

60 JAHRE DDG

Erfolge & Meilensteine,  
Rückblicke & Ausblicke:  
Wir feiern 60 Jahre DDG!



Fotos: Marco VDM/Gettyimages, puckillustrations – stockadobe.com

## Im Detail zu wenig

### Zurückhaltung bei DiGA

**WIESBADEN.** Noch immer werden DiGA eher sparsam verordnet – und ihr Einsatz oftmals vorzeitig abgebrochen. Was sind die Gründe dafür?

„Zu wenig Detailwissen und falsche Erwartungen“ – das sind laut Arztreport der Barmer die Ursachen für den schleppenden Fortschritt bei der Verordnung von Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA). Nach Hochrechnungen der Kasse dürften bis Ende 2023 insgesamt rund 600.000 DiGA zulasten der

GKV verordnet oder beantragt worden sein. Was ist aus den Reihen von Ärztinnen und Ärzten zu hören? DiGA werden gebraucht – aber moniert werden Mängel bei der Einbindung in die Praxisabläufe, bei der Verknüpfung mit ärztlichem Handeln und der Online-Anbindung an die Praxis. 4

### Insulin kommt oft nicht bis Gaza

**DRESDEN/GAZA.** Hilfslieferungen mit lebenswichtigen Medikamenten schaffen es meist nur bis zur Grenze. Menschen mit Diabetes sind auf sich allein gestellt, Restbestände an Insulin gibt es nicht mehr. Professor Dr. Peter Schwarz, International Diabetes Federation, berichtet über die oft vergeblichen Versuche, im Kriegsgebiet zu helfen. 6

## Aus persönlicher Perspektive

### Kongresspräsident gibt Einblicke in das Kongress-Programm

**BERLIN.** Viel Interaktion und viel Austausch wünscht sich der diesjährige Kongresspräsident Professor Dr. Baptist Gallwitz für den von ihm mitgestalteten 58. Diabetes Kongress. Die Interaktion wird aktiv gefördert – zum Beispiel durch einen „Battle

of Experts“ mit dem Thema „Sport vs. Spritze und Ernährung vs. Pille“. Eine rege Diskussion erwartet Prof. Gallwitz auch im gesundheitspolitischen Symposium „Krankenhausreform- und Krankenhaustransparenzgesetz – Chancen und Risiken“.

Worauf können sich die Teilnehmenden sonst noch freuen? Prof. Gallwitz – Besucher von Diabetes Kongressen seit 1984 – wirft im Interview einen intensiven Blick auf das Kongressmotto „Diabetes. Umwelt. Leben. Perspektiven aus allen Blickwinkeln“

und das Gastland Dänemark. Doch auch Diabetes-Lauf und DDG Night stehen auf seinem Programm – und natürlich gewährt er auch Einblick in seine Motivation, sich in der Diabetologie und in seiner Fachgesellschaft zu engagieren. 14

### Zum Klinik-Atlas gehören Zertifikate

**BERLIN.** Nach einer zähen Runde im Bundesrat ist Ende März das Krankenhaustransparenzgesetz in Kraft getreten. Im Mai soll der Klinik-Atlas des Bundesgesundheitsministeriums online gehen. Ob künftig auch die Zertifikate der DDG als Qualitätshinweise aufgeführt werden? Das zuständige IQTIG nimmt seine Vorbereitungen dafür auf. 5

MedTriX<sup>Group</sup>

## Modellprojekte sollten Schule machen

### Schulgesundheitsfachkräfte könnten Lehrkräfte, Eltern und Kinder entlasten

**BERLIN.** 2019 starb ein Mädchen mit Typ-1-Diabetes während einer Klassenfahrt an den Folgen einer Ketoazidose. Anfang des Jahres kam es deshalb zu einem Prozess

gegen zwei der begleitenden Lehrerinnen (Bericht in diabeteszeitung 3/2024). Um Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen im schulischen

Umfeld besser betreuen zu können, fordern DDG, diabetesDE und weitere Organisationen seit Jahren, Schulgesundheitsfachkräfte zu finanzieren. Modellprojekte zeigen

deutlich, dass dadurch das gesamte Schulsystem (Lehrkräfte, Eltern und Kinder) entlastet werden könnte. Eine flächendeckende Einführung ist dennoch nicht in Sicht. 3

### Seite 15 KI: Zur Praxis tut sich eine Lücke auf ...

**BERLIN.** Das Praxisverwaltungssystem mit einer KI verbinden und so in Patientendaten Muster erkennen: Das wäre sinnvoll und recht einfach. Aber die Sache hat einen Haken ...

Rund um den Kongress:  
das Rahmenprogramm

**DIABETES KONGRESS 2024 DDG**

8.–11. Mai 2024  
Eröffnungsveranstaltung, DDG Lauf und DDG Night runden das Programm des Kongresses ab – mehr auf Seite 12.  
[www.diabeteskongress.de](http://www.diabeteskongress.de)

### Seite 17 Aromen: ein schlechtes Omen

**LEIPZIG.** Hochverarbeitete Lebensmittel (UPF) sind in (fast) aller Munde. Gesund sind sie nicht, u. a. weil die enthaltenen Aromen zum Überessen verleiten können.



### Euphorie in der Nephrologie

**WÜRZBURG/OXFORD.** Endlich ist eine effektive Therapie der diabetischen Nephropathie möglich. Auch beim Herzschutz tut sich viel. Nieren-Experte Professor Dr. Christoph Wanner benutzte im Interview sogar das Wort „euphorisch“, wenn es um den Nutzen von SGLT2-Hemmern geht. Außerdem: Welche weiteren Therapiesäulen gibt es bzw. wird es bald geben? Und wie lassen sich die verschiedenen Ansätze sinnvoll kombinieren? 21

# »Perspektiven und Blickwinkel«

## Diabetes Kongress bietet Rundumblick auf die Diabetologie

Liebe Leserinnen und Leser,

wissen Sie schon, wie Sie den diesjährigen Diabetes Kongress gestalten, zu welchen Symposien und Workshops Sie gehen, welche Menschen Sie besonders gern treffen möchten? Diese Ausgabe der **diabetes zeitung** gibt Ihnen viele Anregungen: Wir haben wieder einige Höhepunkte aus dem wissenschaftlichen Programm für Sie zusammengestellt – besonders interessant ist das Programm um die Paul-Langerhans-Vorlesung herum, das neu gestaltet wurde. Weitere Hinweise gibt Ihnen Kongresspräsident Professor Dr. Baptist Gallwitz im Interview, besonders empfiehlt er die deutsch-dänischen Symposien und das gesundheitspolitische Symposium zur Krankenhausreform am Kongress-Donnerstag. Für Letzteres konnten wir den Medizinethiker Giovanni Maio gewinnen, der sicherlich den Blick auf die wesentlichen Dinge in der Medizin lenken wird (und das ist nicht die Ökonomie!). Werfen Sie aber auch einen Blick auf das attraktive Rahmenprogramm mit Diabetes-Lauf und DDG Night! Alles Wichtige zum Kongress finden Sie auf den Seiten 10, 12 und 14.

### »DDG Zertifikate im Transparenzverzeichnis?«

Zum Themenkomplex „Krankenhausreform“ gehört das Krankenhaustransparenzgesetz. Schon am 1. Mai soll das Transparenzverzeichnis zur Behandlung an Kliniken online gehen. Werden dort dann auch die DDG Zertifikate abrufbar sein – und wenn ja, ab wann? Das hängt davon ab, ob unsere Zertifikate vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQIG) für „aussagekräftig“ befunden werden. Das kann dauern – aber die Hintergründe haben Sie gleich auf Seite 5.



**Prof. Dr. Andreas Fritsche**  
Präsident der  
Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)  
Foto: Universitätsklinikum Tübingen

### »Schulgesundheitsfachkräfte als Entlastung für alle«

In der letzten Ausgabe der **diabetes zeitung** haben wir ausführlich über den Gerichtsprozess zum Tod von Emily berichtet. Die 13-jährige Schülerin starb auf einer Klassenfahrt an den Folgen einer Ketoazidose, angeklagt waren zwei begleitende Lehrerinnen. Um Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen im schulischen Umfeld betreuen zu können, fordern DDG und weitere Organisationen schon lange die Finanzierung von Schulgesundheitsfachkräften. Wie sie das gesamte, schon jetzt allgemein schwer unter Druck stehende Schulsystem entlasten könnten, lesen Sie auf Seite 3.

### »Bewährte Behandlungsstrukturen für das Diabetische Fußsyndrom«

Ohne Teamarbeit und Kooperationen geht es nicht – weder in der Schule noch in der Diabetologie. Besonders deutlich wird das bei der Versorgung des Diabetischen Fußes. Auch in diesem Bereich gibt es Zertifikate der DDG – mittlerweile sind in Deutschland über 300 Fußbehandlungseinrichtungen zertifiziert und neu eingeführt wurde vor Kurzem die Zusatzkompetenz „Diabetes & Fuß DDG“. Wie die Zusammenarbeit im Fuß-Team gut funktioniert und wie die Krankenhausreform sich auf die Behandlungsstrukturen auswirken kann, erklärt Dr. Michael Eckhard, Sprecher der AG Diabetischer Fuß, im Interview auf Seite 19.

Ganz herzlich Ihr

*Prof. Dr. Andreas Fritsche*

### News & Fakten

DDG Forderung nach Schulgesundheitsfachkräften; Zurückhaltende Verordnung von Digitalen Gesundheitsanwendungen: aktueller Stand; Transparenzgesetz: DDG Zertifikate im Klinik-Atlas; Diabetesversorgung im Gaza-Streifen: Interview mit Prof. Dr. Peter Schwarz (IDF); Nachruf Dr. Rolf Renner; Neuer WHO-Leitfaden für die Patientenschulung; Neues aus der Diabetesforschung ... 3–9

### Kongress aktuell

Diabetes Kongress 2024: Highlight-Symposien inkl. Paul-Langerhans-Vorlesung, Rahmenprogramm (Diabetes-Lauf, DDG Night, Eröffnungsveranstaltung, Darauf freuen wir uns besonders etc.); Diatec: Nützliche Verwendung von KI in Arztpraxen; Diabetes Herbsttagung: Hochverarbeitete Lebensmittel: Aromen als verräterische Marker, Diabetes-Pharmaka und sarkopene Adipositas; ATTD: CGM einsetzen: ja oder nein?; Nachbericht Jahrestagung der AG Diabetischer Fuß inkl. Interview mit dem AG-Sprecher Dr. Michael Eckhard ... 10–12, 15–19

### Das Interview

Kongresspräsident Prof. Dr. Baptist Gallwitz: „Mir gefällt es gut, wenn auf Kongressen viel Interaktion ist“ ... 14

### Im Blickpunkt

Gompertz-Gesetz sagt Sterblichkeit bei Typ-2-Diabetes voraus; Interview mit dem Nieren-Experten Prof. Dr. Christoph Wanner über medikamentösen Herz- und Nierenschutz; Zertifiziertes Zentrum: Helios Klinikum Berlin-Buch; Übersicht zu den DDG Zertifikaten ... 20, 21, 25

### Medizin & Markt

Berichte aus der Industrie ... 23

### Forum Literatur

HIIT schärft Hypoglykämiewahrnehmung; Einfluss von chronischer Fehlernährung auf die Leber ... 24

### Kurznachrichten

Neu- oder rezertifizierte Arztpraxen u. Kliniken; Neue Diabetologinnen u. Diabetologen; DDG Medienpreis ... 27

### Weiterbildung & Qualifikation

Diabetesberater\*in DDG; Diabetesassistent\*in DDG; Train-the-Trainer-Seminar: „Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG“; Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG – Fortbildung für Pflegenden; Diabetespflegefachkraft DDG (Langzeit und Klinik); Fuß- und Wundassistent\*in DDG; Seminare Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung; Fachpsycholog\*in DDG ... 28–29

### Job- & Praxenbörse

Stellenangebote ... 30–31

### Buntes

## diabetes zeitung

© 2024, MedTriX GmbH  
Alleiniger Gesellschafter: Süddeutscher Verlag  
Hühlig Fachinformationen GmbH, München

Verlag: MedTriX GmbH

**Anschrift:**  
Unter den Eichen 5, 65195 Wiesbaden  
Telefon: 0611 9746-0,  
Telefax Redaktion: 0611 9746 480-303  
E-Mail: mtd-kontakt@medtrix.group  
www.medtrix.group

**CEO:** Oliver Kramer

**Geschäftsführung:** Stephan Kröck, Markus Zobel

**Gesamtreaktionsleitung Deutschland:** Günter Nuber

**Herausgeberschaft:**  
Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG),  
Albrechtstr. 9, 10117 Berlin  
Präsident: Prof. Dr. Andreas Fritsche  
Geschäftsführerin: Barbara Bitzer

**Chefredaktion:** Günter Nuber (V.i.S.d.P.)

**Redaktion Medizin:** Nicole Finkenauer, Gregor Hess

**Redaktion Politik:**  
Michael Reischmann (verantwortlich),  
Isabel Aulehla, Angela Monecke

**Weitere Mitarbeitende:** Cornelia Kolbeck, Antje Thiel

**Corporate Publishing:** Lena Feil, Katja Popp

#### Redaktionsbeirat:

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

#### Vertretung der angrenzenden Fachgebiete:

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

**Koordination in der DDG Geschäftsstelle:** Franziska Fey

**Produktionsleitung Deutschland:** Ninette Grabinger

**Teamleitung Layout:** Andrea Schmuck  
**Layout:** Ramona Achhammer, Christina Mähler, Beate Scholz, Mira Vetter

**Objekt- und Medialeitung:** Björn Lindenau

**Verkauf:** Josef Hakam, Lukas Koch, Christiane Schlenger

#### Anzeigen:

Alexandra Ulbrich, Telefon: 0611 9746-121,  
Julia Paulus, Telefon: 0611 9746-123  
Telefax: 0611 9746 480-112  
E-Mail: mtd-anzeigen@medtrix.group  
Anzeigen-Preisliste Nr. 9 vom 1.1.2024

#### Vertrieb und Abonnentenservice:

E-Mail: mtd-aboservice@medtrix.group  
**Druck:** Vogel Druck und Medienservice GmbH & Co. KG  
Leibnizstraße 5, D-97204 Höchberg

#### Bezugsbedingungen:

Jahresabonnement € 47, Studenten € 36,50  
(inkl. Porto und MwSt., Ausland zuzüglich Porto)  
Konto: HVB / UniCredit Bank AG  
IBAN: DE12 7002 0270 0015 7644 62, BIC: HYVEDE3333  
ISSN 2367-2579

Erfüllungsort und Gerichtsstand ist Wiesbaden

**Registergericht:** Amtsgericht Wiesbaden  
HRB 12 808, UST-IdNr.: DE 206 862 684



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

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

**Hinweise zum Urheberrecht:** Die Nutzung unserer Inhalte (Texte, Fotos, Grafiken etc.), insbesondere die Vervielfältigung, Verbreitung oder öffentliche Zugänglichmachung, ist grundsätzlich nur mit vorheriger schriftlicher Zustimmung erlaubt, sofern sich aus dem UrH nichts anderes ergibt. Des Weiteren behält sich die MedTriX GmbH eine Nutzung ihrer Inhalte für kommerzielles Text- und Data Mining (TDM) im Sinne von § 44b UrHG ausdrücklich vor.

**Beilagen:** Lilly

[www.blauer-engel.de/uz195](http://www.blauer-engel.de/uz195)

Dieses Druckerzeugnis wurde mit dem  
Blauen Engel ausgezeichnet



# Was folgt aus dem Urteil im Fall Emily?

Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften könnte Notfälle mit Todesfolge verhindern

**BERLIN.** Mitte 2019 starb die damals 13-jährige, an Typ-1-Diabetes erkrankte Emily während einer Klassenfahrt an den Folgen einer Ketoazidose. Das Landgericht Mönchengladbach verurteilte nun zwei Lehrerinnen, die als Aufsichtspersonen an der Fahrt teilnahmen. Beide haben Revision eingelegt. Was bedeutet das für die Betreuung von Kindern mit chronischen Erkrankungen?

Das Gericht kam im Verlauf des Prozesses im Februar 2024 zu der Überzeugung, dass die Lehrerinnen sich im Vorfeld der jahrgangsübergreifenden Klassenfahrt nach London nicht ausreichend über etwaige Vorerkrankungen der 70 teilnehmenden Schülerinnen und Schüler informiert und somit nicht angemessen auf die lebensbedrohliche Stoffwechsellage reagiert hatten. Emily wurde erst zwei Tage später in ein Krankenhaus eingeliefert und verstarb dort tags darauf.

## Finanzierung wird seit Jahren eingefordert

Um Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen im schulischen Umfeld pflegerisch und medizinisch betreuen zu können, fordern DDG und diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe im Schulterschluss mit Kinderärztinnen und Kinderärzten sowie dem Verband Bildung und Erziehung (VBE) seit

Jahren die Finanzierung von Schulgesundheitsfachkräften, wie sie in anderen Ländern bereits üblich sind. „Dieser Fall ist sehr tragisch und zeigt, dass chronisch kranke Kinder und Jugendliche mit Diabetes durchaus auch im Alltag gefährdet

sein können“, sagt der Kinderdiabetologe Professor Dr. ANDREAS NEU, Past Präsident der DDG. „Medizinische Notfälle können zudem auch spontan ohne eine schon vorher bestehende Grunderkrankung eintreten und sich lebensbedrohlich entwickeln. Dies passiert nicht nur bei Klassenfahrten, sondern weit häufiger im schulischen Alltag.“ Lehrkräfte fühlen sich häufig mit den Hilfsleistungen für Schüler\*innen überfordert. „Sie stehen vor großen Herausforderungen, neben ihrem Lehrauftrag auch noch etwaige unterschiedliche Er-

krankungen im Blick zu haben“, sagt der Diabetologe Dr. JENS KRÖGER, Vorstandsvorsitzender von diabetesDE. „Selbst wenn Lehrerinnen und Lehrer sich bemühen, mehr über chronische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen zu erfahren, stoßen sie mit ihren Kapazitäten immer wieder an Grenzen, da zu viele Aspekte berücksichtigt werden müssen.“ Übrigens: 15 % aller Kinder und Jugendlichen leben hierzulande mit chronischen körperlichen oder psychischen Erkrankungen.

## Eine Entlastung für Lehrkräfte, Eltern und Kinder

In vielen europäischen Ländern sind Schulgesundheitsfachkräfte schon ein etabliertes Modell. Und etliche Modellprojekte in Deutschland haben eindrucksvoll gezeigt: Schulgesundheitsfachkräfte entlasten das Schulsystem, Lehrkräfte, Eltern und Kinder erheblich. „Einerseits können sie sich um die akute medizinische Grundversorgung im Schulalltag kümmern. Andererseits leisten sie einen wertvollen und kompetenten Beitrag für chronisch erkrankte Kinder, die täglichen Unterstützungsbedarf haben. Bei Kindern mit Diabetes Typ 1 helfen sie zum Bei-

»Offensichtliche Vorteile, aber keine Finanzierung«

spiel bei der Glukosespiegelkontrolle oder den Insulingaben“, führt Neu aus.

„Trotz dieser offensichtlichen Vorteile von Gesundheitsfachkräften an Schulen und politischer Lippenbekenntnisse werden diese in Deutschland nach wie vor nicht finanziert, obwohl das Ziel, die Zahl der Schulgesundheitsfachkräfte zu erweitern, bereits im Koalitionsvertrag der Ampelregierung festgeschrieben wurde“, kritisieren Neu und Kröger. „Das muss sich ändern! Gerade auch, um Notfällen mit tödlichem Ausgang wie bei der Schülerin Emily vorzubeugen.“

DDG/dz



Foto: contrastwerkstatt – stock.adobe.com

Weitere Informationen zum Thema Schulgesundheitsfachkräfte auf [ddg.info](https://ddg.info).

Ausführlicher Artikel über den Gerichtsprozess: in dz 3/2024 und auf [diabetes-anker.de](https://diabetes-anker.de)

## Einladung zur DDG-Mitgliederversammlung

am Freitag, 10. Mai 2024, 8:00–10:00 Uhr im CityCube Berlin, Messedamm 26, 14055 Berlin, Raum A5

Freitag,  
10. Mai 2024  
8–10 Uhr

CityCube Berlin,  
Messedamm 26,  
14055 Berlin  
Raum A5

### Sehr geehrte DDG Mitglieder,

wir möchten Sie ganz herzlich zur ordentlichen DDG Mitgliederversammlung einladen, die am 10. Mai 2024 als reine Präsenzveranstaltung im Rahmen des Diabetes Kongresses in Berlin stattfinden wird.

Die Tagesordnung, alle Entscheidungsvorlagen sowie den Haushaltsplan finden Sie ab sofort im geschützten Mitgliederbereich auf der DDG Homepage. Für Rückfragen zu Ihren Zugangsdaten wenden Sie sich gern an die DDG Geschäftsstelle unter [mitglieder@ddg.info](mailto:mitglieder@ddg.info)

### Herzliche Grüße

Prof. Dr. Andreas Fritsche

### Unsere Tagesordnung:

- |   |  |
|---|--|
| 1 Begrüßung und Totengedenken   | 11 Wahl Präsident*in für den Diabetes Kongress 2026  |
| 2 Genehmigung der Tagesordnung  | 12 Wahl Präsident*in der Diabetes Herbsttagung 2026  |
| 3 Genehmigung des Protokolls der letzten Mitgliederversammlung vom 19.05.2023 | 13 Wahl der Kassenprüfer*innen für die Jahre 2025/2026   |
| 4 Bericht des Präsidenten   | 14 Bericht diabetesDE  |
| 5 Bericht des Schatzmeisters  | 15 Einladung zur Diabetes Herbsttagung 22.–23.11.2024 in Hannover (Dr. Dorothea Reichert/Dr. Tobias Wiesner) |
| 6 Bericht der Kassenprüfer  | 16 Einladung zum Diabetes Kongress 28.–31.05.2025 in Berlin (Prof. Dr. Martin Heni)                          |
| 7 Beschluss über die Entlastung des Vorstands                                 | 17 Verschiedenes   |
| 8 Beschluss über den vom Vorstand vorgelegten Haushaltsplan 2025              |  |
| 9 Wahl neues Vorstandsmitglied  |  |
| 10 Wahl neues Vorstandsmitglied   |  |

# Noch in den Kinderschuhen

Der Einsatz von DiGA könnte besser laufen



**WIESBADEN.** „Zu wenig Detailwissen und falsche Erwartungen führen dazu, dass DiGA zurückhaltend verordnet werden und deren Einsatz oftmals vorzeitig abgebrochen wird“, klagt die Barmer. Diabetolog\*innen berichten durchaus Ähnliches. Zugleich erwarten Kasse wie Ärzt\*innen, dass die Apps auf Rezept ein wichtiger Bestandteil in der Patientenversorgung werden.

Im DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) waren im März fünf Anwendungen für Menschen mit Diabetes (v. a. Typ 2) gelistet. Dauerhaft aufgenommen ist „HelloBetter Diabetes und Depression“. Vorläufig zugelassen sind „Vitadio“, „mebix“, „glucura Diabetestherapie“ und „Una Health für Diabetes“. Die beiden letztgenannten gehören zu den Newcomern des Jahres 2024. Zum Spektrum der in diabetologischen Praxen eingesetzten DiGA gehören z. B. auch noch „Oviva Direkt für Adipositas“ und „zanadio“, beide dauerhaft für die Behandlung der Adipositas Grad I und II zugelassen, sowie die in der Testphase befindliche Anwendung „ProHerz“ bei Herzinsuffizienz.

Das berichtet FRIEDRICH WILHELM PETRY, Mitglied der DDG Kommission Digitalisierung, aus seiner Schwerpunktpraxis in Wetzlar. Er schätzt, dass 30 bis 40 % der Patient\*innen, denen er eine DiGA verordnet hat, davon sehr profitieren. Hier kommt es auch zu Folgeverordnungen. Andere verlieren dagegen peu à peu das Interesse an der digitalen Unterstützung. Eine Befragung von Versicherten für die Barmer ergab, dass im Mittel rund 15 % die Nutzung ihrer DiGA nach weniger als einem Monat einstellen.

## Erst 100.000, dann 200.000 und nun 300.000 Verordnungen

Nach Hochrechnungen für den aktuellen Arztreport der Kasse dürften bis Ende 2023 rund 600.000 DiGA

zulasten der GKV verordnet oder beantragt worden sein – etwa 100.000 im Jahr 2021, 200.000 in 2022 und 300.000 in 2023. Das entspricht der Größenordnung der jährlichen Darmspiegelungen zur Krebsfrüherkennung. So gesehen stecken die DiGA noch in den Kinderschuhen. Prof. Dr. JOACHIM SZECSENYI, Autor des Arztreports und Geschäftsführer des aQua-Instituts in Göttingen, ist überrascht, „dass DiGA häufig ohne die Dokumentation einer Indikation und/oder unter Missachtung dokumentierter Diagnosen im Sinne von Kontraindikationen verordnet wurden“. Er vermutet, dass in Praxen mit seltenen Verschreibungen der Zugang zu DiGA-Informationen wenig eingeübt und die Praxissoftware keine große Hilfe war.

„Es herrscht noch große Unsicherheit auf beiden Seiten“, kommentiert der in Buxtehude und Hamburg niedergelassene Diabetologe Dr. OLIVER SCHUBERT-OLESEN, ebenfalls Mitglied der DDG Kommission Digitalisierung, die Anlaufschwierigkeiten. Er ist allerdings angesichts von Demografie und Fachkräftemangel

überzeugt: „Wir werden solche Anwendungen in Zukunft brauchen, um die Menschen mit ihren Erkrankungen ausreichend unterstützen zu können – das herkömmliche Medizinsystem ist in naher Zukunft allein quantitativ überfordert.“ Er sieht noch großes Potenzial für DiGA im Bereich Diabetes, Adipositas, KHK, Rauchentwöhnung etc.

## Mit Testzugängen einen eigenen Eindruck gewinnen

Um sich selbst einen Eindruck von Inhalten und Usability einer DiGA zu verschaffen, nutzt Dr. Schubert-Olesen Testzugänge, die die Firmen gerne bereitstellen. Er weiß aber auch, dass nicht alle Kolleg\*innen solch einen Aufwand betreiben wollen und können. Deshalb gehört es zu den Aufgaben einer Fachgesellschaft, Hilfestellung zu leisten. Das passiert z. B. über Fortbildungen. „Auf unserer Jahrestagung am 20./21. September in Fulda planen wir ein Symposium zum Thema DiGA“, berichtet Dr. GUIDO FRECKMANN, Vorstand der AG Diabetes & Technologie der DDG. Der am Insti-

## »Parallelwelt zum Praxisablauf«

tut für Diabetes-Technologie an der Universität Ulm tätige Diabetologe nennt als Manko die „Parallelwelt“ der DiGA, also die fehlende Einbindung in die Praxisabläufe. Seine Vorstandskollegin Dr. SANDRA SCHLÜTER findet es ebenfalls problematisch, dass die Patient\*innen nicht durch das Diabetesteam begleitet werden könnten. „DiGA sollten mit dem ärztlichen Handeln besser verknüpft sein“, meint die in Northeim niedergelassene Diabetologin. „Es sind bisher alles keine Anwendungen, die in die medikamentöse Therapie eingreifen.“ Wie sich das künftig aufgrund der Erweiterung auf Medizinprodukte der Risikoklasse IIb (Digitalgesetz) ändern könnte, mag niemand vorhersagen. Die Anforderungen der Zulassung beim BfArM sind hoch, erklärt Dr. Freckmann. Eine erfolgreiche Erprobungsstudie ist notwendig, um eine dauerhafte Zulassung zu erlangen.

## Einheitlich und verständlicher über die Apps informieren

Dr. Schubert-Olesen kann sich gut vorstellen, dass künftig Diabetes-Patient\*innen mit einem sensorgestützten Messsystem von DiGA profitieren werden. Der Trend gehe ohnehin zu den Sensoren. Diabetologe Petry würde sich freuen, wenn eine Online-Anbindung der DiGA an die Praxis gelänge, sodass Daten direkt übermittelt werden könnten. Er sieht den Fortschritt in der Therapiebegleitung (auch per Chat), im Selbstmonitoring von Werten und in der Zielerreichung sowie beim Lernen und Verstehen. Einen vermehrten, zielgenauen Einsatz erwartet Petry, wenn DiGA in Leitlinien aufgenommen werden. Zudem sollte den Ärzt\*innen begleitender Aufwand vergütet werden. Während z. B. die Beteiligung an Erprobungsstudien honoriert werde, biete der EBM nur wenig Abrechenbares. Die Beteiligung von Ärzt\*innen an der Entwicklung von DiGA hält der Diabetologe für eine wichtige Voraussetzung, um anwenderfreundliche Produkte zu schaffen. Im Gegensatz zur Barmer findet er das BfArM-Verzeichnis „spitze“. Die Kasse wünscht sich, dass die zentralen Angaben zu den Apps einer Kategorie einheitlich und verständlicher dargeboten werden. *Michael Reischmann*

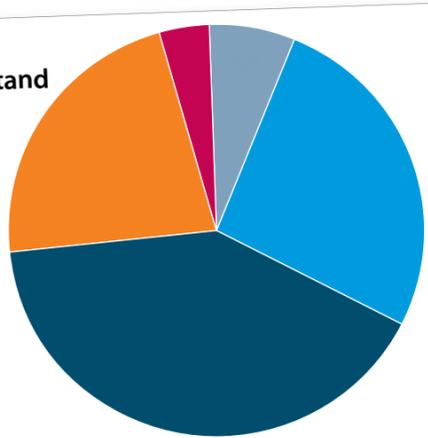
## Wie schätzen Sie Ihren eigenen Informationsstand zu DiGA ein?

(Erhebung Ende 2023)

- sehr schlecht
- schlecht
- teils - teils
- gut
- sehr gut

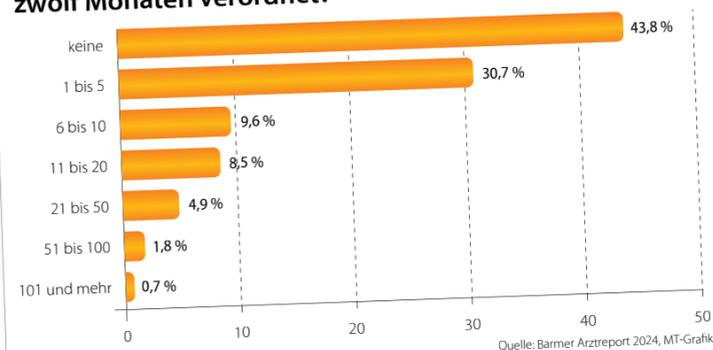
Anteil Teilnehmende in Prozent  
n = 1.000 Behandler\*innen

Quelle: Barmer Arztreport 2024, MT-Grafik



Ende 2023 ließ die Barmer 1.000 niedergelassene Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen online befragen. Ein Drittel davon schätzte den eigenen Informationsstand als schlecht ein. Der Aussage, dass Informationen zu den einzelnen DiGA unzureichend seien, stimmten vier Fünftel zumindest teilweise zu. Das BfArM-Verzeichnis hatten 45 % noch nie genutzt.

## Wie viele DiGA haben Sie in den letzten zwölf Monaten verordnet?



Sieben von zehn Befragten sind bereits von Patient\*innen auf DiGA angesprochen worden. Jede\*r Zweite (56 %) hat in den zwölf Monaten zuvor wenigstens eine DiGA verordnet. Behandler\*innen, die selbst beliebige Gesundheits-Apps nutzen, haben höhere Verordnungszahlen als jene 28 % der Kolleg\*innen, die noch nie selbst eine Gesundheits-App ausprobiert haben.

## Die nächste Stufe der DiGA-Entwicklung

### Bezüglich der Apps auf Rezept wird im Digital-Gesetz (DigiG) u. a. geregelt:

- Die Kassen haben sicherzustellen, dass Versicherten die Nutzung einer DiGA i.d.R. innerhalb von zwei Arbeitstagen ab Eingang der Verordnung ermöglicht wird. Es ist kein Genehmigungsverbehalt und keine regelhafte umfassende Prüfung vorgesehen.
- Auch digitale Medizinprodukte der Risikoklasse IIb können nun GKV-Leistung werden. Anders als bei DiGA in niedrigeren Risikoklassen ist für sie keine vorläufige Listung mit Erprobungsphase vorgesehen. Für eine dauerhafte Aufnahme ins BfArM-Verzeichnis muss eine abgeschlossene Studie mit nachgewiesenem medizinischem Nutzen vorliegen, ein positiver Versorgungseffekt reicht nicht.
- Kein Anspruch auf Aufnahme ins DiGA-Verzeichnis besteht bei Anwendungen, die allein der Steuerung therapeutischer Produkte dienen oder die an bestimmte Hilfs- oder Arzneimittel gekoppelt sind.

- DiGA-Anbieter dürfen mit Herstellern von Arznei- oder Hilfsmitteln keine Rechtsgeschäfte vornehmen oder Absprachen treffen, die die Wahlfreiheit der Versicherten oder die ärztliche Therapiefreiheit beschränken könnten.
- Die Einführung erfolgsabhängiger Preisbestandteile für DiGA ist auf 2026 verschoben worden. Das Bundesgesundheitsministerium erarbeitet bis dahin Richtlinien für die Erfolgsmessung, welche die Nutzung, die Zufriedenheit und den Gesundheitszustand der Nutzenden einbeziehen.
- Benötigt eine Anwendung eine bestimmte technische Ausstattung, stellt der DiGA-Anbieter diese den Versicherten in der Regel leihweise zur Verfügung.
- DiGA sollen mit der Regelversorgung verknüpft werden – als Bestandteil von DMP und als freiwillige Datenquelle für die elektronische Patientenakte. Ab 2025 sollen DiGA auch mittels E-Rezept verschrieben werden können.

# Zur Kliniktransparenz gehören auch Zertifikate

Qualitätssiegel der DDG sind schon lange online abrufbar

**BERLIN.** Der Klinik-Atlas des Bundesgesundheitsministeriums, von dem sich der Minister eine bessere Information der Patient\*innen über die Versorgungsqualität an einzelnen Standorten erhofft, soll auch aussagekräftige Zertifikate aufführen. Im Fall von Diabetes wären das DDG Zertifikate. Möglicher Zeitpunkt: ab 2025.

