

DIABETES HERBSTTAGUNG 2019 DDG



»Mitten im Leben«

Die 13. Herbsttagung der DDG

LEIPZIG. Diabetes betrifft Menschen aller Altersgruppen und in allen Lebenslagen. Und auch für die Mitglieder der Diabetes-Behandlungsteams nimmt die Erkrankung einen zentralen Stellenwert in ihrem Alltag ein. Die 13. Diabetes Herbsttagung der DDG am 8. und 9. November stellte dies mit dem Motto „Diabetes – mitten im Leben“ in den Fokus. Die unterschiedlichen Workshops, Symposien und Praxisdialoge boten den Besucherinnen und Besuchern zahlreiche Möglichkeiten, sich

vielfältig und umfassend fortzubilden und miteinander ins Gespräch zu kommen. Zu diesem geschichtsträchtigen Datum in Leipzig folgte der evangelische Theologe und Bürgerrechtler Dr. h.c. Friedrich Schorlemmer der Einladung der DDG. Er begeisterte das Auditorium als Keynote Speaker in der Eröffnungsveranstaltung mit seiner mitreißenden Rede zum 30-jährigen Jubiläum des Mauerfalls. Eine Auswahl besonderer Momente der Tagung sowie einen Überblick zu wichtigen Themenschwerpunkten finden Sie auf den Seiten **6-9**

Fotos: © DDG / Dirk Deckbar, © Christian Ribas/DZD, denismagilov – stock.adobe.com

Der Weg für den Nutri-Score ist frei

BERLIN. Bundesernährungsministerin Julia Klöckner hat sich dem Druck der Öffentlichkeit gebeugt: 2020 soll nun endlich die Markteinführung der Nährwertkennzeichnung nach dem Nutri-Score erfolgen. Zwar begrüßen DDG und DANK die Entscheidung sehr, dennoch seien weitere Schritte notwendig, sagt DANK-Sprecherin Barbara Bitzer. **4**

Tragödie auf der Klassenfahrt

Schülerin mit Typ-1-Diabetes stirbt – Staatsanwaltschaft ermittelt

MÖNCHENGLADBACH. Die 13-jährige Emily ist nicht lebend von ihrer Klassenfahrt nach London zurückgekehrt. Die Insulinpumpenträgerin managte ihren Typ-1-Diabetes nach Aussage des Vaters zuverlässig und eigenverantwortlich. Doch Ende Juni

benötigt sie Hilfe, und diese kommt zu spät. Niemand bemerkt, dass sie mehrere Tage ohne Insulin ist. Als sie endlich ins Krankenhaus kommt, wird ein Blutzucker von 1470 mg/dl gemessen. Am nächsten Tag ist Emily tot. Was genau sich auf der

dreitägigen Klassenfahrt zugefallen und zum Tod seiner Tochter geführt hat, kann sich Kay Schierwagen nur bruchstückhaft aus Erzählungen der Mitschüler zusammenreimen, die Lehrkräfte schweigen ihm gegenüber. Die Staatsanwaltschaft Mönchengladbach hat

die Ermittlungen aufgenommen und prüft, ob und mit welchem Tatvorwurf Anklage erhoben wird. Mit einem Prozessbeginn ist frühestens im Frühjahr 2020 zu rechnen. Was Diabetesexperten zu dem tragischen Fall sagen, lesen Sie auf Seite **17**

LDL-Cholesterin: neue Zielwerte

PARIS. Auf dem Kongress der European Society of Cardiology wurde das Update der Leitlinie zur Behandlung von Fettstoffwechselstörungen zur Reduktion des kardiovaskulären Risikos vorgestellt. Professor Dr. Dirk Müller-Wieland erläutert, warum die risikostratifizierte patientenbezogene LDL-C-Senkung ein integraler Bestandteil der Diabetestherapie ist. **15**

Psychosoziale Versorgung verbessern

Der Zukunftstag Diabetologie

BERLIN. Die Gefahr, psychische Störungen bzw. Erkrankungen zu entwickeln, ist für Menschen mit Diabetes und auch für ihre Angehörigen deutlich erhöht. Um ihre

alltäglichen Belastungen im Umgang mit der chronischen Erkrankung zu reduzieren, müssen die psychosozialen Behandlungsmöglichkeiten und -strukturen während

der ambulanten Langzeitbehandlung gezielt verbessert werden, fordern DDG-Experten. Auf dem Zukunftstag Diabetologie der AG Diabetes und Psychologie und der AG

Pädiatrische Diabetologie der DDG diskutierten die Experten sowie Betroffene mit Vertretern der Krankenkassen und aus der Gesundheitspolitik zur Thematik. **3**



Das DZD fördert junge Talente

BARCELONA. Traditionell findet die DZD Diabetes Research School unmittelbar vor der Jahrestagung der European Association for the Study of Diabetes (EASD) statt. In diesem Jahr konnten 95 engagierte Nachwuchswissenschaftlerinnen und Nachwuchswissenschaftler ein Ticket nach Barcelona lösen und unmittelbar vom Wissen renommierter internationaler Experten profitieren. Die Teilnehmenden waren begeistert. **16**

Seiten 20/21 BZ-Management intensiv optimieren

JENA. Bei Patienten mit schlechter Stoffwechselkontrolle ist nicht immer eine Hochdosierung der medikamentösen Therapie die Lösung. Das zeigen zwei aktuelle Studien aus Jena.

Seite 14 Erfolgsfaktoren für bariatrische OP

BERLIN. Warum wesentliche Faktoren für den Erfolg bariatrischer Eingriffe ein zertifiziertes Zentrum und eine multidisziplinäre Nachsorge sind, erläutert Professor Dr. Jens Aberle.

Seite 10 Ergebnisse der RISE-Studie ernüchtern

BARCELONA. EASD 2019: Metformin, frühe Insulin-Bolustherapie, Liraglutid oder metabolische Chirurgie – keine der geprüften Interventionen konnte die Betazellfunktion bewahren.

News & Fakten

Zukunftstag Diabetologie
„Psychosoziale Versorgung von Menschen mit Diabetes“,
Der Nutri-Score kommt!,
Aktuelles von der »Digitalen Allianz Diabetes Typ 2«, Ergebnisse der OptiFit-Studie, VDBD-Schulung von Angehörigen im Praxistest ... 3–6

Kongress aktuell

Pressekonferenzen und Eindrücke von der Diabetes Herbsttagung 2019, Berichte vom EASD 2019, Berichte vom Diabetes Kongress 2019, Bericht vom ESC 2019 6–15

Im Blickpunkt

DZD Diabetes Research School 2019, Tod einer Schülerin mit Typ-1-Diabetes auf Klassenfahrt, Kolumne von Liesa Regner: »Social mellitus« 16–19

Forum Literatur

DTTP in der Therapie bei Typ-1- und Typ-2-Diabetes, Duale Plättchenaggregationshemmung beugt Ischämien vor, Studie: Antikörper verzögert Ausbruch von Typ-1-Diabetes 19–21, 23

Medizin & Markt

Berichte aus der Industrie 22

Das Interview

Professor Dr. Andreas Birkenfeld zu seiner neuen Position als ärztlicher Direktor der Medizinischen Klinik IV der Universität Tübingen und wissenschaftlicher Direktor des IDM 24

Kurznachrichten

Neu- oder rezertifizierte Kliniken und Arztpraxen, Neue Diabetologinnen und Diabetologen DDG, Gesundheitsbericht Diabetes 2020 ist da 25

Weiterbildung & Qualifikation

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

Job- & Praxenbörse

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

Buntes 32

»Bleiben Sie vernetzt«

Von der Herbsttagung über den Zukunftstag bis zur DZD Diabetes Research School

Liebe Leserinnen und Leser,

die 13. Diabetes Herbsttagung hat etwa 3400 Besucherinnen und Besucher nach Leipzig geführt. In zahlreichen wissenschaftlichen Symposien, Workshops und Talks hatten Ärztinnen und Ärzte, medizinischer Nachwuchs und medizinisches Fachpersonal die Möglichkeit, ihr Wissen zu erweitern, zu diskutieren und sich untereinander auszutauschen. Unter dem Motto »Diabetes – mitten im Leben« ist es dem Tagungspräsidenten Dr. Nikolaus Scheper zusammen mit Dr. Cornelia Woitek und vielen weiteren Aktiven gelungen, ein interessantes und abwechslungsreiches Programm auf die Beine zu stellen, das den Ansprüchen aller Teilnehmenden auf vielfältige Weise gerecht werden konnte. Ich möchte allen Organisatoren, KUKM und Marnie Volkmann von der DDG-Geschäftsstelle dafür meinen herzlichen Dank aussprechen. Auf den Seiten 8 und 9 in dieser Ausgabe finden Sie Aufnahmen von einigen besonderen Momenten auf dieser Tagung.

»Neue Impulse und interdisziplinärer Austausch«

Neue Impulse und Austausch über die Grenzen der eigenen Fachdisziplin hinaus, um die Dinge aus einem neuen Blickwinkel zu sehen – das ist nicht nur auf unseren Kongressen möglich. Bereits zum vierten Mal fand der »Zukunftstag Diabetologie« statt. Diesmal hatten die AG Diabetes und Psychologie und die AG Pädiatrische Diabetologie der DDG unter dem Motto »Psychosoziale Versorgung von Menschen mit Diabetes« eingeladen, um mit Vertretern von Krankenversicherungen und der Gesundheitspolitik darüber zu diskutieren, wie die psychosoziale Versorgung im stationären und ambulanten Bereich verbessert werden kann. Die Teilnehmenden konnten u.a. in emotionalen Vorträgen von Betroffenen mehr über die Herausforderungen erfahren, denen sich Eltern von an Typ-1-Diabetes erkrankten Kindern täglich stellen müssen – was zu erheblichen psychosozialen Belastungen führen kann; oder wie die Pubertät die Psyche aus dem Gleichgewicht bringt und damit junge Typ-1-Diabetespatienten in Gefahr bringen



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

kann. Es ist dringend notwendig diese Problematik wahrzunehmen und psychosoziale Behandlungsmöglichkeiten und Strukturen während der ambulanten Langzeitbehandlung gezielt zu verbessern. Lesen Sie dazu den Bericht auf Seite 3.

»Wichtige Einblicke in die Bedarfe und Bedürfnisse der Betroffenen«

Wichtige Einblicke in die Versorgungsrealität, aber auch die Bedürfnisse von Menschen mit Typ-2-Diabetes gibt die aktuelle Umfrage von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe unter mehr als 1500 Patienten. Die Ergebnisse (siehe Seite 4) verdeutlichen die herrschenden Missstände. Diese sollen nach und nach

online veröffentlicht werden und in E-Mail-Aktionen der »Digitalen Allianz Diabetes Typ 2« auf der Online-Plattform www.diabetes-stimme.de münden.

Sich online umgeschaut hat sich ebenfalls die Medizinstudentin Liesa Regner, die regelmäßig Kolumnen für die **diabeteszeitung** verfasst. In ihrem Beitrag »Social mellitus« auf Seite 19 in dieser Ausgabe berichtet sie über Diabetes-Influencer und wie die Erfahrungen der Betroffenen den ärztlichen Blick weiten können.

Und nicht zuletzt haben auch die Teilnehmenden der DZD Diabetes Research 2019 in Barcelona sich vernetzt und wertvolle Erfahrungen für ihre berufliche Laufbahn machen können. Lesen Sie ihren Bericht auf Seite 16.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine interessante Lektüre.

Herzlichst Ihre

Prof. Dr. Monika Kellerer

diabeteszeitung

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

Verlag: Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH

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

CEO: Oliver Kramer

Geschäftsführung: Alexander Paasch, Dr. Karl Ulrich

Geschäftsleitung: Stephan Kröck, Rüdiger Sprunkel

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

Redaktionsleitung: Jochen Schlabing

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

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

Redaktion Politik: Michael Reischmann (verantwortlich),
Isabel Aulehla

Weitere Mitarbeiter: Cornelia Kolbeck, Antje Thiel

Leitung Corporate Publishing: Hannelore Schell

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

Vertreter der angrenzenden Fachgebiete:

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

Koordination in der DDG Geschäftsstelle: Daniela Erdtmann

Layout: Andrea Schmuck, Beate Scholz, Mira Vetter

Objekt- und Medialeitung: Björn Lindenaus

Verkauf: Josef Hakam, Marc Bornschein

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

Anzeigen-Preisliste Nr. 4 vom 1.1.2019

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

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

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



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

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

www.blauer-engel.de/uz195

Dieses Druckerzeugnis wurde mit dem
Blauen Engel ausgezeichnet



Q85

Zukunftstag Diabetologie

Psychosoziale Versorgung von Menschen mit Diabetes im Mittelpunkt

BERLIN. Menschen mit Diabetes und ihre Familienangehörigen haben ein erhöhtes Risiko, psychische Erkrankungen zu entwickeln. Der Zukunftstag Diabetologie der AG Diabetes und Psychologie und der AG Pädiatrische Diabetologie der DDG machte dies zum Thema. Dabei forderten die Experten, die psychosozialen Behandlungsmöglichkeiten und die Strukturen der ambulanten Langzeitbehandlung gezielt zu verbessern.



Fotos: © DDG/Bild: Katrin Bindeballe, fotolia/rea_molko

Ärztin, Ehefrau, Mutter – und eine viel Unruhe stiftende Diagnose

Dr. Carola Hecking: „Ich bin permanent an meiner Belastungsgrenze“

BERLIN. „Zu seinem vierten Geburtstag bekam mein Kind einen Roller und die Diagnose Diabetes mellitus“, erinnert sich Dr. Carola Hecking. Knapp ein Jahr ist das nun her, doch die junge Mutter, ihr Ehemann, ihr Sohn und die achtjährige Schwester sind bis heute nicht zur Ruhe gekommen.

mit Gerinnungsmedizin beschäftigt. „Dabei mache ich meinen Job gern, wir hatten auch gerade erst ein Haus gekauft – wie soll das gehen, dass ich auf einmal nicht mehr arbeite?“

Der Sohn trägt eine Insulinpumpe und ein CGM-System, und irgendein Gerät meldet sich immer mit einem Alarm: „Ich bin permanent an meiner Belastungsgrenze – neben dem Diabetes geht einfach nichts mehr“, berichtete die Internistin aus Bad Homburg. Dabei hätten beide Hilfsmittel ihren Alltag ungeheuer erleichtert: „Anfangs wollte der Kleine nichts mehr essen, weil er Angst vor Nadeln hat. Drei Tage nach der Diagnose bekam er zum Glück die Pumpe.“

„Pumpe und CGM-System haben den Alltag erleichtert.“

Dr. Carola Hecking

Es dauerte zehn Monate, bis sich Dr. Hecking bei Gesundheitsamt, Schulratsamt und Sozialamt durchgefragt, alle Anträge ausgefüllt und eine Inklusionskraft bewilligt bekommen hatte, die ihren Sohn im Kita-Alltag begleitet. „In allen Ämtern herrscht Personal-mangel, deshalb dauert die Bearbeitung der Anträge so lange.“ Außerdem gebe es keine klaren Zuständigkeiten – immer wieder sei sie an andere Stellen verwiesen worden.

