎ Fax: 0551 29213514 office@willmscoaching.de www.willmscoaching.de	03.11. – 06.11.2021 02.12. – 05.12.2021 Online-Termine: 23.06. – 26.06.2021 03.06. – 04.06. und 08.07. – 09.07.2021 30.09. – 01.10. und 14.10. – 15.10.2021	Göttingen, Eden Hotel	720,- € inkl. Pausenbewirtung und Mittagessen Fortbildungspunkte der Ärztekammer werden erteilt.
Dipl.-Psych. Isabel Laß ☎ Tel.: 06081 576 589 (Praxis-Tel. mit AB) www.familien-team.de	Bitte Termine direkt anfragen!	Bürgerhospital, Diabetes-Zentrum Rhein-Main, Nibelungenallee 37, 60148 Frankfurt	840,- € inkl. MwSt., Seminarunterlagen, Getränke und Snacks Fortbildungspunkte werden beantragt
Akademie Luftiku(r)s e.V. Iburger Str. 187, 49082 Osnabrück ☎ Tel.: 0174 619 3869 akademieluftikurs@gmail.com www.akademie-luftikurs.de	Bitte Termine direkt anfragen!	Bischöfliches Priesterseminar Große Domsfreiheit 5 49074 Osnabrück	600,- Euro Bei Anmeldung ab 4 Wochen vor dem Termin 30,- € zusätzlich. Verpflegung und Übernachtung sind nicht im Preis enthalten.

➔ Fachpsychologe/Fachpsychologin DDG

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

➔ 80-Std.-Kurs Klinische Diabetologie

Kurs	Termine	Tagungsort
Online-Kurs Prof. Dr. Peter Schwarz	Teil 1: 19.04. – 23.04.2021 Teil 2: 03.05. – 07.05.2021	
Heidelberg PD Dr. Erhard Siegel	Teil 1: 07.06. – 11.06.2021 Teil 2: 05.07. – 09.07.2021 (Kurs findet nur statt bei einer Teilnehmerzahl von mind. 75)	Heidelberg, NN
Hannover Prof. Dr. Karin Lange Prof. Dr. Olga Kordonouri (Pädiatrie)	Teil 1: 13.09. – 17.09.2021 Teil 2: 04.10. – 08.10.2021	Hannover, NN Sollte der Kurs pandemiebedingt nicht Vorort abgehalten werden können, wird er als Online-Veranstaltung durchgeführt.
Hamburg Prof. Dr. Jens Aberle	Teil 1: 18.10. – 22.10.2021 Teil 2: 22.11. – 26.11.2021	Hamburg, NN Sollte der Kurs pandemiebedingt nicht Vorort abgehalten werden können, wird er als Online-Veranstaltung durchgeführt.

Kosten: 1.250,- € für beide Kursteile. Reise-, Übernachtungs- und Verpflegungskosten sind in der Kursgebühr nicht enthalten und gehen zulasten der Teilnehmenden.



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



DIABETES KONGRESS 2021

Präzisionsmedizin – Eine Reise in die Zukunft der Diabetologie

12. – 15. Mai 2021, Online-Kongress

Digital, inhaltstark &
topaktuell

Alle Vorträge live!

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

Jetzt
anmelden!

www.diabeteskongress.de

 **DIABETES
KONGRESS**
2021 **DDG**

Näher am Menschen dank digitaler Technologien

Bisherige Versorgungsmodelle hinterfragen und innovative Konzepte für die Zukunft entwickeln

Muss ein Arzt immer physisch anwesend sein? Muss der Patient eigentlich bei der Visite noch in die Praxis? Vergrößern digitale Technologien die Distanz zwischen Behandelnden und Patienten oder ermöglichen sie im Gegenteil sogar mehr Nähe? Sollte man sich bei der Gestaltung neuer Modelle an den Vorstellungen von KVs und Ärztekammern oder an den Bedürfnissen der Menschen vor Ort orientieren? Der Arzt und Ökonom Dr. Tobias Gantner sucht nach Antworten auf diese Fragen und entwickelt neue Versorgungsansätze.



Dr. Tobias Gantner
Gründer und Geschäftsführer der HealthCare Futurists GmbH, Köln
Foto: © HealthCare Futurists Ira Kaltenecker

Wer die Digitalisierung im Gesundheitswesen vorantreiben will, stößt bei den Akteuren der Ärzteschaft und Selbstverwaltung häufig auf große Skepsis: Man sorgt sich um die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung, Haftungsrisiken und die eigene Rolle in der Versorgungslandschaft. Und man fürchtet, dass Medizin kontrollierbar und von einer Kunst zu einer reinen Naturwissenschaft wird. Dabei ist die Geschichte der Medizin von stetigem Wandel geprägt, wie Dr. Gantner, Gründer und Geschäftsführer der HealthCare Futurists GmbH, betont: „Das gängige Attribut des Arztes, das Stethoskop, war bei seiner Einführung nicht unumstritten. Und auch Ignatz Semmelweis machte sich mit seiner Forderung nach gewissenhafter Handhygiene nicht nur Freunde.“ Aktuell ist es die Digitalisierung, die von vielen kritisch beäugt oder gar vehement abgelehnt wird.