Am 28. März 2024 ist das Krankenhaustransparenzgesetz in Kraft getreten. Schon im Mai soll das Transparenzverzeichnis zur Behandlung an Kliniken online sein. Geregelt ist das im § 135d SGB V. Demnach aktualisiert das Bundesgesundheitsministerium das Verzeichnis fortlaufend. Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) und das Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK) liefern die Qualitätsdaten. In dem Verzeichnis wird u.a. Folgendes zu einzelnen Klinikstandorten veröffentlicht:

- Fallzahlen erbrachter Leistungen (bis zum 30.9.2024 differenziert nach Fachabteilungen, danach nach Leistungsgruppen),
- zugeordnete Versorgungsstufe,
- personelle Ausstattung im Verhältnis zum Leistungsumfang,
- patientenrelevante Ergebnisse von Qualitätssicherungsmaßnahmen,
- Erfüllen der vom G-BA beschlossenen Mindestmengen,
- Vorliegen aussagekräftiger Qualitätssiegel und Zertifikate, die ein Krankenhausträger dem IQTIG nachgewiesen hat.

Gehören zu diesen Zertifikaten auch die der DDG? Schließlich bietet die Fachgesellschaft seit vielen Jahren Zertifizierungen zur Qualitätssicherung und zur Orientierung für Einweiser\*innen und Patient\*innen an. Im stationären Bereich sind das

- die „Klinik mit Diabetes im Blick DDG“ mit klinikweiten Standards zur Diabetesversorgung,
- das „Diabeteszentrum DDG“ mit zertifizierten Strukturen und Prozessen für hervorragende Standards und
- das „Diabetes Exzellenzzentrum DDG“ mit einem Qualitätsmanagement für höchste Ansprüche an die Versorgung.

„Wir haben bei unserem parlamentarischen Empfang im Februar von den anwesenden Politikern mündlich gehört, dass die DDG Zertifikate in den TransparenzAtlas aufgenommen werden sollen“, erinnert Präsident Prof. Dr. ANDREAS FRITSCH. „Mehr wissen wir aber nicht.“

MARC M. KINERT, Pressesprecher des IQTIG, berichtet auf Anfrage der diabeteszeitung: „Das Vorgehen zur Erhebung und Bewertung der Aussagekraft von Zertifikaten und Quali-

tätssiegeln wird zeitnah starten.“ Das IQTIG wird die Herausgeber zur Registrierung aufrufen und ein Online-Abfrage-Tool bereitstellen. Nach den Eingaben erfolgt die Bewertung. Die „als aussagekräftig befundenen Zertifikate“ werden – soweit der Kran-

kenhaustäger ihre Gültigkeit für den Standort belegt – im Bundes-Klinik-Atlas genannt. Der gesamte Vorgang „wird vermutlich erst Anfang 2025 abgeschlossen sein“, so Kinert. „Ob DDG Zertifikate als aussagekräftig bewertet werden, können wir vorab nicht sagen.“

Bis 2025 muss aber niemand warten, der sich über einen Klinik- oder Praxisstandort mit DDG Zertifikat informieren möchte. Denn diese sind auf der Homepage der Fachge-

sellschaft zu finden – ebenso wie detaillierte Angaben, welche Kriterien eine Einrichtung erfüllen muss, um ein Zertifikat erlangen zu können (s. QR-Code). *Michael Reischmann*

Eine Übersicht aller von der DDG zertifizierten deutschen Kliniken und Arztpraxen gibt es hier:

[ddg.info/behandlung-leitlinien/zertifizierte-praxen/-kliniken](https://ddg.info/behandlung-leitlinien/zertifizierte-praxen/-kliniken)



»Mündliche Zusage von Politikern«

## Herpes zoster: Grunderkrankungen als Grund für Erkrankung

Warum etwa Diabetes-Patienten besonders gefährdet sind.

**Etwa die Hälfte der älteren Menschen in Deutschland ist chronisch krank.<sup>1</sup> Sie haben damit ein erhöhtes Risiko an Herpes zoster (HZ) zu erkranken.<sup>2</sup> Insbesondere Patienten mit Diabetes mellitus haben dabei eine erhöhte Gefährdung – nicht nur für die Erkrankung, sondern auch für Folgeerscheinungen wie eine Post-Zoster-Neuralgie.<sup>3</sup>**

Ein aktives, gesundes und sozial integriertes Älterwerden ist für die meisten Menschen wichtig. Über die Hälfte der Deutschen ab 65 berichtet über eine gute Gesundheit, mehr als drei Viertel empfinden eine hohe Lebenszufriedenheit.<sup>4</sup> Dabei unterliegen nicht wenige dem „Well-Being-Paradox“,<sup>5</sup> denn sie sind dennoch von einer Vielzahl an gesundheitlichen Problemen betroffen.<sup>4</sup>

### Diabetes erhöht Risiko für Herpes zoster erheblich

Eine Mehrheit hat dabei mindestens eine chronische Erkrankung, mit zunehmendem Alter zwei oder mehr.<sup>1</sup> Durch Grunderkrankungen wie chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD), koronare Herzkrankheit (KHK) oder Asthma steigt ihr Risiko für die Entwicklung eines HZ um bis zu 30 % im Vergleich zu Personen ohne diese Krankheitsbilder.<sup>2</sup> Um bis zu 45 % höher liegt diese Gefährdung sogar bei Personen mit Diabetes mellitus (Typ 1 und Typ 2).<sup>3</sup> Erkranken sie an HZ, so haben sie eine um 18 % höhere Wahrscheinlichkeit, in der Folge an einer Post-Zoster-Neuralgie (PZN) zu leiden.<sup>3</sup>

### Immunseneszenz ab der Lebensmitte

So fit und jung sich Menschen im Alter auch fühlen, ihr Immunsystem geht in den Zustand der Immunseneszenz über.<sup>6</sup> Die Abwehrkräfte lassen kontinuierlich nach und das Risiko für Krankheiten und Infektionen steigt.<sup>7</sup> So ist auch das Risiko an Diabetes mellitus zu erkranken ab 50 Jahren erhöht, die erste Diagnose wird in Deutschland durchschnittlich im Alter von 53 Jahren gestellt.<sup>8</sup> Gleichzeitig haben über 95 % der älteren Menschen in Deutschland nach einer Windpockeninfektion in der Kindheit den HZ-Erreger bereits im Körper.<sup>9</sup> Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt bei Vorliegen von Diabetes mellitus und anderen Grunderkrankungen den Schutz mit dem adjuvantierten HZ-Totimpfstoff als Indikationsimpfung bereits ab dem 50. Lebensjahr.<sup>10</sup>

### Hohe Krankheitslast und schwere Folgeerkrankungen

HZ ist bei über 95 % der Betroffenen ab 50 Jahren mit starken Schmerzen verbunden.<sup>11</sup> So zeigen drei neuere Untersuchungen, dass fast 90 % der HZ-Patienten ihre Schmerzen als klinisch signifikant und mehr als 60 % ihre Schmerzen als stark beschreiben.<sup>12</sup> Dabei lag die geschätzte mediane Dauer des klinisch signifikanten Schmerzes bei bis zu 30 Tagen und mehr als 70 % der Betroffenen erhielten eine Schmerztherapie.<sup>11</sup> HZ-Patienten leiden demnach auch oft unter erheblichen Schlafstörungen und Beeinträchtigungen beim Gehen. Bis zu 30 % der Erkrankten entwickeln in der Folge eine PZN,<sup>13</sup> deren Schmerzen auf der Schmerzskala nach McGill deutlich intensiver als Rheuma- oder Arthroseschmerzen wahrgenommen werden.<sup>14</sup> Gleichzeitig kann HZ das Risiko für Myokardinfarkt, Apoplexie, Parese, Einschränkung des Visus, Myelitis und Endzephalitis erhöhen.<sup>15</sup>

### Die STIKO empfiehlt:<sup>16</sup>

Alle Personen ab 60 Jahren zweimalig mit dem adjuvantierten HZ-Totimpfstoff im Abstand von mindestens zwei bis maximal sechs Monaten zu impfen. Personen ab 50 Jahren sind im selben Schema zu impfen bei einer erhöhten Gefährdung infolge einer Grunderkrankung, wie z.B. angeborener oder erworbener Immundefizienz, HIV-Infektion, rheumatoider Arthritis, systemischem Lupus erythematoses, chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen, COPD oder Asthma bronchiale, chronischer Niereninsuffizienz und Diabetes mellitus.



Helfen Sie mit, Ihre Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Risiko vor Herpes zoster zu schützen.

Hier können Sie kostenfreies Praxismaterial bestellen.



Wer eine auf Diabetes spezialisierte Einrichtung sucht, wird bei der DDG fündig.

Foto: www.ddg.info

**GSK**

\* Info: Gendergerechte Sprache: Dieser Text schließt prinzipiell alle Geschlechter mit ein. Zur besseren Lesbarkeit wird das generische Maskulin verwendet.

**Quellen:** 1. Günthlin C et al (2020) Chronische Krankheiten in Deutschland. Zahlen, Fakten und Versorgungserfahrungen. Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität, Frankfurt am Main. Online verfügbar unter: <http://publikationen.uni-frankfurt.de/frontdoor/index/index/docId/55045>, am 20.1.2023. 2. Batram M et al Dermatol Ther (Heidelb). 2021 Jun;11(3):1009-1026. 3. Poirrier JE et al. Diabetes Care 2022; 45(11):2585-2593. 4. Goertner B et al Journal of Health Monitoring 2023 (3) 7-31. 5. Hansen T, Blekesaune M (2022) Eur J of Ageing 19(4):1277-1286. 6. Weyand CM, Gronzy JJ Ann Am Thorac Soc 2016 Dec; 13(Suppl 5): S442-428. 7. Lee KA et al Front Aging 2022 May 30; 3:900028. 8. RKI Diabetes Surveillance: [https://diabetsurv.rki.de/Webs/Diabsurv/DE/diabetes-in-deutschland/2-21\\_Alter\\_bei\\_Diagnose.html?nn=16718126](https://diabetsurv.rki.de/Webs/Diabsurv/DE/diabetes-in-deutschland/2-21_Alter_bei_Diagnose.html?nn=16718126). 9. Hillebrand K. Journal of Infection; 2015;70:178-186. 10. Epid Bull 50/2018. 11. Gross et al. GMS Infect Dis 2020; 8 DOI: 10.3205/id000045. 12. Curran et al. Natural History of Herpes Zoster in the Placebo Groups of Three Randomized Phase III Clinical Trials Nov 2022; Infect Dis Ther (2022) 11:2265-2277 <https://doi.org/10.1007/s40121-022-00689-7>. 13. Wutzler et al 2001; Vaccine 20: 121-124. 14. Katz J et al. Measurement of pain. Surg Clin North Am 1999; 79: 231-252. 15. Meißner T. Postherpetische Neuralgie – Bei Zoster gleich mit der Schmerztherapie beginnen. Hautarzt 2016; 67 (8): 653-665. 16. Epid Bull 4/2024.

# »Viele junge Menschen mit Typ-1-Diabetes mussten bereits sterben«

Diabetesexperte spricht über die verheerende Versorgung im Israel-Gaza-Krieg

**DRESDEN/GAZA.** Ärzteorganisationen sprechen von katastrophalen Zuständen bei der medizinischen Versorgung. Hilfslieferungen mit Medikamenten wie Insulin schaffen es meist nur bis zur Grenze. Professor Dr. Peter Schwarz, President-Elect der International Diabetes Federation (IDF), über die desaströse Diabetesversorgung im Gazastreifen (Stand: 03/24).

## INTERVIEW



**Prof. Dr. Peter Schwarz**  
Paul-Langerhans-Institut Dresden,  
President-Elect der International Diabetes  
Federation (IDF)

Foto: David Pinzer Fotografie

**?** Ärztliche Organisationen wie die International Diabetes Federation sind zutiefst besorgt über die medizinische Versorgung im Gazastreifen.

**Wie schätzen Sie die aktuelle Lage bei der Diabetesversorgung ein – vielen Patient\*innen fehlt es an Insulin?**

Ich muss ein wenig ausholen: Die Situation beim Diabetes war im Gazastreifen vor dem Krieg ganz gut – und von jeher besser als im Westjordanland. Denn es gab immer Geld aus Katar. Zudem trug die Hamas bislang die Gesundheitskosten der palästinensischen Bevölkerung mit Unterstützung des UN-Flüchtlingswerks. Deshalb war es möglich, dass Menschen mit Typ-1-Diabetes auch Systeme zur kontinuierlichen Glukosemessung (CGM), Insulinpumpen und -pens nutzen konnten, vor allem junge Patient\*innen. Das Diabeteszentrum im Al-Shifa-Krankenhaus in Gaza war vom Standard her ähnlich wie in Deutschland ausgestattet. Etwa 530 Kinder und Jugendliche mit Typ-1-Diabetes wurden dort auf hohem medizinischem Niveau versorgt. Es gab eine moderne Dia-

betologie, auch gute Forschungsarbeit. Diabetes Palestine, die palästinensische Diabetesgesellschaft, war dort ebenfalls angesiedelt. Eine sehr aktive Gruppe, die neben Israel auch Mitgliedsorganisation der International Diabetes Federation ist. Man hat es ja in den Nachrichten gesehen: Die Klinik wurde im Krieg leider so stark beschossen, dass der medizinische Betrieb zum Erliegen kam.

**?** Was bedeutet die dramatische Verschlechterung der medizinischen Lage für die Patient\*innen?

Die Kinder und Jugendlichen aus der Shifa-Klinik und die Ärzte sind in alle Himmelsrichtungen verstreut. Mindestens 20 Kinder mit Typ-1-Diabetes sind im Norden von Gaza geblieben, sie sind mit hoher Wahrscheinlichkeit tot. Vermutlich sind es noch viel mehr. Patient\*innen mit Typ-2-Diabetes haben solche akuten Probleme in der Regel nicht, können somit eher überleben.

**?** Knapp fünf Monate vor dem Krieg hatten Sie Israel und das Westjordanland besucht. Sie stehen fast täglich in engem Austausch mit den Organisationen vor Ort. Was hören Sie?

Erst vor Kurzem hatte ich noch Kontakt zum Präsidenten von Diabetes Palestine, Dr. YOUNIS ABUALNOUR, der inzwischen in Kairo ist. Schon zu Kriegsbeginn habe ich eine Gruppe gegründet, das „Disaster Committee“, um den Menschen in Gaza zu helfen. Zwei, drei Wochen, nachdem der Krieg losging, gab es ein Online-Meeting, bei dem es darum ging, Insulin nach Gaza zu schaffen. Dr. Abualnour befand sich gerade im Shifa-Krankenhaus. Während des Meetings schlug eine Rakete in Gaza ein. Man hörte das laute Krachen. Das war schon gespenstisch. Zugehalten waren auch der Botschafter des Sudan, Vertreter aus Ägypten und vom Roten Kreuz. Es hat drei Tage gedauert, bis wir das Insulin am



Foto: picture alliance/Anadolu/Omar Qattaa

ägyptischen Grenzübergang hatten. Man konnte online die Plätze auf den Lkw buchen. Die Hilfslieferung war bis zur Grenze sehr schnell und gut aufgebaut durch die UN. Das Insulin wurde von den Grenzbehörden aber nicht durchgelassen.

**?** Seit Kriegsbeginn sind vier Monate vergangen. Sind noch Restbestände an Insulin vorhanden?

Vor Ort gibt es kaum Hilfe. Zwar sind die Krankenhäuser alle zerstört, aber man könnte Medikamente verteilen. Man kommt aber zum Beispiel an die Menschen im Norden nicht mehr ran. Es wurden riesige Flüchtlingslager geschaffen, doch es existiert keine Infrastruktur mehr.

**?** Gibt es keine Versorgungszelte, wo man Insulin und andere Medikamente hinbringen könnte?

Eher nicht. Normalerweise ist die International Diabetes Federation bei solchen Hilfslieferungen sehr stark. Man braucht aber einen Player vor Ort, der es ermöglicht, solche Strukturen geschützt aufzubauen. Daran fehlt es. Am Ende sind die Menschen auf sich selbst angewiesen.

**?** Wie die Menschen mit Diabetes ...

Das ist richtig. In Gaza kann man aber wenigstens davon ausgehen, dass die betroffenen Kinder und Jugendlichen im Diabetes-Management gut geschult sind. Wenn sie etwa eine bestimmte Menge Insulin spritzen müssen und einen Vorrat haben für drei Wochen, können sie diesen auch auf sechs bis acht Wochen strecken. Dann nehmen sie zwar in Kauf, dass der Blutzuckerspiegel steigt, können aber in einer Krisensituation damit überleben. Viele müssen auch hungern.

**?** In welchem Umfang werden weiterhin Versuche unternommen, um vor Ort zu helfen?

»Kein westlicher Hilfslieferant geht in den Gazastreifen«

Die gibt es praktisch permanent. Erst vor wenigen Tagen war ich mit Direct Relief, einer amerikanischen Hilfsorganisation, in Kontakt. Sie ist brillant darin, gemeinsam mit dem Roten Kreuz und/oder den Vereinten Nationen das Insulin an den ägyptischen Grenzübergang zu bringen.

Die Medikamente kommen aus den USA, Life for a Child und Insulin

for Life beziehen Insulinprodukte aus Australien und Singapur. Es wird quasi wie in Amazon-Paketen verschickt, nur gekühlt. Die Organisationen kommen an der Grenze aber nicht weiter. Unsere einzige Hoffnung ist eine Waffenruhe, auch wenn sie nur kurzfristig ist. Und die internationale Luftbrücke mit Hilfsgütern.

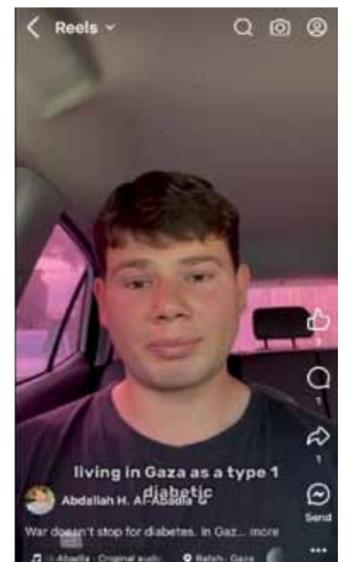
Interview: Angela Monecke

## Menschen mit Typ-1-Diabetes strecken ihr Insulin um Wochen

Im Gazastreifen leben knapp 150.000 Menschen mit Diabetes. Nach Angaben der Organisation Diabetes Palestine wurden mehr als 500 Kinder und Jugendliche mit Typ-1-Diabetes aus Gaza-Stadt vertrieben. Sie leben seither in Zelten, leiden unter Ernährungsunsicherheit. Viele von ihnen fallen aufgrund ihres Insulinmangels in ein diabetisches Koma, so die Organisation. Mehr als 20 junge Menschen mit Diabetes seien zudem während der Luftangriffe in Gaza getötet worden.

In einem Instagram-Reel wendet sich ein verzweifelter junger Patient mit Typ-1-Diabetes an die Weltöffentlichkeit. Durch die mangelnde Insulinversorgung muss er immer wieder seine Medikamente rationieren. „Es gab Tage, an denen ich nicht aß, nur um meinen Insulinvorrat zu bewahren. Ich musste mich der schrecklichen Realität stellen, dass mir die Zeit ausgeht.“ Das lokale Team der Diabetes-Organisation versucht

weiterhin, mithilfe internationaler Partner die Diabetesversorgung im Gazastreifen aufzubauen.



Weitere Infos gibt es unter  
[www.idf.org](http://www.idf.org) und  
[www.directrelief.org](http://www.directrelief.org)

### Ab April 2025: die Pläne als IDF-Präsident

Mit einem weltweit jährlichen Diabetes-Survey die Wahrnehmung der Versorgungsqualität messen und die Politiker\*innen der einzelnen Länder dazu motivieren, die Diabetesversorgung zu verbessern: Das ist das Ziel von Professor Dr. Peter Schwarz, der nach zwei Jahren als President-Elect ab April 2025 offizieller Präsident der International Diabetes Federation (IDF) sein wird. Zudem will er Digitalisierung und Diabetes-Schulungen international vorantreiben. „Mein Traum ist eine Diabetesschulungs-App der IDF – kostenfrei für jeden auf der Welt“, sagt er.

# Diabetes in Balance halten

Mit der *richtigen* Blutzuckereinstellung können Sie Ihre Patient\*innen effektiv vor Folgeerkrankungen schützen.<sup>1-5</sup>

## Insuline aus dem Sanofi-Portfolio



1. Stratton IM et al. *BMJ* 2000; 321: 405-12; 2. Aiello LP et al. *Diabetes Care* 2014; 37(1): 17-23; 3. ADVANCE Collaborative Group. *N Engl J Med* 2008; 358: 2560-72; 4. Martin CL et al. *Diabetes Care* 2014; 37(1): 31-8; 5. Paul SK et al. *Cardiovasc Diabetol* 2015; 14: 100.

**Toujeo® 300 Einheiten/ml SoloStar®, Injektionslösung in einem Fertigpen • Toujeo® 300 Einheiten/ml DoubleStar™, Injektionslösung in einem Fertigpen**  
**Wirkstoff:** Insulin glargin. **Zusammens.:** 300 Einheiten Insulin glargin/ml (entsprechend 10,91 mg). SoloStar-Pen: Ein Pen enthält 1,5 ml Injektionslösung, entsprechend 450 Einheiten. DoubleStar-Pen: Ein Pen enthält 3 ml Injektionslösung, entsprechend 900 Einheiten. **Sonst. Bestandt.:** Zinkchlorid, Metacresol (Ph.Eur.), Glycerol, Salzsäure, Natriumhydroxid, Wasser für Injektionszwecke. **Anw.-Geb.:** Diabetes mellitus bei Erwachsenen, Jugendlichen u. Kindern ab 6 Jahren. **Gegenanz.:** Überempfindlichk. gegen d. Wirkstoff/sonstige Bestandt. **Warnhinw. u. Vorsichtsm.:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. Nur in diesem Pen anwenden, sonst kann schwere Überdosierung auftreten. Nur klare und farblose Lösungen verwenden. **Nebenwirk.:** Immunsyst.: Selten allerg. Reaktionen. **Stoffwechsel/Ernährungsstör.:** Sehr häufig Hypoglykämie. **Nervensyst.:** Sehr selten Geschmacksstör. **Augen:** Selten Sehstörungen. **Haut/Unterhautzellgeweb.:** Häufig Lipohypertrophie, gelegentl. Lipodystrophie, nicht bekannt kutane Amyloidose. **Skelettmusk./Bindegew./Knochen:** Sehr selten Myalgie. **Allg./Verabrort.:** Häufig Reakt. a. d. Einstichstelle, selten Ödeme. **Verschreibungspflichtig.** Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, D-65926 Frankfurt am Main, Deutschland. **Stand:** Juli 2020

**Suliqua® 100 Einheiten/ml + 33 Mikrogramm/ml Injektionslösung im Fertigpen.**  
**Wirkstoffe:** Insulin glargin und Lixisenatid. **Zusammens.:** Insulin glargin 100 E/ml und Lixisenatid 33 µg/ml. Jeder Fertigpen enthält 300 Einheiten Insulin glargin und 100 Mikrogramm Lixisenatid in 3 ml Lösung. **Sonst. Bestandt.:** m. bekannt. **Wirkung:** Metacresol 2,7 mg/ml. **Sonst. Bestandt.:** Glycerol 85 %, Methionin, Metacresol, Zinkchlorid, Salzsäure, Natriumhydroxid, Wasser für Injektionszwecke. **Anw.-geb.:** Verbesserung der Blutzuckerkontrolle als Ergänzung zu Diät u. Bewegung in Kombination mit Metformin + Natrium-Glucose-Cotransporter-2-(SGLT-2)-Inhibitoren bei erw. Pat. mit unzureichend kontrolliertem Diabetes mellitus Typ 2. **Gegenanz.:** Überempfindlichk. gegen die Wirkstoffe/sonstige Bestandt. **Warnhinw. u. Vorsichtsm.:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. Nur klare und farblose Lösung verwenden. Nur in diesem Pen verwenden. **Nebenwirk.:** Infekt. u. parasitäre Erk.: Gelegentlich: Nasopharyngitis, Infekt. der oberen Atemwege. **Immunsyst.:** Gelegentlich: Urtikaria. **Stoffwechsel/ Ernährungsstör.:** Sehr häufig: Hypoglykämie. **Nervensyst.:** Häufig: Schwindel. Gelegentlich: Kopfschm. **Gastrointestinaltrakt.:** Häufig: Übelkeit, Diarrhö, Erbrechen. Gelegentlich: Dyspepsie, Abdschmerz. **Selten:** Verzögerte Magenentleerung. **Leber- und Gallenerkr.:** Gelegentlich: Cholelithiasis, Cholezystitis. **Haut/Unterhautzellgew.:** Nicht bekannt: Kutane Amyloidose, Lipodystrophie. **Allg./Verabrort.:** Häufig: Reaktionen a. d. Inj.stelle. Gelegentlich: Ermüdung. **Verschreibungspflichtig.** Pharmazeutischer Unternehmer: Sanofi Winthrop Industrie, 82 avenue Raspail, F-94250 Gentilly, Frankreich. Örtlicher Vertreter d. Zulassungsinhabers: Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, D-65926 Frankfurt am Main. **Stand:** Mai 2023

**Apidra® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Patrone • Apidra® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Durchstechflasche • Apidra® SoloStar® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einem Fertigpen**  
**Wirkstoff:** Insulinglulisin. **Zusammens.:** 1 ml enthält 100 Einheiten Insulinglulisin (entsprechend 3,49 mg). **Sonstige Bestandteile:** Metacresol, NaCl, Trometamol, Polysorbat 20, Salzsäure 36%, NaOH, Wasser für Injektionszwecke. **Anw.-geb.:** Zur Behandlung von Erwachsenen, Jugendlichen u. Kindern, ab 6 J. mit Diabetes mellitus, sofern die Behandlung mit Insulin erforderlich ist. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile, Hypoglykämie. **Warnhinw. u. Vorsichtsmaßn.:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. Nur klare u. farblose Lösung verwenden. **Apidra® SoloStar:** Nur Nadeln verwenden, die für SoloStar geeignet sind. **Nebenwirkungen:** **Stoffwechsel/Ernähr.:** Sehr häufig Hypoglykämie. Unbekannt Hyperglykämie (kann zu diabetischer Ketoazidose führen). **Haut, Unterhautzellgew.:** Häufig Reaktionen an der Injektionsstelle, lokale Überempfindlichkeitsreaktionen. **Selten:** Lipodystrophie. **Nicht bekannt:** kutane Amyloidose. **Allgemein:** Gelegentlich systemische Überempfindlichkeitsreaktionen. **Verschreibungspflichtig.** Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, D-65926 Frankfurt am Main. **Stand:** Juli 2020

**Insulin aspart Sanofi® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Durchstechflasche • Insulin aspart Sanofi® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Patrone • Insulin aspart Sanofi® 100 Einheiten/ml Injektionslösung im Fertigpen**  
**Wirkstoff:** Insulin aspart. **Zusammens.:** 1 ml enthält 100 Einheiten (3,5 mg) Insulin aspart. **Sonst. Bestandt.:** Phenol, Metacresol (Ph.Eur.), Zinkchlorid, Polysorbat 20, Natriumchlorid, Salzsäure 36 % und Natriumhydroxid zur Einstellung des pH, Wasser für Injektionszwecke. **Anw.-Geb.:** Zur Behandlung von Diabetes mellitus bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab dem Alter von 1 Jahr. **Gegenanz.:** Überempfindlichk. gegen d. Wirkstoff/sonstige Bestandt. **Nebenwirk.:** Immunsyst.: Gelegentlich: Urtikaria, Exanthem, Hautausschlag; sehr selten: Anaphylaktische Reaktionen. **Stoffwechsel/Ernährungsstör.:** Sehr häufig: Hypoglykämie. **Nervensyst.:** Selten: Periphere Neuropathie (schmerzhafte Neuropathie). **Augen:** Gelegentlich: Refraktionsanomalien, diabetische Retinopathie. **Haut/Unterhautzellgew.:** Gelegentlich: Lipodystrophie, nicht bekannt: kutane Amyloidose. **Allg./Verabrort.:** Gelegentlich: Reakt. a. d. Injektionsstelle, Ödeme. **Verschreibungspflichtig.** Pharmazeutischer Unternehmer: Sanofi Winthrop Industrie, 82 avenue Raspail, 94250 Gentilly, Frankreich. Örtlicher Vertreter d. Zulassungsinhabers: Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, D-65926 Frankfurt am Main. **Stand:** Dezember 2022  
 ▽ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden.

**Insulin lispro Sanofi® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Patrone • Insulin lispro Sanofi® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Durchstechflasche • Insulin lispro Sanofi® 100 Einheiten/ml Injektionslösung im Fertigpen**  
**Wirkstoff:** Insulin lispro. **Zusammens.:** 1 ml enthält 100 Einheiten (3,5 mg) Insulin lispro. **Sonst. Bestandt.:** m-Cresol, Glycerol, Dinatriumhydrogenphosphat 7 H<sub>2</sub>O, Zinkoxid, Wasser für Injektionszwecke, Salzsäure 36 % und Natriumhydroxid zur Einstellung des pH. **Anw.-geb.:** Zur Behandlung von Erwachsenen und Kindern mit Diabetes mellitus, die Insulin für die Aufrechterhaltung eines normalen Glucosehaushaltes benötigen. Ebenfalls angezeigt bei Ersteinstellung des Diabetes mellitus. **Gegenanz.:** Hypoglykämie. Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen sonstigen Bestandteil. **Warnh. u. Vorsichtsmaßn.:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. **Nebenw.:** **Stoffwechsel/Ernährungsstör.:** Häufigste Nebenwirkung jeder Insulinbehandlung ist Hypoglykämie. Schwere Hypoglykämien können zu Bewusstlosigkeit und im Extremfall zum Tod führen. **Immunsyst.:** Häufig: lokale allerg. Reaktionen. **Selten:** systemische Allergie. **Haut (Unterhautzellgew.):** Gelegentlich: Lipodystrophie; Nicht bekannt: kutane Amyloidose. **Allg./Verabrort.:** Nicht bekannt: Ödeme. **Verschreibungspflichtig.** Pharmazeutischer Unternehmer: Sanofi Winthrop Industrie, 82 avenue Raspail, 94250 Gentilly, Frankreich. Örtlicher Vertreter d. Zulassungsinhabers: Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, D-65926 Frankfurt am Main. **Stand:** Dezember 2022

© Sanofi 2023. Alle Rechte vorbehalten.

Sanofi-Aventis Deutschland GmbH | Lützowstraße 107 | 10785 Berlin | Telefon 0800 52 52 010 | www.sanofi.de

## Dr. med. Rolf Renner 1937–2024

Dr. Rolf Renner, ein charismatischer Vordenker in der deutschen Diabetologie, ist am 14. Februar 2024 verstorben.

Rolf Renner, 1937 in Stuttgart geboren, kam sehr früh mit Insulin in Berührung: Gleich nach seinem Medizinstudium in Tübingen und München erhielt er 1967 ein Forschungsstipendium im Bereich Proteinchemie am Physikalisch-chemischen Institut der Universität Tübingen. Seitdem stand Insulin unangefochten stets im Zentrum seiner ärztlichen Tätigkeit.

Von 1971 bis 1978 war Rolf Renner Assistenzarzt und Mitglied der Forschergruppe Diabetes am Städtischen Krankenhaus München Schwabing unter der Leitung

von Professor Hellmut Mehnert. Seine damalige wissenschaftliche Tätigkeit wurde mit der Verleihung des Ferdinand-Bertram-Preises der DDG im Jahre 1977 gekrönt.

In den Jahren 1979 bis 2002 war Rolf Renner zunächst Oberarzt am Städtischen Krankenhaus Oberföhring und dann Leitender Oberarzt am Klinikum Bogenhausen. Unter seinem prägenden Einfluss entwickelte sich das Diabeteszentrum am Klinikum Bogenhausen (heute: München Klinik Bogenhausen) zu einem deutschlandweit beachteten Kompetenzzentrum für innovative Insulintherapien.

Rolf Renner war ein leidenschaftlicher und visionärer Vordenker im Bereich der Insulintherapien. Zur damaligen Zeit wurden seine innovativen Ideen zur Insulintherapie, die stets wohlüberlegt waren und auf physiologischen Überlegungen beruhten, nicht von jedem verstanden. Letztendlich gab ihm aber der therapeutische Erfolg recht!

Rolf Renner begründete mit den „Renner-Seminaren“ eine legen-



Dr. med.  
Rolf Renner  
DDG-Präsident  
1999–2000  
Foto: privat

däre Fortbildungsreihe, die bis heute von seinen Schülern und Weggefährten fortgesetzt wird. Mit einem Augenzwinkern nannte er sie OPIAT-Seminare: Optimierte Insulintherapie für ambitionierte Therapeuten. So lernten Generationen von Diabetologen von Rolf Renner den sinnvollen Einsatz der Insulintherapie bei Patienten. Er wollte und konnte immer zeigen, „wie man es richtig macht“.

Rolf Renner war ein begnadeter Redner und Lehrer, der seine Zuhörer stets mitreißen und begeistern konnte. Als Diskutant war er bisweilen gefürchtet und schwer zu widerlegen. Und nicht selten untermalte der hochgebildete Rolf

Renner seine Ausführungen mit messerscharfen Zitaten von Philosophen aus der Antike bis hin zur Gegenwart.

Rolf Renner setzte maßgebliche Meilensteine auf den Gebieten der intensivierten Insulintherapien und der Insulinpumpentherapien, an deren Entwicklung er von Anfang an als wesentlicher Schrittmacher beteiligt war. Er entwickelte in Deutschland die intraperitoneale Insulininfusion bei subkutaner Insulinresistenz und war einer der Ersten, die Disease-Management-Programme und telemedizinische Patientenbetreuung vorantrieben. Der enge Kontakt zu Patienten und Patientinnen war ihm immer besonders wichtig und brachte ihm tiefe Sympathien und viel Respekt ein. Nicht zuletzt würde ohne seine unnachgiebige Unterstützung die blühende Szene der Schwerpunktpraxen in Bayern nicht in der jetzigen Form existieren. In den Jahren 1999 bis 2000 erwarb er sich große Verdienste als Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft

in einer Zeit, die von vielerlei Umbrüchen und neuen Entwicklungen geprägt war. 2002 wurde Rolf Renner mit dem Bundesverdienstkreuz für seine Fortbildungs- und Forschungsaktivitäten geehrt.

In den letzten Jahren beschäftigte er sich vorwiegend mit dem Bauernhof, den er in seiner Heimat an der Schwäbischen Alb gekauft hatte. Und auch das tat er mit der ihm eigenen Leidenschaftlichkeit und Gründlichkeit. Auch als er schon von einer schweren Krankheit gezeichnet war, hielt er immer noch viel beachtete und bemerkenswerte Vorträge bei diabetologischen Fortbildungsveranstaltungen – denn die wissenschaftlichen und praktisch orientierten Vorträge waren lebenslang und bis zum Schluss immer seine Passion gewesen.