„Wenn ein Kleinkind chronisch erkrankt, dann sollte die optimale Versorgung unkompliziert gewährleistet sein. Schließlich hat so ein kleiner Mensch doch noch sein ganzes Leben vor sich“, meinte Dr. Hecking.

Langes Bangen um die Genehmigung für Hilfsmittel

Allerdings habe die Familie lange bangen müssen, ob die probenhalber bewilligte Pumpe auch dauerhaft genehmigt würde. „Es ist mir ein Rätsel, warum sich der Medizinische Dienst erst lange mit so einem Pumpenantrag beschäftigen muss“, kritisierte die Mutter, „die sensorunterstützte Pumpentherapie steht doch in den Leitlinien!“

Der Antrag auf Versorgung mit Insulinpumpe und Sensor war erst der Anfang eines langen und nervenzehrenden Papierkriegs. „Nach der Diagnose riet man mir im Krankenhaus, es sei schwierig, Inklusionshilfe zu bekommen. Deshalb sollte ich am besten meinen Job aufgeben“, erzählte Dr. Hecking, die in einem Medizinischen Versorgungszentrum arbeitet und sich dort vor allem

Nur Dank vielfältiger Hilfe ist Arbeiten noch möglich

Dabei fühle sie sich im Vergleich zu anderen Eltern von Kindern mit Typ-1-Diabetes durchaus privilegiert: „Ich bin überall auf freundliche und bemühte Menschen gestoßen. Die Erzieherinnen in der Kita sind super. Mein Arbeitsumfeld hat viel geholfen und aufgefangen. Meine Mutter zog nach der Diagnose vorübergehend bei uns ein und unterstützte uns.“ Nur dank dieser Hilfe aus ihrem Umfeld habe sie ihren Arbeitsplatz erhalten können. „Ich frage mich, wie das Leute bewerkstelligen sollen, die nicht über diese Ressourcen verfügen?“

Mehr Unterstützung für Eltern von Kindern mit Typ-1-Diabetes

AMBA-Studie: Vor allem Mütter physisch und psychisch am Limit

BERLIN. Professor Dr. Karin Lange, Leiterin der Forschungs- und Lehrereinheit Medizinische Psychologie an der Medizinischen Hochschule Hannover, stellte die Ergebnisse der jüngst veröffentlichten AMBA-Studie vor, in der die Auswirkungen des Typ-1-Diabetes auf psychische Gesundheit und Berufstätigkeit von Müttern untersucht wurden. Nach diesen werden Eltern von Kindern mit Typ-1-Diabetes mit vielen Herausforderungen des Alltags alleingelassen. Sie müssten die unangenehmen

Seiten des Diabetesmanagements durchsetzen, ohne ihr Kind zu traumatisieren. Doch damit nicht genug: „Wie können Eltern angesichts dieser Belastungen selbst psychisch gesund bleiben? Wie ihre Partnerschaft erhalten?“, fragte die Psychologin. Mütter hätten berichtet, dass sie einige Monate nach der Diagnose vom Vater ihres Kindes verlassen wurden: „So etwas kommt bei über 1000 Fragebögen natürlich vor, doch es lässt einen nicht unberührt.“

Diabulimie, Insulin-Purging und ketoazidotisches Koma

„Ich wusste lange nicht, dass es einen Namen für mein Problem gibt!“

BERLIN. Als Lisa Schütte aus Kassel die Diagnose Typ-1-Diabetes erhielt, war sie zehn Jahre alt. In den ersten Jahren bereitete ihr die Erkrankung kaum Probleme. Doch mit Beginn der Pubertät geriet ihre Psyche aus dem Gleichgewicht.

Die heute 30-jährige Studentin berichtete von der fehlenden Motivation, sich um ihren Diabetes zu kümmern – und von ihrer Essstörung. Denn um abzunehmen, ließ sie als Jugendliche regelmäßig Insulininjektionen aus. Dass es mit Insulin-Purging einen Fachbegriff für dieses Verhalten gibt, wusste sie damals nicht.

Mit 22 Jahren landete sie mit einem ketoazidotischen Koma auf der Intensivstation, ihr Leben hing tagelang am seidenen Faden. Noch vom Krankenhaus aus organisierte man ihr einen Psychotherapieplatz. „Die Therapeutin war zwar nett, aber sie hatte keine Ahnung von Diabetes. Ihr fehlte deshalb jegliches Verständnis dafür, was es für mich bedeutet, mein

Insulin wegzulassen“, erzählte Lisa Schütte. Sie begann, über ihr Leben mit Typ-1-Diabetes und Insulin-Purging zu bloggen (www.lisabetes.de). „Heute erreichen mich täglich fünf Nachrichten von anderen Betroffenen, die sich von ihrem Umfeld nicht verstanden und nicht ernst genommen fühlen. Als ich im Rahmen eines Praktikums bei der Lokalzeitung einmal einen Artikel über dieses Thema geschrieben und Diabetespraxen im Umkreis abtelefoniert habe, hat mir ein Diabetologe sogar unterstellt, ich würde mir da etwas ausdenken“, berichtete sie.

Heute hat Lisa Schütte ihren Diabetes meist gut im Griff – und auch das Verlangen, mit dem Weglassen von Insulin ihr Gewicht zu regulieren, meldet sich nur sporadisch bei ihr. „Doch bis heute habe ich noch nicht die richtige Psychotherapeutin gefunden, die sich mit diesem Thema wirklich auskennt.“ Umso wichtiger ist es ihr, bei Diabetologen, Psychotherapeuten und auch in der breiten Öffentlichkeit das Bewusstsein für diese spezielle psychische Begleiterkrankung des Typ-1-Diabetes zu stärken. *thie*

„Mir wurde unterstellt, ich würde mir alles nur ausdenken.“

Lisa Schütte

Komorbide psychische Störungen verschlechtern die Prognose

Psychotherapeutischen und somatischen Bereich integrieren

BERLIN. Ist der Diabetes nicht längst eine Erkrankung, die sich leicht nebenbei bewältigen lässt? Angesichts von immer mehr Innovationen auf dem Gebiet der Diabetestechnologie kann man schnell einen solchen Eindruck gewinnen. Doch dem ist nicht so.

Professor Dr. Dipl.-Psych. Bernhard Kulzer, Diabetes-Klinik Bad Mergentheim, erinnerte an die DAWN2-Studie von 2012. Diese zeigte, dass sich 44 % aller Menschen mit Typ-1-Diabetes und 25 % aller Menschen mit Typ-2-Diabetes durch ihre Erkrankung stark belastet sehen. Jeder achte bis zehnte Mensch mit Diabetes habe sogar eine psychische Störung oder Erkrankung, darunter Depressionen, Angststörungen und Essstörungen. Ein hohes Level an Diabetesstress führe auch zu vermehrten Entzündungszeichen an den

Gefäßen, erhöhe damit die Gefahr kardiovaskulärer Folgeerkrankungen und führe zu einer verkürzten Lebenserwartung. „Es gibt also auch somatische Gründe, sich um die Psyche zu kümmern“, mahnte

der Fachpsychologe Diabetes (DDG). Leider hänge es meist vom Zufall ab, ob und wie und wo psychosoziale Unterstützung geleistet wird.

In den Diabetes-Schulungsprogrammen seien die psychosozialen Aspekte der Erkrankung zwar Thema. „Doch danach gibt es nichts Konkretes mehr“, kritisierte Prof. Kulzer. Auch die Disease Management Programme (DMP) enthielten nur einen vagen gehaltenen Textbaustein, dass bei psychosozialen Problemen Psychotherapeuten hinzugezogen werden sollen. Es fehle aber eine klare Struktur und es gebe auch keine Vergütung dafür.

In anderen DMP, etwa für Brustkrebs, gebe es eigene Leistungsziffern in Form von Komplexpauschalen, mit denen psychosoziale Leistungen finanziert werden. An diesem Modell sollte man sich auch bei den DMP für Typ-1- und Typ-2-Diabetes orientieren, forderte Prof. Kulzer. „Sinnvoll wäre ein Zwischenelement zwischen Schulungsprogramm und Psychotherapie, etwa in Form von Coaching oder Beratung, auf das Menschen mit Diabetes in schwierigen Situationen zurückgreifen können.“ *thie*

„Ob es psychosoziale Hilfe gibt, hängt meist vom Zufall ab.“

Prof. Dr. Bernhard Kulzer

Geschafft: Der Nutri-Score kommt

Ernährungsministerin beugt sich dem Druck der Öffentlichkeit

BERLIN. Bundesernährungsministerin Julia Klöckner hat endlich die Nährwertkennzeichnung nach Nutri-Score für Deutschland angekündigt. Dies sei „eine valide Entscheidung in einer Debatte, die seit über einem Jahrzehnt sehr emotional – teils auch polarisierend – geführt wird“, sagte sie. 2020 soll die Markteinführung erfolgen.

Seit Jahren fordern Verbraucherschützer, Ärzte- und Patientenverbände nachdrücklich mehr Transparenz bei Inhaltsstoffen verarbeiteter Lebensmittel. Zwar gibt es Nährwerttabellen und Zutatenlisten, doch die sind meist in Miniaturschrift auf den Verpackungen zu finden. Und „auch wenn Sie wissen, welche Menge Fett, Zucker und Salz in einem Produkt steckt, sagt das noch nichts darüber, ob das nun viel oder wenig ist“, bringt die Verbraucherzentrale das Problem auf den Punkt. Zudem sind die Angaben auf 100 Gramm bezogen, das Umrechnen auf Mahlzeiten ist schwierig. Andere Länder machen längst vor, wie sich auf einen Blick gesunde von eher ungesunden Lebensmitteln unterscheiden lassen. Das Ganze nennt sich Nutri-Score, eingeführt 2016 in Frankreich, später übernommen von Belgien, Spanien, Portugal, Schweiz und Luxemburg. Die Produkte werden je nach Nährwert auf der Verpackungsfrente auf einer Skala von A bis E gekennzeichnet – vom grünen „A“ für günstige Nähr-

werte bis zum roten „E“ für ungünstige Nährwerte. Basis der Bewertung bilden die Mengen der Inhaltsstoffe je 100 Gramm bzw. 100 Milliliter des Produkts, so wie sie auch in den Nährwerttabellen gelistet sind.

Versorgungsstudie zeigt große Zustimmung zum NutriScore®

Berücksichtigt werden negative Auswirkungen auf die Gesundheit durch einen hohen Energiegehalt und einen zu großen Anteil an Zucker, gesättigten Fettsäuren und Salz (0–10 Punkte) sowie positive Wirkungen durch den Ballaststoff- und Eiweißgehalt und den Anteil an Obst, Gemüse und Nüssen (0–5 Minuspunkte). Dabei ergibt sich eine Gesamtpunktzahl, die einer der Bewertungen auf der Skala A-E entspricht. Für Getränke, Käse, Butter und Pflanzenöle gelten Sonderregelungen.

Obwohl in zahlreichen Studien der Nutzen belegt werden konnte, hatte sich CDU-Politikerin Klöckner lange dem Nutri-Score verweigert. Unterstellt wurde ihr deshalb vielfach eine zu große Nähe zu Produ-



Drei Kartoffelprodukte: Nur eins ist günstig für die Ernährung.

zenten und mangelnder Verbraucherschutz. Erst als die von ihr initiierte repräsentative Bevölkerungsbefragung eine Zustimmung von 57 % für den Nutri-Score ergab, lenkte sie ein. Das von Klöckner präferierte Modell des Max Rubner-Instituts folgte mit 28 % der Stimmen auf Platz 2 von insgesamt vier Modellen zur Auswahl.

Notwendig sind jedoch noch weitere politische Schritte

Auch die DDG forderte angesichts steigender Zahlen an Patienten mit Übergewicht und oftmals daraus resultierendem Diabetes Typ 2 seit Langem die Einführung des Nutri-Scores. Geschäftsführerin BARBARA BITZER zeigt sich deshalb zufrieden mit der ministeriellen Entscheidung: „Wir begrüßen die Einführung sehr.“ Es sei ein Beitrag, gesunde Ernährung zu fördern. Sie mahnt aber zugleich, dass der Nutri-Score nur einer von mehreren Bausteinen ist. Notwendig seien „weitere Schritte, unter anderem ein Verbot von an Kinder gerichteter Werbung für ungesunde Produkte, wie es die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt“. Die rechtliche Umsetzung des Nutri-Scores wird voraussichtlich bis Ende April 2020 brauchen. Die Ministerin will dem Bundeskabinett dafür einen Verordnungsentwurf vorlegen. Ziel ist eine sog. erweiterte Nähr-

wertkennzeichnung. Damit sind laut Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft „freiwillige Angaben zusätzlich zu den bereits bestehenden Pflichtkennzeichnungen eines vorverpackten Lebensmittels“ gemeint. Alle bisherigen, verpflichtenden Kennzeichnungen der Nährwerte, namentlich die Nährwerttafel, sollen erhalten bleiben.