Der technologische Wandel findet ohnehin statt

Dabei ist der Wandel längst nicht mehr aufzuhalten. „Das Gesundheitswesen verändert sich nicht nur durch den Einsatz von Technologie, sondern auch dadurch, dass es für weitere Marktteilnehmer interessant wird, sich dort umzusehen“, erklärt Dr. Gantner mit Blick auf Tech-Giganten wie Amazon oder Google. Gleichzeitig haben Ärzte heute zunehmend mit einem neuen Patiententypus zu tun, der Spaß am Ausprobieren von Gesundheitstechnologie und an der Selbstoptimierung mit Apps, Gadgets und Wearables hat. Wenn Patienten zur Selbstbehandlung digitale Tools verwenden, weil sie verfügbar und einfach zu handhaben sind, dann verändert das die Selbstwahrnehmung von Ärzten ebenso wie ihre Rolle als

Gatekeeper des Gesundheitswesens. Weil ihnen der klassische Weg über regulatorische Prozesse, Zulassung und Erstattungsfähigkeit zu langwierig ist, nehmen Patienten das Heft des Handelns inzwischen selbst in die Hand. Bestes Beispiel hierfür ist die Looper-Bewegung, die auf eigene Faust ihre CGM-Systeme per Algorithmus mit der Insulinpumpe verbindet und auf diese Weise Systeme zur automatisierten Insulindosierung (AID) nutzt, die als vollständig vollautomatische Produkte kommerziell noch auf sich warten lassen.

Versorgungslücken in ländlichen Regionen

Daneben schafft aber auch der demographische Wandel Fakten: „Es gibt in ländlichen Regionen viele Gemeinden, deren Bevölkerung überaltert ist und in denen es seit Jahren weder Arzt noch Apotheke gibt“, sagt Dr. Gantner. „Dort geht es um die Themen digitale Anschlussfähigkeit, Bildungslandschaft und Gesundheitsversorgung. Landärzte fehlen und wird es vermutlich auch nicht geben, denn der Nachwuchs will nicht aufs Land.“ Hier gibt es dringenden Handlungsbedarf, will man der Landflucht etwas entgegensetzen und verhindern, dass sich ganze Bevölkerungsgruppen abgehängt fühlen. In diesen Gemeinden können nach Einschätzung von Dr. Gantner moderne Technologien helfen, eine neue Form der Arztpraxis zu gestalten und die Gesundheitsversorgung vor Ort zu sichern. Der experimentierfreudige Visionär hat mit der „Ohnearztpraxis“ (Kasten) ein Konzept für genau diese Regionen entwickelt: „Wir würden nie eine Ohnearztpraxis in Düsseldorf-Stadtmitte eröffnen. Da wird sie nicht gebraucht, sondern in Orten ohne ausreichende ärztliche Versorgung“, betont Dr. Gantner. Bei den Bürgermeistern der Gemeinden stieß er mit seinem Konzept auf offene Ohren, vonseiten der Ärzte-



Der technologische Wandel hat bereits Einzug in Arztpraxen gehalten.

Foto: iStock/AndreyPopov

kammern und Kassenärztlichen Vereinigungen hingegen schlug ihm zum Teil erheblicher Widerstand entgegen: „Ärzte, die bei uns mitmachen wollen, müssen auch ein bisschen Mut mitbringen und dürfen den Ärger mit der Selbstverwaltung nicht scheuen.“

Persönliche Beziehung nicht trotz, sondern dank Technik

Dabei bergen telemedizinische Konzepte die Chance, Medizin wieder mehr an die Orte zu verlegen, an denen die Menschen selbst sind. „Man muss schließlich die Bedürfnisse der Patienten ernst nehmen. Wie soll man ihnen vermitteln, dass sie Schuhe, Pizza und Bücher problemlos online kaufen können, eine ärztliche Verordnung aber immer noch persönlich in der Praxis abholen müssen?“, meint Dr. Gantner. Dabei ist ihm wichtig, dass Telemedizin weit mehr ist als ein Arzt, der vor dem Computer sitzt: „Im Gegenteil, die Arztpraxis der Zukunft wird eine computerfreie Praxis sein, beziehungsweise wird man die

Computer nicht mehr sehen.“ Heute schaut der Arzt meist über den Rand seines Bildschirms, wenn er mit seinem Patienten spricht – sofern er nicht gerade die Befunde dokumentiert. Wenn in Zukunft das Gespräch per Spracherkennungssoftware sicher aufgezeichnet und automatisch editiert würde, könnte der Arzt sich dem Patienten viel intensiver persönlich zuwenden. „Dann macht das Sprechzimmer seinem Namen wieder alle Ehre, denn es wird darin gesprochen und nicht mehr getippt“, so Dr. Gantner. Für den Patienten wiederum wäre es hilfreich, wenn er das Gesagte zu Hause noch mal anhören und nachvollziehen könnte. Marktstrategen würden eine solche Entwicklung als Verbesserung der „User Experience“ bezeichnen. Tatsächlich sieht Dr. Gantner in der Medizin einen großen Nachholbedarf an Usability und Konsumentenzentrierung. Doch sein wichtigstes Anliegen ist eine Demokratisierung der Gesundheitsversorgung: „Es muss

unsere Aufgabe sein, Patienten auf dem Wege des informed consent zu verantwortungsvollen Entscheidungen zu führen. Immerhin wissen manche Patienten mehr über ihre jeweilige Erkrankung als ihre Behandler.“