Wir werden Rolf Renner, der als leidenschaftlicher Diabetologe mit seinen Therapien seiner Zeit stets voraus war, immer in dankbarer und freudiger Erinnerung behalten.

Dr. Andreas Liebl,  
Bad Heilbrunn

»Vordenker in der deutschen Diabetologie«

# Neuer Leitfaden für die Patientenschulung

## WHO nimmt politische Entscheidungsträger in die Pflicht

**GENF.** Nichtübertragbare bzw. chronische Erkrankungen sind in Europa mittlerweile für 90 % aller Todesfälle verantwortlich. Dennoch sind die meisten Gesundheitssysteme weiterhin auf die Behandlung von Menschen mit akuten Erkrankungen ausgerichtet. Ein neuer Leitfaden der WHO soll den Fokus auf die Stärkung des Selbstmanagements mithilfe therapeutischer Schulungsprogramme lenken.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat einen neuen Leitfaden zur therapeutischen Patientenschulung veröffentlicht, die Menschen mit chronischen Erkrankungen befähigen und unterstützen soll, ihre Gesundheit selbst zu managen und dabei auf eigene Ressourcen zurückzugreifen. Denn schließlich verbringen Menschen mit Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder chronischen Atemwegserkrankungen nur wenig Zeit mit ihren Behandlungsteams und müssen ihren Alltag eigenständig bewältigen.

Für Gesundheitsfachkräfte, die hierzulande in der Diabetologie tätig sind, ist das Konzept per se nichts Neues. Hier sind Schulungen seit Langem integraler und bewährter Bestandteil der Behandlung. In anderen Ländern hingegen sind Schulungsprogramme für chronisch Kranke zum Teil noch weit weniger etabliert.

Zentrale Themen des Leitfadens sind die praktische Ausgestaltung und Bereitstellung von Schulungsprogrammen, aber auch theoretische Erkenntnisse rund um die Patien-

tenaufklärung und gelungene Kommunikation. Von deutscher Seite war Professor Dr. KARIN LANGE, bis 2023 Leiterin der Forschungs- und Lehrereinheit Medizinische Psychologie an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH), an der Ausarbeitung des WHO-Leitfadens beteiligt.

### In anderen Ländern geht es weniger bürokratisch zu

Sie konnte nicht nur ihre Expertise in der Entwicklung von Diabetes-Schulungsprogrammen, sondern auch ihre Erfahrungen mit der Hannoverschen integrierten berufsorientierten und adaptiven Lehre („Hannibal“), dem 2005 eingeführten Modellstudiengang Medizin an der MHH, einbringen. Ein wesentlicher Aspekt der medizinischen Ausbildung in Hannibal sind der frühe Kontakt mit Patient\*innen und entsprechende Kommunikationstrainings in Kleingruppen. „Bei Hannibal können Studierende mit Schauspielern Situationen üben, damit sie nicht nur aus dem Buch lernen, sondern praktisch trainieren – unter anderem, wie man Patienten Kompetenzen für das Selbstmanagement vermittelt“, so Prof. Lange. Der WHO-Leitfaden enthält viele Fallbeispiele, die von den Autor\*innen aus ihren jeweiligen Ländern zusammengetragen wur-



Der Leitfaden soll der Schulung die Richtung weisen.

Foto: fotogestoeber – stock.adobe.com

den und die konkrete Herausforderungen samt praktischen Lösungsansätzen illustrieren. Und obwohl Prof. Lange das hiesige Schulungssystem im Rahmen der Disease-Management-Programme (DMP) grundsätzlich positiv bewertet, stellte sie im Austausch mit ihren internationalen Kolleg\*innen auch fest: „Kleinere Länder wie Schweden oder Slowenien sind nicht so bürokratisch wie wir hier. Dort hat man einen besseren Blick für die Realität. Die machen einfach und müssen ihre Zeit nicht mit unendlich vielen Anträgen vergeuden, fünfmal ausdrucken, an eine Behörde schicken und dann zwei Jahre warten, bis endlich einmal etwas passiert.“

Denn der Weg bis zur Zertifizierung und Zulassung eines Schulungsprogramms durch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) ist lang. So erhielt z. B. erst Ende Februar 2024 und damit rund zehn Jahre nach der ersten konzeptionellen Idee das Pumpen-Schulungsprogramm IN-

»WHO-Leitfaden: ein Impulsgeber für die Kassen?«

PUT die Zertifizierung für den Einsatz im Rahmen der Diabetes-DMP. Das CGM-Schulungsprogramm SPECTRUM hingegen erfüllt bereits seit fünf Jahren die formalen Anforderungen des BAS – doch eine Zulassung und damit auch Finanzierung durch die GKV sei weiterhin nicht in Sicht, kritisiert Prof. Lange. Von dem WHO-Leitfaden erhofft sie sich daher einen Impuls auch in Richtung der Krankenkassen, die Kosten für evaluierte Schulungsprogramme zu übernehmen. Antje Thiel

WHO-Leitfaden:  
[iris.who.int/handle/10665/372743](https://iris.who.int/handle/10665/372743)

### Was sagt der G-BA?

Über die Aufnahme von Schulungsprogrammen in die DMP wacht der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), der entsprechende Unterausschuss wird von KARIN MAAG geleitet. Angesprochen auf die langen Zertifizierungs- und Zulassungsprozesse gibt sie zu: „Wir sehen, dass vielleicht die eine oder andere Stelle überregulierend tätig geworden ist.“ Doch mit Blick auf die jüngst erfolgte Zulassung von Videoschulungen und auch einzelnen digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA), die zulasten der GKV verordnet werden können, hält sie Menschen mit Diabetes in puncto Schulungen für prinzipiell gut versorgt. Handlungsbedarf sieht Maag eher an anderer Stelle: „Es gibt mehr chronische Erkrankungen als DMP, da können wir uns schon noch ein bisschen strecken.“

# Für die Forschung: Daten klug nutzen

Forschende des DZD erheben Daten, bereiten sie auf – und ziehen daraus ihre Schlüsse

**NEUHERBERG.** Ohne Daten keine Forschung, ohne Forschung kein Fortschritt in der Therapie oder Prävention des Diabetes. Forschende des DZD konnten mit Hilfe von Daten aus KORA zwei neue Biomarker identifizieren, die an der Entstehung von KHK beteiligt sind. Um Daten für die Forschung geht es auch beim DZD-Basisdatensatz, der nach FAIRen Prinzipien aktualisiert wurde. Aus Daten ihre Schlüsse gezogen haben DZD-Forschende, die dem Inceptor auf der Spur sind, und wie junge Forschende Daten klug nutzen können, erfahren sie während der DZD International Diabetes Research School.



**DZD**  
Deutsches Zentrum  
für Diabetesforschung

## Inceptor gibt Hoffnung

Forschungsarbeiten am insulinhemmenden Rezeptor, bekannt als Inceptor, geben Hoffnung für den Schutz von Betazellen und auf eine kausale Therapie für Diabetes. Eine neue Studie an Mäusen mit ernährungsbedingter Adipositas zeigt, dass das Ausschalten von Inceptor die Regulierung des Blutzuckerspiegels verbessert.

Dieses Studienergebnis rückt Inceptor für die Behandlung von Typ-2-Diabetes weiter in den Fokus und wurde erarbeitet in Kooperation zwischen Helmholtz Munich, dem Deutschen Zentrum für Diabetesforschung, der Technischen Universität München und der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Durch die jüngste Entdeckung des insulinhemmenden Rezeptors „Inceptor“ hatte die Forschungsgruppe unter der Leitung des Betazell-Experten Professor Dr. HEIKO LICKERT ein neues molekulares Ziel identifiziert. Der bei Diabetes verstärkt auftretende Rezeptor könnte zur Insulinresistenz beitragen, indem er als negativer Regulator dieses Signalwegs fungiert. Eine Hemmung der Inceptor-Funktion könnte hingegen die Insulinsignalisierung verstärken, was wiederum entscheidend für die Gesamtfunktion, das Überleben und auch die Kompensation von Betazellen bei Stress ist.

In Zusammenarbeit mit Professor Dr. TIMO MÜLLER, einem Experten für molekulare Pharmakologie bei Adipositas und Diabetes, erforschten die

Wissenschaftler\*innen, welche Auswirkungen das Ausschalten von Inceptor bei ernährungsbedingt adipösen Mäusen zeigt. Ziel ihrer Studie war es festzustellen, ob die Hemmung der Inceptor-Funktion auch die Glukosetoleranz bei ernährungsbedingter Adipositas und Insulinresistenz verbessern könnte – beides kritische präklinische Stadien in der Entwicklung hin zu Diabetes.

Die Forschenden untersuchten die Folgen der Entfernung von Inceptor aus sämtlichen Körperzellen bei adipösen Mäusen. Interessanterweise stellten sie fest, dass Mäuse, denen Inceptor fehlte, eine verbesserte Glukoseregulierung aufwiesen, ohne an Gewicht zu verlieren, was mit einer erhöhten Insulinsekretion als Reaktion auf Glukose zusammenhing.

Als Nächstes analysierten sie die Verteilung von Inceptor im zentralen Nervensystem und entdeckten, dass er in Neuronen weit verbreitet ist. Die Deaktivierung von Inceptor in neuronalen Zellen führte bei den adipösen Mäusen ebenfalls zu einer verbesserten Glukoseregulierung. Schließlich entfernten die Forschenden Inceptor selektiv aus den Betazellen der Mäuse, was zu einer verbesserten Glukosekontrolle und einer leichten Zunahme der Betazellmasse führte. Inceptor wird als leicht zugängliches Ziel für die Medikamentenentwicklung eingeschätzt.

DZD/Helmholtz Munich

Grandt et al. Metabolism 2024; doi: 10.1038/s42255-024-00991-3



## DZD-Datensatz wird »fairifiziert«

Der DZD-Basisdatensatz definiert seit drei Jahren einen Standard für die klinische Diabetes- und Stoffwechselforschung. Um eine einheitliche Datenerfassung zu gewährleisten, werden die öffentlich zugänglichen Metadaten des DZD-Basisdatensatzes laufend im Sinne der FAIRen Datenprinzipien erweitert.

FAIRifizierung“ steht für den Prozess, bei dem Daten auffindbar (findable), zugänglich (accessible), interoperabel (interoperable) und wiederverwendbar (reusable) aufbereitet werden. Damit ist FAIRifizierung ein Thema, das im aktuellen Wissenschaftsdiskurs und auch am DZD eine große Rolle spielt. Denn mit seinen fünf Partnerstandorten sowie Assoziierten und Projektpartnern führt das DZD mehrere große Studien an verschiedenen Zentren durch, und die Wissenschaftler\*innen arbeiten standortübergreifend gemeinsam an translationalen Forschungsprojekten. Zugleich richtet sich das DZD mit seiner Arbeit im Bereich der Datenharmonisie-

rung an eine Forschungsgemeinschaft, die über das Deutsche Zentrum für Diabetesforschung hinausreicht.

Bereits 2021 wurden mit der Festlegung eines DZD-Basisdatensatzes für die klinische Diabetesforschung Maßstäbe gesetzt. 2022 wurde der Basisdatensatz auf einer unabhängigen Plattform veröffentlicht und somit allen Forschenden und Interessierten zur Verfügung gestellt.

Nach einer Überarbeitung konnten zu Beginn dieses Jahres sämtliche medizinischen Codes aktualisiert werden. Außerdem ist es gelungen, nach der Klärung von Lizenzfragen auch die enthaltenen standardisierten Fragebögen komplett in die Veröffentlichung aufzunehmen – ein weiterer Schritt in Richtung gelungener FAIRifizierung.

DZD

Weitere Informationen zu den DZD-Studien und zum DZD-Basisdatensatz unter [www.dzd-ev.de/forschung/multicenterstudien/index](http://www.dzd-ev.de/forschung/multicenterstudien/index)



## Zwei KHK-Biomarker entdeckt

Weltweit ist die koronare Herzkrankheit (KHK) eine der häufigsten Todesursachen – insbesondere in Europa: Hier ist sie für fast die Hälfte aller Todesfälle verantwortlich.

Bei Erwachsenen mittleren Alters haben Menschen mit Typ-2-Diabetes (T2D) ein zwei- bis viermal höheres Risiko, an KHK zu erkranken, als Personen ohne T2D. Forschende des DZD, des Helmholtz Munich und der LMU konnten neue Protein-Biomarker identifizieren, die an der Entstehung der KHK bei Menschen mit bzw. ohne Diabetes beteiligt sind.

Das Forschungsteam untersuchte, wie gut Protein-Biomarker das Auftreten von KHK bei Personen mit und ohne T2D vorhersagen können. Die Forschenden nutzten für ihre Studie Daten aus der Kooperativen Gesundheitsforschung in der Region Augsburg (KORA). Die Validierungskohorte umfasste 888 Teilnehmende der KORA-Age1-Studie mit 70 erstmaligen Fällen von KHK (19 vs. 51 Fälle in der Gruppe mit T2D und ohne T2D) während einer Nachbeobachtungszeit von 6,9 Jahren. Sie überprüften

Blutproben der Proband\*innen auf 233 Plasmaproteine, die mit kardiovaskulären Erkrankungen und Entzündungen zusammenhängen.

So konnten die Forschenden zwei Proteine identifizieren, die mit dem erstmaligen Auftreten von KHK bei Personen mit Diabetes und 29 Proteine bei Personen ohne T2D zum Zeitpunkt der Baseline verbunden waren. Sechs dieser Proteine sind neue Kandidaten für das erstmalige Auftreten von KHK.

Die Ergebnisse dieser Studie tragen wesentlich zum Verständnis der Pathophysiologie von KHK bei Menschen mit Typ-2-Diabetes bei und bieten potenzielle neue Ansätze für die Prävention und Behandlung dieser schwerwiegenden Komplikation. Sie unterstreichen die Bedeutung weiterer Forschung auf diesem Gebiet und die Rolle des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung bei der Lösung drängender Fragen im Zusammenhang mit Diabetes und seinen Folgeerkrankungen.

DZD

Luo, H et al. Cardiovasc Diabetol 23, 53 (2024); doi: 10.1186/s12933-024-02143-z



## DZD International Diabetes Research School

Das Deutsche Zentrum für Diabetesforschung (DZD) lädt Nachwuchswissenschaftler\*innen und forschende Ärzt\*innen zur 12. DZD International Diabetes Research School (DRS) ein. Die hochkarätige Veranstaltung findet vom 7. bis 9. September in Madrid statt, im Vorfeld der Jahrestagung der EASD.

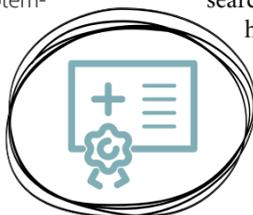
Die Konferenz bietet ein intensives Programm mit führenden Referierenden aus der Diabetesforschung. Sie richtet sich an Doktorand\*innen, Postdocs und forschende Ärzt\*innen, die sich für Diabetes- und Metabolismusforschung interessieren. Die Teilnehmenden haben die Möglichkeit, ihre eigenen Projekte in

Posterbeiträgen zu präsentieren. Diskussionsrunden und Abendveranstaltungen bieten zudem Raum für intensiven Austausch und zum Netzwerken.

Die DZD International Diabetes Research School ist der jährliche Höhepunkt von DZD NEXT, dem Nachwuchsförderprogramm des DZD für junge Talente. Teilnahme und Unterkunft sind kostenlos. Die Anmeldung öffnet im Mai. DZD

Aktuelle und weiterführende Informationen sowie ein Video zur Veranstaltung im letzten Jahr finden Sie auf der DZD-Website:

[www.dzd-ev.de/dzd-next/dzd-diabetes-research-school](http://www.dzd-ev.de/dzd-next/dzd-diabetes-research-school)





© Foto: Messe Berlin



# DIABETES KONGRESS 2024 DDG



# Tradition im neuen Gewand

## Paul-Langerhans-Vorlesung wird abwechslungsreicher gestaltet

**BERLIN.** Seit 1972 werden mit der Paul-Langerhans-Medaille Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler ausgezeichnet, die sich auf dem Gebiet der Diabetologie besondere Verdienste erworben haben. Die Verleihung während des Diabetes Kongresses hat Tradition und ist einer der Höhepunkte während der Tagung. Nun hat die Paul-Langerhans-Vorlesung, während der noch weitere Auszeich-

nungen der DDG vergeben werden, eine behutsame Auffrischung bekommen. Besuchen Sie die Veranstaltung und lassen Sie sich überraschen! Werfen Sie auch einen Blick auf die 18 Workshops und Fortbildungskurse zu verschiedenen Themen, die von Mittwoch bis Samstag angeboten werden. Für die Workshops müssen Sie sich anmelden – mehr dazu im dunkelblauen Kasten.

### Psychosoziale Aspekte

#### Einflussfaktoren auf das Ernährungsverhalten mit Diabetes

**Vorsitzende: Dr. Nicola Haller, Starnberg**  
Donnerstag, 9. Mai, 8.30–10.00 Uhr

Das Ernährungsverhalten längerfristig zu beeinflussen, ist von jeher eine Herausforderung. Ohne die Anwendung psychologischer Strategien bleibt die Platzierung der Verhaltensmodifikation schwierig. In der als Praxisdialog ausgelegten Veranstaltung „Einflussfaktoren auf das Ernährungsverhalten mit Diabetes“ werden die Einflüsse aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachtet und diskutiert. Vorgesehen sind

die Themen „Die Faktoren der Psychodiabetologie im Diabetesmanagement“, „Leitliniengerechte Ernährungstherapie“ (Dr. Stefan Kabisch, Berlin), „Ernährungspsychologie als Unterstützung in Beratungssituationen“ (Dr. Nicole Haller), „Gewichtsmanagement mit der HAWEL-Methode“ (Dr. Winfried Keuthage, Münster) und „Gesprächstechniken bei diabetesbezogenen Belastungen“ (Dipl.-Psych. Susanne Clever, Hamburg).

### Qualitätssicherung, Schulung & Weiterbildung

#### Zertifikate der DDG – was wir voneinander lernen können

**Vorsitzende: Professor Dr. Bernhard Kulzer, Bad Mergentheim, und Claus-Peter König, Dessau**  
Mittwoch, 8. Mai, 15.15–16.45 Uhr

Der Workshop wird vom Ausschuss Qualitätssicherung, Schulung & Weiterbildung der DDG ausgerichtet und dient dem Austausch sowie der Vernetzung der zertifizierten Einrichtungen der DDG sowie aller Interessierten.

Referent\*innen aus zertifizierten Einrichtungen der DDG geben Einblick in die Abläufe ihrer Einrichtung und den Mehrwert der Zertifizierungen. Im Anschluss an die

Impulsvorträge lädt der Ausschuss zur Podiumsdiskussion ein. Das Teilnahmezertifikat zu diesem Symposium kann im Rahmen der Anerkennungsverfahren Diabeteszentrum und Diabetes Exzellenzzentrum DDG ab dem zweiten Rezertifizierungsantrag als Ersatz für die passive Hospitation genutzt werden. Zum Besuch dieser Sitzung ist keine zusätzliche Workshop-Anmeldung erforderlich.

### Interaktive Workshops

- Während des Diabetes Kongresses werden 18 interaktive Workshops angeboten. Ein Workshop dauert 90 Minuten.
- Workshops werden z. B. angeboten zu den Themen Adipositas-Therapie in der DSP, Insulintherapie in der Schwangerschaft, Hybrid-AID-Systeme, Insulinpumpe für Beginnende, CGM für Einsteigerinnen und Einsteiger, CGM für Fortgeschrittene, Verbandstechniken beim DFS.
- Die Workshops finden nicht online statt und sind nach dem Kongress auch nicht on demand verfügbar.
- Es ist möglich, bei Buchung konkrete Fragen an den Workshopleitenden einzureichen.
- Die Teilnahmegebühr beträgt je Workshop 40 Euro. Sollte ein Workshop schon ausgebucht sein, können Sie sich auf die Warteliste setzen lassen – Mail an [dk.registrierung@mcon-mannheim.de](mailto:dk.registrierung@mcon-mannheim.de) genügt.

Alle Workshops und Anmelde-möglichkeit:

[diabeteskongress.de/programm/#workshops](https://diabeteskongress.de/programm/#workshops)



### Ehrungen & Preise

#### Paul-Langerhans-Vorlesung/ Preisverleihungen

**Moderation: Dr. Martina Lenzen-Schulte**  
Freitag, 10. Mai, 14.00–15.30 Uhr

Die Paul-Langerhans-Vorlesung hat Tradition – und präsentiert sich in diesem Jahr ganz neu. Als Moderatorin steht schon die bekannte Wissenschaftsjournalistin und Ärztin Dr. Martina Lenzen-Schulte fest, als Laudator konnte Professor Dr. Matthias Tschöp, selbst Träger der Paul-Langerhans- und zudem der Banting-Medaille der ADA, gewonnen werden. Höhepunkt der Veranstaltung wird natürlich der Vortrag der Preisträgerin/des Preisträgers sein.

Die Paul-Langerhans-Medaille ist die höchste Auszeichnung, die die Deutsche Diabetes Gesellschaft vergibt. Im letzten Jahr wurde sie vergeben an Lotte Bjerre Knudsen aus Dänemark, weitere Geehrte sind u. a. Professor Dr.

Peter P. Nawroth (2022) und Professor Dr. Martin Hrabě de Angelis (2021). Erster Träger der Medaille war Professor Dr. Rolf Luft aus Stockholm.

Während der Veranstaltung werden weitere Personen geehrt – Nachwuchswissenschaftlerinnen ebenso wie verdiente Forschende und Mitglieder der DDG. Verliehen werden die Hellmut-Otto-Medaille (zum Andenken an den Diabetes-Pionier Professor Dr. Hellmut Otto), die Ehrenmedaille, die DDG Ehrennadel in Gold, die Ehrenmitgliedschaft der DDG und der Young Investigator Award für Nachwuchswissenschaftler\*innen.

Erstmals werden auch die Posterpreise im Rahmen der Paul-Langerhans-Vorlesung verliehen.

### Komorbiditäten

#### Erblichkeit bei Typ-1-, Typ-2- und monogenetischem Diabetes: Schlüssel zur Therapie?

**Vorsitzende: Professor Dr. Klaus Badenhoop, Frankfurt a. M., und Professor Dr. Olga Kordonouri, Hannover**  
Freitag, 10. Mai, 10.30–12.00 Uhr

Genetische Analysen von häufigen wie seltenen Diabetesformen haben zu einem besseren Verständnis der vielfältigen Pathogenese von Stoffwechselprozessen, aber auch von variablen Diabetesverläufen geführt. In diesem Symposium sollen aktuelle Daten im Hinblick auf gezielte Therapien diskutiert werden, die für monogenetischen sowie für multifaktoriellen Diabetes relevant sind. Behandler\*innen von Kindern, von Ado-

leszenten und von Erwachsenen sind gleichermaßen angesprochen.

Vorträge sind geplant zu den Themen „Molekulare Marker bei Typ-1-Diabetes und Immuntherapie“ (Professor Dr. Peter Achenbach, München), „Genetisches Risikoprofil bei Typ-2-Diabetes und individualisierte Therapiestrategien“ (Professor Dr. Robert Wagner, Düsseldorf), „Glucokinase-modulation bei MODY2 oder anderen Diabetesformen?“ (Professor Dr. Simone Baltrusch, Rostock) und zu „FV 28: GCK-MODY im DPV-Register: ACMG-Kuratierung der Glucokinase-Gen-Varianten und klinische (Verlaufs-)Charakteristika“ (PD Dr. Claudia Böttcher, Bern).

### Politik & Querschnittsthemen

#### Ausmaß und Ursachen von Liefer- und Versorgungsengpässen

**Vorsitzende: Dr. Alexander Risse, Berlin, und Professor Dr. Martin Schulz, Berlin**  
Donnerstag, 9. Mai, 16.00–17.30 Uhr

Lieferengpässe von Arzneimitteln beeinträchtigen zunehmend die Versorgung und Betreuung von Menschen mit Diabetes. Die Gründe für die Entstehung von Liefer- und Versorgungsengpässen sind vielfältig. Im einführenden Vortrag werden von Prof. Dr. Martin Schulz Ursachen, Ausmaß und Lösungsansätze aufgezeigt. Anschließend

werden die alltäglichen Probleme aus der Perspektive der Schwerpunktpraxis (Dr. Ralf-Uwe Häußler, Berlin) sowie der öffentlichen Apotheke (Uwe Paetz, Berlin) beleuchtet und anhand von Fallbeispielen konkretisiert. Ziel des Symposiums ist es, Lösungsansätze im multidisziplinären Team zur bestmöglichen Betreuung von Menschen mit Diabetes aufzuzeigen und darüber zu diskutieren.

Dieses Symposium wird ausgerichtet von der Kommission Apotheker in der Diabetologie (BAK/DDG).

# DIABETES. UMWELT. LEBEN.

Perspektiven  
aus allen  
Blickwinkeln



**JETZT  
ANMELDEN**

**Diabetes Kongress 2024**  
08. – 11. Mai 2024, CityCube Berlin

[www.diabeteskongress.de](http://www.diabeteskongress.de)

# Rund um den Kongress: Darauf können Sie sich freuen!

Das Rahmenprogramm beim Diabetes Kongress 2024 kann sich sehen lassen

**BERLIN.** Das wissenschaftliche Fachprogramm steht klar im Vordergrund – doch es lohnt sich auch ein Blick auf die Highlights des Rahmenprogramms: die Eröffnung, DDG Lauf und DDG Night runden den Kongress ab.

## Der Diabetes Kongress 2024: So können Sie planen

### Wann? | Wo?

8. bis 11. Mai | CityCube Berlin, im Anschluss an den Kongress stehen Teilnehmenden die Vorträge sechs Monate auf der DDG Online-Plattform zur Verfügung.

### Programmplanung:

Individuelle Planung oder Programm als PDF über diabeteskongress.de oder über die App der DDG für Smartphone und Tablet. Mit der App ist auch die Teilnahme an Live-Votings möglich.



### Anmeldung unter

[www.diabeteskongress.de/registrierung](http://www.diabeteskongress.de/registrierung);  
Standardanmeldung möglich bis 30. April.

## Eröffnungsveranstaltung – es erwarten Sie: neue und inspirierende Erkenntnisse

Neue Perspektiven werden die beiden Keynote-Speaker während der Eröffnung (Mittwoch, 8. Mai, 17 Uhr) aufzeigen:

**Giles Yeo** ist ein britisch-amerikanischer Biologe. Er ist Professor für molekulare Neuroendokrinologie an der Metabolic Disease Unit des Medical Research Council und wissenschaftlicher Direktor des Genomics/Transcriptomics Core an der Universität Cambridge. Seine Forschungsschwerpunkte sind Adipositas, die Kontrolle des Körpergewichts durch das Gehirn und der Einfluss der Genetik auf das Appetitverhalten. Zudem ist Professor Yeo Wissenschaftsmoderator für die BBC und Buchautor („Why Calories Don't Count“, „Gene Eating: The Story of Human Appetite“).



Foto: Scott Chasserot

**Janis McDavid** ist ohne Arme und Beine auf die Welt gekommen. Er zeigt Menschen, wie sie kreative Lösungen finden und Ziele mutig verfolgen können. Der Speaker, Autor und Botschafter beweist selbst, dass Mut trainierbar wie ein Muskel ist – und dass es durch Training leichter fällt, Herausforderungen anzunehmen und zu bewältigen. Ziel seines Vortrags ist es, eine Vorstellung von der Kraft zu erzeugen, die in uns steckt und die wir freisetzen können – und dafür Techniken zu vermitteln.



Foto: Katy Otto

## DDG Night: Freitagabend wird gefeiert!

60 Jahre DDG! Das Jubiläum spielt natürlich auch bei der DDG Night eine Rolle – gefeiert wird am Freitag, 10. Mai, ab 19 Uhr in einem historischen Speerspeicher. Das Motto: „Let's celebrate Dreamteam DDG“. Die an der Spree gelegene Terrasse ist ideal für einen sommerlichen Empfang in angenehmer Lounge-Atmosphäre und ein lockeres Get-together mit Kolleg\*innen. Freuen können Sie sich auch auf die Sugar Doctors! Die coole Traditionsband der Diabetologie heizt Ihnen kräftig ein und bringt Bewegung in die Kongress-Party! Für den Abend sind außerdem mehrere Überraschungen geplant, auf die Sie gespannt sein dürfen.

Mehr unter [diabeteskongress.de/kongress/#ddg\\_night](http://diabeteskongress.de/kongress/#ddg_night) oder über den QR-Code



Foto: il-graphics - stockadobe.com

## Geburtstags-Tombola: Rauf aufs Rad und ab ins Glück

Die DDG bringt Sie in Schwung und verlost an ihrem Stand zwei brandneue Custom-Fahrräder im exklusiven DDG Design. Und so können Sie gewinnen:

- Besuchen Sie den DDG Stand (Stand DF 01) und werfen Sie das Los an Ihrem Namensschild in die Losbox.
- Die Teilnahme ist möglich von Mittwoch, 08. Mai, bis Freitag, 10. Mai. Teilnahmeberechtigt sind alle Kongressteilnehmenden, die ihr Ticket selbst erworben haben. Pro Person wird ein Fahrrad verlost.
- Die Gewinner\*innen werden am Freitag, 10. Mai, am DDG Stand ausgelost.



Laufen oder Walken – beides ist möglich.  
Hier der Start des Diabetes-Laufs 2023.

Foto: DDG/Dirk Michael Deckbar

## Vor Ort und virtuell und für alle: Diabetes-Lauf 2024 – „Jeder Schritt zählt!“

- **Wie lange, wo und wann?** Die 5 Kilometer lange Strecke des Diabetes-Laufs führt vom CityCube Berlin durch den Sommergarten unter dem Funkturm und zurück. Start ist am Donnerstag, 9. Mai, um 18.15 Uhr. Wer nicht vor Ort sein kann, kann sich für den virtuellen Lauf anmelden und vom 1. bis 31. Mai 2024 jederzeit und überall teilnehmen.
- **Wer?** Alle Menschen mit und ohne Diabetes, die Spaß am Laufen oder Walken haben – einzeln oder im Team. Eine Kongressteilnahme ist für den Lauf nicht erforderlich.
- **Fit werden:** Die AG „Diabetes, Sport & Bewegung“ der DDG bietet in Zusammenarbeit mit der Deutschen Sporthochschule in Köln kostenlos Trainingspläne an – einen für Anfänger\*innen, einen für Fortgeschrittene. Über den QR-Code geht's zu den Links für die Trainingspläne.
- **Anmeldung:** über [diabeteskongress.de/kongress/#diabeteslauf](http://diabeteskongress.de/kongress/#diabeteslauf) oder bis 9. Mai direkt auf dem Kongress. Die Startgebühr (25 Euro) kommt zu 100 Prozent der Kampagne #5agEsLaut von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe und Projekten der Deutschen Diabetes Stiftung zugute.



### Frage 1

Wie oft waren Sie schon auf einer Jahrestagung der DDG?

- 1 Ich bin seit 1990 auf jedem Diabetes-Frühjahrskongress – ich kenne Himmelfahrt also gar nicht anders.
- 2 Gespräche mit möglichst vielen Kongressteilnehmern, Austausch über die Versorgung von Diabetepatienten und über wissenschaftliche Themen.
- 3 Ich interessiere mich als Kliniker, der täglich die unterschiedlichsten Diabetepatienten und deren Folgeerkrankungen behandelt, für alle Therapiethemen. Genauso interessiere ich mich als Wissenschaftler für alle korrespondierenden grundlagenwissenschaftlichen Themen. Als DDG Präsident sind auch noch gesundheitspolitische Themen und Versorgungsforschung hinzugekommen.
- 4 Ich freue mich besonders auf das Symposium zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (09.05., 10.30 Uhr) und in diesem Symposium auf den Vortrag von Prof. Maio: „Die Medizin wird eine sprechende Medizin sein oder sie wird nicht sein“. Und natürlich freue ich mich auf die Feierlichkeiten zu 60 Jahren DDG.

DDG Präsident  
Prof. Dr. Andreas Fritsche

Foto: Universitätsklinikum Tübingen



### Frage 2

Was erwarten Sie vom Kongress?

- 1 An das erste Mal kann ich mich gut erinnern, das war 1998 in Leipzig. Es war die erste Teilnahme an einem Kongress auf diesem Gebiet. Seitdem war ich, bis auf zwei Mal, immer mit dabei – es ist ein fester Bestandteil des Jahres.
- 2 Erstens ist es immer eine Gelegenheit, andere Forschende persönlich zu treffen – auch mal abends. Ein Highlight für mich in diesem Jahr ist, dass sehr viele gute und bekannte Forschende aus Dänemark eingeladen wurden – auf deren Vorträge bin ich schon sehr gespannt.
- 3 Besonders interessieren mich die Symposien, die in mein Gebiet fallen und bei denen es um die Bedeutung von Sport in der Diabetesprävention geht. Ich habe auch selbst ein Symposium zusammengestellt – da bin ich sehr gespannt, was berichtet wird (Geschlechtsspezifische Unterschiede im Metabolismus, 09.05, 8.30 Uhr).
- 4 Ich bin gespannt auf die Eröffnungsveranstaltung mit Giles Yeo, den ich schon selbst erlebt habe bei extrem inspirierenden und couragierten Vorträgen. Bei ihm wird es sicherlich darum gehen, was uns steuert, wenn es darum geht, was und wie und wie viel wir essen. Das kann er sehr gut und klar rüberbringen. Und auch Janis McDavid wird sicherlich einen sehr mutmachenden Vortrag halten, basierend auf seiner eigenen Biographie.

Kongresssekretärin  
Prof. Dr. rer. nat. Cora Weigert

Foto: Hannes Schramm/Universitätsklinikum Tübingen



### Frage 3

Welche Themengebiete interessieren Sie besonders?

- 1 Ich war letztes Jahr das erste Mal dabei und freue mich, dieses Jahr wieder nach Berlin zu fahren.
- 2 Wie auch beim letzten Mal freue ich mich auf viele interessante Symposien, Vorträge und Diskussionen. Ich habe letztes Jahr viel Neues mitgenommen, einiges Wissen intensiviert und viele Themen für mich entdecken können. Ich freue mich darauf, wieder neue Kontakte zu knüpfen, einige Menschen persönlich kennenzulernen und bekannte Gesichter zu treffen. Auch dieses Jahr bin ich sehr gespannt, was ich alles für meine Arbeit und natürlich für unsere Patient\*innen in der Diabetes-Klinik Bad Mergentheim mitnehmen kann.
- 3 Symposien zu psychosozialen Aspekten, Adipositas oder Genetik des Diabetes interessieren mich besonders. Und nach Durchsicht des breitgefächerten Programms werde ich voll auf meine Kosten kommen. Es ist so viel dabei und alle Teilnehmer\*innen können für jeden Bereich etwas mitnehmen.
- 4 Besonders freue ich mich auf den Samstag und die „Zukunftsvisionen der Diabetologie“ speziell für uns Diabetesberater\*innen. Nicht zu vergessen die persönlichen Begegnungen mit Kolleg\*innen auf der DDG Night.