Die Frage ist, inwieweit die Industrie die freiwillige Kennzeichnung übernimmt. Zwar gibt es Vorreiter wie den Konzern Nestlé, der spätestens zum Jahresende Nutri-Score verwenden will. Und auch Hersteller wie Iglo, Danone und Bofrost haben das Mitziehen angekündigt. PHILIPP HENGSTENBERG, Präsident des Spitzenverbands der deutschen Lebensmittelwirtschaft, bemerkt jedoch, es gebe „aus wissenschaftlicher Sicht Zweifel, dass bewertende Systeme geeignet für eine vereinfachte Nährwertkennzeichnung seien“. Mit Verweigerern ist somit zu rechnen. In Frankreich ist die Verwendung des Labels zwar auch freiwillig. Die

Gesundheitsbehörde Santé publique France kontrolliert jedoch die richtige Verwendung. Und Produzenten können für falsche Kennzeichnungen bestraft werden. Dennoch haben inzwischen zahlreiche Lebensmittelunternehmen ihre Rezepturen verbessert, auch Händler orientieren sich am Nutri-Score.

Verbraucher essen mehr Obst und Gemüse, weniger Fett

Der entscheidende Faktor für eine erfolgreiche Umsetzung des Nutri-Score-Labels wird jedoch der Verbraucher sein. Die Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK) verwies im August auf eine Studie der Universitäten Paris, Grenoble und Borbigny*. Nach dieser essen die Menschen durch Nutri-Score mehr Obst (+12,4 %), Gemüse (+5,4 %) und Ballaststoffe (+7,2 %) und weniger gesättigte Fettsäuren (-29,9 %) und Salz (-4,1 %). Die Todesfälle aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs lassen sich damit um 3,4 % senken.

Doch kann das Nutri-Score-Labeling aber auch helfen, den auf Deutschland zurollenden Diabetes-Tsunami zu stoppen? Professor Dr. HANS HAUNER, Diabetologe DDG und Ernährungsmediziner, ist zuversichtlich: „Die Einführung des Nutri-Scores bietet tatsächlich die Chance, dass sich Verbraucher insgesamt etwas gesünder ernähren – wie bereits gezeigt – und dass damit das Diabetesrisiko gesenkt wird. Wenn der Nutri-Score aber eine freiwillige Angelegenheit der Hersteller bleibt, wird es vermutlich lange dauern, bis sich dies bemerkbar macht. Besser wäre daher eine Verpflichtung und überhaupt weitere Maßnahmen, um schnellere und stärkere Effekte zu erzielen.“

Cornelia Kolbeck

* Modelling the impact of different front-of-package nutrition labels on mortality from non-communicable chronic disease

B-C-C, so lässt sich gut beim Joghurt wählen.

Fotos: Verbraucherzentrale Hamburg, Hersteller



»Besser wäre Pflicht statt Freiwilligkeit«

Wir sind viele! Hört uns zu!

Neue Digitale Allianz will Millionen Menschen mit Diabetes Gehör verschaffen

BERLIN. Die meisten der an Diabetes mellitus Erkrankten leiden an Typ-2-Diabetes. Einblicke in ihre Versorgungsrealitäten, Bedarfe und Bedürfnisse gibt eine im Oktober veröffentlichte Umfrage. Sie zeigt auch, was die Betroffenen von der Politik erwarten.

Mehr als 1500 Menschen im Alter zwischen 18 und 88 Jahren wurden im Auftrag von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe interviewt. Die Ergebnisse verdeutlichen nicht nur Missstände (siehe Kasten). 86 % der Befragten äußerten zudem, dass sie sich nicht angemessen in der Politik vertreten sehen. Ändern will das die neue „Digitale Allianz Diabetes Typ 2“. Sie will den

inzwischen mehr als acht Millionen Erkrankten Gehör verschaffen.

Neue Webseite bündelt die verschiedenen Interessen

Dem Bündnis gehören 17 Diabetes-Organisationen, medizinische Fachgesellschaften, Fachverlage und Agenturen an, darunter auch DDG, BVND, VDBD sowie die Diabetiker-Allianz, die alle Diabetes-Selbsthilfegruppen in Deutschland eint.

»Erste E-Mail-Aktion läuft«

Die Allianz sei die „Transformation der politischen Interessenvertretung von Betroffenen, Angehörigen und Risikopatienten in das digitale Zeitalter“, erklärt NICOLE MATTIG-FABIAN, Geschäftsführerin von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe. „Wir und unsere Partner betreten damit absolutes Neuland.“ Mittels der neuen Plattform diabetes-stimme.de sollen Interessen der Betroffenen gebündelt und der Handlungsdruck auf die Politik erhöht werden. Geplant sind vierteljährliche E-Mail-Aktionen zu den Schwerpunktthemen, die sich in der Umfrage herauskristallisiert haben. Hier haben sich z.B. 86 % der Befragten für die Pflicht der Indus-

trie zur Verarbeitung von weniger Zucker, Fett und Salz in ihren Produkten ausgesprochen. Mit der ersten E-Mail-Aktion wird deshalb eine verpflichtende Reduktionsstrategie

gefordert. Vorformuliert ist dafür ein Brief an Bundesernährungsministerin Julia Klöckner. Wer möchte, kann diesen direkt über die Webseite senden. kol



Erkrankung belastet viele im Alltag

Die Umfrage von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe macht deutlich, wie verschieden die Betroffenen therapiert werden und wie unterschiedlich sie mit ihrer Erkrankung umgehen. So messen nur 56 % der befragten Typ-2-Diabetespatienten regelmäßig ihren Blutzucker, 29 % tun es unregelmäßig, 10 % gar nicht. Allerdings erhalten 42 % auch keine Erstattung der Kosten für die Blutzuckermessung durch ihre Krankenkasse. 44 % der Befragten hatten noch an keiner Schulung zum Diabetes teilgenommen. 52 % sahen sich durch die Erkrankung belastet. Die Umfrage zeigt auch, dass digitalen Gesundheitsangeboten noch viel Skepsis entgegengebracht wird. Mehr als die Hälfte der Befragten nutzt sie nicht.

Mehr Ballaststoffe allein reichen nicht

OptiFit-Studie: Nur leichte Stoffwechsellvorteile

BERLIN. Sind unlösliche Ballaststoffe der Schlüssel zur Prävention von Typ-2-Diabetes? Zu dieser Frage wurde erstmals eine kontrollierte Studie durchgeführt – mit ernüchternden Ergebnissen.

Viele unlösliche Ballaststoffe zu sich zu nehmen, wird häufig empfohlen – aber warum? „Das beruht auf Beobachtungen und epidemiologischen Studien, die über viele Jahre hin gemacht wurden, hat aber keine valide Datengrundlage“, erklärte Dr. STEFAN KABISCH, Arbeitsgruppe für Klinische Ernährung am Deutschen Institut für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke. Bislang fehlten Daten aus langen interventionellen Studien. Vor diesem Hintergrund wurde mit der Studie OptiFit (Optimal Fibre Trial for Diabetes Prevention) erstmals eine randomisierte kontrollierte Studie zu der Frage durchgeführt, ob unlösliche Ballaststoffe zur Diabetesprävention geeignet sind.¹ Hierzu wurden insgesamt 180 Personen mit gestörter Glukosetoleranz rekrutiert, die für ein Jahr eine Ernährungsberatung gemäß dem PREDIAS-Konzept erhielten und randomisiert für die Dauer von zwei Jahren zweimal täglich ein Trinksupplement mit oder ohne unlösliche Ballaststoffe einnahmen.

Stoffwechselverbesserungen in beiden Gruppen beobachtet

Die Hauptziele der Studie – eine signifikante Verringerung der Diabetesinzidenz und eine signifikante Verbesserung der Zwei-Stunden-Glukosewerte im oralen Glukosetoleranztest (oGTT) – wurden nicht erreicht. In beiden Studiengruppen war nach zwölf Monaten das oGTT-Ergebnis signifikant geringer: Mit Ballaststoffgabe war der Wert um 0,78 mmol/l gesunken, ohne Ballaststoffe um 0,46 mmol/l, wobei der Unterschied zwischen den Gruppen nicht signifikant war. Allerdings war die Differenz bei weiblichen Teilnehmern ausgeprägter und statistisch signifikant.

Auch in Bezug auf die Neuerkrankungsrate ergab sich kein signifikanter Unterschied durch die Intervention: In der Gruppe, die die unlöslichen Ballaststoffe zu sich genommen hatte, erkrankten neun von 89 Teilnehmern an Diabetes Typ 2, in der Placebogruppe waren es 16 von 91 Teilnehmern. Statistisch signifikant war allerdings der Unterschied mit Blick auf den HbA_{1c}-Wert: Dieser blieb in der Interventionsgruppe konstant,

stieg jedoch in der Kontrollgruppe um 0,1 Prozentpunkte. „Die Stoffwechselverbesserungen der Place-

»Erstmals kontrollierte Studie«

bogruppe sind vor allem auf eine Gewichtsreduktion zurückzuführen, also einen Effekt der Ernährungsberatung“, erklärte Dr. Kabisch. „Die Daten zeigen aber auch, dass die Lebensstilumstellung zwar viele Lifestylefaktoren, aber kaum die Ballaststoffzufuhr verbessert. Dennoch erlangten in zwei Jahren 53 von



Zweimal täglich gab es das Trinksupplement.

Foto: iStock/velkommen

180 Studienteilnehmern wieder eine normale Glukosetoleranz.“ dz

1. Kabisch S et al. Diabetologie und Stoffwechsel 2019; 14: 32-33
Pressekonferenz anlässlich der 4. Deutschen Hormonwoche der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)

In die Tiefe gehen

Die Daten der OptiFit-Studie sollen nun weiter analysiert werden, so die Forscher. Von Interesse ist dabei der Effekt der tatsächlichen Ballaststoffaufnahme, außerdem wollen die Wissenschaftler Subgruppen identifizieren, die besonders von der Ballaststoffgabe profitiert haben. Der Faktor Mitwirkung der Teilnehmer soll auch weiter untersucht werden.

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

Steglujan®
Ertugliflozin/Sitagliptin, MSD

VOLLE KRAFT VORAUSS

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

STEGLUJAN® – EINFACH. WEITER. ORAL.

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



Steglujan® 5 mg/100 mg Filmtabletten

Steglujan® 15 mg/100 mg Filmtabletten

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

STEGLUJAN®

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

Bitte lesen Sie vor Verordnung von Steglujan® die Fachinformation!

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

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

MSD
Infocenter

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

»Differenz bei Frauen war ausgeprägter«

Wenn Kinder mit Diabetes erwachsen werden

Transitionsprogramme sichern die Kontinuität der Behandlung

BERLIN. „Diabetes – mitten im Leben“ überschrieb die DDG in diesem Jahr ihre Herbsttagung. Thematisiert wurden u.a. Probleme junger Erkrankter beim Übergang ins Erwachsenenalter, Übergewicht bei Kindern und Defizite in der Versorgung.

Für junge Patienten mit Diabetes Typ 1 zeichnet sich vielfach ein schwieriger Übergang von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin ab, betonte Tagungspräsident Dr. NIKOLAUS SCHEPER. Er verwies darauf, dass die pädiatrische Betreuung in Deutschland in der Regel mit dem 18. Geburtstag endet. Für ca. 3200 jugendliche Patienten bedeutet das jedes Jahr, sich einen neuen Diabetesspezialisten suchen zu müssen.

Kontinuierliche Betreuung in der Transition ist notwendig

Zugleich stehen die jungen Erwachsenen vor grundlegenden Veränderungen im Leben, etwa einer Ausbildung oder dem Auszug aus dem Elternhaus. „Es gibt vielfältige Probleme und Herausforderungen, die auf die Kinder und ihre Familien zukommen“, so Dr. Scheper. Der Übergang zwischen Kindheit und Erwachsensein beinhaltet ebenso die biologischen und psychologischen Veränderungen der Pubertät. Die DDG empfiehlt deshalb in ihren Leitlinien eine kontinuierliche Betreuung der Patienten in einer qualifizierten spezialärztlichen Einrichtung.

Dr. SILVIA MÜTHER ist Leiterin des Diabeteszentrums für Kinder und Jugendliche an den DRK Kliniken Berlin/Westend und Vorstandsvorsitzende des Berliner Transitionsprogramm e.V. Sie führte aus, dass für einen geordneten Übergang in

die spezialisierte Erwachsenenmedizin ein Fallmanagement nötig ist, das kontrolliert, ob der Jugendliche in der Erwachsenenmedizin auch ankommt, und bei dem die vielen Themen, die Kinder und Jugendliche bewegen, angesprochen werden. Es gebe bereits Unterstützungsmaßnahmen wie das Transitionsprogramm oder den ModuS-Transitionsworkshop sowie Verträge mit Krankenkassen, sagte die Ärztin. In vielen Fällen müssten die Maßnahmen dennoch individuell beantragt werden. „Um die Dinge in die Fläche zu bringen, bedarf es noch mehr Verträge mit den Kassen“, sagte sie.

Dr. Scheper erklärte hierzu, dass die DDG plant, über eine Kooperation mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Vertrags-Blaupause zu erarbeiten, die dann regional ausgebaut werden kann.

Etwa 1,9 Mio. Kinder und Jugendliche in Deutschland haben Übergewicht, 800 000 sind bereits adipös. Präventions- und Therapiemöglichkeiten, um Kinder vor dieser gesundheitlichen Fehlentwicklung zu bewahren, standen deshalb

»1,9 Mio. Kinder und Jugendliche übergewichtig«



Der Übergang von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin sollte strukturiert vorbereitet und begleitet werden.

Foto: iStock/monkeybusinessimages

ebenfalls auf dem Themenplan in Leipzig. PD Dr. SUSANNA WIEGAND, Leiterin des Bereichs Adipositas am Sozialpädiatrischen Zentrum der Charité, verwies auf mögliche Folgeschäden von Übergewicht wie Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen oder den krankhaft erhöhten Blutzuckerspiegel. „Bei bis zu 60 % der Jugendlichen mit starker Adipositas findet man bereits in der Pubertät mindestens eine dieser Folgeerkrankungen“, mahnte die Ärztin, die auch Vizepräsidentin der Deutschen Adipositas-Gesellschaft ist. Sie betonte jedoch, dass man diese Gruppe nicht stigmatisieren dürfe. Hätten Kinder bereits mit vier Jahren starkes Übergewicht, seien in 50 % der Fälle genetische Faktoren beteiligt.

Professor Dr. MONIKA KELLERER, Präsidentin der DDG, erinnerte erneut an Schätzungen, wonach die Zahl der an Diabetes Erkrankten in den kommenden Jahren auf bis zu

zwölf Millionen steigen könnte. Die meisten der Betroffenen seien dann über 60 Jahre alt und multimorbide.