Podcasts und TED Talks von Dr. Gantner findet man hier:
www.healthcarefuturists.com
www.healthcagemakermobil.com



Das Zukunftsbord Digitalisierung

Mit dem Zukunftsbord Digitalisierung (zd) möchte die BERLIN-CHEMIE AG dazu beitragen, den Digitalisierungsprozess in der Diabetologie aktiv voranzutreiben. Zurzeit gehören dem zd zehn feste Experten an. Darunter niedergelassene und klinisch tätige Diabetologen, Experten für Diabetestechnologie, Vertreter von Krankenkassen und Patienten. Das zd wird geleitet von Professor Dr. Bernhard Kulzer, Bad Mergentheim. Das zd möchte aufzeigen, welche Chancen und Nutzen die Digitalisierung bietet, aber auch Risiken identifizieren.

Mehr Informationen unter
www.zukunftsbord-digitalisierung.de und
www.medical-tribune.de/digital-corner.

Das Konzept der „Ohnearztpraxis“ TeleMedicon

Ärztliche Hilfe auf dem Land zu finden, wird für Patienten zunehmend schwierig, denn viele Landärzte gehen in den Ruhestand und finden keine Nachfolger. Eine mögliche Alternative ist die „Ohnearztpraxis“ – ein Modell, das Dr. Tobias Gantner seit 2014 verfolgt. In Gemeinden, in denen infolge des Ärztemangels keine ärztliche Versorgung mehr sichergestellt ist oder die Gefahr einer Unterversorgung droht, können TeleMedicon-Praxen zu einer Verbesserung der medizinischen Versorgung beitragen. Mehrere Haus- und Fachärzte aus der Region betreuen die Standorte im Rahmen der ärztlichen Fernbehandlung. Die Ohnearztpraxis selbst werden von medizinischen Fachangestellten und Arztassistenten geleitet, die bei der Betreiberfirma Philonmed GmbH angestellt sind. Sie bieten diagnostische Sprechstunden an, bedienen im Auftrag der Ärzte die telemedizinischen Geräte (digitales

Stethoskop, Ophthalmoskop, Otoskop etc.) und führen ergänzende Tätigkeiten aus. Wenn Patienten die Praxis aufsuchen, sind die jeweiligen Ärzte über telemedizinische Verfahren angebunden. Das Konzept wird von den jeweiligen Gemeinden getragen und von der Bundesanstalt für Ernährung und Landwirtschaft gefördert. Nachdem seit 2019 Modellprojekte in Spiegelberg und Zweiflingen (Baden-Württemberg) angelaufen sind, kooperiert TeleMedicon nun auch mit dem Medi-Verbund. Darüber hinaus entsteht in Thüringen gerade die erste Ohnefacharztpraxis für Neurologie. Erweiterungen für Rheumatologie und Diabetologie sind in Planung. Das Konzept wurde mit dem Konrad-Adenauer-Preis ausgezeichnet.

www.telemedicon.de

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

Möln 07.02.2021

MFA mit Zusatzqualifikation Diabetesassistent (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Gemeinschaftspraxis – Diabetologische Schwerpunktpraxis Jan Steinke / Dr. med. Sabine Köppe / Justyna Brüggemann
- Adresse: Bauhof 2, Möln
- Ansprechpartner/in: Justyna Brüggemann, 04542836600, diabetespraxis.moeln@t-online.de
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Diabetologische Schwerpunktpraxis mit hausärztlicher Versorgung im belebten Zentrum des Kneipp- und Luftkurortes Möln sucht ab sofort eine/n MFA mit der Zusatzqualifikation Diabetesassistent (m/w/d) zur Verstärkung unseres Teams! Über aussagekräftige Bewerbungen inkl. Lebenslauf würden wir uns freuen. Eine Hospitation ist nach Absprache jederzeit möglich.