Regine Werk, Diabetesberaterin DDG,  
Diabetes-Klinik Bad Mergentheim

Foto: privat



### Frage 4

Worauf freuen Sie sich besonders?

  
forxiga. (dapagliflozin)

DREI INDIKATIONEN. EINE ANTWORT.

# NEUE STANDARDS SETZEN. FORXIGA®.

Der frühzeitige Einsatz von FORXIGA® lässt Ihre Typ-2-Diabetes-Patient:innen vielfach profitieren



**Effektive  
HbA1c-Senkung<sup>1</sup>**



**Schützt Herz<sup>2,3,a</sup>  
und Nieren<sup>4,5,b</sup>**



**Verträgliche<sup>1</sup>, einfache<sup>1</sup> und  
wirtschaftliche<sup>6-11,c-f</sup> Therapie**

CKD = chronische Nierenkrankheit. eGFR = geschätzte glomeruläre Filtrationsrate. G-BA = Gemeinsamer Bundesausschuss. GKV-SV = Spitzenverband Bund der Krankenkassen. HbA1c = HämoglobinA<sub>1c</sub>. HFmrEF = Herzinsuffizienz mit mäßig reduzierter Ejektionsfraktion. HFpEF = Herzinsuffizienz mit erhaltener Ejektionsfraktion. LVEF = linksventrikuläre Ejektionsfraktion. RRR = relative Risikoreduktion. a Kombiniertes primäres Endpunkt der DAPA-HF- und DELIVER-Studie bestehend aus: kardiovaskulärem Tod und einer Verschlechterung der Herzinsuffizienz.<sup>2,3</sup> b Sekundärer Endpunkt in DECLARE: eGFR-Reduktion um  $\geq 40\%$  auf  $< 60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup> oder terminale Nierenkrankheit oder renaler Tod (RRR: 47%).<sup>4</sup> c Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie gemäß G-BA-Beschluss vom 19.12.2019 gilt für Dapagliflozin sowie für Dapagliflozin/Metformin bei erwachsenen Patient:innen mit Diabetes mellitus Typ 2 mit hohem kardiovaskulärem Risiko, die weitere Medikation zur Behandlung der kardiovaskulären Risikofaktoren erhalten – und bei denen Diät und Bewegung und die Behandlung mit einem anderen oder mit mindestens zwei blutzuckersenkenden Arzneimitteln (außer Insulin) den Blutzucker nicht ausreichend kontrollieren; – und bei denen Diät und Bewegung und die Behandlung mit Insulin (mit oder ohne einem anderen blutzuckersenkenden Arzneimittel) den Blutzucker nicht ausreichend kontrollieren.<sup>8</sup> d Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen gemäß G-BA-Beschluss vom 19.12.2019 gilt für Dapagliflozin für Erwachsene mit einer symptomatischen, chronischen Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion.<sup>7</sup> e Gemäß G-BA-Beschluss: Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen für Patient:innen mit CKD ohne Herzinsuffizienz als Komorbidität; Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen für Patient:innen mit CKD mit Herzinsuffizienz als Komorbidität.<sup>10</sup> f Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen gemäß G-BA-Beschluss vom 17.08.2023 gilt für Dapagliflozin für Erwachsene mit einer symptomatischen, chronischen Herzinsuffizienz mit erhaltener Ejektionsfraktion HFpEF (LVEF  $> 50\%$ ) und mit geringgradig eingeschränkter Ejektionsfraktion HFmrEF (LVEF  $> 40$  bis 49%).<sup>11</sup> 1 Vgl. FORXIGA® Fachinformation, Stand Januar 2024. 2 Vgl. Solomon SD et al. N Engl J Med 2022; 387(12):1089-1098 (inkl. Supplement). 3 Vgl. McMurray JJV et al. N Engl J Med 2019; 381(21):1995-2008. 4 Vgl. Wiviott SD et al. N Engl J Med. 2019; 380(4):347-357 (inkl. Supplement). 5 Vgl. Mosenzon O et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2019; 7:606-17. 6 Vgl. ASP-Monitor, Stand 15.01.2024. 7 Vgl. GKV-SV, Stand 01.02.2023: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/arzneimittel/amnog\\_praxisbesonderheiten/13016pb20230113.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/arzneimittel/amnog_praxisbesonderheiten/13016pb20230113.pdf). 8 Vgl. G-BA-Beschluss vom 19.12.2019 zu FORXIGA®: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4088/2919-12-19\\_AM-RL-XII\\_Dapagliflozin\\_D-461.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4088/2919-12-19_AM-RL-XII_Dapagliflozin_D-461.pdf); G-BA-Beschluss vom 19.12.2019 zu XIGDUO®: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4089/2019-12-19\\_AM-RL-XII\\_Dapagliflozin-Metformin\\_D-462.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4089/2019-12-19_AM-RL-XII_Dapagliflozin-Metformin_D-462.pdf). 9 Vgl. G-BA-Beschluss vom 20.05.2021: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4846/2021-05-20\\_AM-RL-XII\\_Dapagliflozin\\_D-613.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4846/2021-05-20_AM-RL-XII_Dapagliflozin_D-613.pdf). 10 Vgl. G-BA-Beschluss vom 17.02.2022: [https://www.g-ba.de/downloads/39-2615282/2022-02-17\\_AM-RL-XII\\_Dapagliflozin\\_D-713.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-2615282/2022-02-17_AM-RL-XII_Dapagliflozin_D-713.pdf). 11 Vgl. G-BA-Beschluss vom 17.08.2023: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6127/2023-08-17\\_AM-RL-XII\\_Dapagliflozin\\_D-906.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6127/2023-08-17_AM-RL-XII_Dapagliflozin_D-906.pdf).

**Forxiga® 5 mg Filmtabletten, Forxiga® 10 mg Filmtabletten.**

Wirkstoff: Dapagliflozin. Verschreibungspflichtig. **Zusammensetzung:** 1 Filmtablette Forxiga® 5 mg enthält Dapagliflozin-(2S)-Propan-1,2-diol (1:1) (1 H<sub>2</sub>O), entsprechend 5 mg Dapagliflozin. 1 Filmtablette Forxiga® 10 mg enthält Dapagliflozin-(2S)-Propan-1,2-diol (1:1) (1 H<sub>2</sub>O), entsprechend 10 mg Dapagliflozin. **Sonstige Bestandteile:** Tablettenkern: Mikrokristalline Cellulose, Lactose, Crospovidon, Siliciumdioxid, Magnesiumstearat. Filmüberzug: Poly(vinylalkohol), Titandioxid, Macrogol 3350, Talkum, Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O. **Anwendungsgebiete:** Indiziert bei Erwachsenen und Kindern im Alter von 10 Jahren und älter 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, kardiovaskuläre und renale Ereignisse sowie die untersuchten Populationen, siehe Abschnitte 4.4, 4.5 und 5.1 der Fachinformation. 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. Chronische Niereninsuffizienz: Indiziert bei erwachsenen Patienten zur Behandlung der chronischen Niereninsuffizienz. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **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 Harnstoff im Blut, Gewichtsreduktion. *Selten:* diabetische Ketoazidose (bei Typ-2-Diabetes). *Sehr selten:* nekrotisierende Faszitis des Perineums (Fournier-Gangrän), Angioödem, tubulointerstitielle Nephritis. **Weitere Hinweise:** siehe Fachinformationen. **Pharmazeutischer Unternehmer:** AstraZeneca GmbH, Friesenweg 26, 22763 Hamburg, E-Mail: [azinfo@astrazeneca.com](mailto:azinfo@astrazeneca.com), [www.astrazeneca.de](http://www.astrazeneca.de), Servicehotline für Produktanfragen: 0800 22 88 660. Stand: Januar 2024.

AstraZeneca 

DE-67987/24

# »Mir gefällt es sehr gut, wenn auf Kongressen viel Interaktion ist«

Was bringt der Diabetes Kongress 2024? Der Kongresspräsident im Interview

**BERLIN.** Spannende Tage liegen vor den Teilnehmenden des Diabetes Kongresses. Wie das diesjährige Motto mit Leben gefüllt wird und worauf er selbst sich besonders freut, schildert Kongresspräsident Professor Dr. Baptist Gallwitz.

**?** Herr Professor Gallwitz, was macht für Sie einen gelungenen Diabetes Kongress aus?

**Prof. Gallwitz:** Gelungen ist ein Diabetes Kongress, wenn die Teilnehmenden alle zufrieden nach Hause fahren oder zufrieden online waren und gute Gelegenheiten hatten, sich nicht nur fortzubilden, sondern auch auszutauschen. Und natürlich, wenn aus dem Kongress neue Projekte und Zusammenarbeiten entstehen. Mir persönlich gefällt sehr gut, wenn auf Kongressen sehr viel Interaktion ist und diese auch gefördert wird. Neu im Programm ist dieses Jahr deshalb ein „Battle of Experts“.

**?** Neu ist auch das Gastland, oder?

**Prof. Gallwitz:** Wir hatten selten Gastländer. Ich kann mich erinnern, dass Ende der 90er-Jahre einmal ein DDG Kongress in Basel als Drei-Länder-Kongress Deutschland, Schweiz, Österreich stattfand. Da es immer wichtiger wird, international gut vernetzt zu sein, ist dieses Jahr unser Nachbar Dänemark das Gastland des Kongresses. Ein Grund dafür ist, dass dänische Forschende sehr involviert waren in die Etablierung der inkretinbasierten Therapien – und das ist ja eines der aktuellen Themen des Kongresses.

**?** „Diabetes. Umwelt. Leben. Perspektiven aus allen Blickwinkeln“ ist das Motto. Was ist damit gemeint?

**Prof. Gallwitz:** Wir wollten einen Rundumblick für alle Aspekte des Diabetes abbilden. Umwelt haben wir mit hineingenommen, weil Umwelt- und Medizin-Themen ganz aktuell sind. Es geht um Nachhaltigkeit, aber auch darum, wie sich der Klimawandel auf chronische Erkrankungen auswirkt. Außerdem ist Umwelt bei der Diabetesprävention ein wichtiges Stichwort: Es bedarf einer Umwelt, einer Lebenswelt, in der die gesunde Alternative immer die leichter wählbare Alternative ist.

**?** In Diskussionen in der Diabetologie schwingen derzeit die Pläne für die Krankenhausreform immer mit. Wie ist das auf dem Kongress?

**Prof. Gallwitz:** Die Reform spielt eine sehr große Rolle und wir haben dazu am Donnerstag ein Symposium, bei dem wir die Krankenhausreform aus verschiedenen Blickwinkeln betrachten. Besonders empfehlen möchte ich den Vortrag des Mediziners Professor Dr. Giovanni Maio aus Freiburg, der die Reform aus ethischer Sicht beleuchtet.

Ich freue mich sehr auf dieses Symposium und denke, es wird eine rege Diskussion geben, weil uns natürlich die Versorgung von Menschen mit Diabetes im Krankenhaus besonders wichtig ist und wir Sorge haben, dass einiges unter die Räder kommen kann, wenn wir nicht aufpassen. Was die Politik kaum auf dem Schirm hat, ist, dass jeder fünfte Patient im Krankenhaus einen Diabetes hat, aber nicht wegen des Diabetes im Krankenhaus liegt. Gerade in

kleineren Krankenhäusern brauchen wir eine gute Versorgung und müssen sicherstellen, dass diese wenn nötig über eine Öffnung der Sektorengrenzen von Schwerpunktpraxen gewährleistet wird. Es ist noch unklar, wie das gut umgesetzt werden kann. Und: Wir haben auch nicht ausreichend ambulante Versorger, die sofort einspringen könnten.

**?** Die AG Nachwuchs ist sehr engagiert. Glauben Sie, dass das umfangreiche Nachwuchsprogramm beim Kongress einige davon überzeugt, in die Diabetologie zu gehen?

**Prof. Gallwitz:** Wir haben in der Vergangenheit ja schon gesehen, dass die Bemühungen von Erfolg gekrönt sind und aus vielen der „jungen Wilden“ etablierte Diabetologinnen und Diabetologen geworden sind. Übrigens werden auch bei diesem Kongress u. a. die Mitglieder der AG Nachwuchs Buttons tragen, die dazu auffordern, sie anzusprechen.

**?** Sprechen wir über Ihre persönliche Kongressplanung: Worauf freuen Sie sich besonders?

**Prof. Gallwitz:** Das gesundheitspolitische Symposium habe ich schon erwähnt. Und ich freue mich natürlich auf die Paul-Langerhans-Vorlesung am Freitagnachmittag, die dieses Jahr neu gestaltet wird und



PROFESSOR DR. BAPTIST GALLWITZ

Der diesjährige Kongresspräsident war bis vor Kurzem stv. Direktor der Klinik Innere Medizin IV für Diabetologie, Endokrinologie und Nephrologie am Universitätsklinikum Tübingen. Seine Forschungsschwerpunkte sind u. a. die Inkretine, Prädiabetes und die Prävention von Typ-2-Diabetes. Er ist der Mediensprecher der DDG, Präsident war er von 2015 bis 2017. Prof. Gallwitz war 1984 zum ersten Mal auf einem Kongress der DDG.

Foto: © DDG/Dirk Michael Deckbar

während der auch viele Preise verliehen werden. Am Samstag findet ein weiteres Kongress-Highlight statt, nämlich das Werner Creutzfeldt-Symposium mit der Verleihung des Werner-Creutzfeldt-Preises. Creutzfeldt, ein deutscher Kliniker und Wissenschaftler, hat die Inkretinforschung maßgeblich mit auf den Weg gebracht und wäre an diesem Tag genau 100 Jahre alt geworden.

**?** Höhepunkte des Rahmenprogramms sind Diabetes-Lauf und DDG Night. Werden Sie dabei sein?

**Prof. Gallwitz:** Am Lauf werde ich auf jeden Fall teilnehmen – allerdings nicht mehr sehr schnell joggend. Aber ich denke, mein Zeitziel werde ich erreichen. Ich freue mich darauf und hoffe, dass sich noch viele anmelden – man kann ja auch virtuell mitlaufen. Die Teilnahmegebühr wird übrigens für Diabetes-Projekte gespendet. Ich denke schon, dass ich auch zur DDG Night gehe, denn für die Musik werden die Sugar Doctors zuständig sein, die schon auf vielen Diabetes Kongressen gespielt haben. Zudem ist zum diesjährigen 60. Geburtstag der DDG ein DDG Song erschienen – und dazu gibt es auch eine Choreografie. Die DDG Night wird im Spreespeicher stattfinden, mit Blick auf die Spree und die Oberbaumbrücke. Und das ist eben ein wunderbares Stück Berlin!

**?** Warum sind Sie eigentlich Arzt und dann Diabetologe geworden?

**Prof. Gallwitz:** In der Mittelstufe hatte ich die Gelegenheit, als Freiwilliger in einem Krankenhaus zu arbeiten. Ich war in einer chirurgischen Abteilung und wurde da sehr akzeptiert und auch schon etwas ausgebildet. Das hat mir großen Spaß gemacht, weil ich das Gefühl hatte, ich kann hier ganz praktisch helfen. Eigentlich wollte ich in ein operatives Fach. Das hat sich aber schon im Studium gewandelt. Ich habe immer mehr Gefallen an sprechender Medizin

»Erstmals: ein Battle of Experts«

gefunden. Auch über meine Doktorarbeit habe ich dann den Weg zur Diabetologie eingeschlagen und hatte ganz wunderbare Berufsjahre. Das Schöne an der Diabetologie ist: Es ist Teamarbeit – mit dem Patienten im Mittelpunkt. Außerdem arbeitet man mit anderen Berufsgruppen zusammen, ist immer im Austausch und kann so Patientinnen und Patienten wirklich gut helfen.

**?** Sie sind sehr engagiert in der DDG. Was treibt Sie an?

**Prof. Gallwitz:** Ich denke, das ist einfach meine Form von gesellschaftlichem Engagement. Ich kann hier meine Kenntnisse einbringen und etwas Sinnvolles tun.

**?** Mittlerweile leben Sie in Berlin. Welche Tipps haben Sie für die Kongressteilnehmenden?

**Prof. Gallwitz:** Immer einen Besuch wert ist die Neue Nationalgalerie, die durch ihre Lage am Kulturforum am Potsdamer Platz gut erreichbar ist. Die kleine Sammlung von Gerhard Richter-Bildern dort ist sehr schön gehängt. Wer Natur erleben möchte: Schön ist es, einfach rund um den Schlachtensee zu laufen. Die Restaurantwahl hängt natürlich vom individuellen Geschmack ab. Von Kolleginnen und Kollegen aus Tübingen habe ich als Abschiedsgeschenk einen Gutschein für das vegane Restaurant „Bonvivant“ bekommen, das mittlerweile einen Michelin-Stern hat. Dort haben wir einen sehr schönen und interessanten Abend verbracht und sehr gut vegan gegessen.

Interview: Günter Nuber und Nicole Finkenauer

Alle Tipps finden Sie in den Shownotes zur Podcast-Folge (QR-Code).

nachgefragt

»Inkretinbasierte Therapien sind eines der Themen«

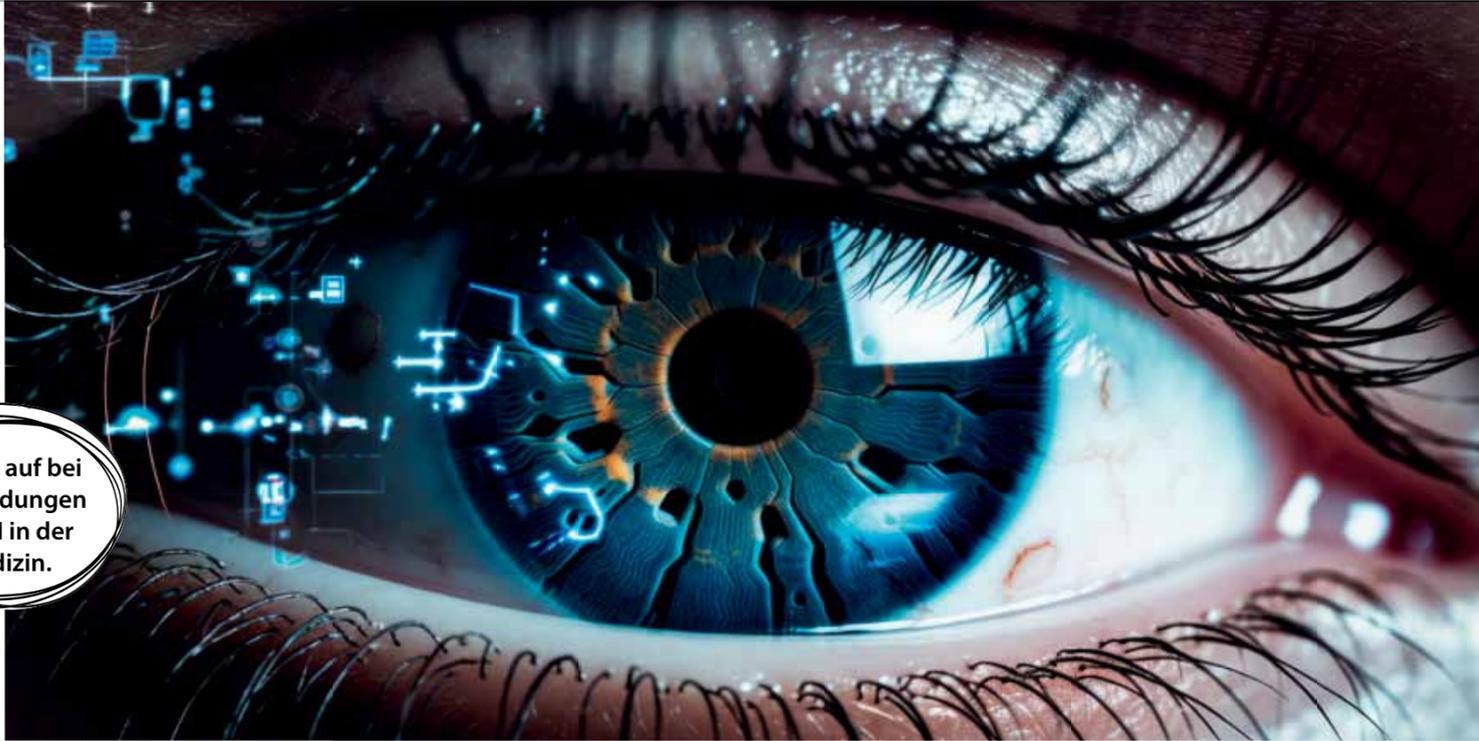
Neugierig auf die ganze Folge?

Dann hören Sie sich die Folge mit Prof. Dr. Gallwitz in voller Länge an. Ausführlich geht es darin u. a. um die Themenschwerpunkte des Kongresses, den Nachwuchs und Inkretinmimetika. Zugriff auf alle Folgen von O-Ton Diabetologie – der Podcast für Expert\*innen haben Sie auf [medical-tribune.de](http://medical-tribune.de) und allen gängigen Podcast-Plattformen.



Für den Diabetologie-Durchblick der Podcast für Expert\*innen





Augen auf bei Anwendungen von KI in der Medizin.

Foto: TheWaterMelonProject - stock.adobe.com

# Über die Lücken zwischen Anspruch und Wirklichkeit



Wie KI Diabetespraxen die Arbeit erleichtern – und Patient\*innen falsch beraten kann

**BERLIN.** Die Nutzung Künstlicher Intelligenz (KI) muss für Ärzt\*innen nicht unbedingt mit Mehrarbeit verbunden sein. Bereits eine automatische Verknüpfung der auf dem Praxis-PC gespeicherten Patientendaten könnte Muster zeigen und wertvolle Hinweise auf individuelle Risikofaktoren geben. Vorsicht ist allerdings geboten, wenn Patient\*innen sich ratsuchend an dialogbasierte Chatbots wendet.

Das Gesundheitswesen ist der Bereich, in dem Stand heute bereits die meisten KI-Anwendungen angesiedelt sind. „Eine Branche mit so vielen Daten ist einfach prädestiniert dafür“, meinte der Psychologe Professor Dr. BERNHARD KULZER vom Diabeteszentrum Mergentheim. KI-Tools könnten zuverlässig Hautkrebs erkennen, das individuelle Herzinfarktrisiko berechnen oder Menschen mit Depressionen leitliniengerecht beraten. Auch für die Prävention bzw. Früherkennung von Diabetes und seiner Folgeerkrankungen könnte man KI-Modelle einsetzen – zumindest theoretisch.

## Gut in Studien: Fundusfotografie per Smartphone

„Wenn man ausreichend viele Daten strukturiert erfasst und in Rechenmodelle integriert, sind das ganz simple Rechenoperationen“, erklärte Prof. Kulzer und betonte, es gebe keine einzige Folgeerkrankung des Diabetes, für die noch keine KI-Diagnostik existiert. Auf der internationalen Bühne am weitesten vorangeschritten sei das KI-Screening auf

Retinopathie, mit dessen Hilfe man die Inanspruchnahme des Retinopathie-Screenings deutlich verbessern könnte. Aktuell nähmen nur knapp 60 % der Patient\*innen den jährlichen Pflichttermin wahr: „Es ist mühselig. Man muss einen Termin beim Augenarzt machen, der nicht sonderlich begeistert ist, massenhaft Nicht-Befunde zu generieren“, sagte der Experte. Einfacher wäre es, in jeder Diabetespraxis ein KI-basiertes Screening-Gerät vorzuhalten und nur echte Verdachtsfälle zur Abklärung in die augenärztliche Praxis zu überweisen.

Wie wichtig eine verbesserte Früherkennung hier wäre, verdeutlichte der Vortrag von Dr. ANNIE XIA von der Klinik für Augenheilkunde an der Berliner Charité. Sie berichtete, dass gut 28 % aller Menschen mit Diabetes jenseits des 40. Lebensjahrs eine diabetische Retinopathie entwickeln. Bei diesen wiederum komme es in 13 % der Fälle zu einem potenziell visusbedrohenden diabetischen Makulaödem. Zudem sei eine Retinopathie ein eigenständiger Prognosefaktor für kardiovaskuläre und nephrologische Risiken.

Eine schnelle, nicht invasive Möglichkeit der Bildgebung und zugleich gute Basis für Algorithmen sei die smartphonebasierte Fundusfotografie. „Sie wurde in Südindien entwickelt, wo 10 % der Menschen Diabetes haben“, erzählte die Referentin. Inzwischen gebe es eine Reihe zertifizierter Adapter, die eine ausrei-

chend hohe Bildqualität ermöglichen. „Wenn man genügend viele Bilder hat, kann man diese per Deep Learning auswerten. Der Algorithmus kann lernen und Zusammenhänge erkennen.“ Unter Studienbedingungen schlugen sich Systeme wie EyeArt, IDx-DR, SELENA+ hervorragend und könnten eine (visusbedrohende) diabetische Retinopathie mit hoher Sensitivität (87 % bis 96 %) und Spezifität (88 % bis 94 %) detektieren, erklärte Dr. Xia. Unter Real-World-Bedingungen kann die smartphonebasierte Fundusfotografie mit diesen Ergebnissen aber nicht mithalten: Hier hätten sich bei der Analyse von über 300.000 Bildern der Netzhaut sehr starke Schwankungen bei Sensitivität (51 % bis 86 %) und Spezifität (60 % bis 84 %) ergeben, betonte sie.<sup>1</sup>

## Vorhandene Daten aus den Praxen besser nutzen

Auch Dr. JUSTUS WOLF, Bioinformatiker an der Technischen Universität München, attestierte KI-Anwendungen im Gesundheitswesen eine gewaltige Lücke zwischen vielversprechenden Ergebnissen in akademischen Settings versus unzu-

## »Wie reagiert die Realität auf KI?«

reichender Implementation in der realen Versorgung. Sein Zugang ist daher ein pragmatischer: „Wir müssen nun einmal mit den Daten arbeiten, die wir in der Realität haben, auch wenn sie manchmal lückenhaft oder fehlerhaft sind.“ Er sprach sich dafür aus, die in den Diabetespraxen ohnehin vorhandenen Daten besser zu nutzen, etwa um bei bestimmten Patient\*innen potenzielle Risikofaktoren besser zu erkennen.

Dr. Wolf erklärte: „In jedem Praxisverwaltungssystem (PVS) sind unglaublich viele longitudinale Daten von Menschen gespeichert, aus denen sich verschiedene Wahrscheinlichkeiten ableiten lassen.“ Hierzu zählten z. B. Alter, Hypertonie und Adipositas mit den entsprechenden Diagnosen, Therapien und Ergebnissen. „Die Daten sind nicht immer vollständig, aber das ist nun einmal die Realität“, so der KI-Experte. Sogar ohne Anbindung an eine cloud-basierte Datenbank könne eine KI

mithilfe von Mustererkennung auf spezifische Risiken hinweisen. „Das System meldet dann auf dem Dashboard der Patientenakte, dass es ein erhöhtes Risiko erkannt hat – und der Arzt entscheidet, ob er diesem Hinweis folgen möchte oder nicht.“

## Passendes PVS-Dashboard muss eingefordert werden

Der einzige Haken an diesem Vorschlag kam in der anschließenden Diskussion zur Sprache. So meinte ein Teilnehmer, man könnte durch entsprechende Verknüpfung theoretisch bereits seit 20 Jahren prognostische Daten zur diversen Folgeerkrankungen aus den PVS generieren. Allerdings stellten die PVS-Anbieter bis dato kein entsprechendes Dashboard zur Verfügung, auf dessen Oberfläche man auf einen Blick sämtliche statistischen Risikofaktoren einzelner Patient\*innen ablesen kann. „Sie werden das auch nicht von sich aus einrichten. Wir haben es in der Vergangenheit aber auch nicht eingefordert – und sollten es nun unbedingt tun!“ Antje Thiel

Diatec 2024

Lee et al. Diabetes Care 2021; 44 (5): 1168–1175; doi: 10.2337/dc20-1877

## Ratschläge von Chatbots kritisch hinterfragen

Neben Gesundheitsfachkräften loten aktuell natürlich auch viele Patient\*innen aus, wie sie das Potenzial von KI-Anwendungen für sich und ihre Therapie nutzen können. Der Psychologe Dr. DOMINIC EHRMANN vom Diabeteszentrum Mergentheim hat ausprobiert, welche Antworten dialogbasierte Chatbots wie ChatGPT oder Google Bard auf konkrete Fragen zum Diabetesmanagement geben. Während ChatGPT jeder Antwort vorausschickte, es sei kein Arzt und könne daher nur allgemeine Informationen geben – diese waren auch überwiegend fachlich korrekt – überraschte Google Bard mit zum Teil sehr abenteuerlichen Ratschlägen wie etwa, bei einem Blutzuckerspiegel über 250 mg/dl 10 bis 15 Gramm schnell wirkende Kohlenhydrate zu sich zu nehmen. „Google Bard scheint ein Muster zu haben, dass man bei hohen Glukosewerten Kohlenhydrate essen sollte. Was soll jemand aus diesen Informa-

tionen schließen, der gerade erst die Diagnose Typ-1-Diabetes erhalten hat?“, kritisierte Dr. Ehrmann. „Mein Rat: Spielen Sie ruhig einmal damit herum, um sich für das Thema zu sensibilisieren.“ Er empfahl, Patient\*innen in Schulungen aktiv darauf anzusprechen, dass dialogbasierten Chatbots nur bedingt als rund um die Uhr verfügbare Diabetesratgeber taugen.

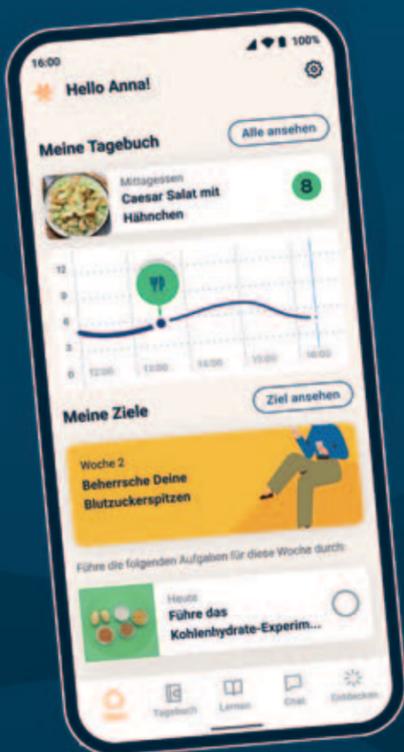
Doch auch Ärzt\*innen sollten beim Umgang mit diesen Tools Vorsicht walten lassen. So könne man sich zwar durchaus lange wissenschaftliche Studien kurz und knapp in deutscher Sprache von einem Chatbot zusammenfassen lassen. „Das sieht auf den ersten Blick auch gut aus. Doch manchmal dichtet die KI auch Dinge hinzu, die gar nicht in der Studie stehen“, warnte Dr. Ehrmann. Da hilft dann am Ende doch nur eins: die Studie selbst im Original lesen.

»KI-Diagnostik gibt es für jede Folgeerkrankung«





# Una Health für Diabetes: Digitale Intervention bei Diabetes Typ 2 jetzt auf Rezept



**Multimodal: Verbindung von Blutzucker, Lebensstil, Motivation und Therapie**

- ✳ Kombiniert Glukose- und Wearables-Daten in einer App
- ✳ **Klinisch nachgewiesene Verbesserung des HbA1c-Werts, des Gewichts und der Motivation**
- ✳ Extrabudgetär und ohne Zuzahlung für Ihre Patient:innen
- ✳ Medizinprodukt gemäß MDR, zertifizierte ISO Datensicherheit
- ✳ Treffen Sie uns auf dem DGIM-Kongress an Stand F05

Melden Sie sich direkt bei uns

+49 30 863232552    [fachkreise@unahealth.de](mailto:fachkreise@unahealth.de)    [unahealth.de/fachkreise](https://unahealth.de/fachkreise)



©2024 Una Health GmbH. Alle Rechte vorbehalten.

Una Health GmbH, Katharinenstraße 30a, 20457 Hamburg; HRB 176343; Registergericht: Hamburg



# Aroma als verräterischer Marker

Die meisten hoch verarbeiteten Lebensmittel enthalten Aroma – und verleiten so dazu, sich daran zu überessen

**LEIPZIG.** Epidemiologische Studien deuten darauf hin, dass ein häufiger Verzehr von hoch verarbeiteten Lebensmitteln (Ultra-processed Food, UPF) mit chronischen Erkrankungen wie Typ-2-Diabetes in Verbindung steht.

**H**och verarbeitete Lebensmittel enthalten oft hohe Mengen an Zucker, Salz und gesättigten Fettsäuren. Deutschland ist unter den Top Ten beim Anteil der besonders hoch verarbeiteten Lebensmittel (UPF; NOVA-Klasse 4) an der Gesamtnahrungszufuhr, präsentierte PD Dr. SABRINA SCHLESINGER, Düsseldorf, neueste Erhebungsdaten. In einem Umbrella-Review hat ihre Arbeitsgruppe fünf publizierte Studien zusammengefasst. Das Ergebnis: Ein hoher UPF-Anteil erhöhte das Risiko, an Typ-2-Diabetes zu erkranken um 74 %. Die klinische Evidenz zeige neben dem Dosis-Wirkungs-Zusammenhang potenzielle Mechanismen auf. So können Veränderungen der Lebensmittel-Matrix und -Textur die Kau- und Essgeschwindigkeit erhöhen und Auswirkungen auf die Verdauung haben.

Zu neuartigen, pflanzenbasierten Produkten („Veggie-Produkte“) seien noch keine definitiven Aussagen möglich. Derzeit unbeantwortet bleibt auch die Frage, ob der Verarbeitungsgrad oder die ernährungsphysiologische Qualität das entscheidende Kriterium für die negativen Auswirkungen von Convenience-Nahrung ist.

## UPF lassen sich durch Aromen auf der Zutatenliste detektieren

Vielen Laien fällt es schwer zu erkennen, ob ein Nahrungsmittel hoch verarbeitet und adipogen ist. Als Marker für UPF gelten kosmetische

Zusatzstoffe und nicht-kulinarische Zutaten (MUP). Um das Entdecken von Zusatzstoffen zu vereinfachen, reicht es, einen MUP auf der Zuta-

tenliste zu identifizieren, sagt Professor Dr. MATTHIAS FASSHAUER, Gießen. Als evident adipogen wurden Aromen, Süßungsmittel und Zuckerarten beschrieben, berichtete Prof. Fasshauer. Das von ihm mitentwickelte, kostenlose und unabhängige Ernährungsprogramm „Neatic“ beschränkt sich daher auf das Aufspüren dieser drei Substanzgruppen.