Sprechende Medizin in den Kliniken unterfinanziert

Der Bedarf an qualifizierten stationären Einrichtungen werde steigen. Im Moment zeichne sich hier aber eine deutlich gegenläufige Tendenz ab, sagte sie. Als Ursache nannte sie ein Fallpauschalensystem, das technische Leistungen besser vergütet als die sprechende Medizin für Diabetespatienten. Die Zahl der Krankenhausbetten im Schwerpunkt „Endokrinologie und Diabetologie“ habe sich deshalb im Gegensatz zu fast allen anderen internistischen Schwerpunkten in den letzten zwei Jahrzehnten dramatisch reduziert. „Die Gesundheits- und Wissenschaftspolitik muss hier rasch agieren“, so die Präsidentin. kol

Vorab-Presskonferenz der 13. Diabetes Herbsttagung

Versorgung in der Klinik verbessern

Multimorbidität von Diabetespatienten ist eine Herausforderung

LEIPZIG. Patienten mit Typ-2-Diabetes weisen zu einem großen Teil Begleiterkrankungen auf. Diese Multimorbidität stellt die Behandler vor besondere Herausforderungen. Was ist zu beachten, wenn ein Klinikaufenthalt notwendig wird?

Jeder fünfte Patient, der stationär im Krankenhaus aufgenommen wird, hat eine Diabeteserkrankung als Nebendiagnose. Dies erhöht die Komplikationsrate beispielsweise bei Operationen deutlich und führt in der Regel auch zu längeren Liegedauern – im Schnitt von 1,1 Tagen. Zudem können Infekte oder die Therapie schwerer Erkrankungen beispielsweise von Krebs zu einer Entgleisung des Diabetes führen. „Wir müssen in der Klinik gut inter-

disziplinär zusammenarbeiten“, betonte der Pressesprecher der DDG, Professor Dr. BAPTIST GALLWITZ vom Universitätsklinikum Tübingen, „um flexible, bedarfsgerechte und engmaschige Therapieanpassungen gewährleisten zu können.“ Daher ist eine individuelle Planung des Krankenhausaufenthalts und auch der ambulanten Nachsorge sehr wichtig, sagte der Experte.

Zertifizierung von Kliniken durch die DDG ausbauen

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft zertifiziert daher die Kliniken, die diese interdisziplinären Strukturen für eine adäquate Diabetestherapie vorweisen können. „Wichtig ist es, dass nicht nur die Ärzteschaft, sondern auch das Pflegepersonal ent-

sprechend geschult sind“, so Prof. Gallwitz. Auf diese Weise können die Liegezeiten der Diabetespatienten reduziert und die Komplikationsraten gesenkt werden.

Die derzeit in Deutschland zertifizierten Kliniken finden sich auf der Homepage der DDG. Das Angebot ist jedoch bislang nicht flächendeckend.

„Diese Zertifizierungen sind ein Segen“, pflichtete auch Tagungspräsident Dr. NIKOLAUS SCHEPER bei. Und er erinnerte daran, dass es

bei der Einführung der Disease-Management-Programme (DMP) vor etwa 15 Jahren noch als Voraussetzung für die Behandlung eines Patienten mit der Hauptdiagnose Diabetes galt, mindestens einen Diabetologen in der Klinik angestellt zu haben – doch dieser Aspekt wurde mit der Zeit verwässert. Das muss sich dringend ändern, forderten die Experten. ao

Kongress-Presskonferenz der 13. Diabetes Herbsttagung

»Wir müssen in der Klinik gut interdisziplinär zusammenarbeiten«

Schulung von Angehörigen im Praxistest

VDBD peilt
Regelversorgung an

BERLIN. Das vom VDBD entwickelte Angehörigen-Programm „DiaLife“ wird derzeit wissenschaftlich evaluiert. Damit es zum festen Bestandteil einer strukturierten Versorgung der Menschen mit Diabetes Typ 1 oder 2 werden kann, muss nachgewiesen werden, welche Bedeutung die Schulung für eine erfolgreiche Therapie hat.

Das Leben mit einer Diabetes-Erkrankung fordert nicht nur vom Betroffenen, sondern auch von seinen Angehörigen ein Umdenken“, erklärt Dr. rer. medic. NICOLA HALLER, Vorsitzende des Verbands der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland (VDBD). Dafür hat der Verband zusammen mit dem Universitätsklinikum Jena, der SRH Hochschule für Gesundheit Gera sowie dem RED-Institut das vom Bundesgesundheitsministerium geförderte Schulungsprogramm „DiaLife“ entwickelt. „Idealerweise sollte DiaLife in den Leistungskatalog von Krankenkassen aufgenommen werden“, betont VDBD-Geschäftsführerin Dr. GOTTSLOBE FABISCH. Noch bis Ende 2019 läuft eine Cluster-randomisierte, kontrollierte Studie in 17 Schwerpunktpraxen. Ergebnisse sollen Mitte 2020 vorliegen.

Gibt es weniger Konflikte oder Missverständnisse?

Diabetesberaterinnen haben die Studienteilnehmer rekrutiert. In der Interventionsgruppe erhalten diese gleich zu Beginn eine Schulung und werden davor, direkt danach sowie nach sechs und zwölf Monaten befragt. In der Kontrollgruppe findet eine Schulung erst nach Abschluss der Studie statt, die Befragung erfolgt mit denselben Messinstrumenten.

„Wir konzentrieren uns auf Fragen, die den physischen und psychosozialen Hintergrund der Patienten und Angehörigen erforschen: Gibt es beispielsweise weniger persönliche Konflikte oder Missverständnisse, wenn Betroffene infolge einer Unterzuckerung eher gereizt oder bei hohen Blutzuckerwerten depressiv sind?“, erzählt Dr. Fabisch.

Der Erfolg der Schulung wird am Wissenszuwachs der Angehörigen bemessen. Auch Aspekte wie Lebensqualität, chronischer Stress, Stimmung und depressive Verstimmung, Selbstwirksamkeit, Belastungen durch die Erkrankung des Patienten und die Familieninteraktion werden erfasst. dz

Pressemitteilung des VDBD

MACHT VIELES LEICHTER.



Überträgt
die gemessenen
Blutzuckerwerte direkt
in die mySugr App.



mySugr

Accu-Chek® Guide Leichter Blutzuckermessen.

Accu-Chek Guide ist Teil unserer vernetzten und individuell kombinierbaren Lösungen, die Sie in Ihrem Alltag mit Diabetes optimal unterstützen - für mehr Überblick, mehr Zeit und mehr Motivation.

- Leichter Teststreifen handhaben dank der praktischen Teststreifenbox
- Leichter Blut auftragen durch die breitere Auftragsfläche
- Leichter im Dunkeln messen durch den beleuchteten Teststreifeneinschub

**Jetzt informieren unter www.accu-chek.de oder der kostenfreien
Telefonnummer 0800 4466800**



Das CCL und das Messehaus auf dem Leipziger Messegelände waren der perfekte Ort für die Ausrichtung der 13. Diabetes Herbsttagung der DDG.



Die DDG AG Nachwuchs organisierte den Students' Diabetes Day in Leipzig. AG Sprecher Jonas Kortemeier leitete zudem erstmals ein Symposium und engagierte sich in Workshops.



Fast 40 Stipendiatinnen und Stipendiaten konnten die Diabetes Herbsttagung dank der DDG Nachwuchsförderung kostenfrei besuchen.



Rund 80 akkreditierte Journalisten unterstützen den Kampf gegen Diabetes mit ihrer Berichterstattung.



Diabetes mitten in

Die 13. Diabetes Herbsttagung

LEIPZIG. Bei der diesjährigen Herbsttagung wurde ein besonders praxisnahes Programm im Rahmen von vielfältigen Workshops und Praxisdialoge bei der Tagungssprecherin und -koordinatorin verankert. Unter dem Motto 'Diabetes im Alltag' insgesamt 66 Veranstaltungen mit mehr als 170 Referierenden, in denen aktuelle klinische und psychologische Aspekte des Diabetes in der Praxis die Nachwuchsförderung nahm ein Schwerpunkt. Knapp 40 Stipendiaten wurden eingeladen, zudem richtete die AG Nachwuchs zum zweiten Mal den 'Students' Diabetes Day'.



Die Q&A-Runden nach den Vorträgen wurden intensiv für den fachlichen Diskurs genutzt.



Die praxisnahen Workshops waren schnell ausgebucht. Schwerpunkte in diesem Jahr: DFS, Ernährung und Diabetes-Technologie.



Die neu gegründete DDG AG Angiologie traf sich auf der Herbsttagung zu ihrer konstituierenden Sitzung.



Der Strategietag der DDG findet traditionell am Donnerstag vor der Herbsttagung statt. Hier arbeiteten die Gremiensprecher der DDG intensiv an aktuellen Projekten und der strategischen Ausrichtung der Fachgesellschaft.

Zum 6. Mal ehrte die DDG Journalisten für herausragende Berichterstattung zum Thema Diabetes – diesmal unter dem Titel Kommunikation und Patientenorientierung.



Mit 3400 Teilnehmenden aus Praxis, Klinik und Forschung war die Diabetes Herbsttagung wieder ein voller Erfolg.



DDG Präsidentin Prof. Dr. Monika Kellerer leitete u.a. Symposien zu den Themen Sicherstellung der Versorgung und Leitlinien interdisziplinär.

DIABETES HERBSTTAGUNG DDG

Diabetes – mitten im Leben

Herbsttagung der DDG

Die Herbsttagung der DDG bot sich den 3400 Teilnehmern im Congress Centrum Leipzig. Dazu trugen die Tagungspräsidentin Dr. Cornelia Woitek und der Tagungspräsident Dr. Nikolaus Scheper mit dem Motto »Diabetes – mitten im Leben« gab es mehr als 240 Präsentationen von mehr als 100 Referenten. In der Tagung wurden wissenschaftliche, sozialpolitische und gesellschaftliche Aspekte von Diabetes diskutiert. Auch der Diabetes wurde einen wichtigen Stellenwert einbezogen. Die Tagung wurde aktiv eingebunden, der Diabetes Nachwuchs bereits zum »Students' Diabetes Day« aus.

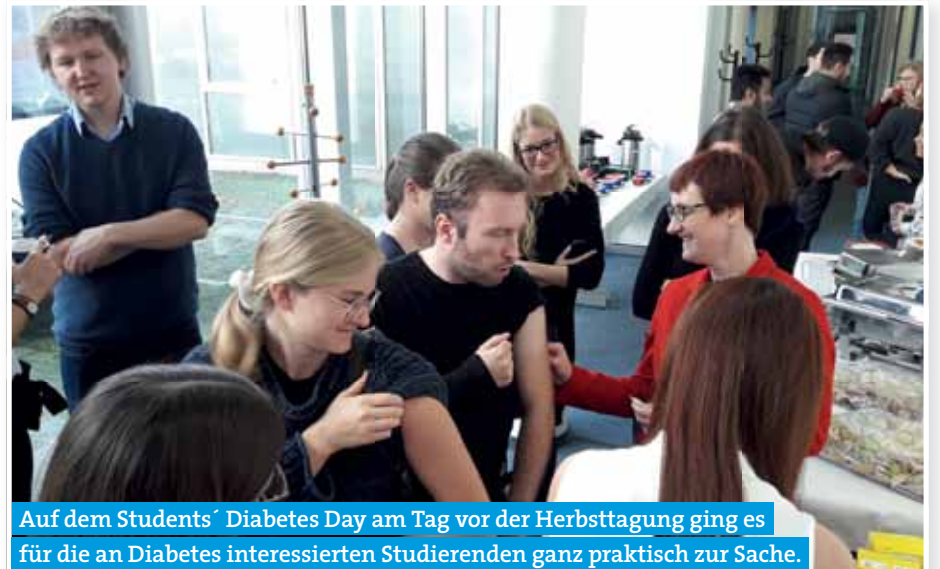
Der 1. FC Diabetologie feierte seinen 5. Geburtstag. Mit auf dem Spielfeld: Weltmeister Philipp Lahm, Olympiasieger Matthias Steiner, Kult-Trainer Christoph Daum. Der FC trat gegen die ehemalige Profimannschaft von RB Leipzig mit Roy Präger an.



Der Schnellste gewinnt! Die DDG Standaktion hat hunderte Teilnehmende begeistert – zu gewinnen gab es Tickets für den Diabetes Kongress 2020.



Angeregte Diskussion beim Symposium »Looping in der Diabetestherapie«. Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland, Dr. Alexander Dorn, Ulrike Thurm, Timm Korte, Tagungspräsident Dr. Nikolaus Scheper (v.l.n.r.).



Auf dem Students' Diabetes Day am Tag vor der Herbsttagung ging es für die an Diabetes interessierten Studierenden ganz praktisch zur Sache.

Fotos: © DDG / Dirk Deckbar



Staatsministerin Barbara Klepsch war für eine Begrüßungsrede zu Gast und warb für die Umsetzung einer Nationalen Diabetesstrategie (v.l. Tagungskordinatorin Dr. C. Woitek, Dr. F. Schorlemmer, Staatsministerin B. Klepsch, mit Begleiterin, Präsident der Ärztekammer Sachsen E. Bodendieck, DDG Pressesprecher Prof. Dr. B. Gallwitz).



Keynote Speaker Dr. Friedrich Schorlemmer (Mitte, mit Dr. Nikolaus Scheper und DDG Geschäftsführerin Barbara Bitzer) erntete für seine bewegende Ansprache zum 30. Mauerfall-Jubiläum Standing Ovationen.

Mehrere Ansätze wurden geprüft – auch zusammen.



Foto: Fluky – stock.adobe.com

Kein Schutz vor Funktionsverlust

Betazellfunktion konnte mit Ansätzen der RISE-Studien nicht bewahrt werden

BARCELONA. Mit den in RISE geprüften Interventionen ließ sich die Funktion der Betazellen bei Menschen mit gestörter Glukosetoleranz bzw. frisch manifestiertem Typ-2-Diabetes nicht verbessern oder dauerhaft erhalten. Doch es kamen altersbedingte Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen zutage.