Frankfurt 06.02.2021

Diabetesberater (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.04.2021
 - Voraussichtliche Dauer: unbefristet
 - Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
 - Veröffentlicht von: Praxis Dr. Trülsch
 - Adresse: Sossenheimerweg 65, Frankfurt
 - Ansprechpartner/in: Dr. med. Trülsch Barbara, 06984770388, praxis@dr-truelsch.de
 - Website: www.care4diabetes.eu
 - Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Stellenausschreibung Diabetesberaterin (m/w/d) in der diabetologischen Schwerpunktpraxis Dr. Barbara Trülsch in Teil- oder Vollzeit
 - Die Praxis: Wir sind eine allgemeinärztliche und diabetologische Schwerpunktpraxis in Frankfurt – West (Plz. 65929). Unsere beiden Standorte befinden sich in der Antoniterstrasse und im Sossenheimerweg und sind sehr gut mit dem Auto oder öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar. Wir sind ein Team mit insgesamt vier Ärzten, fünf MFAs, und einer Diabetesberaterin. Unsere Praxis ist in den letzten Jahren gewachsen, sodass wir zum weiteren Ausbau des diabetologischen Schwerpunktes eine Diabetesberaterin (m/w/d) in Teil- oder Vollzeit suchen. Erfahrung im ambulanten Bereich sind nicht erforderlich, da wir eine ausführliche Einarbeitungszeit einplanen. Weitere Informationen über die Praxis finden Sie auf unserer Webseite: www.care4diabetes.eu
 - Ihr Profil:
 - Sie haben den Abschluss zur Diabetesberaterin/DDG
 - Sie sind gut organisiert und haben Erfahrung mit einfachen Computerprogrammen wie Word und PowerPoint.
 - Der respektvolle Umgang mit Menschen liegt Ihnen am Herzen.
 - Ihre Aufgaben:
 - Organisation und Durchführung von Schulungen für Typ-1- und Typ-2-Diabetiker sowie Gestationsdiabetikerinnen.
 - Durchführung von Einzelberatungen und Pumpeneinstellungen.
 - Wir bieten:
 - Sehr gute übertarifliche Bezahlung je nach Ausbildungsgrad und Erfahrung.
 - Ein nettes und inspirierendes Arbeitsumfeld
 - Flexible und familienfreundliche Arbeitszeiten
 - Umfangreiche Weiterbildungsmöglichkeiten
- Bitte senden Sie Ihre Bewerbungsunterlagen mit Lebenslauf und Zeugnissen per E-Mail oder Post an unten aufgeführte Adresse. Für ein telefonisches Vorgespräch stehen wir auch gerne zur Verfügung (Anfrage mit Kontaktnummer bitte per e-mail).

Dessau-Rosslau 05.02.2021

Facharzt Innere Medizin oder Allgemeinmedizin

- Arbeitsbeginn: 01.04.2021
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Städtisches Klinikum Dessau
- Adresse: Auenweg 38, Dessau-Rosslau
- Ansprechpartner/in: Dr. med. Andrea Dahlenburg, 0340-501-0, andrea.dahlenburg@klinikum-dessau.de
- Website: www.klinikum-dessau.de/
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Innere Klinik, stationäre und konsiliarische Versorgung von Patienten mit Diabetes.

Bielefeld 04.02.2021

Diabetesberater/in

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis Dr. med. Horst Lindrath
- Adresse: Horstheider Weg 91, Bielefeld
- Ansprechpartner/in: Dr. med. Horst Lindrath, 0521/885755, Diabetologie-Bielefeld@web.de
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Für unser diabetologisch/hausärztliches Team suchen wir zur Unterstützung eine Diabetesberaterin/in in Vollzeit oder Teilzeit flexibel. Wir bieten ein unbefristetes Arbeitsverhältnis in einem tollen Team. Bei Interesse schreiben Sie bitte eine E-Mail an Diabetologie-Bielefeld@web.de oder rufen Sie an, Tel: 0521/885755

Münster 04.02.2021

Diabetesberater/in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis Dr. Ralph Ziegler und Kollegen Diabetologische Schwerpunktpraxis für Kinder und Jugendliche
- Adresse: Mondstr. 148, Münster
- Ansprechpartner/in: Dr. Ralph Ziegler, rz@ziegler-muenster.de
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Diabetesberater/in Pädiatrie in Münster ab sofort. Für das Team unserer Diabetologischen Schwerpunktpraxis für Kinder und Jugendliche suchen wir eine/n engagierte/n Diabetesberater/in (m/w/d) mit abgeschlossener Ausbildung als Vollzeitkraft. Erfahrung in der pädiatrischen Diabetologie wären wünschenswert, sind aber nicht Voraussetzung. Als lange bestehende Schwerpunktpraxis betreuen wir über 350 Kinder und Jugendliche mit Diabetes Typ 1 und deren Familien engmaschig und langfristig. Sämtliche modernen, innovativen Therapieformen, CSII, CGM, AID, werden intensiv angewendet mit allen digitalen Möglichkeiten. Betreuung und Einzel-/Gruppenschulungen finden in der Praxis und virtuell statt. Es besteht eine sehr enge Zusammenarbeit mit der Kinderklinik des St. Franziskus-Hospitals, in der der Diabetologe oberärztlich tätig ist, als gemeinsames Diabetes-Team. Weiterhin sind wir Studienzentrum für verschiedene Fragestellungen. Daher ist entsprechende Erfahrung und eine Zertifizierung nach GCP vorteilhaft. Sie werden Teil unseres sehr engagierten, offenen, QM-orientierten Teams, zusammen mit den Mitarbeiterinnen der kinder- und jugendmedizinischen Praxis. Selbstständiges und verantwortungsbewusstes Arbeiten für eine individuelle Betreuung in einem fachlich anspruchsvollen, interessanten und abwechslungsreichen Aufgabengebiet sollte Ihre gewünschte Aufgabe sein. Wir freuen uns auf Sie! Anfragen/Bewerbung: Dr. med. Ralph Ziegler, rz@ziegler-muenster.de

Mühdorf a. Inn 03.02.2021

Diabetologe (w/m/d)

- Arbeitsbeginn: 01.04.2021
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis Herznah
- Adresse: Schlüsselbergstraße 6, Mühdorf a. Inn
- Ansprechpartner/in: Dr. med. Martin Prohaska, 08631-1849090, info@praxis-herznah.de
- Website: www.praxis-herznah.de
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Diabetologe (w/m/d) DDG oder BLÄK in diabetologischer Schwerpunktpraxis (Teil- oder Vollzeit) gesucht. Wir bieten flexible Arbeitszeiten und ein gutes Betriebsklima.