Während man Lebensmittel mit Aromen und Süßungsmitteln generell meiden sollte, gilt für „Zucker“ auf der Zutatenliste eine Begrenzung der Zufuhr. Fast 60 % aller UPF lassen sich allein durch das Wort „Aroma“ auf der Zutatenliste detektieren. Aromen lassen Lebensmittel besonders lecker schmecken und fördern dadurch „hedonisches Essen“ bis

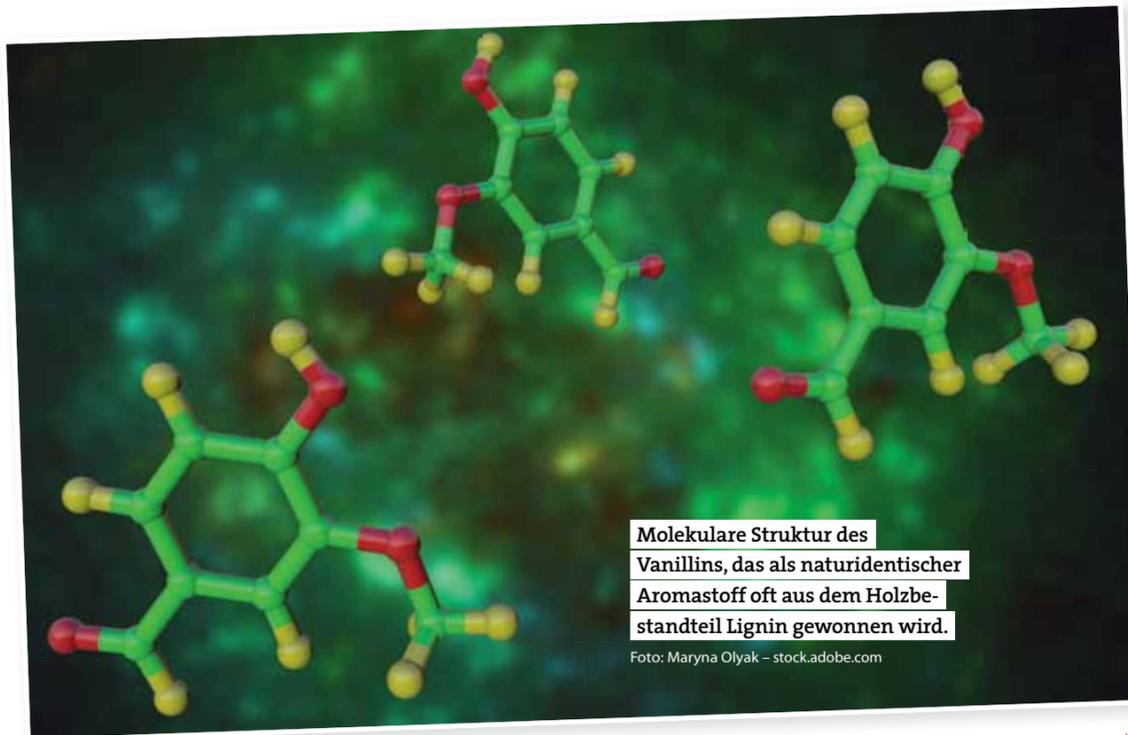
»Aromen fördern hedonisches Essen«

zum Überessen. Dadurch, dass Geschmack und Nährstoffe nicht zusammenpassen, werde außerdem die Geschmack-Nährstoff-Assoziation gestört. Dies trage ebenfalls zu Überessen und Übergewicht bei.

„Optimieren durch Kombinieren“ – das geht auf jeden Fall, in dem man z. B. frische Tomaten auf eine Fertiggpizza legt. Dieses Beispiel von Professor Dr. THOMAS SKURK, Freising, entspricht den Empfehlungen des Bundeszentrums für Ernährung ebenso wie die Verwendung von Tiefkühlgemüse oder der Tipp, frische Kräuter über das Essen zu streuen.

## Beliebte Convenience-Lebensmittel „reformulieren“

Eine weitere Möglichkeit hat Prof. Skurk mit seinem Team erprobt: die Anreicherung von „ungesunden“ Produkten wie Leberkäse mit Ballaststoffen bei gleichzeitiger Fettreduktion. In einer „Enabled Pilotstudie“ konnten die Forscher\*innen zeigen, dass diese Leberkäsevariante von den Testesser\*innen geschmacklich akzeptiert wurde. Zwischen den Testgruppen ließen sich weder signifikante Unterschiede beim Glukoseprofil noch beim Sättigungsgefühl feststellen. Ohne Verlust der Akzeptanz sei es demnach möglich, durch „Reformulierung“ eines beliebten Convenience-Lebensmittels eine deutliche Verringerung der Energiezufuhr zu erzielen. Dr. Karin Kreuel



## Hoch verarbeitete Lebensmittel

Hoch verarbeitete Lebensmittel (englisch Ultra-processed food, UPF) sind laut der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) „verzehrfertige Produkte, die durch Kombination von lebensmittelbasierten oder synthetischen Zutaten hergestellt werden. Die Zutaten sind meist nur industriell verwendete Substanzen wie hydrierte Öle, Glucose-Fructose-Sirup, Proteinisolate und Zusatzstoffe“. Diese Definition entspricht Gruppe 4 der 2010 eingeführten

NOVA-Klassifikation. Identifizieren lassen sich UPF zum Beispiel mit der Produktdatenbank „Open Food Facts“ (gibt es auch als App). In der Datenbank wird auch die Verarbeitungsstufe/NOVA-Gruppe von Lebensmitteln genannt.

[de.openfoodfacts.org](https://de.openfoodfacts.org)



# Neuer Goldstandard auch in der Früherkennung?

Kontinuierliche Glukosemessung könnte künftig oGTT ablösen

**FLORENZ.** Für Menschen mit insulinpflichtigem Diabetes sind Glukosesensoren längst unverzichtbarer Bestandteil ihrer Therapie. Doch Forschende sehen mittlerweile etliche weitere Einsatzmöglichkeiten für CGM-Systeme – etwa in der Früherkennung von Typ-1-Diabetes oder von Vorstufen von Typ-2-Diabetes.

**D**ie kontinuierliche Glukosemessung (CGM) könnte dazu eingesetzt werden, noch vor der Manifestation eines Typ-1-Diabetes den Übergang von der Normoglykämie zur Dysglykämie besser vorherzusagen. Voraussetzung hierfür sind allerdings entsprechende Antikörpernachweise. „Menschen, bei denen mindestens zwei Insel-Autoantikörper vorliegen, haben ein Lebenszeitrisiko von 100 %, an einem

Typ-1-Diabetes zu erkranken“, erklärte Professor Dr. TADEJ BATTELLINO von der Universität Ljubljana. Bei Betroffenen im Stadium 2 ( $\geq 2$  Inselantikörper nachgewiesen, Dysglykämie; Nüchternblutzucker 100–125 mg/dl und/oder Blutzuckerwert von 140–199 mg/dl zwei Stunden nach oGTT) bestehe ein Risiko von etwa 74 %, dass sich innerhalb der nächsten vier Jahre ein Typ-1-Diabetes manifestiert.

Kinder, die an Früherkennungsprogrammen wie FrIDA oder der GP-PAD Study Group teilnehmen, müs-

sen sich bis dato regelmäßig einem oralen Glukosetoleranz-Test (oGTT) unterziehen, damit der Übergang von Stadium 2 zu Stadium 3 (insulinpflichtiger Diabetes) rechtzeitig erkannt wird. „Aber Kinder hassen den oGTT und auch die Behandlungsteams sind nicht begeistert, weil der oGTT oft dazu führt, dass sich die Kinder übergeben müssen“, meinte Prof. Battelino. „Wenn wir eine Chance haben, in der Früherkennung des Typ-1-Diabetes auf den oGTT zu verzichten, sollten wir sie nutzen.“

## Ziel: einheitliches Konsensus-Statement mit Grenzwerten

Aus seiner Sicht könnte man antikörperpositive Patient\*innen auch durch regelmäßigen Einsatz von CGM überwachen. Prof. Batteli-

## CGM bei Prädiabetes: Diese Grenzwerte könnten sinnvoll sein

Auch beim CGM-Einsatz bei Prädiabetes fehlen klare Definitionen. „Man kann nicht einfach dieselben Grenzwerte ansetzen wie beim Typ-2-Diabetes“, so Professor Dr. ANDERS L. CARLSON, Minneapolis. Sinnvoller als die „Zeit im Zielbereich“ (70–180 mg/dl) sei möglicherweise die Orientierung an der „Zeit im engen Zielbereich“ (70–140 mg/dl) oder gar an der „Zeit im sehr engen Zielbereich“ (70–120 mg/dl), erklärte er mit Blick auf eine Studie, in der CGM-Profile von Menschen ohne Diabetes ausgewertet worden waren.

no präsentierte aktuelle Studien, in denen man mithilfe komplexer statistischer Berechnungen versucht hat, geeignete Grenzwerte zu ermitteln. Sein vorläufiges Fazit: Wer laut CGM 8–10 % der Zeit oberhalb von 140 mg/dl verbringt, befindet sich ungefähr im selben Diabetesstadium wie jemand, bei dem zwei Stunden nach einem OGTT ein Blutzuckerwert von 120–200 mg/dl gemessen wurde. Mehr als 15 %

Glukosewerte  $>140$  mg/dl könnten den Übergang zum manifesten Typ-1-Diabetes markieren. Ziel müsse es sein, ein entsprechendes international einheitliches Konsensus-Statement für die klinische Praxis zu erarbeiten, aus dem sowohl die CGM-Grenzwerte als auch die Frequenz des CGM-Einsatzes hervorgehen.

Ulrike Vollmer/Antje Thiel

ATTD 2024

»Den Übergang vorhersagen«

# Cave sarkopene Adipositas!

Muskelfunktion messen und auf den Erhalt der Magermasse achten

**LEIPZIG.** In der Therapie von Menschen mit Diabetes werden Veränderungen der Körperzusammensetzung und reduzierte Muskelfunktionen zu wenig beachtet. Wie wirken sich Diabetes-Pharmaka auf den Muskelerhalt aus?

Die Diabetes-Phänotypen weisen unterschiedliche Pathophysiologien auf und unterscheiden sich auch in der Körperzusammensetzung, erklärte Professor Dr. Dr. ANJA BOSY-WESTPHAL vom Institut für Humanernährung, Universitätsklinik Kiel. Bei Phänotypen mit Adipositas und schwerer Insulinresistenz wurde ebenso wie bei jenen mit Adipositas und geringer Insulinresistenz eine geringere Muskelmasse pro BMI festgestellt. Das überrascht nicht, allerdings stelle sich die Frage, ob dahinter eine sarkopene Adipositas stecke. Die zu geringe Muskelmasse bei Übergewicht ist mit einigen Komorbiditäten assoziiert. „Die rein adipozentrische Sicht ist fehlführend“, sagte Prof. Bosy-



Westphal, denn diese habe dazu geführt, dass die Bedeutung der Magermasse jahrelang übersehen wurde. Dabei sei bekannt, dass das metabolische Risiko nicht durch eine erhöhte Fettmasse, sondern durch eine verminderte Fettspeicherkapazität steige, wodurch ektope Fette akkumulieren. Bei Übergewicht und Adipositas vom Grad I könne eine bessere Muskelmasse ein Überlebensvorteil sein – ein Effekt, der als „Adipositas-Paradoxon“ bekannt sei.

Eine sarkopene Adipositas hingegen erhöhe das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen, Krebs, Diabetes, Frakturen, Gebrechlichkeit, Behinderungen, Hospitalisierung, allgemeine Morbidität und Mortalität bei gleichzeitiger Reduktion der Lebensqualität. Unterschiedliche Definitionen für sarkopene Adipositas erschweren deren Feststellung und Vergleichbarkeit in Studien, erläuterte die Vizepräsidentin der Deut-

schen Gesellschaft für Ernährungsmedizin. Daher empfiehlt sie die Definition der ESPEN/EASO (s. Kasten).

Neben Ernährungsweise, Bewegungsmangel und Alterung wirken sich Krankheitsprozesse und Medikamente auf die Entstehung der sarkopenen Adipositas aus.

### Welche Substanzen wirken wie auf die Muskelmasse?

Anteilig haben zwar alle glukosesenkenden Substanzen durch die bessere Blutzuckerreinstellung einen positiven Effekt (außer Sulfonylharnstoffen wegen Proteinabbau). Relativ gesichert ist jedoch, dass Glinide und Sulfonylharnstoffe sich insgesamt negativ auf die Muskelmasse aus-



wirken, während Metformin und DPP4-Inhibitoren nach derzeitiger Studienlage als neutral gelten. Insulin wirkt anabol, verbessert den Skelettmuskelindex und verzögert die Sarkopenieprogression. „Für SGLT2-Inhibitoren ist die Lage noch sehr unklar. Auch für GLP1-Analoga brauchen wir mehr Studien.“ Da SGLT2-Inhibitoren die Glukoneogenese fördern und dies mit einer Proteolyse der Skelettmuskulatur einhergeht,

sei es vom Mechanismus her denkbar, „dass die Muskelmasse nicht so geschont wird.“ Gemäß der „Forbes Curve“ gilt: „Je höher die Ausgangsfettmasse, desto geringer ist der Anteil der Magermas-

»Welcher Verlust der Muskelmasse ist normal?«

se am Gewichtsverlust.“ Demnach ist eine Abnahme von 10 bis 20 % des Magermasseanteils am Gesamtgewichtsverlust als physiologisch zu beurteilen (bei einer Fettmasse von 40 bis 80 kg). In einigen Studien wurden Abnahmen von rund 25 % der Magermasse unter Tirzepatid oder Liraglutid beschrieben, die Prof. Bosy-Westphal durchaus noch als physiologisch und nicht als überproportional erachtet. Vom Erhalt der Magermasse allein könne allerdings nicht auf die Muskelmasse geschlossen werden, da bei Frauen nur 45 % und bei Männern 49 % der fettfreien Körpermasse aus Muskeln bestehe.

Dr. Karin Kreuel

Diabetes Herbsttagung 2023



Fotos: Beatrix - stock.adobe.com

### Sarkopene Adipositas strukturiert ermitteln

Einem Konsensus-Statement der European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) und der European Association for the Study of Obesity (EASO) von 2022 zufolge reicht es für das Screening der sarkopenen Adipositas, BMI oder Bauchumfang zu messen und einen Fragebogen zur Funktionseinschätzung zu nutzen (z. B. SARC-F).

In der weiteren Diagnostik wird die Muskelfunktion durch Messung der Muskelkraft erhoben (z. B. Handkraftmessung) und zur Absicherung der Diagnose die Körperzusammensetzung ermittelt. Für Letzteres entwickelte eine Kieler Arbeitsgruppe eine geschlechtsspezifische Einteilung anhand kontinuierlicher Referenzbereiche (BIA), bei der Alter und BMI berücksichtigt werden.



»Muskelmasse als Überlebensvorteil«

## Effektiv schulen mit digitalen Programmen



Diese zertifizierten Programme sind in der Diabetes Schulungs-Lounge enthalten:



Flexibel, mobil, aktuell: Jetzt online durchstarten!  
[www.diabetes-schulungs-lounge.de](http://www.diabetes-schulungs-lounge.de)



# »Gelebte Kooperationen weiter stärken!«

## Über neue Chancen, aber auch drohende Gefahren in der Fußversorgung

**OSNABRÜCK.** Eine aktualisierte Fort- und Weiterbildung, eine neue Zertifizierung und ein Jubiläum. Dr. Michael Eckhard, Vorsitzender der AG Diabetischer Fuß der DDG, über die Chancen und Herausforderungen bei der Versorgung des DFS.

### Welche Versorgungsfragen waren für Sie bei der Jahrestagung 2024 der AG besonders wichtig?

**Dr. Michael Eckhard:** Einmal mehr wurde deutlich, wie essenziell es ist, die verschiedenen Disziplinen und Professionen in die Versorgung der DFS-Patient\*innen frühzeitig einzubeziehen und die Behandlungsziele und -modalitäten zwischen den Behandelnden und orientiert am Patientenwohl abzustimmen. Das genau ist auch das Ziel der knapp 300 durch die AG Diabetischer Fuß der DDG zertifizierten Fußbehandlungseinrichtungen in Deutschland.

### Wer sollte den Hut aufhaben?

**Dr. Eckhard:** Ein sogenannter „Koordinationsarzt DFS“ ist hier notwendig, ein „Kümmerer“. Meist sind das Diabetolog\*innen, die sich in den Zentren mit großem Engagement für eine sehr gut strukturierte Behandlung einsetzen.

### Bei der Tagung wurde auch das aktualisierte Fort- und Weiterbildungs-Curriculum für Fuß- und Wundassistenten DDG vorgestellt. Wie viele haben es schon absolviert?

**Dr. Eckhard:** Seit Beginn dieses Qualifizierungsprojekts konnten mehr als 3.900 Wundassistent\*innen DDG weitergebildet werden. Das ist herausragend. Jetzt wurde dieses Curriculum modernisiert, um Module für Blended Learning ergänzt und noch spezifischer auf die Versorgung

von Menschen mit DFS ausgerichtet (s. Kasten). Zudem haben wir die konsentierten Risikoklassen der PG31 zur Schuh- und Einlagenversorgung bei DFS und gleichzeitig als Verordnungshilfe als Begleitbogen verabschieden und veröffentlichten können. Nun sollen diese für eine indikationsbezogene, adäquate und wirtschaftliche Verordnung mit den Kostenträgern und dem Medizinischen Dienst als unterstützendes Instrument für eine transparente und nachvollziehbare Kommunikation vereinbart werden (s. Kasten).

### Diskutiert wurde auch die Krankenhausreform, die stationär etablierte Fußbehandlungszentren bedroht. Wie lässt sich das verhindern?

**Dr. Eckhard:** Krankenhausstrukturreform, Transparenzgesetz und der Katalog für ambulantes Operieren böten im Grunde die Chance, solche spezialisierten Zentren wie unsere zertifizierten Fußbehandlungseinrichtungen zu stärken und zu fördern. Grundlage dieser Spezialisierung ist eine über Disziplinen und Professionen hinweg strukturierte,

»Misstände beheben statt sie zu zementieren«

### INTERVIEW



**Dr. Michael Eckhard**  
1. Sprecher der Arbeitsgemeinschaft Diabetischer Fuß  
Foto: Schaper für GZW

abgestimmte Zusammenarbeit. Solche gelebten Kooperationen müsste man durch Finanzierung der Vorhaltung von Expertise stärken. Doch es besteht große Gefahr, dass diese Spezialisierungen nicht hinreichend gewürdigt werden, manchen Zentren droht schlimmstenfalls das „Aus“.

### Durch neue Leistungsgruppen?

Ja. Die Reform sieht ein Eindampfen von bisher über 1.000 Diagnosen und Diagnosegruppen auf nur 60 Leistungsgruppen vor. Dabei sind fachärztliche Qualifikationen nach der ärztlichen Muster-Weiterbildung strukturgebend und bestimmen, wer künftig welche Leistungen erbringen und abrechnen darf. Es droht verkannt zu werden, dass sich Expertise – erst recht bei einem solch interdisziplinären Feld wie der Versorgung des DFS – nicht zwingend an Facharzt-Zertifikaten oder der Größe einer Klinik festmacht. Entscheidend ist vor allem eine gelebte Kooperation auf Augenhöhe mit Spezialist\*innen aller benötigten Disziplinen und Professionen. Solche funktionierenden spezialisierten Zentren bestehen häufig zwischen Abteilungen kleinerer Kliniken oder auf der Ebene von Fachklini-

### »Behandlungsziele abstimmen«

ken. Diese sind aber bisher bei der Definition von Leistungsgruppen noch nicht oder zumindest nicht hinreichend berücksichtigt. Dies könnte schlimmstenfalls bedeuten, dass interdisziplinär ausgerichtete Zentren, die auf die DFS-Versorgung spezialisiert sind, ihre Leistung nicht mehr anbieten dürfen oder können, da kein Refinanzierungskonzept besteht – was nicht zu hoffen ist.

### In diesem Jahr steht ein Jubiläum an: Die Zertifizierungen zur Sicherstellung einer Behandlungsqualität, die sich am wissenschaftlichen Stand orientiert, vergibt die AG Diabetischer Fuß der DDG seit nunmehr 20 Jahren. Was macht sie so erfolgreich und wo besteht weiter Handlungsbedarf?

Die Bedeutung der Implementierung zertifizierter Fußbehandlungseinrichtungen vor 20 Jahren kann man nicht hoch genug schätzen. Die

Überprüfung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die Versorgung eines Krankheitsbildes ist auch im internationalen Vergleich herausragend. Nationale und internationale Daten zeigen, dass sich die DFS-Behandlung durch eine rechtzeitige Zuweisung von DFS-Patient\*innen an spezialisierte Zentren signifikant verbessern lässt. Das betrifft Abheilungsraten und -dauer, Rezidivraten und die Amputationshäufigkeit. Leider ist diese Optimierung in der Versorgungsqualität wesentlich auf die intrinsische Motivation der Behandelnden zurückzuführen. In den meisten Regionen unseres föderalen Systems ist es nicht gelungen, diese Qualität durch gesundheitspolitische Rahmenbedingungen zu stärken, vor allem im stationären Bereich. Bisher kann nahezu jedes Krankenhaus die Leistungen zur Behandlung des DFS abrechnen – ob die interdisziplinäre und interprofessionelle Versorgungsqualität gegeben ist oder nicht. Das ist ein Missstand, der mit den anstehenden Reformen behoben und nicht etwa zementiert werden sollte. *Interview: Angela Monecke*



### Weitere Informationen

■ Hier geht es zum kürzlich aktualisierten Fortbildungsangebot. Die Aktualisierung stellt den Fokus auf das Diabetische Fußsyndrom stärker heraus:



[www.ddg.info/ddg-akademie/fuer-gesundheitsfachkraefte/fuss-und-wundassistentin-ddg](http://www.ddg.info/ddg-akademie/fuer-gesundheitsfachkraefte/fuss-und-wundassistentin-ddg)

■ Die S3-Leitlinie, Internationale Guidelines, DDG Praxisempfehlungen zum DFS und vieles mehr finden Sie hier:



[ag-fuss-ddg.de/die-ddg/arbeitsgemeinschaften/diabetischer-fuss/leitlinien](http://ag-fuss-ddg.de/die-ddg/arbeitsgemeinschaften/diabetischer-fuss/leitlinien)



## Interdisziplinäre Expertise rettet Füße

Jahrestagung der AG Diabetischer Fuß der DDG stellt Versorgung des DFS in den Fokus

**OSNABRÜCK.** Was kann besser laufen in der Versorgung des Diabetischen Fußes? Knapp 300 Spezialist\*innen der Arbeitsgemeinschaft Diabetischer Fuß der DDG haben dieses Thema im Februar bei ihrer 32. Jahrestagung intensiv diskutiert – entweder vor Ort oder online.

Pro Jahr erkranken hierzulande zwischen 550.000 bis 850.000 Menschen mit Diabetes an einem Diabetischen Fußsyndrom (DFS). Die Hälfte von ihnen bringt infizierte Fußläsionen mit, 20 % davon müssen stationär behandelt werden. Nationale und internationale Daten zeigen, dass sich durch eine rechtzeitige Versorgung durch ein qualifiziertes, interdisziplinär arbeitendes Team von Spezialist\*innen die Zahl von Amputationen wirksam reduzieren lässt.

Über die „lebendig gewordene Vielfalt der Blickwinkel auf das Krank-



Das Vorstandsteam der Arbeitsgemeinschaft Diabetischer Fuß der DDG während der Jahrestagung in Osnabrück.

Foto: privat

heitsbild des Diabetischen Fußes in einem konstruktiven und wertschätzenden Dialog mit so vielen Fuß-Begleiterten“, freute sich Chefarzt Dr. FLORIAN THIENEL, der mit seinem Team des Diabetes Zentrums am Christlichen Krankenhaus Quakenbrück die Jahrestagung 2024 ausge-

richtet hat. Der Fußexperte betont die besondere Rolle der AG, in der sich Behandler\*innen aus Diabetologie, Chirurgie, Gefäßchirurgie, Angiologie, Psychologie und unterschiedliche Professionen wie Orthopädienschuhtechnik, Podologie, Wundmanagement und Diabetesbe-

### 20 Jahre erfolgreiche Zertifizierung

Rund 100 der deutschlandweit knapp 300 durch die AG Fuß der DDG zertifizierten Fußbehandlungseinrichtungen präsentierten bei der Jahrestagung ihre aktuellen Daten, um erstmalig oder erneut das für jeweils drei Jahre gültige Gütesiegel zu erlangen. Diese Zertifizierungen zur Sicherstellung einer am wissenschaftlichen Stand orientierten adäquaten Behandlungsqualität nimmt die AG Fuß der DDG seit 20 Jahren erfolgreich vor. Beim Diabetes Kongress in Berlin wird dieses Jubiläum gewürdigt.

ratung vereinen. Die „Ökosysteme“, die rund um die von der AG zertifizierten Behandlungseinrichtungen entstanden sind, funktionierten effektiv, so Dr. Thienel, schwierig werde es für Menschen mit diabetischen Fußulzerationen oft, wenn sie außerhalb dieser Netzwerke Rat und

Hilfe suchten. „Die Vermittlung in eine qualifizierte Weiterbetreuung“ erfolge dann „leider nicht regelhaft“, kritisiert er.

Vor allem die Krankenhausreform treibt die Fachleute weiter um. „Statt hervorragend interdisziplinär etablierte Behandlungsstrukturen bundesweit weiter auszurollen, droht vielmehr, dass die stationär etablierten Fußbehandlungszentren der Krankenhausstrukturreform zum Opfer fallen könnten“, so Dr. MICHAEL ECKHARD, Sprecher der AG (siehe Interview). Die Bedeutung qualitätskontrollierter, interdisziplinärer, an einem speziellen Krankheitsbild ausgerichteter Behandlungszentren müsse entsprechend berücksichtigt werden, fordert die AG. Bei der gegenwärtigen Definition sogenannter Leistungsgruppen sei dies bislang „aber nicht der Fall“, so Dr. Eckhard. *Angela Monecke*

Jahrestagung der AG Diabetischer Fuß

## MELDUNGS SCHNIPSEL

**BERLIN.** Ein Stolperstein erinnert seit März in der Bamberger Straße 17 an den jüdischen Arzt und Medizinprofessor Felix Hirschfeld (1863–1938). Er war als niedergelassener Arzt und Internist tätig, sein Fokus lag u. a. auf Ernährungsmedizin und der Behandlung des Diabetes mellitus.

**DÜSSELDORF.** Professor Dr. Stephan Martin, Chefarzt für Diabetologie und Direktor des Westdeutschen Diabetes- und Gesundheitszentrums (WDGZ), des VKKD wurde mit dem Verdienstorden des Landes Nordrhein-Westfalen geehrt.

# Verblüffende Gesetzmäßigkeit

## Gompertz-Gesetz sagt Sterblichkeit bei Typ-2-Diabetes voraus

**DÜSSELDORF.** Es gibt eine Gesetzmäßigkeit für den Zusammenhang von Sterblichkeit und Lebensalter bei Menschen mit Diabetes – das haben Forschende des Deutschen Diabetes-Zentrums (DDZ) und des Robert Koch-Instituts entdeckt.

Das Gompertz-Gesetz basiert auf der Beobachtung, dass sich biologische Prozesse im Körper im Laufe des Lebens so verändern, dass es zu einem höheren Risiko für Krankheiten und letztendlich zum Tod kommt. Die Entwicklung der Sterblichkeit erfolgt dabei nicht linear, sondern exponentiell, beschleunigt sich also immer mehr, je älter man wird. Benjamin Gompertz (1779–1865), nach dem das Gesetz benannt worden ist, war ein britischer Mathematiker, der die Forschungsgruppe unter Leitung des DDZ nutzte Gompertz-

Modelle, um die Sterblichkeit im Zusammenhang mit Typ-2-Diabetes genauer zu untersuchen. „Es ist dabei extra bemerkenswert, wie gut die Sterblichkeit bei Menschen mit Diabetes durch das Gompertz-Gesetz vorhergesagt werden kann.“

### Überraschend genaue Vorhersage möglich

Auf einer Skala von 0 % bis 100 % wurden Werte von über 97 % erreicht – solch gute Prognosen findet man nur äußerst selten in der empirischen Forschung“, sagt Erstautor Professor Dr. OLIVER KUSS, Direktor des Instituts für Biometrie und Epidemiologie am DDZ. Für ihre Auswertung lagen den Forschenden die Daten aller gesetzlich Versicherten (über 47 Millionen Beobachtungen, über 6 Millionen davon mit Diabetes) aus dem Jahr 2013 vor. Diese wurden für ein Jahr nachverfolgt. Beobachtet wurden in diesem

Zeitraum mehr als 760.000 Sterbefälle, davon 288.000 bei Menschen mit Diabetes.

Die Studie zeigt, dass die Sterblichkeit bei Menschen mit Diabetes in Deutschland ab dem 30. Lebensjahr jedes Jahr konstant um 8,3 % bei Männern und um 10,2 % bei Frauen steigt. „Der stärkere Anstieg der Sterblichkeit bei Frauen ist jedoch erklärbar: Die Lebenserwartung von Frauen ist grundsätzlich höher als bei Männern, da sie von einem niedrigeren Basisniveau der Sterblichkeit starten. In hohen Lebensaltern erfolgt eine Angleichung der Sterblichkeit, sodass der Unterschied zwischen den Geschlechtern dann immer kleiner wird“, erklärt Prof. Kuß die Ergebnisse.

### Anstieg der Sterblichkeit bei Frauen größer als bei Männern

Interessanterweise konnte die Gültigkeit des Gompertz-Gesetzes auch

in der Gruppe der Menschen ohne Diabetes nachgewiesen werden: Die Sterblichkeit von Frauen mit Diabetes war nahezu identisch mit der von Männern ohne Diabetes. „Der allgemeine Vorteil der Frauen bei der Lebenserwartung geht also verloren, wenn sie an Diabetes erkrankt sind“, folgert der Experte.

Festgestellt wurde zudem, dass die Wahrscheinlichkeit, dass ein Mensch mit Diabetes vor einem Menschen ohne Diabetes stirbt, bei Frauen 61,9 % und bei Männern 63,3 % beträgt. „Diese Untersuchung unterstreicht die Notwendigkeit einer frühzeitigen Vorsorge, Erkennung und Behandlung des Typ-2-Diabetes“, fordert Professor Dr. MICHAEL RODEN, Direktor der Klinik für Endokrinologie und Diabetologie am Universitätsklinikum Düsseldorf und Direktor des DDZ. **DZD**

Kuss O et al. Acta Diabetol (2024); doi: 10.1007/s00592-024-02237-w

Die Sterblichkeit bei Menschen mit Diabetes steigt ab dem 30. Lebensjahr an.

Foto: 4th Life Photography – stock.adobe.com

»Die Untersuchung zeigt, wie notwendig Vorsorge ist«

## Jetzt bestellen!



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

Ja, ich bestelle \_\_\_\_\_ Exemplare  
Gebühren-Handbuch 2023 / **Gedruckt und digital**  
zum Preis von nur 49 € inkl. Porto/Verpackung gegen Rechnung, zahlbar nach Erhalt.  
(ISBN-Nr.: 978-3-938748-22-0). Den Code zur Online-Aktivierung finden Sie in der Print-Ausgabe.

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

Empfohlen von:  
**ARZT & WIRTSCHAFT** **MEDICAL TRIBUNE**

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

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

## Das Gebühren-Handbuch 2023

# Gedruckt und digital: Die praktische Kombi für alle Fälle

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

**Wertvolle juristische Kommentierungen – leserfreundlich aufbereitet**

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

Diese Kombination kostet jetzt nur 49 €

Fotos: StockPhotoPro – stock.adobe.com, warmworld – stock.adobe.com

# »SGLT2-Hemmer und mehr: Wie früh die Therapie ansetzen?«

Professor Dr. Christoph Wanner über den heute möglichen medikamentösen Herz- und Nierenschutz bei Diabetes

**WÜRZBURG/OXFORD.** Euphorie bei Forschenden auf der ganzen Welt: Endlich ist eine effektive Therapie der diabetischen Nephropathie möglich. Auch beim Herzschutz tut sich viel. Einer der renommiertesten Experten auf diesem Gebiet ist Professor Dr. Christoph Wanner, mittlerweile Seniorprofessor in Teilzeit am Deutschen Zentrum für Herzinsuffizienz in Würzburg sowie an der University of Oxford. Das Interview gab er uns während eines Aufenthalts in Zürich.

## INTERVIEW



**Professor Dr. Christoph Wanner**  
\*Seniorprofessor  
Foto: privat  
Deutsches Zentrum für Herzinsuffizienz  
Würzburg

**?** SGLT2-Hemmer werden heute nicht nur als Antidiabetika zur Therapie des Typ-2-Diabetes eingesetzt – sie schützen auch Herz und Nieren. Im Fokus stehen in den letzten Jahren Indikationserweiterungen für Herz- und Niereninsuffizienz. Was bedeutet das für den Herz- und Nierenschutz von Menschen mit Typ-2-Diabetes?

**Prof. Dr. Christoph Wanner:** Man kann die SGLT-2-Hemmer jetzt als organprotektive Therapien auffassen. Die Erweiterung der Indikationen zur Behandlung der kardiovaskulären Erkrankungen der HFpF und HFrEF und die jetzt relativ breite Indikation für chronische Nierenerkrankung machen es für Allgemeinärzt\*innen und Internist\*innen sehr einfach, diese Therapien anzuwenden, zumal sie inzwischen größtenteils Praxisbesonderheiten sind, also Wirkstoffe mit Sonderrolle in der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Die Kritik daran ist, dass es die Therapien eventuell zu einfach macht, wenn man nicht mehr zwischen diastolischer oder systolischer Dysfunktion (HFpF, HFrEF) unterscheiden muss. Es stellen sich Fragen wie: Muss bei den Patient\*innen noch ein Herzecho gemacht werden? Braucht man den NT-pro-BNP-Wert noch? Oder kann man einfach nach klinischer Symptomatik vorgehen, um die Herzinsuffizienz zu behandeln. Aufgrund des einfachen Zugangs zu diesen Medikamenten sind sie mittlerweile Standard of Care geworden und auch übergreifend in alle Versorgungsleitlinien – internationale und jetzt auch nationale – aufgenommen worden. Dies mit

relativ homogener Sprache, also ohne Dissens. Die Daten sind für die regulatorischen Behörden demnach ziemlich eindeutig.