Welche Strategie ist am besten geeignet, um die nachlassende Betazellfunktion bei neu diagnostiziertem Typ-2-Diabetes oder Prädiabetes zu erhalten? Metformin, eine frühe Insulin-Bolustherapie, Liraglutid oder metabolische Chirurgie? Um das herauszufinden, wurden im RISE-Studienprogramm die Ansätze in unterschiedlichen Altersgruppen geprüft und zu verschiedenen Zeitpunkten ein oraler

Glukosetoleranztest (oGTT) durchgeführt. Am Ende wurde dabei ein Argininbolus verabreicht, um die noch vorhandene Betazellfunktion maximal zu stimulieren, wie Professor Dr. PHIL ZEITLER, Children's Hospital Colorado, USA, erläuterte. Vor Therapiebeginn war die C-Peptid- und Insulinantwort im oGTT bei pädiatrischen Patienten ausgeprägter als bei Erwachsenen, berichtete Professor Dr. SILVA A. ARSLANIAN, Children's Hospital of Pittsburgh, USA. Auch der Behandlungseffekt unterschied sich: Bei den Jugendlichen verschlechterte sich die Betazellfunktion unter der Therapie, was sich auch nach Behandlungsende fortsetzte. Bei den Erwachsenen hingegen verbesserte sich die Funktion zunächst oder blieb stabil, nach Therapieende nahm sie dann aber wieder ab.

Anhand des oGTT wurden drei Gruppen identifiziert:

- Patienten mit stetigem Blutzuckeranstieg wiesen ein häufigeres Therapieversagen und eine schlechtere Betazellfunktion auf. Diese reduzierte sich im Studienverlauf besonders rasch.
- Der günstigste Subtyp mit noch relativ hoher Insulinsensitivität

und guter Betazellfunktion zeichnet sich durch einen zweiphasigen, biphasischen Blutzuckerlauf im oGTT aus.

- Ein eingipfliger Verlauf stellt einen intermediären Typ dar.

Ein biphasischer Verlauf fand sich bei den 10- bis 19-Jährigen mit 18,8 % etwas häufiger als bei den 22- bis 65-Jährigen (8,2 %). Die Insulinsensitivität unterschied sich zwischen den Gruppen mit verschiedenem Verlauf aber nicht, war nur insgesamt bei den Jugendlichen ausgeprägter als bei Erwachsenen.

Eine Therapie mit Metformin allein oder mit Insulin glargin gefolgt von Metformin führte in beiden Altersgruppen nicht zu einer Veränderung der Blutzuckercurven im oGTT. Zudem war ein biphasischer Verlauf im oGTT nicht mit einem günstigeren Therapieergebnis assoziiert. Eine Magenbandanlage führte zwar zu einem deutlichen Gewichtsverlust,

dies war jedoch nur mit marginalen Änderungen der C-Peptid- und Insulinsekretion sowie der Blutzuckercurve im oGTT assoziiert.

Sekretorische Kapazität vermutlich nicht verbessert

Am Ende der kombinierten Liraglutid-Metformin-Therapie zeigte sich bei den erwachsenen Patienten eine deutlich stärkere C-Peptid-Antwort als bei Placebogabe, die sich jedoch durch den Argininbolus kaum mehr steigern ließ. Das könnte laut Professor Dr. DAVID E. EHRMANN, Universität Chicago, USA, darauf hindeuten, dass Liraglutid zwar die C-Peptid-Sekretion und damit Insulinsekretion steigert, aber die sekretorische Kapazität der Betazellen nicht verbessert. Ob dadurch die Betazellfunktion noch schneller erschöpft wird, sollte seiner Ansicht nach überprüft werden.

Friederike Klein

EASD 2019

»Biphasischer Blutzuckerlauf nicht mit günstigerem Therapieergebnis assoziiert«

RISE – Ein groß angelegtes Vergleichsprogramm

Das RISE-Studienprogramm unterteilt sich in mehrere Substudien, in denen Patienten verschiedener Altersgruppen mit Typ-2-Diabetes bzw. Prädiabetes untersucht wurden:

- 10- bis 19-jährige Teilnehmer erhielten nur Metformin oder initial Insulin glargin mit anschließender Metformin-Therapie über zwölf Monate.
- Bei den 20- bis 65-jährigen Studienteilnehmern bestand die medika-

mentöse zwölfmonatige Therapie aus Metformin bzw. Insulin plus nachfolgend Metformin bzw. Liraglutid plus Metformin oder Placebo.

- Eine weitere Substudie mit 22- bis 65-jährigen adipösen Erwachsenen prüfte auf ähnliche Weise die laparoskopische Magenbandanlage, um diese mit in den Vergleich einbeziehen zu können. Auch hier gab es einen Kontrollarm mit Metformin-Therapie.

Nierenschaden lässt sich mit Proteomics vorhersagen

Hohe Treffsicherheit des CKD273-Peptid-Classifer prospektiv bestätigt

BARCELONA. Eingeschränkte GFR und Albuminurie gehen oftmals mit Diabetes einher, werden aber meist erst spät erkannt. Mittels Urin-Proteomics kann die Früherkennung verbessert werden, so das Ergebnis der PRIORITY-Studie.

Der Diabetes mellitus ist schon seit längerem zur wichtigsten Ursache chronischer Nierenschäden avanciert, erinnerte Dr. GEMMA CURRIE, Universität Glasgow. Jede Form des Nierenschadens, ob Proteinurie oder Verlust der glomerulären Filtrationsrate (GFR),

erhöht die Zehnjahresmortalität eines Diabetespatienten von etwa 4 % auf rund 20 % – treffen beide zusammen, steigt sie auf fast 50 %. Wünschenswert wäre eine Früherkennung molekularer Veränderungen, bevor es zu Strukturschäden der Nieren kommt, so die Expertin.

Hier bietet sich der Urin für die Analyse per Massenspektrometrie nach kapillarelektrophoretischer Auftrennung an. Für die diabetische Nephropathie wurde bereits ein aus 273 Peptiden bestehendes charakteristisches Panel (CKD273) entwickelt, das sich in retrospektiven Analysen

als sehr treffsicher erwiesen hat, berichtete Dr. Currie.

Sie stellte mit PRIORITY die erste prospektive Studie vor, in der geprüft wurde, ob sich mit CKD273 eine Mikroalbuminurie und die Verschlechterung der Nierenfunktion bei Typ-2-Diabetes vorhersagen lassen. Die 1775 Teilnehmer, die noch keine Albuminurie aufwiesen, wurden anhand der Testresultate in Hoch- (n = 216) oder Niedrigrisikogruppen (n = 1559) zugeteilt und bis zu 4,5 Jahre nachbeobachtet.

Nicht jeder Patient mit hohem CKD273-Testergebnis entwickelte

eine Mikroalbuminurie, der Anteil war jedoch 2,5 mal so hoch wie in der Niedrigrisikogruppe (28,2 vs. 8,9 %, p < 0,0001), berichtete Dr. Currie. Auch die Zunahme der Albuminausscheidung und der Abfall der GFR korrelierten mit dem Testresultat, ebenso das Fortschreiten bis zum Nierenversagen (CKD-Stadien 3 und 4). Das Ergebnis war unabhängig von anderen Risikofaktoren, betonte die Expertin. Zu klären bleibe, bei welchen Patienten sich der Test lohnt – für die breite Anwendung ist er (noch) zu teuer.

ara

EASD 2019

Kein Nierenschutz durch Spironolacton

Ein weiteres Element der Studie war ein Therapieversuch mit einem als potenziell protektiv eingeschätzten Aldosteronantagonisten bei den 216 Hochrisikokandidaten in der Studie. Geprüft wurde der Einsatz von Spironolacton gegenüber Placebo. Leider ohne Erfolg, wie Dr. Morten Lindhardt, Steno Diabetes Center, Gentofte, berichtete: Bei Mikroalbuminurie und GFR-Abfall zeigte sich über vier Jahre kein Unterschied zu Placebo. Bei der Inzidenz von CKD im Stadium 3 schnitt Spironolacton sogar schlechter ab.

Brücken schlagen

DZD, DDA und #dedoc°: „Young researchers meet patient advocates“

BARCELONA. Auf der EASD Jahrestagung lud das Deutsche Zentrum für Diabetesforschung (DZD) gemeinsam mit der Dänischen Diabetes Academy (DDA) und der #dedoc° Diabetes Community Menschen mit Diabetes zum Austausch mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern ein.

Was erhoffen sich Menschen mit Diabetes von der Wissenschaft? Was motiviert die Forscher? Diese und weitere Fragen beleuchtete die Veranstaltung „Young researchers meet patient advocates“, moderiert von **BASTIAN HAUCK**, Gründer von #dedoc° und Vorstandsmitglied der Deutschen Diabetes-Hilfe. Wissenschaftler informierten über aktuelle Forschungsergebnisse und stellten sich den Fragen von Betroffenen.

Diabetes mellitus und Komplikationen

Menschen mit Diabetes entwickeln häufig auch Folgeerkrankungen. Dieses Wissen beunruhigt viele Betroffene. Woran Forscher arbeiten, um das Entstehen von Folgeerkrankungen künftig früher zu erkennen und vielleicht sogar vermeiden zu können, erläuterte Dr. **SIGNE TOFT ANDERSEN**, DDA, Aarhus University Hospital. Sie untersucht, wie die Erkrankung auf das Nervensystem

wirkt. Ist das autonome Nervensystem betroffen, können auch Herzkreislauf-Erkrankungen die Folge sein. Ihr Ziel ist es, bei Diabetespatienten möglichst früh Dysfunktionen des autonomen Nervensystems zu erkennen, um dadurch mitverursachte Herzrhythmusstörungen zu vermeiden. Ihr ist es wichtig, die Patienten zu stratifizieren. Welche Folgen die Stoffwechselerkrankung haben kann, berichtete **Chris**, der am diabetischen Fuß erkrankt ist. Mit seinem Blog informiert er über die Erkrankung. Eine Rolle bei der Entstehung, aber auch bei der Behandlung von Diabetes spielt die Ernährung. Doch viele Menschen mit Diabetes sind verunsichert: Was darf ich essen? Kann eine gesunde Ernährung helfen, Folgeerkrankungen zu vermeiden? Hier setzt die Forschung von Dr. **ALBA SULAJ**, DZD, Uniklinik Heidelberg, an. Sie untersucht, inwiefern spezielle Ernährungsstellungen die



Foto: © DZD/Till Budde

Entwicklung und Progression von diabetischen Spätkomplikationen beeinflussen könnten. Derzeit läuft die Studie noch, aber sie hofft, bald erste Ergebnisse vorstellen zu können. Für Menschen mit Diabetes ist es oft frustrierend, sich ständig mit dem Thema Diät zu beschäftigen und immer darauf achten zu müssen, wann man was und wie viel isst, betonte eine Patientin. Sie wünscht sich mehr Unterstützung von den Ärzten und eine individuellere Ernährungsberatung, denn nicht jeder reagiert gleich auf Diäten.

Rolle des Gehirns bei Diabetes und Folgeerkrankungen

Professor Dr. **MARTIN HENI**, DZD, Uniklinik Tübingen, erläuterte die

Bedeutung des Gehirns als Mastermind des Stoffwechsels. Es koordiniert andere Organe und Gewebe wie Leber, Muskeln, Fettzellen, um den Blutzuckerspiegel auf einem gesunden Wert zu halten. Ist allerdings die Kontrolle des Gehirns und die Kommunikation mit den anderen Organen gestört, weil das Gehirn z.B. insulinresistent wird, so verursacht das Probleme mit der Nahrungsaufnahme, dem Gewicht und dem Glukosestoffwechsel. Außerdem könnte die Insulinresistenz des Gehirns für weitere mit Diabetes assoziierte Erkrankungen wie neurodegenerative Erkrankungen und Depressionen prädisponieren. Ein Schwerpunkt der Forschung ist daher herauszufinden, wie das

Gehirns den Stoffwechsel moduliert, um dann Wege zu finden, eine gestörte Kontrolle wieder zu bessern. Das könnte nicht nur eine Möglichkeit sein, um Übergewicht und Diabetes besser zu behandeln, sondern auch neurodegenerative Erkrankungen und Depressionen zu vermeiden.

Insulinresistenz und viszerales Fett

Ob es hier schon erste konkrete Forschungsergebnisse gibt, wollte eine Betroffene wissen. Hier verwies Prof. Heni auf aktuelle Daten, die zeigen, dass Insulin auch im Gehirn eine entscheidende Rolle spielt. Es reguliert nicht nur den Stoffwechsel, sondern u.a. auch das Sättigungsgefühl. Übergewichtige Menschen haben oft eine Insulinresistenz im Gehirn, daher funktioniert das Sättigungsgefühl nicht richtig. Untersuchungen deuten darauf hin, dass Insulinresistenz im Gehirn zu einer ungesunden Fettverteilung im Körper führt. Das Fett wird insbesondere in der Bauchregion gespeichert. Dieses viszerale Fett kann jedoch Folgeerkrankungen verursachen. Nun versuchen die Forscher, Wege zu finden, diese Insulinresistenz zu bekämpfen. *DZD*

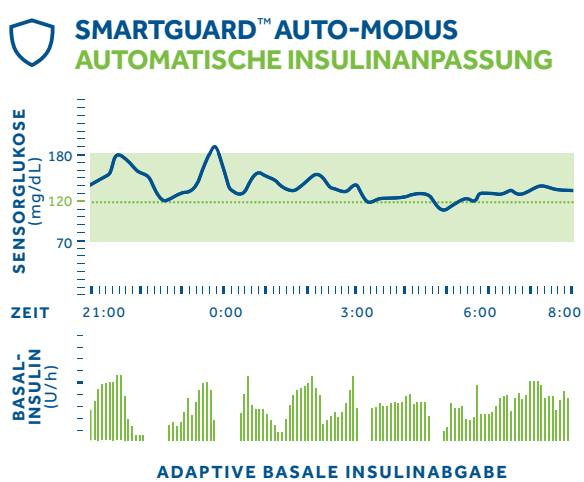
EASD 2019

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

Das erste zugelassene System, das automatisch die basale Insulinabgabe reguliert – dank SmartGuard™ Auto-Modus.^{1,2,3}

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

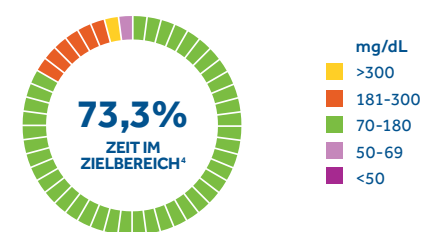
Unterstützen Sie Ihre Patienten gut eingestellt zu sein und mehr Lebensqualität zu haben.