Kirchheim unter Teck 02.02.2021

Oberarzt (m/w/d) oder Facharzt (m/w/d) für Innere Medizin mit der Zusatzqualifikation Diabetologie

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: medius Kliniken gGmbH
- Adresse: Charlottenstr. 10, Kirchheim unter Teck
- Ansprechpartner/in: Prof. Dr. med. Gabriele Götz, 07022 / 78-22405, bewerbermanagement@medius-kliniken.de
- Website: www.medi-us-kliniken.de
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Die Klinik für Innere Medizin am Standort Nürtingen hat ihre Schwerpunkte in der Allgemeinen Inneren Medizin, der Gastroenterologie, Diabetologie, Pneumologie, Onkologie und Palliativmedizin und versorgt damit ganzheitlich Patientinnen und Patienten mit Krankheiten aus dem gesamten Bereich der Inneren Medizin. Unsere diabetologische Abteilung ist seit 2000 als Diabetozentrum Diabetologikum DDG – ambulant und stationär – anerkannt. Es erfolgten mehrfache Auszeichnungen von FOCUS GESUNDHEIT als TOP Nationales Krankenhaus. Der diabetologische Schwerpunkt umfasst die Diabeteschwerpunktstation, die Diabetesambulanz inklusive Diabetesfußsprechstunde sowie alle ambulanten Behandlungs- u. Schulungskurse. Das gesamte Spektrum der Diabetologie kommt zum Einsatz.
- Ihr Wirkungsfeld:
 - Ganzheitliche medizinische Versorgung unserer stationärer Patienten und Patientinnen sowie Mitwirkung an der zukunftsorientierten Weiterentwicklung der Klinik
 - Mitarbeit in der Diabetessprechstunde und Betreuung ambulanter Schulungskurse
 - Eine abwechslungsreiche, fachlich anspruchsvolle Aufgabe mit Gestaltungs- und Entscheidungsspielraum in einem erfahrenen Team
 - Ggf. auch ausschließliche Tätigkeit in der Diabetesambulanz möglich (ohne Dienste)
- Bereichern Sie unser Team:
 - Als aufgeschlossener Facharzt (m/w/d) für Innere Medizin mit der Zusatzqualifikation Diabetologie
 - Durch Ihre ausgeprägte Sozialkompetenz und Ihre Bereitschaft mit allen Berufsgruppen zusammenzuarbeiten
 - Mit Ihrem Organisations- und Führungstalent sowie Ihrer patientenorientierten Arbeitsweise

Schifferstadt 03.02.2021

MFA (m/w/d) – Weiterbildung zur DB möglich

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis Dr. med. Quintus/Dr. med. Rolf
- Adresse: Rehbachstrasse 23, Schifferstadt
- Ansprechpartner/in: Dr. med. Rolf Christian, 06235-98484, team.diabetes.schifferstadt@gmx.de
- Website: www.diabetes-schifferstadt.de
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Diabetologische Schwerpunktpraxis (Diabetologikum DDG)-hausärztliche/interdisziplinäre GP sucht MFA (m/w/d) in VZ oder TZ, Weiterbildung zur DA/DB möglich + wird gefördert

Zossen 01.02.2021

Diabetesberater/in

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: üBAG Bröbe Thelen Partnerschaft
- Adresse: Glienicke Straße 1, Zossen
- Ansprechpartner/in: Sandra Kutzbach, 03377301265, praxisthelen@gmail.com
- Website: arztpraxis-broesse-thelen.de/praxis-zossen/das-team-der-praxis-zossen/
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Wir suchen für unseren Standort in Ludwigsfelde einen engagierten Diabetesberater oder eine Diabetesberaterin.

Hamburg 01.02.2021

Diabetesberater/-assistent (m/w)

- Arbeitsbeginn: 01.03.2021
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetozentrum Hamburg Nord-Ost
- Adresse: Bramfelder Chaussee 238, Hamburg
- Ansprechpartner/in: Dr. med. Arne Elsen, 040-63295881, dr.elsen@dr-elsen.de
- Stellenbeschreibung / Aufgabengebiet: Wir sind eine anerkannte Behandlungseinrichtung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) für Typ-1- und Typ-2-Diabetes mellitus (Diabetozentrum DDG) (sowie GDM)
- Ihr Profil:
 - Abgeschlossene Ausbildung zum Diabetesberater DDG (m/w) oder Diabetesassistent (m/w)
 - Solide Erfahrung in der Beratung von Menschen mit allen Formen des Diabetes Mellitus
 - Wünschenswert wären bereits vorliegende Zertifikate für strukturierte Schulungsprogramme
 - Hohe Fach- und Sozialkompetenz
 - Digitalisierung bereitet Ihnen Freude an neuen Möglichkeiten
 - Hohes Maß an selbständigem Arbeiten sowie ausgeprägte Teamfähigkeit
- Ihre Aufgaben:
 - Durchführung von Individualberatungen aller Diabetesformen
 - Eigenverantwortliche Planung und Durchführung und Begleitung strukturierter Gruppenschulungen sowie deren Weiterentwicklung und Adaptation auch im Bereich von isCGM, rtCGM und Insulinpumpen
 - Aktives Begleiten von Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Unser Angebot:
 - Verantwortliche Mitarbeit in einem engagierten Team
 - Möglichkeiten zur Fort- und Weiterbildung
 - Abwechslungsreiche Tätigkeit