**?** Vor knapp anderthalb Jahren musste die EMPA-KIDNEY-Studie aufgrund ihrer positiven Ergebnisse bei einer breiten Population vorzeitig beendet werden (wir berichteten in der dz 11/22). In einem Follow-up wurden die Patient\*innen nun weitere zwei Jahre nachbeobachtet. Gibt es inzwischen eine verlässliche Einschätzung der Wirkung von Empagliflozin auf den renalen Erkrankungsfortschritt, die kardiovaskuläre Sterblichkeit und andere klinische Endpunkte?

**Prof. Wanner:** Die Ergebnisse der Follow-up-Studien werden voraussichtlich beim europäischen Kardiologenkongress Ende August in London präsentiert. Die Studien sind aber quasi als ein „Zusatzbonbon“ zum Verlauf zu werten, denn sie werden die Grundeinstellungen zu diesen Therapien vermutlich nicht verändern.

Die EMPA-KIDNEY-Studie hat gezeigt, dass man auch nicht-diabetische und chronische Glomerulonephritiden, also seltene Nierenerkrankungen, überzeugend mit dem Wirkmechanismus der hämodynamischen Wirkung auf die Niere behandeln kann. Daher setzen Nephrolog\*innen bei Patient\*innen mit seltenen Nierenerkrankungen wie einer Glomerulonephritis die SGLT2-Hemmer jetzt sehr breit ein. Das bedeutet nicht, dass man nicht noch spezifische Therapien braucht. Man kann nun aber die Progression der chronischen Nierenerkrankung in jedem Stadium bis zu einer glomerulären Filtrationsrate von 20 ml/min pro 1,73 m<sup>2</sup>, also einer Nierenleistung von 20 %, gut verzögern und den Menschen Zeit schenken vor der Dialyse – ob mit oder ohne eine Diabeteserkrankung.

Wir sind jetzt so optimistisch, dass wir schon einen Schritt weitergehen und darüber nachdenken: Wie früh

kann man diese Behandlung einsetzen, damit man nicht erst spät auf eine Progressionsverzögerung reagiert und erst dann die Nierenfunktion stabilisieren kann. Hier brauchen die Nephrolog\*innen die Hilfe der Internist\*innen, da bei ihnen der Großteil der Menschen mit Diabetes vor einer Nierenfunktionsverschlechterung behandelt wird.

**?** Für Diabetespatient\*innen mit chronischer Nierenerkrankung gibt es neuerdings als dritte Therapiesäule – neben ACE-Hemmern bzw. AT1-Rezeptor-Blockern und SGLT2-Inhibitoren – den nicht steroidalen Mineralkortikoidrezeptorantagonisten Finerenon. Um ihn rechtzeitig einzusetzen, muss die CKD bei Diabetes jedoch früh erkannt werden. Wie gut lässt sich das in der Praxis realisieren und was macht diese Therapie so vielversprechend?

nicht in Konkurrenz, sondern da man diese Medikamente als komplementär betrachtet, wird versucht, sie in einer relativ überschaubaren Zeit von etwa drei Monaten mit diabetischer Nierenerkrankung in Kombination mit SGLT2-Hemmern zu implementieren. Wir brauchen die drei Säulen, um die Patient\*innen vor der Dialyse zu bewahren: Man kann beispielsweise über eine Polypille die Hypertonie einstellen und die organprotektiven Therapien dann alle unterbringen. Das ist auch die Vorstellung von internationalen Expert\*innen. Die Hausärzt\*innen sehen das natürlich anders, da sie die Realität des täglichen Lebens ihrer Patient\*innen kennen. Science ist global, die Implementierung ist lokal. In Deutschland haben wir aber ganz gute Bedingungen: Diese Medikamente werden erstattet.

Neue Medikamente schützen Herz und Nieren bei Diabetes.



Foto: puckillustrations - stock.adobe.com

**Prof. Wanner:** Hier geht man einen ganz anderen Mechanismus an. Während man mit SGLT2-Hemmern den Druck in der Niere im Glomerulus und die Hyperfiltration behandelt, geht man mit diesem steroidalen Mineralkortikoidrezeptorantagonisten (nsMRA) die Fibrose an, also die entzündliche Komponente einer diabetischen Nierenerkrankung. Damit eröffnen sich uns viele neue Möglichkeiten: Wir brauchen alle drei Therapieprinzipien.

**?** Wie kombiniert man diese Therapien dann am besten?

Ich sehe die SGLT2-Hemmer und den neuen Wirkstoff jedenfalls

»Wir sind sehr optimistisch«

me eröffnen sich nun aber sehr viele neue Möglichkeiten, wenn man GLP-1-RA einsetzt. Semaglutid, das bei Menschen mit Übergewicht oder Adipositas bereits eine herzschützende Wirkung zeigt, wird vermutlich am 24. Mai 2024 als vierte Säule für die Nierenerkrankungen in die Leitlinien aufgenommen. Zu diesem Termin wird auch die FLOW-Studie publiziert. Sie untersucht die renalen Outcomes unter einmal wöchentlich verabreichtem Semaglutid bei Menschen mit Typ-2-Diabetes und chronischer Nierenerkrankung. Diese Studie wurde aufgrund einer 24-prozentigen Reduktion des primären Endpunktes abgebrochen.

**?** Ein ganzes Bündel an neuen medikamentösen Maßnahmen. Was sagen die Hausärzt\*innen dazu?

Diese Ansätze machen es nicht einfacher, die Therapien umzusetzen. Denn es kommt – neben den drei genannten Säulen – eine weitere (bei Typ-2-Diabetes ggf. neben der Insulintherapie) Injektion mit einem Pen auf die Patient\*innen zu. Es wird dauern, dies in der hausärztlichen Praxis zu implementieren.

**?** Wie sieht es mit dem präventiven Ansatz in der hausärztlichen Praxis derzeit aus?

**Prof. Wanner:** Über die glomeruläre Filtrationsrate und das Kreatinin wird in den Hausarztpraxen die Nierenfunktion bereits ganz gut bestimmt. Es fehlt jedoch weiter an der Albuminuriebestimmung. Die „DEGAM-Leitlinie zur Versorgung von Patient\*innen mit nicht-dialysepflichtiger Nierenerkrankung in der Hausarztpraxis“, deren Überarbeitung im Juni 2024 fertiggestellt sein soll, enthält dann die Kategorien zur Albuminuriebestimmung (Albumin/Kreatinin-Quotient). Diabetespatient\*innen sollte spätestens ab einer Nierenleistung von 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> an die Nephrologie überwiesen werden. Alle Disziplinen müssen Hand in Hand arbeiten: Kardiologie und Diabetologie, Nephrologie und Allgemeinmedizin. Ich habe es neulich so formuliert: Wenn Hausärzt\*innen mit Diabetolog\*innen und Endokrinolog\*innen zusammenarbeiten, braucht man vielleicht keine Nephrolog\*innen mehr. Die Nierenfachärzt\*innen sehen diese Aussage eher gelassen: Ihnen bleibt auch so noch sehr viel Arbeit.

Interview: Angela Monecke

»Wir brauchen drei Therapiesäulen, um die Patient\*innen vor der Dialyse zu bewahren«

# MEDICAL REPORT

## Hypertonie-Therapie: Chlortalidon – die Alternative zu Hydrochlorothiazid

2-3fach stärkere Blutdrucksenkung auch in kleinster Dosierung

Die Nationale VersorgungsLeitlinie Hypertonie betont die überlegene antihypertensive Wirksamkeit von Chlortalidon (CTN) im Vergleich zu Hydrochlorothiazid (HCT) bei üblicher Dosierung.<sup>1</sup> Aufgrund der längeren und stärkeren Wirksamkeit ist es in der Mono- oder Kombinationstherapie von Bluthochdruck ein Mittel der ersten Wahl.

Chlortalidon wird seit über 60 Jahren als bewährte Substanz in der Therapie des Bluthochdrucks eingesetzt. Unter den Diuretika überzeugt es durch eine hervorragende Evidenzlage zur Wirksamkeit.<sup>2</sup> Da viele Patient\*innen in der diabetologischen Praxis auch wegen Bluthochdruck als häufiger Komorbidität behandelt werden, ist es wichtig zu wissen, dass die Wirksamkeit von CTN auch in dieser Situation belegt ist.<sup>3</sup>

### Hoher Stellenwert in den Leitlinien

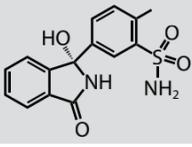
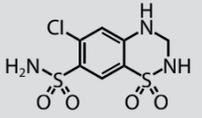
Seit ihrer Einführung in den 1960er Jahren sind Diuretika ein wesentlicher Baustein der antihypertensiven Therapie. Sie werden sowohl in der initialen Monotherapie bzw. bei hohem kardiovaskulärem Risiko in der initialen Zweifachkombination als auch in Stufe 2 als Teil der Dreifachkombination empfohlen. Zusätzlich werden sie in Stufe 3 als Teil einer erweiterten Dreifachkombination mit anderen Medikamenten vorgeschlagen – so die derzeit gültigen Leitlinien der europäischen (ESC/ESH)<sup>4</sup> und der deutschen Fachgesellschaft.<sup>5</sup> CTN erhielt jeweils den höchstmöglichen Empfehlungs- und Evidenzgrad (IA). Unter den Diuretika nimmt

Chlortalidon eine besondere Stellung ein. Es ist einer der am besten untersuchten Wirkstoffe in der Hypertonie-Therapie. Bisher wurden mehr als 560 klinische Studien zu diesem Blutdrucksenker durchgeführt, darunter einige bekannte und große Patientenzahlen umfassende Meilenstein-Studien, wie SHEP (Systolic Hypertension in the Elderly Program)<sup>6</sup> und ALLHAT (Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to prevent Heart Attack Trial).<sup>7</sup>

### Chlortalidon: Überlegene Wirksamkeit versus HCT

In diesen Studien wurde Chlortalidon jeweils als Leitsubstanz in der initialen Therapie verwendet und zeigte eine signifikante Risikoreduktion. Im direkten Vergleich mit HCT erwies sich Chlortalidon (Hygroton<sup>®</sup>) als 2–3 mal stärker blutdrucksenkend<sup>8</sup>, wodurch bereits bei geringerer Dosierung die gewünschte Blutdrucksenkung erzielt wurde. Auch die Ergebnisse einer Metaanalyse sprechen

### Kurzprofil CTN und HCT

Wirkstoffe	Chlortalidon (CTN) seit 1959	Hydrochlorothiazid (HCT) seit 1958
Tagesdosis <sup>10</sup>	12,5–50 mg	12,5–50 mg
Strukturformel		
Halbwertszeit <sup>10</sup>	40–60 Stunden	6–8 Stunden
Verträglichkeit	thiazidübliche Nebenwirkungen	thiazidübliche Nebenwirkungen, aber: Hautkrebsrisiko <sup>11</sup>

dafür, dass CTN gegenüber HCT der Vorzug gegeben werden sollte.<sup>9</sup> Sie umfasst 9 Head-to-Head-Studien, davon 7 randomisierte, kontrollierte Studien (RCT, davon 3 in der Kombinationstherapie und 4 in der Monotherapie) und 2 Beobachtungsstudien. Die verwendeten Dosierungen betragen 6,25–25 mg/d für CTN und 12,5–50 mg/d für HCT im Zeit-

raum der Studiendauer von bis zu 7 Jahren. Insgesamt wurden 51.789 Patient\*innen mit milder bis moderater Hypertonie in die Analyse eingeschlossen. Endpunkte waren die systolische bzw. diastolische Blutdruckreduktion sowie die Verträglichkeit der Therapie. Die Senkung des systolischen (3,26 mmHg) und diastolischen

Blutdrucks (2,41 mmHg) war unter CTN signifikant stärker als unter HCT. Die Analyse bestätigte zudem, dass Chlortalidon eine bessere Kontrolle des Blutdrucks gewährleistet und in Bezug auf klinische Ergebnisse effektiver ist als HCT. Hinsichtlich des Sicherheitsprofils fanden sich keine signifikanten Unterschiede. Die Studienautoren empfehlen daher eine breite Anwendung von Chlortalidon als Alternative zu HCT in der klinischen Praxis.

### Vorteile von Hygroton<sup>®</sup>

- ▶ seit über 60 Jahren bewährt
- ▶ hervorragende Evidenzlage unter den Diuretika zur Wirksamkeit<sup>2</sup>
- ▶ maximale Blutdrucksenkung bereits bei Einnahme von 12,5 (-25) mg/d<sup>8</sup>
- ▶ 2–3 fache Wirkstärke im Vergleich zu Hydrochlorothiazid<sup>8</sup>
- ▶ langanhaltende Blutdrucksenkung aufgrund einer Halbwertszeit von ca. 50 h<sup>10</sup>
- ▶ höhere Toleranz gegenüber Einnahmefehlern aufgrund der längeren Halbwertszeit
- ▶ IA-Empfehlung der Hypertonie-Gesellschaften<sup>4,5</sup>
- ▶ geeigneter Kombinationspartner für alle gängigen Antihypertensiva<sup>2,4,5</sup>
- ▶ im KBV-Medikationskatalog als Wirkstoff mit der besten Evidenzlage bevorzugt empfohlen<sup>2</sup>
- ▶ Mittel der 1. Wahl mit robusten Nutzenbelegen in der Mono- und der Kombinationstherapie der Hypertonie in der atd-Arzneimitteldatenbank<sup>2</sup>
- ▶ gutes Verträglichkeitsprofil da Nebenwirkungen dosisabhängig
- ▶ niedrige Tagestherapiekosten dank teilbarer 25 mg Tablette

## Bewährt auch bei Hypertonie plus Diabetes

Chlortalidon führt auch bei dieser Konstellation ans Ziel

Patient\*innen in der Diabetes-Sprechstunde weisen häufig neben der Stoffwechselstörung auch einen Bluthochdruck auf. Daher ist es gut zu wissen, dass u. a. aus einer großen Endpunktstudie zur Hypertonie-Therapie auch für diese Konstellation ein Wirksamkeitsnachweis für CTN vorliegt.

Die Hypertonie ist eine häufige Komorbidität des Typ-2 Diabetes: 76,4 % der Patient\*innen mit bekanntem Typ-2-Diabetes haben gleichzeitig eine Hypertonie. Im Alter

zwischen 45 und 79 Jahren erkrankte Personen weisen ein zwei- bis dreifach höheres Risiko für eine Hypertonie auf, als Gleichaltrige ohne Typ-2 Diabetes.<sup>12</sup>

Laut KBV Medikationskatalog Hypertonie sind Diuretika die Wirkstoffgruppe der ersten Wahl zur Behandlung der Hypertonie bei einem Diabetes mellitus Typ 1 bzw. 2 als Komorbidität.<sup>2</sup> Für die Effektivität von niedrig dosiertem CTN spricht unter anderem die Subgruppenanalyse der prospektiv randomisierten, doppelblinden, pla-

cebokontrollierten SHEP-Studie.<sup>3</sup> Sie ergab, dass sowohl bei nicht mit Insulin behandelten diabetischen, als auch bei nicht-diabetischen älteren Patient\*innen (≥ 60 Jahren) mit isolierter systolischer Hypertonie eine relevante Blutdrucksenkung erreicht werden konnte: bei Diabetikern wird unter aktiver Therapie eine Reduktion des systolischen Blutdrucks um 9,8 mmHg und des diastolischen Blutdrucks um 2,2 mmHg über 5 Jahre beobachtet, bei Nicht-Diabetikern um 12,5 mmHg bzw. 4,1 mmHg. Zudem konnte eine Prävention schwerer

zerebraler und kardialer Herz-Kreislauf-Ereignisse erreicht werden. Die absolute Risikoreduktion im Vergleich zu Placebo war bei Diabetiker\*innen doppelt so hoch wie bei Nicht-Diabetiker\*innen (101/1.000 vs. 51/1000).

1. Nationale VersorgungsLeitlinie Hypertonie, Version 1.0, AWMF-Register-Nr. nvl-009; 2023
2. KBV Medikationskatalog Hypertonie, Stand: 1.1.2024
3. Curb JD et al. J Am Med Ass 1996; 276(23): 1886-1892. Erratum in: J Am Med Ass 1997; 277(17): 1356
4. Williams B et al. J Hypertens 2018; 36(10): 1953-2041

5. DGK/DHL-Leitlinie zum Management der arteriellen Hypertonie, Version 2018, Börm Bruckmeier Verlag GmbH, Grünwald, 2018
6. SHEP Cooperative Research Group. JAMA 1991; 265 (24): 3255-3264
7. ALLHAT Collaborative Research Group. JAMA 2002; 288(23):2981-2997
8. Sommerauer C et al. Z Allg Med 2015; 91(1): 13-17
9. Dineva S et al. J Hum Hyperten 2019; 33(11): 766-774
10. Fachinformationen, aktueller Stand
11. Rote Hand Brief HCT, 17.10.2018: <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RHB/2018/rhb-hydrochlorothiazid.html>
12. Surveillance Diabetes – Bluthochdruck: [https://diabsurv.rki.de/Webs/Diabsurv/DE/diabetes-in-deutschland/3-231\\_Bluthochdruck.html](https://diabsurv.rki.de/Webs/Diabsurv/DE/diabetes-in-deutschland/3-231_Bluthochdruck.html)

### Hygroton<sup>®</sup> 25 mg/ 50 mg

**Wirkstoff:** Chlortalidon. **Zusammensetzung:** 1 Tablette enthält 25 mg/ 50 mg Chlortalidon. **Sonstige Bestandteile:** Carboxymethylstärke-Natrium, Farbstoff E 172, Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat, Povidon, hochdisperses Siliciumdioxid, mikrokristalline Cellulose. **Anwendungsgebiete:** kardiale, hepatische und nephrogene Ödeme; Hypertonie; manifeste Herzinsuffizienz; renaler Diabetes insipidus. **Gegenanzeigen:** Anurie, schwere Nierenfunktionsstörungen, Glomerulonephritis, schwere Leberfunktionsstörungen, Hyperkalzämie, therapieresistente Hypokaliämie oder Zustände mit erhöhten Kaliumverlusten, symptomatische Hyperurikämie, Überempfindlichkeit gegen Chlortalidon, Thiazide, Sulfonamidderivate oder einen der sonstigen Bestandteile; Schwangerschaft und Stillzeit. **Vorsicht bei Patienten mit Diabetes mellitus oder Gicht.** **Achtung:** Therapie abbrechen bei therapieresistenter Entgleisung des Elektrolythaushalts, Pankreatitis, Blutbildungsveränderungen (Anämie, Leukopenie, Thrombozytopenie), akuter Cholezystitis, Auftreten einer Vaskulitis, Verschlimmerung einer bestehenden Kurzsichtigkeit. **Nebenwirkungen:** Hypokaliämie, Hyperurikämie, Erhöhung der Cholesterin- und Triglyceridspiegel, Hyponatriämie, Hypomagnesiämie, Hyperglykämie, Anstieg stickstoffhaltiger Stoffe vor allem zu Behandlungsbeginn, Urtikaria, Pruritus, Exantheme, Hypotonie der Skelettmuskulatur, Muskelkrämpfe, lageabhängige Hypotonie, Palpitationen, Schwindel- und Schwächegefühl, Appetitlosigkeit, Mundtrockenheit, gastrointestinale Beschwerden, Übelkeit, Erbrechen, Oberbauchbeschwerden, krampfartige Beschwerden im Bauchraum, Obstipation, Diarrhö, Impotenz, Hyperkalzämie, Glukosurie, Verschlechterung einer diabetischen Stoffwechsellaage, Gicht, Photosensibilität, intrahepatische Cholestase oder Gelbsucht, kardiale Arrhythmien, Parästhesien, Kopfschmerzen, Thrombozytopenie, Leukopenie, Agranulozytose, Eosinophilie, Sehstörungen, Einschränkung der Bildung von Tränenflüssigkeit, hypochlorämische Alkalose, Pankreatitis, idiosynkratische Lungenödeme, allergische interstitielle Nephritis und Vaskulitis, Aderhauterguss. **Warnhinweis:** Enthält Lactose. Dopinghinweis. **Verschreibungspflichtig.** Stand: Januar 2023. Trommsdorff GmbH & Co. KG, 52475 Alsdorf.

# Medizin & Markt



Foto: iStock/AzmanJaka

## Neue Daten aus der Praxis

➔ Industriesymposium – Medtronic FLORENZ. Vorgestellt wurden internationale klinische und Real-World-Daten zum System MiniMed 780G, darunter Daten von US-Erstanwendern.

Mit den neuen Daten sollte die Fähigkeit des MiniMed 780G-Systems bewertet werden, die Ziele für Time in Tight Range (TITR) zu erreichen (TITR: Prozentualer Anteil der Zeit, die eine Person im Blutzuckerbereich von 70–140 mg/dl verbringt). Die Ergebnisse zeigten, dass die Anwender\*innen (n = 13.461) bei Verwendung der empfohlenen optimalen Einstellungen (100 mg/dl Zielwert mit einer aktiven Insulinzeit von zwei Stunden) eine TITR von mehr als 56 % erreichten. Diese Daten ergänzen damit eine wachsende Zahl von Belegen dafür, dass ein TITR-Ziel von 50 % oder mehr mit der richtigen therapeutischen Option durchaus erreichbar ist.

„Seit der bahnbrechenden DCCT-Studie haben zahlreiche retrospektive Studien den Zusammenhang zwischen erhöhter Time in Range und einer Verringerung diabetischer Komplikationen nachgewiesen“, sagte Dr. ROBERT VIGERSKY, Chief Medical Officer von Medtronic Diabetes. „Die überwiegende Zahl der Daten aus randomisierten, kontrollierten Studien und Real-World-Studien zeigt, dass das MiniMed 780G-System die Zeit in einem Bereich maximiert, der die internationalen Zielvorgaben weit übertrifft, und einen Schritt weitergeht, indem es die Menschen näher an die Euglykämie heranführt.“ Dr. JAMES THRASHER, Arkansas Diabetes and Endocrinology Center, präsentierte Daten von ersten Anwender\*innen mit Typ-1-Diabetes aus den USA (n = 7.499). Die Ergebnisse zeigten, dass bei Verwendung der empfohlenen optimalen Einstellungen eine TIR von über 80 % erreicht und damit die internationalen Ziele übertroffen wurden. Ausstiege aus dem geschlossenen Regelkreis kamen im Durchschnitt weniger als einmal pro Woche vor. *HV*

Glycemic Outcomes and Burden of AID Systems, ATTD 2024

## NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

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

## Kampagne zum Nierenschutz nimmt Fahrt auf

Initiative „Guardians for Health“ startet Gesundheitskampagne für bessere Versorgung bei Volkskrankheiten

➔ Auftaktveranstaltung – Guardians for Health MAINZ. Die Initiative „Guardians for Health“ startet in Rheinland-Pfalz die neue Gesundheitskampagne „Volkskrankheiten können an die Nieren gehen – was tun?“.

Während der Auftaktveranstaltung diskutierten Vertreter\*innen verschiedener medizinischer Fachgesellschaften, der Landesregierung und weitere Akteure des Gesundheitssystems, wie sich die Versorgung und damit die Lebensqualität von Menschen mit

Typ-2-Diabetes, chronischer Nierenerkrankung (CKD) und Herz-Kreislaufkrankheiten verbessern lässt. „Es bleibt in der medizinischen Praxis noch viel zu oft unberücksichtigt, dass die sogenannten Volkskrankheiten, die Niere, Stoffwechsel oder Herz betreffen, in enger Verbindung stehen, sich gegenseitig verstärken und den Krankheitsverlauf insgesamt beschleunigen können. Insbesondere Nierenerkrankungen werden dabei häufig unterschätzt“, betonte Professor Dr. JULIA WEINMANN-MENKE. Die Leiterin der Klinik

für Nephrologie, Rheumatologie und Nierentransplantation der Universitätsmedizin Mainz und des Medical Boards der Gesundheitskampagne fügte hinzu: „Wir wollen die isolierte Betrachtungsweise verlassen, hin zu einem ganzheitlichen Behandlungsansatz, den die Patient\*innen besser verstehen und an den sie ihre Lebensgewohnheiten bereitwilliger anpassen.“ In der Diskussion war sich die Expertenrunde einig, dass die Therapie-treue gestärkt werden müsse – um

Behandlungserfolge auszubauen und Folgeerkrankungen zu vermeiden. „Mit interdisziplinären Expertennetzwerken könnten wir unseren holistischen Blick auf die Patient\*innen noch besser verwirklichen und so eine umfassendere medizinische Versorgung erreichen“, hob daher Dr. BARBARA RÖMER, Vorsitzende des Hausärztinnen- und Hausärzterverbands Rheinland-Pfalz, hervor. Durch Präventivmaßnahmen können man zudem Zeit und Kosten sparen. Die Initiative „Guardians for Health“, die unter der Schirmherrschaft des Bundespräsidenten a.D. Dr. h.c. JOACHIM GAUCK steht, möchte mit der neuen Gesundheitskampagne weitere Partner gewinnen, die sich für das Ziel einer verbesserten Versorgung von Menschen mit T2D, CKD und Herz-Kreislauf-Erkrankungen einsetzen. „Wir sind froh über jede neue Partnerschaft, die uns in diesem wichtigen Vorhaben unterstützt“, so BIRGIT HÄRTLE, Projektleiterin von „Guardians for Health“ und der Gesundheitskampagne. Bisher haben sich bereits mehr als 50 Projektpartner für dieses interdisziplinäre Pilotprojekt in Rheinland-Pfalz registriert.

Bettina Müller-Ifland

Mehr über die Kampagne erfahren Sie unter: [www.gfh-rlp.de](http://www.gfh-rlp.de)

Kampagne „Volkskrankheiten können an die Nieren gehen“



U. a. diskutierten in der Mainzer MEWA-Arena: Prof. Dr. Julia Weinmann-Menke (ganz rechts), Dr. Barbara Römer (3. v.l.) und Birgit Härtle (4. v.l.).

Foto: Boehringer Ingelheim – Guardians for Health

## Symbolischer Spatenstich mit CEO und Bundeskanzler

Eli Lilly siedelt sich in Rheinland-Pfalz an und investiert 2,3 Milliarden Euro in neue Produktionsstätte

➔ Symbolischer Spatenstich – Eli Lilly ALZEY. Eli Lilly and Company treibt seine 2,3-Milliarden-Euro-Investition in Alzey (Rheinland-Pfalz) mit Hochdruck voran. Der Bau der neuen Produktionsstätte soll im Sommer beginnen, den symbolischen Spatenstich gab's im April – mit viel Polit-Prominenz und einem besonderen Alzeyer Neubürger.

„Ich bin ein Alzeyer“ – mit diesem an John F. Kennedy angelegten Zitat und einem Augenzwinkern beendete Lilly-CEO Dave Ricks seine Rede. Und ein bisschen stimmt es ja auch: Durch die Milliardeninvestition wird die verkehrsgünstig gelegene rheinhesische Kreisstadt Alzey mit ihren etwa 20.000 Einwohner\*innen zu einem sehr wichtigen Standort für Eli Lilly werden, von dem aus sowohl europäische als

auch außereuropäische Märkte beliefert werden sollen, wie Ricks betonte. Es sei eine der größten Einzelinvestitionen des Unternehmens in den zurückliegenden Jahren. Dave Ricks lobte ausdrücklich die Unterstützung der deutschen Behörden und „das Interesse der hiesigen Politik daran, verlässliche Rahmenbedingungen zu schaffen“.

Die Politik war stark vertreten. Ministerpräsidentin Malu Dreyer hob hervor, dass zur Ansiedlung von Lilly in Alzey auch die erfolgreiche rheinland-pfälzische Biotechnologiestrategie maßgeblich beigetragen habe. „Biotechnologie hat in Rheinland-Pfalz eine Heimat.“ Bundeskanzler Olaf Scholz verwies auf die Pharmastrategie der Bundesregierung mit verschiedenen gesetzlichen Neuerungen – „Den Grundstein für die gute neue Zeit legen wir heute gemeinsam.“

Seinen Betrieb aufnehmen soll das Werk 2027; es wird die Produktionskapazität für injizierbare Medikamente und die dazugehörigen Injektionshilfen (Pens) von Lilly erweitern. Bis zu 1.000 hochqualifizierte Fachkräfte sollen im Alzeyer Werk arbeiten. Um wel-

che Medikamente genau es geht, hat das Unternehmen noch nicht bekanntgegeben. Aus den Indikationsgebieten Diabetes und Adipositas werden sie aber sicherlich kommen, sodass Gesundheitsminister Professor Dr. Karl Lauterbach kurz nach dem Spatenstich nach der im Koalitionsvertrag verein-

barten Nationalen Diabetesstrategie gefragt wurde. „Die Diabetesstrategie ist für uns wichtig und wir bringen dies ins Rollen“, versicherte er und verwies darauf, dass es bei den Diabetes-DMP zur Auflage gemacht werden soll, die „Adipositasversorgung schon frühzeitig“ mit anzugehen. *Nicole Finkenauer*



V.l.n.r.: Steffen Jung (Bürgermeister Alzey), Paul Holohan (Lilly-Standortleiter Alzey), Bundesforschungsministerin Bettina Stark-Watzinger, Dave Ricks (CEO Eli Lilly and Company), Bundeskanzler Olaf Scholz, Ministerpräsidentin Malu Dreyer, Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach, Daniela Schmitt (Wirtschaftsministerin Rheinland-Pfalz), Dr. Alexander Horn (Geschäftsführer Lilly Deutschland).

Foto: MedTriX

# Bessere Antenne für den Unterzucker

## HIIT schärft Hypoglykämiewahrnehmung und reaktiviert Glukagonantwort

**DUNDEE.** Etwa ein Viertel der Menschen mit Typ-1-Diabetes hat eine Hypoglykämiewahrnehmungsstörung (engl. impaired awareness of hypoglycemia, IAH) und verspürt bei sinkenden Glukosewerten keinerlei Symptome. Diese Menschen profitieren möglicherweise von einem hochintensiven Intervalltraining.

Bei Menschen mit Typ-1-Diabetes, die wiederholt Unterzuckerungen ausgesetzt sind, bleiben mit der Zeit die typischen Symptome einer Hypoglykämie aus, womit die Gefahr schwerer Hypoglykämien steigt, erklärte Dr. CATRIONA FARRELL von der Abteilung für Systems Medicine an der Universität Dundee (Schottland).

### Lässt sich der Habituationseffekt wieder aufheben?

Diesem Phänomen liegt vermutlich ein Gewöhnungseffekt (Habituation) zugrunde, erläutert die Forscherin: Sowohl die hormonelle als auch die symptomatische Antwort auf einen starken Blutzuckerabfall ist nach einem vorangegangenen Hypoglykämie-Ereignis suppri-

miert. Nur durch eine konsequente Vermeidung von Unterzuckerphasen können die Gegenregulation und die Hypoglykämiewahrnehmung wiederhergestellt werden.

Dr. Farrell und weitere Forschende fanden nun heraus, dass vermutlich auch hochintensives Intervalltraining (HIIT, siehe Kasten) den Habituationseffekt aufheben kann. Nach ermutigenden Ergebnissen bei einer einmaligen intensiven Sportbelastung von 20 Minuten prüfte das Wissenschaftlerteam im Rahmen einer longitudinalen Pilotstudie, ob es sich hierbei nur um einen vorübergehenden Effekt handelt oder ob der Stimulus auch bei regelmäßigem Training seine Wirksamkeit behält. An der randomisierten HIT4HY-POS-Studie nahmen 18 schottische

Menschen im Alter zwischen 20 und 54 Jahren teil, die seit durchschnittlich 27 Jahren mit einem Typ-1-Diabetes lebten, einen HbA<sub>1c</sub>-Wert von median 7,3 % aufwiesen und nachweislich eine „impaired awareness of hypoglycemia“ (IAH) hatten.

Alle erhielten zunächst einen Glukosesensor mit Echtzeitmessung. Nach einer vierwöchigen Einlaufphase mit Optimierung der glykämischen Kontrolle absolvierte die Hälfte in den folgenden vier Wochen zusätzlich dreimal pro Woche ein je 20 Minuten dauerndes Hochintensitäts-Intervalltraining auf einem Fahrradergometer. Vor sowie nach dieser Interventionsphase induzierten die Forscher\*innen bei allen Studienteilnehmenden experimen-

»Intensiv trainiert wurde dreimal pro Woche«

tel (mithilfe der hyperinsulinämischen-hypoglykämischen Clamp-Technik) eine Hypoglykämie. Über einen Zeitraum von 90 Minuten bestimmten sie dabei mehrfach den Spiegel von Insulin und der hormonellen Gegenspieler Adrenalin, Noradrenalin und Glukagon. Zusätzlich erfassten sie regelmäßig Hypoglykämiesymptome und objektivierten mithilfe psychometrischer Tests die kognitive Funktion der Teilnehmenden während des Versuchs.

### Signifikanter Unterschied bei der Katecholaminantwort

Bezüglich der durchschnittlichen Anzahl der Hypoglykämie-Episoden während der vierwöchigen Interventionsphase unterschieden sich die beiden Studienkollektive nicht wesentlich. Gleiches galt für die durchschnittlichen Zuckerspiegel und den Glukosemanagement-Indikator. Die Auswertung der experimentell induzierten Hypoglykämien ergab: Sowohl die Plasma-Insulin- als auch die Plasma-Glukosespiegel waren – sowohl vor als auch nach der Inter-

»Die Sportgruppe profitierte«

ventionsphase – in beiden Studiengruppen ähnlich.

Bezüglich der Katecholaminantwort zeigte sich dagegen ein signifikanter Unterschied zugunsten derjenigen in der Sportgruppe: Sie wiesen sowohl im Vergleich zu ihren Basiswerten als auch im Vergleich zur Kontrollgruppe eine stärkere Noradrenalin- und Glukagonausschüttung während der durch Insulin induzierten Hypoglykämie auf. Im Hinblick auf die Adrenalinantwort hatten sie dagegen keinen wesentlichen Vorteil. Weiterhin profitierten die Personen der Sportgruppe im Hinblick auf die durch Hypoglykämie induzierte Antwort des autonomen Nervensystems von dem Intervalltraining.

Hochintensives Intervalltraining, so das Fazit der Wissenschaftler\*innen, stellt für Menschen mit Typ-1-Diabetes sogar bei hohem Hypoglykämierisiko nicht nur eine sichere Sportoption dar: Entsprechende regelmäßige Belastungen schärfen zudem die Hypoglykämiewahrnehmung und stärken – zumindest über einen Zeitraum von vier Wochen – die hormonelle Gegenregulation durch Glukagon, die sonst bei den meisten Menschen mit Typ-1-Diabetes nach mehrjähriger Diabetesdauer nicht mehr stattfindet.

Sollten sich diese Beobachtungen in länger angelegten Studien bestätigen, steht zukünftig möglicherweise für Menschen mit Typ-1-Diabetes und IAH eine wirksame Behandlungsstrategie zur Verfügung.