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

SMARTGUARD™ AUTO-MODUS⁴ IM VERGLEICH ZUM MANUAL-MODUS

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



ANWENDUNG IM ALLTAG

1. Iturralde E. et al. The Diabetes Educator. 2017; 43(2):223 - 232.
2. Bergenstal R. M. et al. Jama. 2016; 316(13): 1407 - 1408.
3. Garg SK et al. Diabetes Technol Ther. 2017 Mar;19(3):155-163.

4. Cohen O. MiniMed 670G System: practical guidance to onboard your patients successfully. Medtronic Symposium 20.02.2019, ATTD Kongress Berlin 2019
5. Battelino T. International consensus meeting on time in range and glucose variability. ATTD 2019, Berlin, Parallel Session "Time in Ranges"
6. Battelino T, Danne T, Amiel SA, et al. Clinical targets for Continuous Glucose Monitoring Data Interpretation: Recommendations from the International Consensus on Time-in-Range. Diabetes Care 2019 accepted for publication



Deutschland als EUDF-Vorreiter

Alle Akteure einbinden,
Datengrundlagen schaffen

BARCELONA. Das Europäische Diabetes Forum (EUDF) soll alle Akteure zusammenbringen, um sich bei politischen Entscheidungsträgern Gehör zu verschaffen und die Versorgung von Menschen mit Diabetes auf europäischer Ebene grundlegend zu verbessern. Dazu wird eine solide Datenbasis benötigt. Wie diese Grundlagen geschaffen werden können, machen deutsche Initiativen vor.

DPV und DIVE
Aktuell (6/2019) umfasst die DPV Daten von über 576 738 Patienten, davon ca.
 ■ 15 000 mit Prädiabetes,
 ■ 135 000 mit Typ-1-,
 ■ 390 000 mit Typ-2-,
 ■ 15 000 mit Typ-3-Diabetes sowie
 ■ 22 000 mit Gestationsdiabetes.
 In DIVE sind Daten von 185 240 Patienten aller Diabetestypen erfasst.

Gerade bei einer komplexen Stoffwechselerkrankung wie Diabetes mellitus ist die Erfassung von Versorgungsdaten sowohl aus medizinischer als auch versorgungsstruktureller und gesundheitspolitischer Sicht wichtig, wie Professor Dr. REINHARD HOLL, Universität Ulm erklärte. Er stellte aktuelle Ergebnisse aus den deutschen Registern Diabetes-Patienten-Verlaufsdokumentation (DPV) und Diabetes-Versorgungs-Evaluation (DIVE) vor.

Wichtig ist die Verlaufsdokumentation, um die aktuelle Versorgungslage ebenso wie Veränderungsbewegungen erfassen zu können, erklärte Prof. Holl. Damit werden auch internationale Vergleiche möglich. Als Beispiel nannte er die Nutzung von Insulinpumpen, die in Deutschland

v.a. im Kindesalter in den vergangenen Jahren stark angestiegen ist bis auf einen Anteil von 93 % bei den unter fünfjährigen Patienten mit Typ-1-Diabetes. Im internationalen Vergleich liegt Deutschland aber nur im Mittelfeld: Bis zum Alter von 18 Jahren ist nur jeder zweite pädiatrische Patient mit einer Insulinpumpe versorgt, bei Spitzenreiter Dänemark sind es etwa 70 %.

Vergleich unterschiedlicher Therapieansätze möglich

Die Registerdaten ermöglichen auch die Kontrolle der Therapieergebnisse, z.B. hinsichtlich metabolischer Kontrolle, akuter Komplikationen und Nebenwirkungen. So hat sich die Rate der bis zu 20-Jährigen mit Typ-1-Diabetes und einer schlechten Blutzuckerkontrolle ($HbA_{1c} \geq 9\%$) zwischen 1995 und 2018 von fast 30 % auf unter 20 % verringert.

Die Register erlauben auch einen Vergleich unterschiedlicher therapeutischer Ansätze in Alltagskohorten mit Patienten, die in randomisiert-kontrollierten Studien (RCT) nicht eingeschlossen werden. Allerdings müssen Fehlerquellen bei solchen

»Wir wollen Veränderungen«

Real-World-Studien beachtet und mit geeigneten statistischen Mitteln minimiert werden. Register sind nicht einfach ein schnell auswertbarer, kostengünstiger Ersatz für RCT, betonte Prof. Holl. Aber ihr Einfluss steigt, zusätzlich zu Industrie und Gesundheitswissenschaftlern nutzen auch Zulassungsbehörden und Kostenträger zunehmend diese Daten. Nicht nur Versorgungsdaten helfen, bei politischen Entscheidungsträ-

gern Gehör zu finden. Die Politiker sind sich u.a. auch aufgrund der regen Öffentlichkeitsarbeit der DDG des Problems Diabetes bewusst. Das genügt aber nicht, „wir wollen auch Veränderungen“, erklärte DDG Past-Präsident Professor Dr. DIRK MÜLLER-WIELAND. U.a. gibt die DDG in enger Zusammenarbeit z.B. mit diabetesDE verstärkt Patienten eine Stimme, denn die zählt im politischen Entscheidungsprozess besonders viel. Außerdem wurde eine politische Arbeitsgruppe gegründet. Zudem hat die DDG als eine der größten medizinischen Fachgesellschaften in Deutschland das Bündnis DANK gegründet, wie Prof. Müller-Wieland gemeinsam mit

DDG Geschäftsführerin BARBARA BITZER berichtete. Aufgrund wirksamer Öffentlichkeitsarbeit sind Ziele von DANK inzwischen nicht nur in Medien, sondern auch bei Entscheidungsträgern ein wichtiges Thema.

Elektronische Erfassung von Patientendaten

Ein weiterer wichtiger Schwerpunkt der DDG ist derzeit, auf nationaler Ebene eine elektronische Patientenakte mit allen von Gesundheitsdienstleistern und Patienten generierten Daten durchzusetzen und so noch bessere Aussagen über die Versorgung treffen zu können. Mit Blick auf EUDF fordert Prof. Müller-Wieland eine auch europaweite gemeinsame Datenstruktur zur elektronischen Erfassung von Patientendaten, um eine breite Datenbasis nicht nur für die Verbesserung der Versorgung, sondern auch für die Argumentation gegenüber Entscheidungsträgern auf europäischer Ebene zu generieren.

Friederike Klein

EASD 2019

»Register sind kein Ersatz für RCT«

New Kid on the Block?

Phosphorylierungsinhibitor punktet durch Mitochondrienschutz

BARCELONA. Der Mitochondrien-Booster Imeglimin könnte eine interessante Option bei Diabetes und Fettleber werden. Noch gibt es aber nur Studiendaten aus Japan, wo auch die Erstzulassung angepeilt ist.

Die Dysfunktion der Mitochondrien in Muskel- und Leberzellen mit reduzierter ATP-Synthese findet sich als charakteristischer Defekt bei Patienten mit Typ-2-Diabetes und nicht-diabetischen adipösen Menschen, erklärte Professor Dr. RALPH DEFONZO, University of Texas, San Antonio, USA. Sie korreliert linear mit dem Ausmaß der Insulinresistenz und findet sich auch bei

Kindern diabetischer Menschen, die selbst noch keinen Diabetes entwickelt haben.

Imeglimin ist offenbar in der Lage, die Mitochondrienfunktion wiederherzustellen, indem es die oxidative Phosphorylierung inhibiert und so den oxidativen Stress reduziert, der vor allem Betazell-Mitochondrien zu schaffen macht. In-vitro-Versuche zeigen, dass sich damit die Zahl der Energieorganellen wie auch die ATP-Gewinnung darin steigern lässt. Der zweimal täglich oral zu applizierende Wirkstoff setzt laut Prof. DeFronzo an allen drei Organen an, die an der Pathogenese des Typ-2-Diabetes zentral beteiligt sind:

- Er reduziert die Glukoneogenese in der Leber,
- verbessert die Insulinsensitivität der Muskelzellen, die daraufhin mehr Glukose aufnehmen können, und
- steigert die Insulinsekretion des Pankreas.

Der texanische Diabetologe hofft, dass sich damit nicht nur die Hyperglykämie bekämpfen, sondern

»Kaum Interaktionspotenzial«

auch der Krankheitsprogress des Typ-2-Diabetes aufhalten lässt. Das Phase-3-Programm in Japan, bestehend aus den Studien TIMES 1, 2 und 3, soll Ende des Jahres abgeschlossen sein, das Phase-3-Programm in Europa und den USA befindet sich in Vorbereitung. Bisherige Studienergebnisse von TIMES 1, an der 213 frisch diagnostizierte Patienten mit Typ-2-Diabetes teilgenommen hatten, zeigen bis Studienende nach 24 Wochen eine HbA_{1c} -Senkung um 0,87 Prozentpunkte vs. Placebo. Parallel sank der Nüchternzucker um 19 mg/dl. TIMES 2 prüft Wirksamkeit und Sicherheit als Monotherapie oder Add-on zu oralen Antidiabetika,

TIMES 3 untersucht Imeglimin plus Insulin.

Imeglimin wird nahezu unverändert renal eliminiert, zeigt kaum Wechselwirkungspotenzial – insbesondere nicht mit anderen Antidiabetika – und scheint weder Gewicht noch Lipide oder Blutdruck wesentlich zu beeinflussen. Die Verträglichkeit ist bisher gut, nur in sehr hohen Dosen treten milde gastrointestinale Nebenwirkungen auf. Ende nächsten Jahres soll der Phosphorylierungsinhibitor den japanischen Behörden zur Zulassung vorgelegt werden. In Europa wird es frühestens 2023 so weit sein.

ara

EASD 2019

Datenpannen melden!

Datenschutz ist keine Hexerei – aber Pflicht

BERLIN. Datenschutz wird in Arztpraxen mitunter zu lax gehandhabt. Nicht nur, dass Kollegen unzureichend dokumentieren, wie welche Daten verarbeitet werden. „Es gibt Ärztegruppen, die Patientendaten über WhatsApp austauschen“, weiß der Rechtsanwalt Dr. Andreas Staufer.

Der Münchner Fachanwalt für Medizinrecht kann das nachvollziehen: Infos per WhatsApp versenden geht schnell und unkompliziert. „Aber WhatsApp gehört zu Facebook, und die sind nun wirklich nicht bekannt für sorgfältigen Umgang mit Daten.“ Es gibt andere Messenger, die Ähnliches leisten, aber über eine bessere Verschlüsselung verfügen. Übrigens besteht das Problem nicht nur bei WhatsApp, sondern auch wenn man Patientendaten in die i- oder die Google-Cloud hochlädt, warnte Dr. Staufer: „Die Daten landen auf Servern in den USA – haben Sie mit den Anbietern dort einen Verarbeitungsvertrag geschlossen? Nein? Dann sollten Sie sich etwas anderes überlegen.“

Verschlüsselung ist auch beim E-Mail-Versand gefragt

Unverschlüsselte E-Mails, die Patientendaten enthalten, dürfen Sie noch nicht einmal an den Patienten selbst schicken, selbst wenn er sie dazu auffordert. Denn der Patient kann zwar in die Verarbeitung seiner Daten bei Ihnen oder einem Dritten einwilligen, nicht aber in einen Verstoß gegen technische und organisatorische Vorgaben. Zwar ist noch nicht klar, wie Gerichte in so einem Fall entscheiden, „aber ich empfehle Ihnen, nach einer anderen Lösung zu suchen“, riet Dr. Staufer. Er selbst nutzt für seine anwaltliche Tätigkeit eine geschützte Cloud, in der er Daten über eine gesicherte Verbindung ablegt, die Mandanten, Kollegen oder Gerichte dann z.B. per Passwort abrufen können.

Patienten informieren, was mit den Daten geschieht

Datenpannen müssen Sie ernst nehmen und unverzüglich handeln! Wenn Sie oder eine Helferin beispielsweise eine E-Mail mit Patientinformationen versehentlich an eine falsche E-Mail-Adresse geschickt haben, geht es nicht einfach darum, den Fehler zu korrigieren – Sie müssen unverzüglich die Datenschutzbehörde informieren. Unverzüglich heißt: binnen 72 Stunden, und zwar unabhängig von Wochenende oder Feiertagen. Passiert so etwas an Heiligabend, muss die Behörde spätestens am zweiten Weihnachtsfeiertag Bescheid wissen. Sonst haben Sie mehr juristischen

Ärger am Hals als durch das Datenleck selbst.

Noch einen wichtigen Hinweis hatte Dr. Staufer für niedergelassene Ärzte: Sie sollten in der Praxis ein Verzeichnis der Verarbeitungstätigkeiten führen. Das ist Pflicht, wenn man mit Gesundheitsdaten umgeht, sofern nicht alles rein analog läuft. „Sie dürfen Daten digital speichern und an Dritte übermitteln“, so der Experte. „Aber Sie brauchen einen Vertrag

und Sie müssen das in Ihr Verzeichnis aufnehmen, damit dokumentiert ist, wer was mit den Daten macht.“

Ein guter Anbieter gibt der Praxis ein Muster mit und schreibt in den Vertrag, welche Daten er verarbeitet und wie lange er sie speichert. Alle diese Angaben gehören ins Verzeichnis der Verarbeitungstätigkeiten.

Als Praxisinhaber haben Sie außerdem Informationspflichten. Sie müssen jeden – Patienten und Mit-



Patienten- und Mitarbeiterdaten müssen mit besonderer Sorgfalt gemanagt werden.

arbeiter – informieren, was Sie mit deren Daten machen. „Das können Sie auch auf der Homepage machen und dann darauf verweisen“, erklärte Dr. Staufer. Das vereinfacht vieles. Die Datenschutzerklärung auf der

Praxishomepage sollten Sie aber nicht einfach irgendwo kopieren, sondern darauf achten, dass sie auch dem entspricht, was in Ihrer Praxis und auf Ihrer Homepage abläuft. ara

Diabetes Kongress 2019

Gluco-test[®] DUO TD-4285

*Wenn es auf einfaches
Blutzucker-Messen
ankommt.*



Einfache Handhabung

großes Display und breite Teststreifen

Sofort einsatzbereit,

keine Codierung erforderlich

Präzise Messung,

DIN EN ISO 15197:2015 erfüllt

Hohe Qualität zum fairen Preis,

Preisgruppe Anhang I

Teststreifen nach Ziffer II. 1

Sie haben Fragen zu Gerät, Handhabung oder Teststreifen?