STELLENGESUCHE

Saarland – Saarlouis 28.12.2020

Innere Medizin – SP Diabetologie – Lipidologie Endokrinologie

- Arbeitsbeginn: 01.03.2021
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Ausbildung: Innere Medizin & Diabetologie & Endokrinologie
- Berufsgruppe: Arzt
- Einsatzort: Rheinland Pfalz Saarland
- Kontakt: tm15emjs@gmail.com



Weitere Angebote unter:

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



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

Ihre Ansprechpartnerin in der DDG Geschäftsstelle ist:
 Marnie Volkmann
 Tel.: 030 / 311 69 37 25
 Fax: 030 / 311 69 37 20
 E-Mail: volkmann@ddg.de

Foto: Brad Pitt - stock.adobe.com



diabeteszeitung digital

E-Paper ist im Web verfügbar

BERLIN. Die diabetes zeitung macht nicht nur halt in Ihrem Briefkasten. Auch online sind alle Ausgaben als E-Paper jederzeit abrufbar.

Im Sinne eines lebendigen und modernen neuen Mediums fährt die diabetes zeitung von Anfang an zweigleisig: als haptische Print-Ausgabe im bewährten Zeitungsformat sowie als digitales E-Paper. Das auch für Smartphones und Tablets optimierte E-Paper können Sie be-

quem und einfach im Internet unter www.ddg.info/diabetes-zeitung und epaper.medical-tribune.de einsehen. Über die Suchfunktion lassen sich die einzelnen Ausgaben bequem nach Themen und Stichworten durchsuchen. Darüber hinaus können Sie die elektronische Ausgabe der diabetes zeitung auch als Android-, iOS- oder Microsoft-App auf Ihrem Endgerät lesen. Die App finden Sie in Ihrem jeweiligen App-Store unter dem Suchbegriff "Medical Tribune für Ärzte".

Kontakt zur Redaktion

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

Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH,
 Unter den Eichen 5, 65195 Wiesbaden
 ☎ Telefon: 0611 9746-0,
 📠 Telefax: 0611 9746 480-303/-373

NACHFOLGE GESUCHT

Eisenach 07.01.2021
Allgemeinmedizin oder Innere Medizin

- Fachrichtung: Allgemeinmedizin oder Innere Medizin
- Praxisbezeichnung: Praxis für Diabetologie-Angiologie-Allgemeinmedizin
- Adresse: Clemestraße 1, 99817 Eisenach
- Ansprechpartner/in: Dr. med. Karin Schlecht, 0369122890 + 01714308015, karinschlecht@web.de
- Website: <https://www.diabetespraxis-eisenach.de>
- Beschreibung:
 Wir suchen zum 01.01.2022 eine/n Kollegen/in mit einer Gebiets-/Zusatz-Bezeichnung Diabetologie oder in Weiterbildung auf diesem Gebiet. Ausführliche Informationen finden Sie auf unserer Homepage www.diabetespraxis-eisenach.de. Auch freuen wir uns über eine persönliche Kontaktaufnahme.

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

Noch kein DDG-Mitglied?

Überzeugen Sie sich von den Vorteilen!

- Sie erhalten stark vergünstigte Eintrittspreise für den Diabetes Kongress und die Herbsttagung
 - Sie erhalten 10 x im Jahr kostenlos die diabetes zeitung der DDG
 - Als Ordentliches oder Förderndes Mitglied erhalten Sie kostenlos eine der folgenden Zeitschriften:
 - Diabetologie und Stoffwechsel
 - Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes
 - Sie erhalten zu Sonderkonditionen die Zeitschriften:
 - Diabetes, Stoffwechsel und Herz
 - FOCUS Diabetes
 - Diabetes Journal
 - Sie können sich für die Arztsuche registrieren
 - Sie nehmen teil am diabetologischen Diskurs und sind immer aktuell informiert
- Ihr Ansprechpartner in der Geschäftsstelle ist: Steffi Rudloff**
 Tel.: 030 / 3 11 69 37 15, Fax: 030 / 3 11 69 37 20
 E-Mail: rudloff@ddg.info
 Zweck der Gesellschaft ist die Unterstützung der wissenschaftlichen und praktischen Arbeit zur Erforschung, Prävention und Behandlung

Mitglieds-Antrag auch online

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

HEUTE FÜR MORGEN

FÜR IHRE TYP-2-DIABETES PATIENTEN

Starke HbA1c-Senkung¹

Prävention von Hospitalisierungen aufgrund von Herzinsuffizienz und Reduktion von Nephropathie¹

PRÄVENTION KANN SO EINFACH SEIN!