Dr. med. Judith Lorenz

Farrell CM et al. Diabetologia 2024; 67: 392-402. doi: 10.1007/s00125-023-06051-x



Hochintensives Intervalltraining kann z. B. auf dem Fahrradergometer durchgeführt werden.

Foto: Kzenon – stock.adobe.com

### Effektiver trainieren durch wechselnde Belastung

Hinter dem hochintensiven Intervalltraining (HIIT) steckt die Idee, dass ein Training effektiver ist, wenn es nicht in einem konstanten Belastungsbereich stattfindet, sondern zwischen starker Anstrengung bei 85 bis 90 % der maximalen Herzfrequenz und Erholungsphasen wechselt.

Beim Laufen, Radfahren oder Schwimmen etwa kombiniert man also kurze Sprints mit Gehen, langsamem Radeln bzw. ruhigem Schwimmen. Die Phasen mit niedriger Belastungsintensität sind dabei bis zu viermal länger als die Phasen mit hoher Belastungsintensität.

## Aufgeblasene Mitochondrien

### Leber versucht, bei chronischer Fehlernährung gegenzusteuern

**BERLIN.** Die molekularen Grundlagen von NAFLD/NASH sind komplex und die genetische Komponente nur bei einem Teil der Erkrankten bedeutsam.

Kardiovaskuläre Komplikationen können in jedem Stadium einer Fettlebererkrankung auftreten, ebenso wie chronische Nierenerkrankungen und eine diabetische Polyneuropathie, berichtete Professor Dr. MICHAEL RODEN, Direktor der Klinik für Endokrinologie und Diabetologie, Universitätsklinikum Düsseldorf. Nur rund eine Handvoll genetischer Veränderungen sei für die Entstehung einer Fettleber relevant. Die Entstehung der NAFLD sei

letztlich durch eine Über- bzw. Fehlernährung mit viel Fett, rasch resorbierbaren Zuckern, fruktosehaltigen Getränken zusammen mit einer insuffizienten Funktion der Darmbakterien (Darmdysbiose) bedingt. Bei chronischer Fehlernährung kommen die Entwicklung von Adipositas und die Störung der Adipozytenfunktion sowie des gesamten Fettgewebes dazu, wodurch wiederum u. a. Adipokine und Myokine, aber v. a. gesättigte und einfach ungesättigte Fettsäuren, freigesetzt werden, die die Leber erreichen.

Die Leber versuche durch eine mitochondriale Adaptierung ihres Energiestoffwechsels mit diesen

Substanzen fertig zu werden. „Das gelingt zum Teil, aber nicht effizient und nicht über lange Zeit.“ Anhand direkter Leberbiopsien konnte der Energiestoffwechsel in den Lebermitochondrien gemessen werden: Nach anfänglich starker Steigerung der oxidativen Kapazität nimmt diese im Verlauf der Erkrankung wieder ab – am stärksten „bei Menschen mit NASH, die am meisten Fett in der

»Insulinwirkung in der Leber gestört«

Leber haben, im Sinne eines Verlusts der Funktionalität“. Dabei würden lipotoxische Substanzen „abgelegt“, die die Insulinwirkung in der Leber stören, zu einer vermehrten Leberfett-speicherung führen sowie zu vermehrter Freisetzung von Triglyceriden, VLDL und anderen abnormen Lipiden wie Ceramide. Außerdem kurbeln diese Substanzen die De-Novo-Glukoneogenese an, worauf Hyperglykämie folge. Somit könne eine Fettleber einen Typ-2-Diabetes begünstigen. Die freigesetzten Ceramide korrelierten sehr gut mit der Entstehung der koronaren Herzkrankheit und dem Herzinfarkt-risiko. Bei Menschen mit Übergewicht

und Typ-2-Diabetes sind die Mitochondrien regelrecht „aufgeblasen“.

### Wirkstoffe kombinieren, von additiven Effekten profitieren

Für Erwachsene können einige Wirkstoffe aus der Gruppe der GLP1-RA und SGLT2-Inhibitoren Steatose als auch NASH verbessern, aber nicht die Fibrose, so Prof. Roden. Tirzepatid reduziere durch die Gewichtsreduktion ebenfalls den Leberfettgehalt. Die Zukunft liege eventuell in der Kombination von „metabolischen“ und „antifibrotischen“ Wirkstoffen mit additiven Effekten auf die Leberfibrose. KK

Diabetes Kongress 2023

# In der Weiterbildung für die Diabetologie begeistern



Helios Klinikum Berlin-Buch ist gleich dreifach von der DDG zertifiziert

**BERLIN.** Das Helios Klinikum Berlin-Buch achtet darauf, in sämtlichen Abteilungen den Diabetes im Blick zu haben – nicht leicht bei über 1.100 Betten. Dennoch widmet die mehrfach von der DDG zertifizierte Einrichtung Menschen mit Diabetes mellitus ihre besondere Aufmerksamkeit, auch um das Risiko von Folgeerkrankungen zu minimieren. Dies schlägt sich sogar in der internistischen Weiterbildung nieder.

Als Maximalversorger ist es uns ein wichtiges Anliegen, Patient\*innen sowohl mit Haupt- als auch Nebendiagnose Diabetes mellitus optimal zu betreuen“, sagt der Internist Dr. MICHAEL FIEDLER, der seit 2022 die Abteilung Diabetologie leitet. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, hat das Klinikum sowohl die DDG Zertifizierung „Diabeteszentrum für Menschen mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes“ als auch „Klinik für Diabetiker geeignet“ erworben. Für Letztere bereitet das Haus aktuell seine Rezertifizierung vor, als „Krankenhaus mit Diabetes im Blick“, wie das Zertifikat inzwischen heißt. Zudem wurde das Diabetische Fußzentrum von der DDG mit Siegel ausgezeichnet.

Das Klinikum Berlin-Buch ist derzeit der einzige Maximalversorger in der Hauptstadt, der einen derart umfassenden Qualitätsnachweis für Diabetes vorlegen kann.

## Schemata für optimale Behandlung auf allen Stationen

„Die dreifache Zertifizierung ist nicht selbstverständlich und stellt hohe Anforderungen an das gesamte Personal, denn sie erfordert viel fachliche Tiefe und logistische Exzellenz“, sagt Dr. Fiedler. Zum Beispiel wird auf allen Stationen und in der Poliklinik ein Schema für die optimale Behandlung des Diabetes festgelegt und durch Anleitungen wie Notfallpläne bei Unter- oder Überzuckerungen unterstützt. Auch

bei Operationen und Narkosen wird eine Diabetes-Erkrankung berücksichtigt. Eine fachübergreifende Dokumentation sorgt für Transparenz. „Bei über 50 Stationen im Haus ist das ein enorm hoher Aufwand, der sich aber für unsere Patienten lohnt.“

Das sechsköpfige Diabetesteam ist auf allen Stationen für die Betreuung der Menschen mit Diabetes zuständig. Neben Dr. Fiedler gehören dem Team eine auf Endokrinologie und Diabetologie spezialisierte Fachärztin sowie vier Diabetesberaterinnen an. Ihnen zur Seite steht eine Ernährungsberaterin. Zu den Aufgaben gehört die Teilnahme an den täglichen interdisziplinären Visiten in der Schwerpunktambulanz für Gastroenterologie und Diabetologie, auf der Dr. Fiedler als Oberarzt tätig ist, sowie in der Schwerpunktambulanz für Angiologie und Diabetologie.

Auf diesen beiden Stationen landen sämtliche Patient\*innen mit der Hauptdiagnose Diabetes. Patient\*innen mit der Nebendiagnose Diabetes werden in den übrigen Abteilungen vom Diabetesteam konsiliarisch betreut; bei Bedarf erhalten sie eine Schulung. Die Intervention soll den Aufenthalt optimieren und den Krankheitsverlauf verkürzen. Bei Fallzahlen von im Schnitt 50.000 pro Jahr würden durch das Screening jährlich rund 50 neue Erkrankungsfälle aufgedeckt, so Dr. Fiedler. Überraschenderweise handele es sich dabei vor allem um Typ-1- und Typ-3-Diabetes.

Im Diabetischen Fußzentrum, angesiedelt in der Abteilung für Diabetologie und Angiologie, garantiert eine engmaschige, interdisziplinäre



Präsentieren stolz die Zertifikate der DDG: Dr. Michael Fiedler, hinter ihm v.l.n.r. die Diabetesberaterinnen Nicole Schubert, Cornelia Carl, Lea Hanert und Rita Richter.

Foto: Thomas Oberländer/Helios Kliniken

Betreuung, dass die Patient\*innen auch bei wechselnder ärztlicher Zuständigkeit im Zentrum verbleiben können.

## Interdisziplinarität auch in der ambulanten Nachbetreuung

Der interdisziplinäre Gedanke setzt sich auch in der ambulanten Nachbetreuung fort. Dank einer KV-Ermächtigung konnte Dr. Fiedler am Klinikum eine Spezialsprechstunde zum Diabetischen Fußsyndrom einrichten. Dort werden ehemalige Patient\*innen ambulant weiterversorgt und Fälle mit speziellen Fragestellungen behandelt, die niedergelassene Ärzt\*innen überweisen.

Auch die diabetologische Weiterbildung liegt Dr. Fiedler am Herzen. Für die Weiterbildungsassistent\*innen der Inneren Abteilung hat er ein Curriculum entworfen, das angehende Fachärzt\*innen dazu befähigen soll, die Zusatzbezeichnung Diabetologie zu erwerben. 2023 haben drei Ärztinnen ihre Weiterbildung mit dem Titel abgeschlossen. Für die Praxisschulungen werden Fälle anhand von Fotos und Laborwerten diskutiert und gemeinsam die Versorgungserfordernisse festgelegt. „So fließt beispielsweise jeder Fall mit einem HbA<sub>1c</sub> über 8,5 automatisch in die Besprechungen ein“, sagt Dr. Fiedler. Petra Spielberg

## STECKBRIEF

- **Ort:** Berlin
- **Anzahl Patient\*innen mit Diabetes mellitus (2023):** 7.932
- **Anzahl der Mitarbeitenden:** ein Chefarzt Angiologie/Innere Medizin/Diabetologie, ein Chefarzt Innere Medizin/Gastroenterologie, ein Oberarzt/Ärztlicher Leiter Diabetologie, eine Fachärztin für Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie, 14 Fachärzt\*innen in Weiterbildung, vier Diabetesberaterinnen/Diätassistentinnen/MFA
- **Ansiedlung der Diabetologie im Haus:** Abteilung für Angiologie und Diabetologie

## Die Zertifikate der Deutschen Diabetes Gesellschaft

Die DDG zertifiziert Behandlungs- und Schulungsqualität

**BERLIN.** Durch die DDG zertifizierte Praxen und Kliniken stehen für eine evidenzbasierte Patientenversorgung und die Einhaltung hoher, leitlinienkonformer Qualitätsstandards.

Die Zertifikate der DDG geben Menschen mit Diabetes mellitus eine qualitätsbasierte Orientierung bei der Suche nach der passenden Behandlungseinrichtung. Auf der Seite [ddg.info](http://ddg.info) kann ganz einfach nach einer solchen Einrichtung gesucht werden.

Das Zertifikat **Diabetes Exzellenzzentrum DDG** ist das Premiumzertifikat für höchste Ansprüche an die Versorgung. Mit



diabetesspezifischem Qualitätsmanagement entspricht es den höchsten Qualitätskriterien der DDG. Einrichtungen mit diesem Zertifikat zeigen, dass sie beste, auf Patient\*innen mit Diabetes ausgerichtete Strukturen und Prozesse aufweisen, Behandlungsergebnisse vorlegen können sowie durch ein strukturiertes Qualitätsmanagement die kontinuierliche Sicherstellung von Behandlungsqualität und das Erreichen von Qualitätszielen durch rechtzeitiges Eingreifen in die Prozesse gewährleisten können. Etwas

mehr als 100 Einrichtungen in Deutschland tragen aktuell diese Anerkennung.

Das Zertifikat **Diabeteszentrum DDG** entspricht den höchsten Qualitätskriterien der Deutschen Diabetes Gesellschaft. Mit der Anerkennung zum Diabeteszentrum DDG zeigen die Einrichtungen, dass sie spezielle, auf Patient\*innen mit Diabetes ausgerichtete Strukturen und Prozesse vorweisen sowie entsprechende Ergebnisse vorlegen können. Über 400 Einrichtungen in Deutschland tragen aktuell diese Anerkennung.

Das Zertifikat **Klinik mit Diabetes im Blick DDG** steht für die klinikweite, abteilungsübergreifende Einhaltung der hohen



Qualitätskriterien der Deutschen Diabetes Gesellschaft an eine diabetologische Betreuung

von Menschen, die sich mit Diabetes, aber nicht wegen ihres Diabetes in stationäre Behandlung begeben. Mit dieser Anerkennung trägt die DDG zur Verbesserung der Grundversorgung von Patient\*innen mit Diabetes in Kliniken bei und stellt sicher, dass der Behandlungserfolg in Kardiologie, Orthopädie oder anderen Fachabteilungen durch eine optimale perioperative Blutzuckereinstellung unterstützt und mit Diabetes assoziierte Stresssituationen, Komplikationen und

Wundheilungsstörungen vermieden werden. Über 100 Einrichtungen in Deutschland tragen aktuell diese Anerkennung.

Deutsche Diabetes Gesellschaft

## Mehr zu den DDG Zertifikaten

Die aktuellen Anerkennungsrichtlinien und weitere Informationen finden Sie auf der Website der DDG. Sie können sich dort auch ein kurzes Video zu den Vorteilen der Zertifikate anschauen und die verschiedenen Awards als 3-D-Modelle bestellen.

[ddg.info/behandlung-leitlinien/zertifizierung](http://ddg.info/behandlung-leitlinien/zertifizierung)



# MEDICAL REPORT

## Advanced-Hybrid-Closed-Loop: Unterstützung auch in besonderen Lebenslagen

Ein breites Spektrum von Patient:innen profitiert von der Systemumstellung

**Timing und Dosisanpassung sind die zentralen Herausforderungen für Menschen mit Typ-1-Diabetes: Wann esse ich welche Mahlzeiten, mit welcher Nährwertverteilung, und wann gebe ich wie viel Insulin ab? Ein System aus Insulinpumpe, Glukosesensor und Algorithmus kann hier unterstützen und die Therapieergebnisse erheblich verbessern.**

Mittlerweile stehen moderne Systeme wie der Advanced-Hybrid-Closed-Loop (AHCL) mit automatisierter basaler Insulinabgabe, automatisierter Korrekturinsulingabe und manuellem Abrufen von Mahlzeitenboli zur Verfügung. Zwei aktuelle Fallbeispiele aus der klinischen Praxis zeigen, dass eine Therapieumstellung auf ein AHCL-System auch bei Patient:innen mit Akzeptanz- bzw. Anpassungsproblemen sowie vom Ausgangspunkt einer intensivierten konventionellen Therapie (ICT) aus gelingen kann.

### Fallbeispiel 1: chronisch entgleister Typ-1-Diabetes

Der 23-jährige Mann ist sportlich und schlank. Im Berufsleben und im Ehrenamt ist er engagiert und verantwortungsbewusst, doch ein gewissenhafter Umgang mit seinem 2003 diagnostizierten Typ-1-Diabetes ist ihm noch nie gelungen. Seit seiner Jugend kommt es immer wieder zu Ketoazidosen, die zum Teil auch eine stationäre Aufnahme erfordern. Er nutzt eine Insulinpumpe, mit der er jedoch nur sporadisch Boli abgibt. Weil er viel Sport treibt und schwitzt, haftet der Sensor seines bisherigen isCGM-Systems nicht gut, sodass er auf die kontinuierliche Glukosemessung verzichtet. Die HbA<sub>1c</sub>-Werte des jungen Mannes sind fast durchgängig zweistellig. Trotz seiner Akzeptanz-

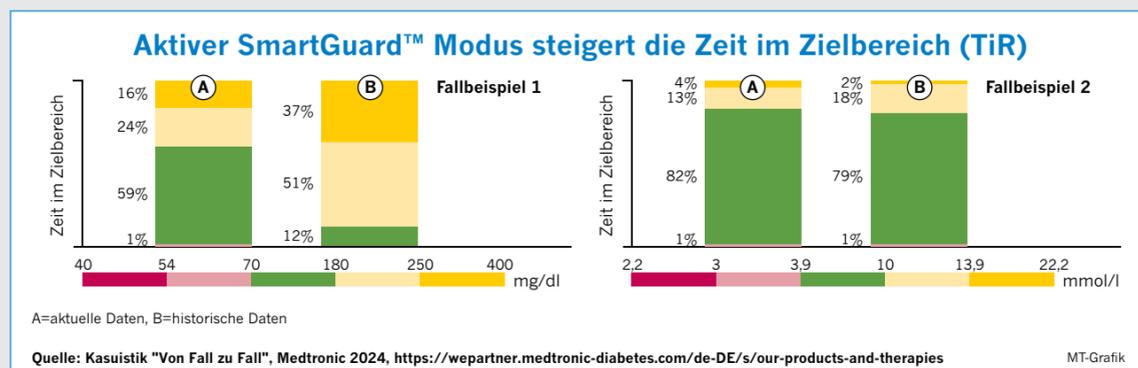


Abb.: Fallbeispiel 1: Sensor und SmartGuard™ Modus werden zwar nur in 20 % der Zeit genutzt – jedoch die TiR liegt immerhin bei 59 %. Fallbeispiel 2: Patientin nutzt Sensor und SmartGuard™ Modus fast durchgängig und erzielt hervorragende TiR-Ergebnisse von 79-82 %

und Anpassungsprobleme erscheint er regelmäßig in der Sprechstunde und möchte einen Therapieversuch mit einem AHCL-System starten, um seine Stoffwechsellage zu verbessern. Die Bewilligung seines AHCL-Systems (MiniMed™ 780G) durch die Krankenkasse gelingt aufgrund der unvollständigen Glukosedaten erst im zweiten Anlauf. Doch dank der Umstellung verbessert sich sein HbA<sub>1c</sub>-Wert von 11,2 % (August 2021) auf 8,7 % (August 2023) signifikant, auch Ketoazidosen treten nicht mehr auf. Zwar hat der Patient sein Verhalten nicht grundlegend geändert, er verabreicht keine Boli und nutzt den Sensor und damit auch den SmartGuard™ Algorithmus nur sporadisch. Doch wenn Sensor und Auto-Modus aktiv sind, liegen seine Glukosewerte sogar ohne Boli zu 59 % im Zielbereich.

### Fallbeispiel 2: ausgeprägte Glukoseschwankungen bei ICT

Die 30-jährige normalgewichtige Patientin hat seit ihrem 7. Lebensjahr Typ-1-Diabetes. Als Kind hatte sie bereits einmal eine Insulinpumpe

getragen, mochte sie als Jugendliche aber nicht weiter nutzen und wechselte zurück zur ICT. Um die Stoffwechsellage zu optimieren, verwendet sie hierfür NPH-Insulin vor dem Zubettgehen in Kombination mit dem langwirksamen Basalinsulin degludec (morgens) sowie Metformin. Als Bolusinsulin verwendete sie Lyumjev. Trotz großem Engagement, hoher Motivation und Nutzung eines isCGM-Systems hat die Patientin weiter mit hohen Glukosewerten in den frühen Morgenstunden und auch zyklusbedingten schwer vorhersehbaren Glukoseschwankungen zu kämpfen. Sie wünscht sich Kinder, doch mit HbA<sub>1c</sub>-Werten zwischen 8 % und 9 % möchte sie nicht schwanger werden. Der Bedarf für eine Therapieanpassung ist also groß.

Es erfordert zunächst intensive Aufklärung und Überzeugungsarbeit, bis die Patientin einem erneuten Wechsel zu einer Insulinpumpe zustimmt. Dafür verläuft die Bewilligung des AHCL-Systems (MiniMed™ 780G) durch die Krankenkasse in diesem Fall völlig problemlos. Anders als der

junge Mann im ersten Fallbeispiel nutzt diese Patientin zu 95 % der Zeit den SmartGuard™ Auto-Modus. Ihr HbA<sub>1c</sub>-Wert verbessert sich von 8,4 % (November 2021) auf 6,4 % (Februar 2023). Glukoseschwankungen sind angesichts eines Variationskoeffizienten von 25,5 % (Ziel: < 36 %) kaum noch vorhanden. Ihre Zeit im Zielbereich liegt zwischen 79 % und 82 % (Ziel: > 70 %) und auch der Anteil hypoglykämischer Episoden entspricht mit 1 % (Ziel: < 4 %) ebenfalls den Empfehlungen. Erfahrungen aus der klinischen Praxis wie in den beiden skizzierten Fallbeispielen zeigen, dass ein breites Spektrum von Patient:innen von einem solchen System profitieren können. Dies entspricht auch den aktuellen DDG-S3-Leitlinien, nach denen allen Menschen mit Typ-1-Diabetes, die ihre individuellen Therapieziele unter intensiver Insulintherapie (ICT) trotz kontinuierlicher Glukosemessung (CGM) nicht erreichen, eine Insulinpumpentherapie mit einem Algorithmus zur automatisierten Insulin-Dosierung anzubieten ist.<sup>1</sup>

### Technische Daten zum MiniMed™ 780G AHCL-System

- ▶ MiniMed™ 780G System mit dem SmartGuard™ Algorithmus.
- ▶ Guardian™ 4 Sensor und Guardian Transmitter – benötigt kein Fingerstechen zur Kalibrierung oder für Entscheidungen zur Diabetesbehandlung.\*
- ▶ Medtronic Extended Infusionsset kann bis zu 7 Tage liegen und damit in der Regel gemeinsam mit dem Guardian™ 4 Sensor gewechselt werden.<sup>2</sup>
- ▶ Smartphone-Konnektivität: MiniMed™ Mobile App, CareLink™ Connect App.
- ▶ Kompatibel mit Apple® Watch.

Zur Vollversion der skizzierten Fallberichte gelangen Sie über diesen QR-Code:



Mehr Informationen für medizinisches Fachpersonal zu Innovationen für die Diabetestherapie finden Sie auf dem Medtronic-Portal WePartner unter <https://wepartner.medtronic-diabetes.com/de-DE/s/>

\*Beim ersten Aufruf der SmartGuard™ Funktion wird ein Blutzuckerwert (BZ-Wert) benötigt. Falls die Glukosewarnungen und CGM-Messwerte nicht mit Ihren Symptomen übereinstimmen, sollten Sie ein Blutzuckermessgerät einsetzen, um Entscheidungen zur Diabetesbehandlung zu treffen.

1. Therapie des Typ-1-Diabetes, S3-Leitlinie der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), 2023, Version 5.1; AWMF-Registernummer: 057-013  
2. Ilany J et al. Poster presented at 13th International Conference on Advanced Technologies & Treatments for Diabetes; 2020 February 19–22, Madrid, Spain

## »Betroffene aktiv in die Entscheidungsfindung einbeziehen«

**Interview mit Dr. Alexander Pablik, niedergelassen in einer Diabetologischen Schwerpunktpraxis in Dresden. Bei den oben geschilderten Fallbeispielen handelt es sich um seine Patient:innen.**

**Bei Ihrem Patienten im ersten Fall könnte man denken, dass er aufgrund seiner Verhaltensmuster von einem AHCL-System nicht profitieren würde. Warum haben Sie es ihm trotzdem angeboten?**

**Dr. Pablik:** Menschen wie dieser sind die Realität, nicht die „Vorzeigepatient:innen“! Der junge Mann war an einem persönlichen Tiefpunkt angelangt. Seine Akzeptanz- bzw. Anpassungsprobleme konnten wir in der Praxis zwar nicht lösen. Dennoch wollten wir ihm helfen, seine Stoffwechsellage zu verbessern. Dank des AHCL-Systems ist er nun auf einem guten Weg. Auch wenn er seine Verhaltensmuster nicht von einem Tag auf den anderen ablegen konnte, hat er mittlerweile erkannt, dass seine Werte besser sind, wenn das AHCL-System ihn unterstützt. Ihm ist klar, dass es seine Aufgabe ist dafür zu sorgen, dass Sensor und Insulinpumpe aktiv sind. Unsere Arzt-Patienten-Beziehung ist ebenfalls besser geworden: Früher waren nur die „schlechten“ Phasen Thema in der Sprechstunde. Diese Phasen gibt es immer noch, wenn z.B. der Sensor nicht angelegt wurde. Wenngleich wir uns gemeinsam auch die guten Phasen ansehen können, weil das AHCL-System läuft. Dies gibt ihm Sicherheit und Motivation.

**Ihre Patientin im zweiten Fallbeispiel war bereits hochmotiviert, tat sich aber schwer mit dem Gedanken, eine Insulinpumpe zu tragen. Wie ist es Ihnen gelungen, sie zu überzeugen?**

**Dr. Pablik:** Obwohl die Patientin die Pumpe im Jugendalter abgegeben hat und eine weitere zunächst ablehnte, ist sie jetzt mit dem neuen System zufrieden. Entscheidend waren die ausführliche Aufklärung und der Hinweis, dass durch die Umstellung die nächtlichen Nüchtern-Glukosewerte besser einzustellen wären. Sie nimmt die guten Ergebnisse wahr, möchte aber noch mehr erreichen. Deshalb ist auch ein gutes Erwartungsmanagement vonseiten der Praxis entscheidend. Selbst wenn der HbA<sub>1c</sub>-Wert zukünftig höher liegen sollte, kann



**Dr. med. Alexander Pablik**  
Facharzt für Innere Medizin, Endokrinologe, Diabetologe in Dresden  
Foto: Privat

ein AHCL-System zu einem gleichmäßigeren Glukoseverlauf führen. Mithilfe der CareLink™ Glukoseprofile, die aus den ausgelesenen Daten des MiniMed™ 780G Systems generiert werden können, kann man Erfolge in

der Praxis besprechen oder Ansatzpunkte für eine Optimierung finden.

**Was sind die speziellen Herausforderungen bei Patient:innen, die in der Vergangenheit eine Insulinpumpe ohne automatisierte Insulinabgabe genutzt haben?**

**Dr. Pablik:** Diese Patient:innen müssen sich umstellen und ihre Verhaltensweisen ändern. Sie hatten vorher vieles selbst in der Hand und können nun einige Aufgaben an das System abgeben. Das bedeutet aber, alte Muster aufzubrechen. Das kann sich schwieriger als eine Neueinstellung auf ein AID-System gestalten. Hier gilt deshalb, dass gute Aufklärung und individuelle Schulung einen zusätzlichen Effekt auf das Gelingen der Insulintherapie haben.

# Neu- oder re-zertifizierte Kliniken und Arztpraxen

(im Zeitraum 16.02. bis 18.03.2024)

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
<b>PLZ 0</b>		
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. med. Karsten Milek	06679 Hohenmölsen	Diabeteszentrum DDG
<b>PLZ 1</b>		
Diabetes-Schwerpunktpraxis Friedrichshain Dr. med. Michael Helbig	10249 Berlin	Diabeteszentrum DDG
MVZ im Märkischen Viertel, Dr. med. Gerd Hollmann	13439 Berlin	Diabeteszentrum DDG 
Praxis Dr. med. Uta Bollmann	14195 Dahlem	Diabeteszentrum DDG 
<b>PLZ 2</b>		
Diabetologikum Kiel	24103 Kiel	Diabetes Exzellenzzentrum DDG 
Diabetespraxis-Kiel Just/Dr. Werner/Dr. Vieth	24105 Kiel	Diabeteszentrum DDG
<b>PLZ 3</b>		
Diabetes Kröpcke, Innere Medizin, Diabetologische Schwerpunktpraxis	30159 Hannover	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Vitalisklinik Bad Hersfeld	36251 Bad Hersfeld	Diabeteszentrum DDG
Universitätsmedizin Göttingen, Diabetesambulanz	37075 Göttingen	Diabeteszentrum DDG
<b>PLZ 4</b>		
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. med. Martin Grüneberg	44649 Herne	Diabeteszentrum DDG 

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
<b>PLZ 4</b>		
Elisabeth-Krankenhaus Essen GmbH, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	45138 Essen	Diabetes Exzellenzzentrum DDG
Evangelische Kliniken Gelsenkirchen, Innere Medizin I	45879 Gelsenkirchen	Diabeteszentrum DDG
Evangelisches Krankenhaus Oberhausen, Klinik für Kinder und Jugendliche	46047 Oberhausen	Diabeteszentrum DDG
Dr. med. Johannes Heidemann, Facharzt- zentrum Allgemeinmedizin, Zentrum für Diabetologie	46325 Borken	Diabeteszentrum DDG 
<b>PLZ 6</b>		
Main-Kinzig-Kliniken, Medizinische Klinik I	63571 Gelnhausen	Diabeteszentrum DDG
Klinikum Ludwigshafen, Medizinische Klinik C	67063 Ludwigshafen	Diabeteszentrum DDG
<b>PLZ 7</b>		
Praxis Dr. Christiane Triebener-Windrich	72336 Balingen	Diabeteszentrum DDG
Schwarzwald-Baar-Klinikum GmbH, Klinik für Innere Medizin I	78052 Villingen- Schwenningen	Diabeteszentrum DDG
<b>PLZ 8</b>		
ZIMD Zentrum für Innere Medizin und Dialyse	87439 Kempten	Diabeteszentrum DDG 
Ärztzentrum Apothekerstraße	89257 Illertissen	Fußbehandlungseinrichtung DDG
<b>PLZ 9</b>		
Arztpraxen Dr. Weber, Allgemeinmedizin/ Schwerpunktpraxis Diabetologie	90469 Nürnberg	Diabeteszentrum DDG



## DDG Medienpreise 2024

Bis 31. Juli bewerben – im Fokus:  
Folgeerkrankungen

**BERLIN.** In diesem Jahr feiert die DDG ihren 60. Geburtstag – und macht in ihrem Jubiläumsjahr mit vielfältigen Aktionen auf die Herausforderungen des Diabetes mellitus aufmerksam. Ein zentraler Baustein ist dabei die 11. Ausschreibung des Medienpreises.

Zum Jubiläum hat die DDG das Motto bewusst besonders offen gewählt. Es lautet: „Diabetes und dann?! Behandlung, Leben, Begleiterkrankungen“. Damit wird der Fokus des DDG Medienpreises erstmalig und ganz bewusst verstärkt auf die Begleiterkrankungen des Diabetes gelenkt.

In der **Kategorie „Behandlung von Diabetes“** kann z.B. die Reform des Gesundheitswesens im Mittelpunkt stehen. „Viele Kliniken blicken mit Sorge in die Zukunft. Auch in der ambulanten Versorgung zeigt sich ein zunehmender gravierender Mangel an Fachkräften und Schwerpunktpraxen, besonders in ländlichen Regionen. Das verunsichert auch die Patientinnen und Patienten. Wie die Reform die Qualität in der Versorgung endlich wieder in den Fokus rückt, ist nur ein

Thema, das in den Beiträgen aufgegriffen werden kann“, erklärt DDG Mediensprecher Professor Dr. BAPTIST GALLWITZ.

Beiträge in der **Kategorie „Leben“** können z.B. „Ernährung und Diabetes“ zum Thema

haben. „Menschen mit Diabetes können mit einer gesunden Ernährung sehr viel für ihre Gesundheit tun“, so Prof. Gallwitz. „Wie Studien inzwischen zeigen, kann eine intensive und individuelle Ernährungstherapie und Lebensstilintervention einen Typ-2-Diabetes im Frühstadium bisweilen sogar rückgängig machen.“ Auch die Themen Sport, Diabetes am Arbeitsplatz, Diabetes im Alter oder Inklusion von Kindern und Jugendlichen können in dieser Kategorie aufgegriffen werden. Der Medienpreis wird auch 2024 in den Kategorien Hören, Sehen und Lesen vergeben:

- **Hören:** Hörfunk-Beiträge, Podcasts
- **Sehen:** TV-Sendungen, YouTube-Videos
- **Kategorie Lesen:** Zeitungs- und Zeitschriftenartikel, Blogbeiträge

Der Preis ist mit jeweils 2.000 Euro dotiert. Die eingereichten Publikationen müssen zwischen 1. August 2023 und 31. Juli 2024

veröffentlicht worden sein/veröffentlicht werden. Medienschaffende aus dem deutschsprachigen Raum können ihre Beiträge bis zum 31. Juli 2024 einreichen. *dz*



Informationen und Videos  
zum Medienpreis über den QR-Code  
oder unter: [www.ddg.info/  
pressebereich/medienpreis](http://www.ddg.info/pressebereich/medienpreis)



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

Dr. Sarah Preißner, Berlin  
Dr. Christian Otto, Münster  
Anna Klugmann-Gruzynsky, Gelsenkirchen  
Gonxhe Azemi, Neuss  
Dr. Annika Boysen, Bonn  
Dr. Sebastian Weber, Hürth  
Katrin Wenn, Langerwehe  
Dr. Ionut Catalin Chisalita, Herne  
Dr. Lydia Thyssen-Feddermann, Braunschweig  
Siawosch Heyne, Bernau bei Berlin  
Ender Engin, Hattingen  
Isabell Dorothee Frisch, Bonn  
Vasuki Thavarajasingam  
Dr. Hannes Biermann, Wettenberg

Für Smartphone und Tablet



## Die DDG App

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

Foto: blankstock – stockadobe.com

# 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.



**+++ NEU +++ NEU +++ NEU +++**

Die Aktualisierung des Curriculums Wundassistent\*in DDG hebt mit dem neuen Titel „Fuß- und Wundassistent\*in DDG“ den Fokus dieser wichtigen Fortbildung, der auf dem Diabetischen Fußsyndrom liegt, deutlich hervor. Weitere wichtige Neuerungen sind Modularisierung, starker Praxisbezug und Blended Learning.