Besuchen Sie uns: www.aristo-pharma.de oder rufen Sie uns an: +49 (0) 30 - 710944200

»Unverzüglich
heißt binnen
72 Stunden«

Arzneimittel meiner Wahl



Erfolgsfaktoren für die metabolische Chirurgie: Zertifizierung und Nachsorge

Das Ziel: weniger Komplikationen

BERLIN. Die wesentlichen Erfolgsfaktoren der metabolischen Chirurgie sind ein erfahrener Chirurg an einem zertifizierten Zentrum sowie eine multidisziplinäre Nachsorge, welche die Patienten auch wahrnehmen, stellte Professor Dr. Jens Aberle, Endokrinologe und Diabetologe vom Universitären Adipositas-Centrum Hamburg-Eppendorf klar.

Die Erfolge der bariatrischen Chirurgie bei Adipositas und Diabetes sind beeindruckend. Nach einer retrospektiven Analyse war die Mortalität bei extrem übergewichtigen Patienten mit Typ-2-Diabetes nach metabolischer Chirurgie gegenüber nicht operierten Patienten um den Faktor 3 reduziert.¹ Prof. Aberle warnte aber: Die Erfahrungen mit der bariatrischen Chirurgie reichen zwar inzwischen 20 Jahre zurück, aber die Auswirkungen einer solch einschneidenden Maßnahme über die Lebensspanne hinweg sind noch nicht sicher abzuschätzen. Die Reoperationsrate ist hoch – bis zu 22 % der Patienten müssen sich innerhalb der nächsten fünf Jahre erneut einer Operation unterziehen.² Alarmierend findet er, dass viele der bariatrischen Eingriffe in Deutschland in nicht-zertifizierten Zentren durchgeführt werden. Nach dem Barmer-GEK-Krankenhausreport von 2016 bieten rund 350 Krankenhäuser in Deutschland bariatrische Operationen an, doch

nur 44 Kliniken waren zu diesem Zeitpunkt von der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) zertifiziert. Die Komplikationsraten und die 30-Tage-Mortalität sind beispielsweise bei Magenbypass in nicht-zertifizierten Zentren deutlich höher als in zertifizierten Einrichtungen und abhängig von der Fallzahl.³ „Suchen Sie bei der Überweisung nach einem

zertifizierten Zentrum“, ist deshalb Prof. Aberle Bitte an die Kollegen. Aktuell sind 78 Zentren von der DGAV zertifiziert.⁴

Die Nachsorge ist ein wesentlicher Faktor für den langfristigen Erfolg der metabolischen Chirurgie und die Vermeidung von Komplikationen. Wichtig für eine Minimierung der Langzeitkomplikationsrate ist die Nachsorgeadhärenz der Patienten. Nachsorgetermine sollten leitlinienkonform nach einem, drei, sechs, zwölf, 18 und 24 Monaten und anschließend jährlich wahrgenommen werden. Prof. Aberle plädiert dafür, die Nachsorge in die Hände der diabetischen Schwerpunktpraxen in Kooperation mit Adipositaszentren zu legen.

»Ca. 350 Zentren bieten bariatrische OP an«

Ein zentraler Bestandteil der Nachsorge ist die Supplementierung – bei einem Magenbypass sogar lebenslang. Prof. Aberle wies darauf hin, dass trotz einer leitliniengemäßen Nährstoffergänzung insbesondere in den ersten Monaten nach OP

Mangelzustände auftreten können, die kontrolliert und ernst genommen werden müssen. So ist ein Vitamin-B₁-Mangel mit Muskelschwäche und Ödemen häufig und kann zu einer Werneck-Enzephalopathie und bei chronischem Mangel zu einem Korsakov-Syndrom führen.

Ein vorbestehender gastroösophagealer Reflux kann sich nach dem Eingriff bessern, aber insbesondere nach Schlauchmagenanlage auch neu auftreten. Weil eine Refluxerkrankung und ein sich entwickelnder Barrett-Ösophagus nicht immer symptomatisch werden, empfiehlt

das Hamburger Adipositaszentrum, einige Jahre nach dem Eingriff eine Gastroskopie durchführen zu lassen.

Vorbestehende psychische Symptome können sich nach der OP verbessern, aber vielfach wurde auch eine erhöhte psychische Morbidität nach bariatrischer Chirurgie beobachtet. Deshalb gehört nach den Leitlinien auch die proaktive Befragung zum psychischen Status im Sinne eines Screenings auf Depression, Suizidalität,

selbstverletzendes Verhalten oder problematischem Alkoholkonsum mit zur Nachsorge. *Friederike Klein*

1. Fisher DP et al. JAMA 2018; 320: 1570-1582; 2. Peterli R et al. Aa.O.; 319: 255-265; 3. Stroh C et al. Obes Surg 2017; 27: 445-453

*Stand: Oktober 2019
Diabetes Kongress 2019



Bariatrische Operationen erfolgen in der Regel laparoskopisch. Für den Erfolg ist die Expertise entscheidend.

Foto: Science Photo Library/Marazzi, Dr. P.

Je früher, desto besser?

Weil die Effekte auf Morbidität und Mortalität am größten sind, wenn eine schwere Adipositas bereits in jüngeren Jahren und womöglich vor Entstehung eines Typ-2-Diabetes durchgeführt wird, plädierte Professor Dr. Beat Müller vom Diabetes & Adipositas Zentrum des Universitätsklinikums Heidelberg für einen frühzeitigen Einsatz der Adipositas-Chirurgie bereits bei adolescenten oder jüngeren erwachsenen Patienten mit ausgeprägter Adipositas ohne Diabetes bzw. mit Prädiabetes, um einen Typ-2-Diabetes von vorneherein zu verhindern.

»Aktuell nur 78 zertifiziert«

Je weniger Bildung, desto schlechter die Gesundheit

Gesundheitskompetenz bei Typ-2-Diabetes

BERLIN. Dass Lebensstilinterventionen bei Menschen mit Prädiabetes dazu beitragen, dass sich in weniger Fällen ein Typ-2-Diabetes manifestiert, ist hinlänglich bekannt und belegt. Professor Dr. Christine Graf von der Sporthochschule Köln gab einen Überblick über ebendiese Evidenz.

Die wichtigste – und dabei sehr demütigende – Erkenntnis aus sämtlichen Studien zum Thema ist, dass Gesundheitskompetenz weiterhin stark mit dem Bildungsniveau assoziiert ist. Prof. Graf präsentierte zunächst das Drei-Ebenen-Modell nach Nutbeam, wonach Menschen fähig sein müssen, Gesundheitsinformationen zu lesen und sich in einfachen Worten schriftlich auszudrücken, um überhaupt eine bloße funktionale Ebene zu erreichen.

Doch erst mit fortgeschrittenen kognitiven und sozialen Kompetenzen ist es möglich, selbst eine aktive Rolle im Gesundheitswesen einzunehmen – Stichwort Empowerment – bzw. sich sogar kritisch damit auseinanderzusetzen.

„Gesunder Lebensstil ist mit vielen Imperativen verbunden“, sagte Prof. Graf. Dazu brauche es nicht nur Wissen über gesunde Ernährung (Food Literacy), sondern auch

„Physical Literacy“, wie sie etwa im Modell von Edwards et al. 2017 beschrieben wurde. Einfluss auf die Physical Literacy nahmen zum einen individuelle Faktoren wie Alter, Geschlecht, körperliche Fähigkeiten, aber auch die emotionale, psychosoziale und kognitive Entwicklung. Darüber hinaus aber auch die Ein- bzw. Wertschätzung von Bewegung, (Sport-)Partizipation, soziodemographische Faktoren, Umgebungsfaktoren wie Bewegungsräume und -angebote, aber auch ökonomische Aspekte.

Die neuesten Erkenntnisse zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland stammen aus der Erhebung von Schaeffer et al. von 2018, wonach über die Hälfte der Menschen in diesem Land nur über eine problematische oder gar

gänzlich inadäquate Gesundheitskompetenz verfügt. Als Risikofaktoren machten Schaeffer et al. neben einem geringen Bildungsgrad, höherem Lebensalter, chronischen Erkrankungen auch einen Migrationshintergrund aus.

Es ist wichtig, kontinuierlich an der Kompetenz zu arbeiten

Trotz frustrierender Rückschläge sei es wichtig, immer weiter an der Gesundheitskompetenz der Patienten zu arbeiten, meinte Prof. Graf und verwies auf verschiedene Studien zur Epigenetik aus den vergangenen Jahren: „Epigenetische Effekte sind zum Teil flüchtig, teilweise aber auch transient über mehrere Generationen. Durch unseren eigenen Lebensstil können wir also nicht nur unsere eigene Gesundheit stärken,

sondern auch die kommender Generationen.“

Im Plenum regte sich angesichts von so viel Wissenschaft allerdings auch Unmut. So merkte ein Zuhörer an:

„Wir brauchen ein gesamtgesellschaftliches Konzept, nicht immer mehr Studien!“ Prof. Graf gab dem Kritiker recht: „Wir haben kein Wissens-, sondern ein Umsetzungsproblem. Doch trotzdem brauchen wir Daten, um unser Handeln belegbar zu machen.“ Eine Form des Handelns könne z.B. die zielgruppengerechte, fundierte Gesundheitsaufklärung mit einheitlichen einfachen Botschaften sein, damit auch Menschen mit niedrigem Bildungsniveau in Bezug auf ihr Gesundheitsverhalten zumindest eine funktionale Basis erreichen können. *thie*

Diabetes Kongress 2019

»Kein Wissens-, sondern ein Umsetzungsproblem!«

»Es gibt keine LDL-Hypothese mehr«

Update zu neuen Zielwerten von LDL-Cholesterin

PARIS. Das neue Update 2019 der gemeinsamen Leitlinie zur Behandlung von Fettstoffwechselstörungen zur Reduktion des kardiovaskulären Risikos der Europäischen Gesellschaften für Kardiologie (ESC) und Atherosklerose (EAS) ist da. Professor Dr. Müller-Wieland fasst die Kernpunkte zusammen.

Atherogene Lipoproteine wie das LDL sind kausal mit der Entstehung und Progression der Atherosklerose verknüpft. Daher ist die erste Feststellung in der Leitlinie: Es gibt keine „LDL-Hypothese“ mehr, der Zusammenhang ist belegt! Daher ist das primäre Ziel einer Behandlung von Fettstoffwechselstörungen zur Reduktion des kardiovaskulären Risikos die Senkung atherogener Lipoproteine. Empfehlungen zur Reduktion der atherogenen Lipoproteine werden anhand von Zielwerten für LDL-Cholesterin (aber auch ggf. ergänzend für das Non-HDL-Cholesterin oder die ApoB100-Konzentration¹) gegeben. Da der Zusammenhang zwischen LDL-C-Senkung und Reduktion des Risikos linear ist („the lower the better“), sind die Zielwerte tiefer, je höher das kardiovaskuläre Risiko ist.

Vier Kategorien des kardiovaskulären Risikos werden anhand klinischer Parameter gegeben:

Sehr hohes Risiko:
 ■ Patienten mit dokumentierter atherosklerotischer kardiovaskulärer Erkrankung (hierzu gehören auch signifikante Plaques bei einer

Koronarangiographie, CT mit mindestens zwei Gefäßen und Stenierungen > 50 % oder Plaques im Ultraschall der Karotiden.

■ Diabetes mit Endorganschaden (Mikroalbuminurie, Retino- oder Neuropathie) oder mindestens drei Hauptrisikofaktoren oder Typ-1-Diabetes mit früher Manifestation und Dauer > 20 Jahre.

■ Kalkulierter Risiko-SCORE (Systemic Coronary Risk Estimation) ≥ 10 % des Zehnjahres-Risikos für ein tödliches kardiovaskuläres Ereignis.

Hohes Risiko:

■ Deutliche Erhöhung eines Risikofaktors, insbesondere Gesamtcholesterin > 310 mg/dl (8 mmol/l), LDL-C > 190 mg/dl (4,9 mmol/l) oder Blutdruck $\geq 180/110$ mmHg.

■ Patienten mit familiärer Hypercholesterinämie (FH) ohne weitere Risikofaktoren.

■ Diabetes ohne Endorganschaden mit einer Diabetesdauer ≥ 10 Jahre oder einen weiteren Risikofaktor.

■ Moderate Niereninsuffizienz (eGFR 30–59 ml/min/1,73 m²).

■ Kalkulierter Risiko-SCORE ≥ 5 % und < 10 % des Zehnjahres-Risikos für ein tödliches kardiovaskuläres Ereignis.



Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland
 I. Med. Klinik,
 Uniklinikum der RWTH Aachen, Aachen
 Foto: © DDG/Dirk Deckbar

Moderates Risiko:

■ Junge Patienten (Typ-1-Diabetes < 35 Jahre und Typ-2-Diabetes < 50 Jahre Lebensalter) mit einer Diabetesdauer < 10 Jahre ohne weitere Risikofaktoren.

■ Kalkulierter Risiko-SCORE ≥ 1 % und < 5 % des Zehnjahres-Risikos für ein tödliches kardiovaskuläres Ereignis.

Niedriges Risiko:

■ Kalkulierter Risiko-SCORE < 1 % des Zehnjahres-Risikos für ein tödliches kardiovaskuläres Ereignis.

Zielwerte für das LDL-Cholesterin sind entsprechend des Risikos:

■ Bei **sehr hohem Risiko:** Ziel < 55 mg/dl (1,4 mmol/l) und ≥ 50 % Senkung

■ Bei **hohem Risiko:** Ziel < 70 mg/dl (1,8 mmol/l) und ≥ 50 % Senkung

■ Bei **moderatem Risiko:** Ziel < 100 mg/dl (2,6 mmol/l)

■ Bei **niedrigem Risiko:** Ziel < 116 mg/dl (3,0 mmol/l)

Die Kommission Fettstoffwechsel der DDG ergänzt die Einschätzung „ideal“ für LDL < 55 mg/dl und „gut“ für LDL < 70 mg/dl in ihrer Praxisempfehlung 2019 (*im Druck*). Diese Ergänzung einer klinischen Beurteilung durch die Autorengruppe basiert darauf, dass die Evidenz für eine weitere effektive absolute Risikoreduktion bei Vergleich von LDL-C-Werten unter Behandlung zwischen < 70 mg/dl und < 55 mg/dl noch gering ist und sehr vom individuellen Risiko des Patienten abhängt.