1. Fachinformation FORXIGA®, Stand November 2020 und Fachinformation XIGDUO®, Stand November 2019.

Forxiga® 5 mg Filmtabletten / Forxiga® 10 mg Filmtabletten. Wirkstoff: Dapagliflozin.
Xigduo® 5 mg/850 mg Filmtabletten / Xigduo® 5 mg/1000 mg Filmtabletten. Wirkstoffe: Dapagliflozin, Metformin.
 Verschreibungspflichtig. **Zusammensetzung:** Forxiga®: 1 Filmtablette enthält Dapagliflozin-(2S)-Propan-1,2-diol (1:1)(1 H₂O), entsprechend 5 mg bzw. 10 mg Dapagliflozin. Xigduo®: 1 Filmtablette enthält Dapagliflozin-(2S)-Propan-1,2-diol (1:1) 1 H₂O (entsprechend 5 mg Dapagliflozin) und 850 mg bzw. 1000 mg Metforminhydrochlorid. **Sonstige Bestandteile:** Filmüberzug: Poly(vinylalkohol), Macrogol 3350, Talkum, Titandioxid, Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O, Eisen(III)-oxid (nur Xigduo® 5 mg/850 mg). **Tablettenkern Forxiga®:** Mikrokristalline Cellulose, Lactose, Crospovidon, Siliciumdioxid, Magnesiumstearat. **Tablettenkern Xigduo®:** Hypromellose, mikrokristalline Cellulose, Magnesiumstearat, Carboxymethylstärke-Natrium (Typ A). **Anwendungsgebiete:** Forxiga® 5 mg und 10 mg: Indiziert bei erwachsenen Patienten zur Behandlung von unzureichend kontrolliertem Typ-2-Diabetes mellitus in Ergänzung zu einer Diät und Bewegung als Monotherapie, wenn Metformin aufgrund einer Unverträglichkeit als ungeeignet erachtet wird; zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung des Typ-2-Diabetes. Zu Studienergebnissen im Hinblick auf Kombinationen von Behandlungen, die Wirkung auf die Blutzuckerkontrolle und kardiovaskuläre Ereignisse sowie die untersuchten Populationen, siehe Abschnitte 4.4, 4.5 und 5.1 der Fachinformationen. Patienten mit schwerer Leberfunktionsstörung: Es wird eine Anfangsdosis von 5 mg empfohlen. Wenn diese gut vertragen wird, kann die Dosis auf 10 mg erhöht werden. Herzinsuffizienz: Indiziert bei erwachsenen Patienten zur Behandlung der symptomatischen, chronischen Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion. Forxiga® 5 mg: Indiziert bei erwachsenen Patienten zur Behandlung von unzureichend kontrolliertem Typ 1 Diabetes mellitus in Ergänzung zu Insulin bei Patienten mit einem BMI ≥ 27 kg/m², wenn Insulin allein den Blutzucker trotz optimaler Insulintherapie nicht ausreichend kontrolliert. Xigduo®: Indiziert bei erwachsenen Patienten für die Behandlung des Typ-2-Diabetes mellitus als Ergänzung zu Diät und Bewegung bei Patienten, bei denen der Blutzucker mit der maximal verträglichen Dosis von Metformin allein unzureichend kontrolliert wird; in Kombination mit anderen Arzneimitteln zur Behandlung des Diabetes bei Patienten, die mit Metformin und diesen Arzneimitteln unzureichend kontrolliert sind; bei Patienten, die bereits mit der Kombination aus Dapagliflozin und Metformin als separate Tabletten behandelt werden. Zu Studienergebnissen im Hinblick auf Kombinationen von Behandlungen, die Wirkung auf die Blutzuckerkontrolle und kardiovaskuläre Ereignisse sowie die untersuchten Populationen, siehe Abschnitte 4.4, 4.5 und 5.1 der Fachinformation. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den (die) Wirkstoff(e) oder einen der sonstigen Bestandteile. Xigduo® zusätzlich: jede Art von akuter metabolischer Azidose (z. B. Laktatazidose, diabetische Ketoazidose), diabetisches Präkoma; schwere Niereninsuffizienz (GFR < 30 ml/min); akute Erkrankungen, die potenziell die Nierenfunktion beeinflussen können, wie Dehydratation, schwere Infektion, Schock; eine akute oder chronische Erkrankung, die zu einer Gewebehypoxie führen kann, wie Herz- oder Lungeninsuffizienz, kürzlich erlittener Myokardinfarkt, Schock; Leberfunktionsstörung; akute Alkoholvergiftung, Alkoholismus. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Hypoglykämie (bei Anwendung mit einem Sulfonylharnstoff oder Insulin). Häufig: Vulvovaginitis, Balanitis und verwandte Infektionen des Genitalbereichs, Harnwegsinfektionen, Schwindel, Hautausschlag, Rückenschmerzen, Dysurie, Polyurie, erhöhter Hämatokrit, verminderte renale Kreatinin-Clearance zu Behandlungsbeginn, Dyslipidämie. Gelegentlich: Pilzinfektionen, Volumenmangel, Durst, Verstopfung, Mundtrockenheit, Nykturie, vulvovaginaler Pruritus, Pruritus genitalis, erhöhtes Kreatinin im Blut zu Behandlungsbeginn, erhöhter Hamstoff im Blut, Gewichtsreduktion. Sehr selten: diabetische Ketoazidose (bei Typ 2 Diabetes). Sehr selten: Nekrotisierende Faszitis des Perineums (Fournier-Gangrän). Forxiga® zusätzlich: Häufig: diabetische Ketoazidose (bei Typ 1 Diabetes). Sehr selten: Angioödem. Xigduo® zusätzlich: Sehr häufig: gastrointestinale Symptome (Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Bauchschmerzen, Appetitlosigkeit). Häufig: Geschmacksstörungen. Gelegentlich: Beschwerden beim Wasserlassen. Sehr selten: Laktatazidose, Vitamin-B12-Mangel, Leberfunktionsstörungen, Hepatitis, Urtikaria, Erythem, Pruritus. **Weitere Hinweise:** siehe Fachinformationen. **Pharmazeutischer Unternehmer:** AstraZeneca GmbH, 22876 Wedel, E-Mail: azinof@astrazeneca.com, www.astrazeneca.de, Servicehotline für Produktanfragen: 0800 22 88 660. Stand: November 2020.