[www.ddg.info/ddg-akademie/fuer-gesundheitsfachkraefte/fuss-und-wundassistentin-ddg](http://www.ddg.info/ddg-akademie/fuer-gesundheitsfachkraefte/fuss-und-wundassistentin-ddg)

## Diabetesberater\*in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
<b>Kurse nach neuem Curriculum zum/zur Diabetesberater*in DDG – modular, durchlässig, settingbezogen. Das neue Curriculum ist interprofessionell ausgerichtet und ausgelegt auf den Erwerb von konkreten Handlungskompetenzen für die individuelle Praxissituation!</b>		
Rheine RH 03 DB	<b>Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-1108, ☎ Fax: 05971/42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Modul: 06.05. – 17.05.2024 2. Modul: 08.07. – 19.07.2024 3. Modul: 02.09. – 06.09.2024 4. Modul: 25.11. – 06.12.2024* 5. Modul: 20.01. – 24.01.2025 6. Modul: 10.03. – 21.03.2025 7. Modul: 05.05. – 16.05.2025 zzgl. Wahlpflichtmodul
Berlin BER 01 DB	<b>Wannsee Akademie der Wannseeschulen e.V. Berlin</b> Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin ☎ Tel.: 030/806 86-040, ☎ Fax: 030/806 86-101 akademie@wannseeschulen.de www.wannseeschulen.de	1. Modul: 13.05. – 17.05.2024 2. Modul: 03.06. – 14.06.2024 3. Modul: 07.10. – 18.10.2024 4. Modul: 13.01. – 24.01.2025* 5. Modul: 03.03. – 14.03.2025 6. Modul: 16.06. – 27.06.2025 7. Modul: 08.09. – 12.09.2025 zzgl. Wahlpflichtmodul
Traunstein TR 01 DB	<b>Diabetes-Akademie Südostbayern</b> Haus St. Rupert, Rupprechtstraße 6, 83278 Traunstein ☎ Tel.: 08663/30 90-713 info@diabetes-akademie.net www.diabetes-akademie.net	1. Modul: 22.07. – 02.08.2024 2. Modul: 23.09. – 27.09.2024 3. Modul: 25.11. – 06.12.2024 4. Modul: 03.02. – 14.02.2025* 5. Modul: 31.03. – 04.04.2025 6. Modul: 12.05. – 23.05.2025 7. Modul: 14.07. – 25.07.2025 zzgl. Wahlpflichtmodul
Rheine RH 04 DB	<b>Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-1108, ☎ Fax: 05971/42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Modul: 09.09. – 20.09.2024 2. Modul: 18.11. – 29.11.2024 3. Modul: 13.01. – 17.01.2025 4. Modul: 04.03. – 15.03.2025* 5. Modul: 22.04. – 26.04.2025 6. Modul: 23.06. – 04.07.2025 7. Modul: 25.08. – 05.09.2025 zzgl. Wahlpflichtmodul
Regensburg RB 03 DB	<b>Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	1. Modul: 14.10. – 25.10.2024 2. Modul: 13.01. – 24.01.2025 3. Modul: 24.02. – 28.02.2025 4. Modul: 24.03. – 04.04.2025* 5. Modul: 12.05. – 23.05.2025 6. Modul: 07.07. – 18.07.2025 7. Modul: 22.09. – 26.09.2025 zzgl. Wahlpflichtmodul

\* Aufbauqualifikation zur Diabetesberater\*in DDG für bereits absolvierte Diabetesassistent\*innen DDG mit Einstieg ab Modul 4

**Anmeldeverfahren:** Bitte registrieren Sie sich online im Kurs Ihrer Wahl unter folgendem Link: [www.ddg.info/qualifizierung/diabetesberaterin-ddg-1](http://www.ddg.info/qualifizierung/diabetesberaterin-ddg-1)

**Weitere Informationen finden Sie auf** [www.ddg.info/diabetesedukation](http://www.ddg.info/diabetesedukation).

## DDG – SOCIAL MEDIA

Liken – Teilen – Informieren.  
Bleiben Sie immer auf dem Laufenden!



Fotos: fotomowo - stock.adobe.com

## Diabetesassistent\*in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
<b>Kurse nach neuem Curriculum zum/zur Diabetesassistent*in DDG ab 2024 Neues Curriculum mit erweitertem Kompetenzerwerb!</b>		
Rheine RH 03 DA	<b>Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-1108, ☎ Fax: 05971/42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Modul: 06.05. – 17.05.2024 2. Modul: 08.07. – 19.07.2024 3. Modul: 02.09. – 06.09.2024
Berlin BER 01 DA	<b>Wannsee Akademie der Wannseeschulen e.V. Berlin</b> Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin ☎ Tel.: 030 / 806 86 040, ☎ Fax: 030/80686 - 101 akademie@wannseeschulen.de www.wannseeschulen.de	1. Modul: 13.05. – 17.05.2024 2. Modul: 03.06. – 14.06.2024 3. Modul: 07.10. – 18.10.2024
Jena JE 02 DA	<b>Diabeteszentrum Thüringen e.V.</b> Am Klinikum 1, Gebäude A, 07740 Jena ☎ Tel.: 03641/9324346, ☎ Fax: 03641/9324347 nadine.kuniss@med.uni-jena.de www.diabetes-thueringen.de	1. Modul: 21.05. – 31.05.2024 2. Modul: 19.08. – 30.08.2024 3. Modul: 25.11. – 29.11.2024
<b>NEU KOOPERATION mit der LÄK THÜRINGEN für die Weiterbildung Assistenz in der Diabetologie LÄK</b>		
JE 02 LÄK	<b>Landesärztekammer Thüringen in Kooperation mit dem Diabeteszentrum Thüringen e.V.</b> Am Klinikum 1, Gebäude A, 07740 Jena ☎ Tel.: 03641/9324346, ☎ Fax: 03641/9324347 nadine.kuniss@med.uni-jena.de, www.diabetes-thueringen.de	<b>Abschluss: Assistenz in der Diabetologie LÄK</b> 1. Woche: 21.05. bis 24.05.2024 2. Woche: 27.05. bis 31.05.2024 3. Woche: 19.08. bis 23.08.2024
Gießen GI 01 DA	<b>UKGM Universitäres Diabeteszentrum Mittelhessen Diabeteschulungszentrum Med. Klinik und Poliklinik III</b> Klinikstraße 33, 35392 Gießen ☎ Tel.: 0641/985 42887 jutta.liersch@innere.med.uni-giessen.de, www.udzm.de	1. Modul: 03.06. – 08.06.2024 + 24.06. – 28.06.2024 2. Modul: 23.09. – 27.09.2024 3. Modul: 28.10. – 01.11.2024 + 18.11. – 22.11.2024
Traunstein TR 01 DA	<b>Diabetes-Akademie Südostbayern</b> Haus St. Rupert, Rupprechtstraße 6, 83278 Traunstein ☎ Tel.: 08663/30 90 713 info@diabetes-akademie.net, www.diabetes-akademie.net	1. Modul: 22.07. – 02.08.2024 2. Modul: 23.09. – 27.09.2024 3. Modul: 25.11. – 06.12.2024
Rheine RH 04 DA	<b>Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-1108, ☎ Fax: 05971/42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Modul: 09.09. – 20.09.2024 2. Modul: 18.11. – 29.11.2024 3. Modul: 13.01. – 17.01.2025
Essen ES 01 DA	<b>Diabeteszentrum am Elisabeth-Krankenhaus Essen</b> Klara-Kopp-Weg 1, 45138 Essen ☎ Tel.: 0208/30542818, ☎ Tel.: 0202/897 4592 a.meier@contilia.de <a href="https://www.contilia.de/karriere/contilia-akademie/aktuelle-lehrgaenge.html">https://www.contilia.de/karriere/contilia-akademie/aktuelle-lehrgaenge.html</a>	1. Modul: 16.09. – 27.09.2024 2. Modul: 25.11. – 29.11.2024 3. Modul: 20.01. – 01.02.2025
Regensburg RB 03 DA	<b>Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	1. Modul: 14.10. – 25.10.2024 2. Modul: 13.01. – 24.01.2025 3. Modul: 24.02. – 28.02.2025

**Anmeldung:** Für alle Kurse ab 2024 ist das Anmeldeverfahren zentralisiert. Sie finden alle Informationen und Termine auf der Website der DDG unter [www.ddg.info/qualifizierung-diabetesassistentin-ddg/-diabetesassistent-1](http://www.ddg.info/qualifizierung-diabetesassistentin-ddg/-diabetesassistent-1).

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

Bilden Sie in Ihrer Heimatregion ein Team aus, um im eigenen Haus und den benachbarten Einrichtungen die Pflegenden mit Basiskennnissen zum Diabetes zu schulen. Seminare zur Basisqualifikation DDG sind im Rahmen der Zertifizierung „Klinik mit Diabetes im Blick“ für die Schulung der Pflegekräfte anerkannt! Melden Sie Ihr Team jetzt an! Verbessern Sie die Versorgung von Menschen mit Diabetes in Ihrer Heimatregion! Wir bringen das Seminar direkt zu Ihnen nach Hause – freuen Sie sich auf eine inspirierende und interaktive Online-Erfahrung.

**Wir informieren Sie gerne** – E-Mail: [weiterbildung@ddg.info](mailto:weiterbildung@ddg.info).

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
9	<b>CityCube Berlin</b> Anmeldung über: Deutsche Diabetes Gesellschaft Albrechtstr. 9, 10117 Berlin ☎ Tel.: 030/311 69 37 18 <a href="mailto:weiterbildung@ddg.info">weiterbildung@ddg.info</a>	22.06.2024 (statt 11.05.2023)

Jetzt im Online-Format!

ACHTUNG, Terminänderung!

**Weitere Informationen sowie das Anmeldeformular finden Sie auf** [www.ddg.info/qualifizierung/fuer-medizinisches-assistenzpersonal/basisqualifikation-diabetes-pflege-train-the-trainer-seminar](http://www.ddg.info/qualifizierung/fuer-medizinisches-assistenzpersonal/basisqualifikation-diabetes-pflege-train-the-trainer-seminar).



Weitere Informationen und Anmeldung unter:  
[www.ddg.info/qualifizierung](http://www.ddg.info/qualifizierung)



## ➔ Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG – Fortbildung für Pflegendende

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
BaQ_RB_12	<b>Katholische Akademie für Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> Angelika Deml, Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22 ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	04./05.06.2025
BaQ_TUE_04	<b>Medizinische Klinik Tübingen</b> Otfried-Müller-Straße 10, 72076 Tübingen ☎ Tel.: 07071 29 - 84485 marjo.graf@med.uni-tuebingen.de	24./25.09.2024
BaQ_BW_10	<b>Asklepios Bildungszentrum Nordhessen</b> Asklepios Klinikum Schwalmstadt, Diabetes Schulungsraum Julia Steklow, Laustraße 37, 34537 Bad Wildungen ☎ Tel.: 05621/795 24 13 j.steklow@asklepios.com	18./19.11.2024

Weitere Informationen finden Sie auf [www.ddg.info/qualifizierung-basisqualifikation-diabetes-pflege](http://www.ddg.info/qualifizierung-basisqualifikation-diabetes-pflege). Kurse sind anrechenbar für die Fortbildung im Rahmen der Zertifizierung: Klinik mit Diabetes im Blick.

## ➔ Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Langzeit)

Sie brauchen kompetentes, diabetologisch geschultes Pflegepersonal, das diabetologische Pflegerisiken in der Langzeitpflege erkennt und die Pflegeplanung gezielt am besonderen Bedarf der Menschen mit Diabetes ausrichtet? Sie möchten Liegezeiten verkürzen und Komplikationen vermeiden? Dann melden Sie Ihre Pflegekraft jetzt zur Weiterbildung zur Diabetes-Pflegefachkraft DDG an!  
Weitere Informationen unter [www.ddg.info/qualifizierung/fuer-medizinisches-assistenzpersonal/diabetes-pflegefachkraft-ddg-fuer-die-langzeitpflege-1](http://www.ddg.info/qualifizierung/fuer-medizinisches-assistenzpersonal/diabetes-pflegefachkraft-ddg-fuer-die-langzeitpflege-1) und per E-Mail: [weiterbildung@ddg.info](mailto:weiterbildung@ddg.info). **Wir informieren Sie gerne!**

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Rheine DPFK Kurs 02	<b>Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-1108 ☎ Fax: 05971/42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	17.06.2024 – 19.06.2024 (Präsenz) 29.07.2024 – 30.07.2024 (online) 29.08.2024 – 30.08.2024 (online) 16.10.2024 – 18.10.2024 (Präsenz)

## ➔ Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Klinik)

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Rheine DPFK Kurs 4	<b>Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-7319 info@afg-rheine.de www.afg.mathias-stiftung.de/	09.12.2024 – 13.12.2024 13.01.2025 – 17.01.2025

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

Weitere Informationen unter [www.ddg.info/qualifizierung/fuer-medizinisches-assistenzpersonal/diabetes-pflegefachkraft-ddg-klinik-2](http://www.ddg.info/qualifizierung/fuer-medizinisches-assistenzpersonal/diabetes-pflegefachkraft-ddg-klinik-2) und per E-Mail: [weiterbildung@ddg.info](mailto:weiterbildung@ddg.info). **Wir informieren Sie gerne!**

## ➔ Fuß- und Wundassistent\*in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
<b>Pilotkurse in Kooperation nach neuem Curriculum der Fuß- und Wundassistent*in DDG</b>		
20	<b>Karl Borromäus Schule am Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen</b> Feldstraße 16, 54290 Trier ☎ Tel.: 0651 947-0 ☎ Fax: 0651 947-2205 schule@mutterhaus.de www.mutterhaus.de	17.06. – 21.06.2024
56	<b>CID Centrum für integrierte Diabetesversorgung</b> St. Vinzenz-Hospital Merheimer Straße 221–223, 50733 Köln Anmeldung: ☎ Tel.: 0221/9349461 schulung@cid-direct.de www.cid-direct.de	19.08. – 23.08.2024
26	<b>Diabetes Zentrum Thüringen e.V. (Universitätsklinikum Jena, Klinik für Innere Medizin III, FB Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen)</b> Am Klinikum 1, Gebäude A, 07743 Jena ☎ Tel.: 03641/9324346 ☎ Fax: 03641/9324342 nadine.kuniss@med.uni-jena.de www.diabetes-thueringen.de	1. Block: 06.11. – 08.11.2024 2. Block: 13.11. – 15.11.2024
11	<b>Diabetes-Akademie Bad Mergentheim e.V.</b> Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim ☎ Tel.: 07931/594 165 ☎ Fax: 07931/77 50 boehm@diabetes-zentrum.de www.diabetes-akademie.de	25.11. – 29.11.2024
19	<b>Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits-, und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 09415696-0 a.deml@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	1. Block: 10.03. – 12.03.2025 online 2. Block: 17.03. – 19.03.2025 Präsenz
20	<b>Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits-, und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 09415696-0 a.deml@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	1. Block 13.10. – 15.10.2025 online 2. Block 20.10. – 22.10.2025 Präsenz

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

Weitere Termine und Infos finden Sie auf [www.ddg.info/qualifizierung/fuer-gesundheitsfachkraefte/wundassistentin-ddg](http://www.ddg.info/qualifizierung/fuer-gesundheitsfachkraefte/wundassistentin-ddg).

## ➔ Adipositasberater\*in DAG-DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
2	<b>Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	10.06. – 11.06.2024 online 17.06. – 19.06.2024 Präsenz
3	<b>Diabetes-Akademie Südostbayern e.V.</b> An der Eiche 1, 83278 Traunstein ☎ Tel.: 08663/30 90 713 info@diabetes-akademie.net, www.diabetes-akademie.net	14.06. – 15.06.2024 online 20.06. – 22.06.2024 Präsenz
4	<b>Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-7319 info@afg-rheine.de, www.afg.mathias-stiftung.de	09.09. – 10.09.2024 online 11.09. – 13.09.2024 Präsenz
5	<b>Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	21.10. – 22.10.2024 online 23.10. – 25.10.2024 Präsenz
6	<b>Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	25.11. – 26.11.2024 online 02.12. – 04.12.2024 Präsenz

Weitere Termine zum Erwerb des Abschlusses Adipositasberater\*in DAG-DDG folgen. Anmeldung: Die Bewerbungsunterlagen sind an die jeweilige Weiterbildungsstätte zu senden. Hier erhalten Sie auch Auskunft über das Bewerbungsverfahren. Das Angebot ist für Diabetesfachkräfte gedacht. Weitere Informationen unter [www.adipositas-fortbildung.de](http://www.adipositas-fortbildung.de).

## ➔ Seminare Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung in der Diabetologie

Kurs	Termine	Tagungsort	Kosten
<b>Akademie Luftiku(r)s e.V.</b> Iburger Str. 187, 49082 Osnabrück ☎ Tel.: 0174/ 619 3869 akademieluftikurs@gmail.com www.akademie-luftikurs.de	26.11.2024 – 29.11.2024 Weitere Termine direkt anfragen!	Bischöfliches Priesterseminar, Große Domsfreiheit 5, 49074 Osnabrück	600,- Euro, bei Anmeldung ab 4 Wochen vor dem Termin 30,- € zusätzlich. Exkl. Verpflegung und Übernachtung
<b>Dr. rer. medic. Nicola Haller medipäd</b> Am Bühl 7 1/2, 86199 Augsburg ☎ Tel.: 0175/4004901 dr.nicola.haller@medi-paed.de www.medi-paed.de	19.04. – 22.04.2024 (Online-Kurs) 14.06. – 17.06.2024 in Augsburg 06.09. – 09.09.2024 (Online-Kurs) 29.11. – 02.12.2024 (Online-Kurs)	Tagungsräume im Hotel Am alten Park Augsburg	720,- € inkl. Kursunterlagen
<b>willms.coaching</b> Wilhelm-Busch-Straße 19, 37083 Göttingen ☎ Tel.: 0551/7974741 ☎ Fax: 0551/29213514 office@willmscoaching.de www.willmscoaching.de	<b>Online-Termine:</b> 04.04. – 05.04. + 18.04. – 19.04.2024 30.05. – 31.05. + 13.06. – 14.06.2024 10.10. – 11.10. + 24.10. – 25.10.2024 07.11. – 08.11. + 14.11. – 15.11.2024 21.11. – 22.11. + 28.11. – 29.11.2024 <b>Präsenzkurse im Hotel Eden, Göttingen:</b> 04.07. – 07.07.2024 04.12. – 07.12.2024		720,- € Fortbildungspunkte der Ärztekammer werden erteilt. Präsenzkurse inkl. Seminarunterlagen und Mittagessen.
<b>Dr. med. Katja Schaaf</b> Schinkelstraße 43, 40211 Düsseldorf ☎ Tel.: 0178/4596146 info@drkatjaschaaf.de www.drkatjaschaaf.de	<b>Schwerpunkt Pädiatrie</b> 11.04. – 14.04.2024 19.09. – 22.09.2024	Elisabeth-Krankenhaus, Essen, Konferenzzentrum, Klara-Kopp-Weg 1 45138 Essen	750,- Euro zzgl. 19 % MwSt.; inkl. Seminarunterlagen

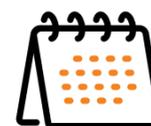
Fortbildungspunkte werden in der Regel von der Ärztekammer erteilt.

## ➔ Fachpsycholog\*in DDG

Aktuelle Termine, Online-Anmeldung und weitere Informationen zu der Weiterbildung zum Fachpsychologen bzw. zur Fachpsychologin finden Sie direkt auf der Website [www.diabetes-psychologie.de](http://www.diabetes-psychologie.de).

Service der DDG

# Unsere Empfehlung



Wichtige Termine auf einen Blick

Tagung

**19. Jahrestagung Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin**  
02.05.–04.05.2024 – Augsburg

Kongress

**58. Diabetes Kongress der Deutschen Diabetes Gesellschaft**  
08.05.–11.05.2024 – Berlin

Forum

**Green Hospital Excellence Forum: Event für Klimaneutralität im Gesundheitswesen**  
05.06.–06.06.2024 – Frankfurt am Main

Fortbildung/Webinar

**Fortbildung Digitalisierung der Deutschen Diabetes Gesellschaft**  
05.06.2024 – online

Kongress

**Hauptstadtkongress mit Kongressen für Gesundheits- und Pflegemanagement, Ärzteforum und Hauptstadtforum Gesundheitspolitik**  
26.06.–28.06.2024 – Berlin

Weitere Informationen und Termine unter:

[www.ddg.info/veranstaltungen/veranstaltungskalender](http://www.ddg.info/veranstaltungen/veranstaltungskalender)

# Die DDG Job- und Praxenbörse

Mehr Informationen zu jeder Anzeige und die aktuellsten Stellenangebote und -gesuche finden Sie auf der DDG Website. Scannen Sie dazu einfach den QR-Code.



Sie möchten selbst eine Anzeige in der diabeteszeitung schalten? Kein Problem! Das können Sie ganz einfach online auf [www.ddg.info/jobboerse](http://www.ddg.info/jobboerse). Für DDG Mitglieder ist dieser Service kostenlos.

**Ihre Ansprechpartnerin in der DDG Geschäftsstelle ist:**  
Anna Schäfer  
E-Mail: [service@ddg.info](mailto:service@ddg.info)

## STELLENANGEBOTE

### ÄRZT\*INNEN

Delmenhorst, 08.03.2024

#### Diabetolog\*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Schwerpunktpraxis Diabetes Dr. Schneider
- Adresse: Stedinger Straße 38, 27753 Delmenhorst
- Ansprechpartner: Dr. med. Achim Schneider, [doc@dr-schneider.com](mailto:doc@dr-schneider.com)

Nürnberg, 07.03.2024

#### Diabetolog\*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Dr. Schwarz & Kollegen
- Adresse: Schlachthofstraße 17, 90439 Nürnberg
- Ansprechpartner: Dr. Thomas K. Schwarz, 0911/27786714, [arzt@diabetologie-nuernberg.de](mailto:arzt@diabetologie-nuernberg.de)

Kamp-Lintford, 06.03.2024

#### Assistenzärzt\*in/FA Innere Medizin, Weiterbildung Diabetologie, Gastroenterologie oder Hämatonkologie (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: St. Bernhard-Hospital GmbH
- Adresse: Bürgermeister-Schmelzing-Straße 90, 47475 Kamp-Lintford
- Ansprechpartner: Dr. med. Stefan Dörr, 02842/708184, [stefan.doerr@st-bernhard-hospital.de](mailto:stefan.doerr@st-bernhard-hospital.de)
- Website: [www.st-bernhard.hospital.de](http://www.st-bernhard.hospital.de)

Bretten, 04.03.2024

#### Diabetolog\*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: MVP Diabetologie Bretten
- Adresse: Pforzheimer Straße 46, 75015 Bretten
- Ansprechpartner: Dr. med. Wolfgang Stütz, [stuetz@praxis-stuetz.de](mailto:stuetz@praxis-stuetz.de)
- Website: [www.praxis-stuetz.de](http://www.praxis-stuetz.de)

Berlin, 05.03.2024

#### Diabetolog\*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Diabeteschwerpunktpraxis diab-doc.de
- Adresse: Wederstraße 85, 12347 Berlin
- Ansprechpartnerin: Dr. Nasila Nouniaz-Wirbelauer, 030/62730401, [info@diab-doc.de](mailto:info@diab-doc.de)
- Website: [www.diab-doc.de](http://www.diab-doc.de)

Sauerlach, 29.02.2024

#### Internist\*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Fachinternisten Sauerlach
- Adresse: Schelcherweg 34A, 82054 Sauerlach München
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Stephanie Oßmann, 0152/29504933, [info@fachinternisten-sauerlach.de](mailto:info@fachinternisten-sauerlach.de)
- Website: [www.fachinternisten-sauerlach.de](http://www.fachinternisten-sauerlach.de)



### Mehr Jobs, mehr Auswahl, mehr berufliche Perspektiven

Sie möchten mehr zu den einzelnen Ausschreibungen erfahren? Einfach QR-Code scannen und direkten Zugang zur Jobbörse auf der DDG Website erhalten.

Auch ohne Smartphone haben Sie über die DDG Website immer Zugriff auf unsere Angebote.

### GESUNDHEITSFACHKRÄFTE

Kerpen, 07.03.2024

#### Diabetesberater\*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetespraxis im Erft Karree
- Adresse: Am Falder 36, 50171 Kerpen
- Ansprechpartner: Dr. med. Philipp Thoma, 0160/95492713, [philipp.thoma@gmail.com](mailto:philipp.thoma@gmail.com)
- Website: [www.diabetespraxis.info](http://www.diabetespraxis.info)

Wittlich, 07.03.2024

#### Diabetesberater\*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis Dr. med. Simone Badis
- Adresse: Karrstraße 40, 54516 Wittlich
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Simone Badis, 06571/950780, [info@dr-badis-wittlich.de](mailto:info@dr-badis-wittlich.de)
- Website: [www.dr-badis-wittlich.de](http://www.dr-badis-wittlich.de)

Bad Nauheim, 06.03.2024

#### Diabetesberater\*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: GZW Diabetes-Klinik gGmbH
- Adresse: Ludwigstraße 37-39, 61231 Bad Nauheim
- Ansprechpartner: Dr. med. Michael Eckhard, 06032/7063224, [michael.eckhard@gz-wetterau.de](mailto:michael.eckhard@gz-wetterau.de)

Stuttgart, 03.03.2024

#### MFA (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis
- Adresse: Daimlerstraße 35, 70372 Stuttgart
- Ansprechpartner: Joachim Bucher, 0711/5006360, [diabetes-praxis-stuttgart@online.de](mailto:diabetes-praxis-stuttgart@online.de)

Düsseldorf, 01.03.2024

#### Diabetesberater\*in/Diabetesassistent\*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetes-Schwerpunktpraxis Schröder/Wulff
- Adresse: Gladbacher Straße 26, 40219 Düsseldorf
- Ansprechpartner: Dr. med. Sebastian Wulff, 0157/58177078, [sebastian\\_wulff@web.de](mailto:sebastian_wulff@web.de)

Hamburg, 01.03.2024

#### Diabetesberater\*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: medicum Hamburg MVZ GmbH
- Adresse: Beim Strohhause 2, 20097 Hamburg
- Ansprechpartnerin: Iлона Waschinski, 040/807979-103, [waschinski@medicum-hamburg.de](mailto:waschinski@medicum-hamburg.de)

Erfstadt, 25.02.2024

#### Allgemeinmediziner\*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Dr. Dominika Salamon-Hellmig
- Adresse: Paul-Klee-Straße 82, 50374 Erfstadt
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Dominika Salamon-Hellmig, [salamon@gmx.de](mailto:salamon@gmx.de)

Bad Lauterberg, 22.02.2024

#### Fachärzt\*in (m/w/d) Innere Medizin mit Weiterbildungsmöglichkeit zum/zur Diabetolog\*in DDG/LÄK

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabeteszentrum Bad Lauterberg
- Adresse: Kirchberg 21, 37431 Bad Lauterberg
- Ansprechpartnerin: Katja Burghardt, 05524/81342, [bewerbung@diabeteszentrum.de](mailto:bewerbung@diabeteszentrum.de)
- Website: [www.diabeteszentrum.de](http://www.diabeteszentrum.de)

Hamburg, 22.02.2024

#### Diabetolog\*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabeteszentrum Hamburg Nord-West
- Adresse: Tibarg 1B, 22459 Hamburg
- Ansprechpartnerin: Sandra Bürger, [buerger@diabeteszentrum-hhndw.de](mailto:buerger@diabeteszentrum-hhndw.de)
- Website: [www.diabeteszentrum-hhndw.de](http://www.diabeteszentrum-hhndw.de)

Velbert, 21.02.2024

#### Allgemeinmediziner\*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Gesundheitszentrum Velbert-Birth
- Adresse: Birther Straße 2B-C, 42549 Velbert
- Ansprechpartner: Dr. Muhammad Khan, 02051/4231490, [verwaltung@gesundheitszentrum-birth.de](mailto:verwaltung@gesundheitszentrum-birth.de)
- Website: [www.gesundheitszentrum-birth.de](http://www.gesundheitszentrum-birth.de)

Direkt zu allen Stellenangeboten



## STELLENANGEBOTE

Bad Neuenahr-Ahrweiler, 28.02.2024

**Diabetesberater\*in DDG (m/w/d)**

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: befristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Klinik Niederrhein
- Adresse: Hochstraße 13-19, 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
- Ansprechpartner: Dr. med. Rainer Langsch, 02641/751-2105, rainer.langsch@klinik-niederrhein.de
- Website: www.klinik-niederrhein

Berlin, 27.02.2024

**Diabetesberater\*in DDG (m/w/d)**

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabeteszentrum Lichtenberg
- Adresse: Frankfurter Allee 129, 10365 Berlin
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Katja Schmitt, 030/55488125, katja.schmitt@diabeteszentrum-lichtenberg.de
- Website: www.diabeteszentrum-lichtenberg.de

Moers, 27.02.2024

**MFA (m/w/d)**

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis im Rheinkamper Rathaus
- Adresse: Albert-Altwickler-Straße 33, 47445 Moers
- Ansprechpartnerin: Isabell Hoffmann, 0151/46429087, hoffmann@praxis-rheinkamp.de
- Website: www.praxis-rheinkamp.de/jobs

Moers, 27.02.2024

**Diabetesberater\*in DDG (m/w/d)**

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis im Rheinkamper Rathaus
- Adresse: Albert-Altwickler-Straße 33, 47445 Moers
- Ansprechpartnerin: Isabell Hoffmann, 0151/46429087, hoffmann@praxis-rheinkamp.de
- Website: www.praxis-rheinkamp.de/jobs

Wuppertal, 27.02.2024

**Diabetesberater\*in DDG (m/w/d)**

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetespraxis Tiedtke
- Adresse: Kleine Klotzbahn 22, 42105 Wuppertal
- Ansprechpartner: Claus-Martin Tiedtke, info@diabetespraxis-tiedtke.de
- Website: www.diabetespraxis-tiedtke.de

Schwerin, 26.02.2024

**Diabetesberater\*in DDG (m/w/d)**

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Martin Knauf
- Adresse: Platz der Freiheit, 19053 Schwerin
- Ansprechpartner: Dipl.-Med. Martin Knauf, 0385/3941116



## E-Paper ist im Web verfügbar

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

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

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

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

**Kontakt zur Redaktion**

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

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



Immer auf dem Laufenden

## DDG Social Media

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

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

## Effizienz und Wirtschaftlichkeit.

## Das Dexcom G7.

# Dexcom G7

**Einfache Verordnung, die sich lohnt:**

- ✓ Verträge mit gesetzlichen Krankenkassen<sup>1</sup>
- ✓ Zeitersparnis: Dexcom übernimmt auf Wunsch die Produkteinweisung
- ✓ Mit Dexcom rtCGM-Systemen<sup>2</sup> kann die Stoffwechseleinstellung nachweislich verbessert werden<sup>3,4,5</sup>

[www.dexcom.com/fachpersonal](http://www.dexcom.com/fachpersonal)

G7

erstattungsfähig

Agenturfoto. Mit Model gestellt. | Das Dexcom G7 ist in einer mmol/L- und mg/dL-Ausführung verfügbar. | 1 Einen Überblick über Gesetzliche Krankenversicherungen (GKV), die Dexcom rtCGM-Systeme erstatten, finden Sie hier: <https://de.provider.dexcom.com/erstattungsfahigkeit> | 2 Kompatible Geräte sind separat erhältlich. Eine Liste kompatibler Geräte finden Sie unter: [www.dexcom.com/compatibility](http://www.dexcom.com/compatibility) | 3 Diese Ergebnisse wurden mit einer früheren Generation von Dexcom rtCGM-Systemen erzielt. Für das Dexcom G7 sind durch die gleiche oder bessere Performance, Produkteigenschaften und Anwendbarkeit ähnliche Ergebnisse zu erwarten. Siehe dazu Benutzerhandbuch Dexcom G6/Dexcom G7; Welsh JB, et al. J Diabetes Sci Technol. 2022;19322968221099879. | 4 Soupal J, et al. Glycemic Outcomes in Adults With T1D Are Impacted More by Continuous Glucose Monitoring Than by Insulin Delivery Method: 3 Years of Follow-Up From the COMISAIR Study. Diabetes Care. 2020;43:37-43. | 5 Martens T, et al. Effect of continuous glucose monitoring on glycemic control in patients with type 2 diabetes treated with basal insulin: A randomized clinical trial. JAMA. 2021;325(22): 2262-2272. | Dexcom, Dexcom Clarity, Dexcom Follow, Dexcom One, Dexcom Share, Share sind eingetragene Marken von Dexcom, Inc. in den USA und sind möglicherweise in anderen Ländern eingetragen. © 2024 Dexcom, Inc. Alle Rechte vorbehalten. | [www.dexcom.com](http://www.dexcom.com) | +1.858.200.0200 | Dexcom, Inc. 6340 Sequence Drive San Diego, CA 92121 USA | MDSS GmbH, Schiffgraben 41, 30175 Hannover, Germany | LBL-1001412 Rev001 / 03.2024

**Dexcom Deutschland GmbH | Haifa-Allee 2 | 55128 Mainz | Medizinischer Kontakt: +49 6131 4909065**

# BUNTES

## 60 Jahre DDG, 60 Jahre Engagement

Darum schwärmen Menschen  
für die Diabetologie



„Ich schwärme für die Diabetologie, weil sie seit meiner Weiterbildung zur Diabetessassistentin 1997 mein Herzenthema ist. Seitdem arbeite ich in der Diabetologie in verschiedenen Rollen: als berufsfachliche Leitung in der Akademie für Gesundheitsberufe, bei Patient\*innen in diabetologischen Schwerpunktpraxen & Kliniken und als aktives Mitglied des Ausschusses ‚Qualität, Schulung & Weiterbildung‘ der DDG.“

Angelika Deml, Nittenau,  
M.Sc. Diabetes Care

Zum 60. Geburtstag gratulieren auch Organisationen, die der DDG verbunden sind. Dieses Mal: der BVKJ.



„Gemeinsam mit der DDG haben wir uns dafür eingesetzt, dass Diabetes frühzeitig erkannt und behandelt wird und präventive Maßnahmen gegen übermäßigen Zuckerkonsum ergriffen werden, zum Beispiel mit unserer Aufklärungskampagne zur Früherkennung des Typ-1-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen. Wir gratulieren herzlich zum 60. Jubiläum und freuen uns auf weitere erfolgreiche Jahre der Zusammenarbeit.“

Präsidium des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzt\*innen e.V. (BVKJ)



### Die große Jubiläumsaktion zu 60 Jahren DDG

So vielfältig wie die Diabetologie sind auch die Menschen, die in diesem Fachgebiet tätig sind. Sie bekommen hier eine Bühne – und erzählen, warum sie für die Diabetologie schwärmen.

ddg.info (QR-Code),  
Instagram und Facebook.



„Ich schwärme für die Diabetologie, weil es unglaublich wichtig ist, dass Information fließt und in den individuellen Alltag passt.“

Dr. rer. medic. Nicola Haller, Augsburg,  
Dipl. Medizinpädagogin,  
E-Medizin & Diabetesberaterin



„Ich schwärme für die Diabetologie, weil sie so vielfältig und abwechslungsreich ist. Ich komme mit vielen, sehr unterschiedlichen Patient\*innen in Kontakt und darf in vielen Lebenslagen und bei vielen Problemen teilhaben und unterstützen. Genauso liebe ich den professionellen Austausch mit Kolleg\*innen, mich zu vernetzen und unsere Interessen im berufspolitischen Rahmen zu vertreten.“

Theresa Schoppe, Warstein, Diabetesberaterin



Erfolg der Bauernproteste

+++ Die nächste Ausgabe der diabetes zeitung erscheint am 29. Mai +++