BUNTES

Sorgen nehmen, Mut machen

Man kann sich den Mund noch so fusselig reden: Es gibt Menschen mit Diabetes, die kriegt so leicht nichts vom Sofa. Auch wenn diese eigentlich wissen, dass ihnen etwas mehr Bewegung ganz gut tun würde. In solchen Fällen kann es helfen, die persönlichen Ängste und Sorgen, aber auch Wünsche der Patienten zu verstehen. Die Arbeitsgemeinschaft Diabetes, Sport & Bewegung der DDG hat dafür eine praktische Lösung parat.

Offenkundig reicht die hohe Evidenz zu den zahlreichen positiven Effekten körperlicher Aktivität auf eine Diabeteserkrankung nicht aus, um ausgemachte Sportmuffel in die Turnschuhe zu bekommen. Gründe dafür gibt es viele, so individuell wie die Patienten selbst. Aussagen wie „Meine Füße und Knie tun weh, wenn ich laufe“ oder „Ich habe keine Zeit, abends nach der Arbeit auch noch Sport zu machen“ kennt das

Diabetesteam zur Genüge. Doch genau diese vermeintlichen Phrasen können den entscheidenden Hinweis geben, warum sich Menschen mit Diabetes häufig so schwer zu einem gesünderen Lebensstil motivieren lassen.

Um jemanden zu einer nachhaltigen Verhaltensänderung zu bewegen, ist es wichtig, die persönlichen Motive und Widerstände zu verstehen: Was hindert diese Person daran, ins Sportdress zu

schlüpfen? Als kleine Gesprächshilfe hat die AG Diabetes, Sport & Bewegung der DDG um Dr. STEPHAN KRESS und Dr. PETER BORCHERT die „Mut- und Sorgenkarten“ erstellt. Auf insgesamt 26 Karten sind häufige Ängste und Sorgen, aber auch Wünsche und Chancen von Menschen mit Diabetes formuliert, die die Behandelnden als sprichwörtlich greifbare Dialoggrundlage nutzen können. Zwei leere Karten ergänzen das Set für eigene Vorschläge. Mithilfe der Karten können die Patienten ihre Gedanken und Gefühle zum Thema Bewegung in Worte fassen. Gemeinsam mit ihrem Diabetesteam

Mir fehlt Unterstützung



„Es wäre einfacher, wenn jemand mitmachen würde. Meine Familie oder meine Freunde haben leider keine Lust.“

Fehlende Zuversicht



„Ich habe es doch schon oft versucht. Das bringt doch eh nichts.“

Jeder Mensch hat gute Gründe für sein Handeln. Mit den Sorgenkarten der DDG lassen sie sich in Worte fassen.

besprechen sie dann die Vor- und Nachteile verschiedener Strategien und treffen am Ende eine eigene, bewusste Entscheidung. Der Vorteil dieses partizipativen Umgangs: Fehlschläge können nicht mehr so einfach abgeschoben werden. Im Gegenzug lernen sie, dass auch Erfolge maßgeblich von ihnen selbst abhängen – die Basis für langfristiges Verhalten. mf

Selbständig bleiben

„Ich hoffe, dass ich noch möglichst lange zuhause wohnen bleiben kann, ohne fremde Hilfe.“



Weniger Medikamente

„Ich brauche weniger Schmerzmittel und andere Medikamente.“



Persönliche Ziele helfen dabei, lange in Bewegung zu bleiben.

Die AG Diabetes Sport & Bewegung dankt den Hauptsponsoren der Firma Abbott und der Firma MSD für die finanzielle Unterstützung.

Die Materialien können bezogen werden über den zuständigen MSD-Pharmaberater

oder das MSD-Infocenter (Tel.: 0800 / 673 673 673; E-Mail: infocenter@msd.de) oder in Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und dem Saarland über den Abbott Außendienst (Ansprechpartnerin Irina Mühlberger, E-Mail: irina.muehlberger@abbott.com).



Ein Traum: Schokoladenhersteller stellen auch auf Mundschutzproduktion um

+++ Die nächste Ausgabe der diabetes zeitung erscheint am 24. März +++