FAZIT: Kardiovaskuläre Ereignisse sind ein wesentlicher Grund für verfrühte Sterblichkeit und Multimorbidität der von Diabetes betroffenen Menschen. Die risikostratifizierte patientenbezogene LDL-C-Senkung ist ein evidenzbasierter wichtiger integraler Bestandteil einer Diabetes-therapie und kann die klinische Prognose unserer Patienten verbessern.

Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland

1. Mach F et al. 2019 Eur Heart J 2019; doi:10.1093/eurheartj/ehz455 ESC 2019

LDL ist kausal mit der Entwicklung der Atherosklerose verknüpft.

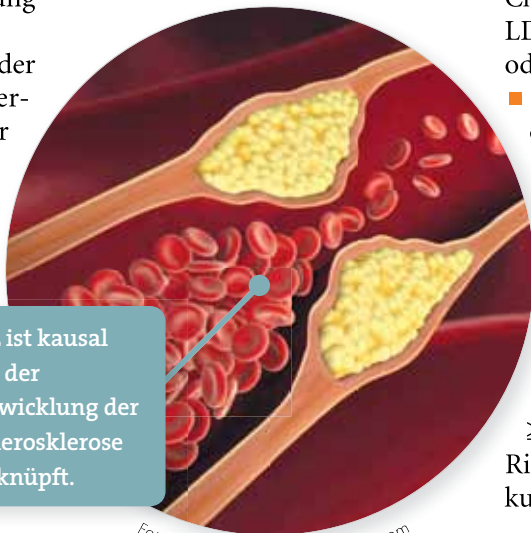


Foto: peterschreiber - stock.adobe.com

ECHT* WEGWEISEND

DIE ZUKUNFT DER DIABETESKONTROLLE BEGINNT JETZT

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

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



Keine
Blutzucker-
messung¹
AUSSER IN AUSNAHMESITUATIONEN

10-Tage
Sensortrage-
dauer

Werte
in Echtzeit
teilen²

Warnungen
& Alarmer

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

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

Junge Talente fördern

DZD Diabetes Research School in Barcelona



DZD
Deutsches Zentrum
für Diabetesforschung

BARCELONA. In diesem Jahr fand die DZD Diabetes Research School (DRS) mit vielen renommierten Referentinnen und Referenten sowie 95 engagierten Nachwuchswissenschaftlerinnen und Nachwuchswissenschaftlern in Barcelona statt – unmittelbar vor dem 55. Annual Meeting der European Association for the Study of Diabetes (EASD). Die DRS ist Teil der Nachwuchsförderung des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung „DZD Next“, mit dem das DZD junge Talente fördert und beim Aufbau eines professionellen Netzwerks unterstützt.

Die DRS bot den Teilnehmenden aus Klinik und Forschung ein umfangreiches dreitägiges Programm translationaler Diabetesforschung. In „dynamischer“ Atmosphäre tauschten sich die Nachwuchswissenschaftler mit anerkannten Experten der Diabetesforschung aus, holten Karrieretipps ein, präsentierten und diskutierten eigene Ergebnisse mit Kollegen aus der ganzen Welt.

Wissen einem breiten Publikum kommunizieren

Die Auftaktveranstaltung mit Dr. GILES YEO fand im anatomischen Theater der neoklassizistischen Royal Academia of Medicine of Catalonia statt. Sein Vortrag über die „Kommunikation eigener Forschungsergebnisse“ war erfrischend und begeisterte das Auditorium auf ganz besondere Weise. In seiner Präsentation betonte der Forscher von der Cambridge University, wie wichtig es ist, die eigenen Forschungsergebnisse nicht nur in dem wissenschaftlichen Umfeld, sondern auch einem Publikum fernab der Wissenschaft näherzubringen. Dies erfordert jedoch eine andere Art der Kommunikation. Wichtig sei es deshalb, die Forschungsarbeit mit den „richtigen Worten“ möglichst kurz und knapp zu beschreiben. Zehn Sekunden seien hierzu völlig ausreichend, so Dr. Yeo.

Tags darauf stellte Professor Dr. ANNETTE SCHÜRSMANN vom Deutschen Institut für Ernährungsforschung (DIfE) in Potsdam-Rehbrücke das DZD vor. Im Anschluss gewährte

Professor Dr. MATTHIAS TSCHÖP, Helmholtz Zentrum München, Einblick in die Wirksamkeit „individualisierter“ Diabetestherapien mittels Dual- und Dreifach-Kombinationen aus GIP, GLP1 und Glukagon. Außerdem fasste er mit den zehn „P“ seine Tipps für eine erfolgreiche Forschung und Karriere zusammen: „perseverance & passion, preparedness, prioritization, people & places, pioneerism, problem solving, purity, potential, progress vs. productivity, publications & presentations“.

Zahlreiche Studien belegen den Zusammenhang zwischen der NAFLD mit Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes, betonte Professor Dr. KENNETH CUSI, University of Florida. Er fasste Mechanismen, Diagnose, Management und Therapie der Erkrankung zusammen. Prof. Cusi beschrieb, dass eine Gewichtsreduktion sowie die Vermeidung einer Hyperglykämie essenziell für eine NAFLD-Remission bei Patienten mit Typ-2-Diabetes sind und verwies auf die Relevanz von Pioglitazon im Zuge der Behandlung.

Präsentation eigener Forschungsergebnisse

Die anschließenden Poster-Sessions wurden in verschiedene Gruppen

»Einträgliche Anregungen und Inspirationen«

Auf den Poster-Sessions waren die Nachwuchswissenschaftler am Zug.

»Dynamische Atmosphäre«

unterteilt – die Themen reichten von Typ-1-Diabetes bis hin zu Komorbiditäten. Vor Beginn der Sessions durften die Nachwuchswissenschaftler ihre Poster in kurzen Teasern bewerben. Dabei veranschaulichten sie ihre Daten unter anderem in Form eines Cartoons.

Professor Dr. FATIMA BOSCH von der Autonomen Universität Barcelona informierte über Strategien der Gentherapie in der Diabetesbehandlung. Im Rahmen ihrer Forschung stimulierte sie die Sekretion des Proteins FGF21 anhand adenovirus-assoziiierter Vektoren in verschiedenen Geweben und untersuchte die Effekte auf Adipositas und Diabetes. Dabei stellte sie die positiven Auswirkungen von FGF21 eindrucksvoll dar, die zukünftig in therapeutischen Ansätzen weiterentwickelt werden sollen.

Die letzte Präsentation des Tages hielt Professor Dr. MARC. O. HUISING von der University of California, der ein anerkannter Experte im Bereich von Somato-

statin sekretierenden Delta-Zellen des Pankreas ist. Er beschrieb die Relevanz von Delta-Zellen in der Gesamtfunktion des Pankreas und für den Verlauf des Diabetes und erläuterte, wie der parakrine Crosstalk zwischen den verschiedenen Zelltypen der Langerhans-Inseln im diabetogenen Zustand gestört wird. Zudem wies er auf die Möglichkeit der Nutzung einer von ihm erstellten Bio-Datenbank für die eigene Forschung sowie die Vorteile und Anwendungsbereiche von Analysen in einzelnen Zellen hin.

Der dritte Tag der DRS begann Professor Dr. EDDY KARNELLI von der Technischen Universität Israel mit einem Vortrag über die Rolle des GLUT4-Transporters in Bezug auf die Glukosehomöostase sowie die Entstehung der Insulinresistenz und des Diabetes. Dabei beschrieb er den Einfluss bestimmter Proteine, wie dem p53 oder Cytochrom P450, und damit zusammenhängend reaktiver Sauerstoffspezies bei der Aktivierung und Regulation des GLUT4-Transporters. Außerdem wies er darauf hin, zu alten, aber entscheidenden Erkenntnissen und Fragestellungen zurückzukehren und riet: „Prove them with new techniques.“

Professor Dr. TINA VILSBØLL vom Steno Diabetes Center of Copen-

hagen stellte klinische Daten der Diabetesforschung und Komorbiditäten, verbunden mit einem interessanten Überblick über die Chronologie der Diabetesforschung vor. Zudem betonte sie die wachsenden Kosten und Belastungen für das Gesundheitssystem infolge der Diabetesbehandlung und verwies ausdrücklich auf die Bedeutung einer ausgeklügelten Therapie. In der anschließenden Diskussion waren sich Prof. Vilsbøll und die Teilnehmer einig, dass der Schlüssel einer erfolgreichen Therapie in der interdisziplinären Kombination von Wissen und Ressourcen liegt.

Wissenschaftliches und persönliches Networking

Den Abschlussvortrag hielt Professor Dr. MARIA GOMEZ vom Diabetes Center an der Lund Universität – eines der renommiertesten Diabetesforschungszentren weltweit. Sie referierte zum Thema „GIP und kardiovaskuläre Erkrankung“ und betonte, dass das Inkretin GIP eine ebenso große Rolle beim Zuckerstoffwechsel spielen kann wie das GLP1, wobei es ihr gelang die Ergebnisse auf eine sehr sympathische und zugängliche Art zu präsentieren, sodass sich die anschließende Diskussionsrunde fast wie ein „Plausch“ unter Freunden anfühlte. Passend dazu riet sie den jungen Wissenschaftlern, sich aktiv mit den eigenen Kollegen innerhalb der Institute und Unis auszutauschen, denn: „Colleagues are the best cooperation partners; you don't have to fly around the world to get good input.“

Neben einem umfangreichen und unterhaltsamen Rahmenprogramm bot die DRS den Teilnehmern viele Gelegenheiten zum Aufbau wissenschaftlicher, aber auch persönlicher Netzwerke mit internationalen Kollegen. Viele schlossen noch vor Ort neue Kooperationen und mit großer Sicherheit sind alle Teilnehmer mit einträglichen Anregungen und Inspirationen für die eigene Forschung im Gepäck nach Hause zurückgekehrt.

Heja Aga, Richard Kehm,
Michaela Press, Julia Hummel,
Elisabeth Rohbeck



Sie präsentierten ihre Forschungsergebnisse.

Auf den Poster-Sessions waren die Nachwuchswissenschaftler am Zug.

»Dynamische Atmosphäre«

unterteilt – die Themen reichten von Typ-1-Diabetes bis hin zu Komorbiditäten. Vor Beginn der Sessions durften die Nachwuchswissenschaftler ihre Poster in kurzen Teasern bewerben. Dabei veranschaulichten sie ihre Daten unter anderem in Form eines Cartoons.

Professor Dr. FATIMA BOSCH von der Autonomen Universität Barcelona informierte über Strategien der Gentherapie in der Diabetesbehandlung. Im Rahmen ihrer Forschung stimulierte sie die Sekretion des Proteins FGF21 anhand adenovirus-assoziiierter Vektoren in verschiedenen Geweben und untersuchte die Effekte auf Adipositas und Diabetes. Dabei stellte sie die positiven Auswirkungen von FGF21 eindrucksvoll dar, die zukünftig in therapeutischen Ansätzen weiterentwickelt werden sollen.

Die letzte Präsentation des Tages hielt Professor Dr. MARC. O. HUISING von der University of California, der ein anerkannter Experte im Bereich von Somato-

statin sekretierenden Delta-Zellen des Pankreas ist. Er beschrieb die Relevanz von Delta-Zellen in der Gesamtfunktion des Pankreas und für den Verlauf des Diabetes und erläuterte, wie der parakrine Crosstalk zwischen den verschiedenen Zelltypen der Langerhans-Inseln im diabetogenen Zustand gestört wird. Zudem wies er auf die Möglichkeit der Nutzung einer von ihm erstellten Bio-Datenbank für die eigene Forschung sowie die Vorteile und Anwendungsbereiche von Analysen in einzelnen Zellen hin.

Der dritte Tag der DRS begann Professor Dr. EDDY KARNELLI von der Technischen Universität Israel mit einem Vortrag über die Rolle des GLUT4-Transporters in Bezug auf die Glukosehomöostase sowie die Entstehung der Insulinresistenz und des Diabetes. Dabei beschrieb er den Einfluss bestimmter Proteine, wie dem p53 oder Cytochrom P450, und damit zusammenhängend reaktiver Sauerstoffspezies bei der Aktivierung und Regulation des GLUT4-Transporters. Außerdem wies er darauf hin, zu alten, aber entscheidenden Erkenntnissen und Fragestellungen zurückzukehren und riet: „Prove them with new techniques.“

Professor Dr. TINA VILSBØLL vom Steno Diabetes Center of Copen-

hagen stellte klinische Daten der Diabetesforschung und Komorbiditäten, verbunden mit einem interessanten Überblick über die Chronologie der Diabetesforschung vor. Zudem betonte sie die wachsenden Kosten und Belastungen für das Gesundheitssystem infolge der Diabetesbehandlung und verwies ausdrücklich auf die Bedeutung einer ausgeklügelten Therapie. In der anschließenden Diskussion waren sich Prof. Vilsbøll und die Teilnehmer einig, dass der Schlüssel einer erfolgreichen Therapie in der interdisziplinären Kombination von Wissen und Ressourcen liegt.

Wissenschaftliches und persönliches Networking

Den Abschlussvortrag hielt Professor Dr. MARIA GOMEZ vom Diabetes Center an der Lund Universität – eines der renommiertesten Diabetesforschungszentren weltweit. Sie referierte zum Thema „GIP und kardiovaskuläre Erkrankung“ und betonte, dass das Inkretin GIP eine ebenso große Rolle beim Zuckerstoffwechsel spielen kann wie das GLP1, wobei es ihr gelang die Ergebnisse auf eine sehr sympathische und zugängliche Art zu präsentieren, sodass sich die anschließende Diskussionsrunde fast wie ein „Plausch“ unter Freunden anfühlte. Passend dazu riet sie den jungen Wissenschaftlern, sich aktiv mit den eigenen Kollegen innerhalb der Institute und Unis auszutauschen, denn: „Colleagues are the best cooperation partners; you don't have to fly around the world to get good input.“

Neben einem umfangreichen und unterhaltsamen Rahmenprogramm bot die DRS den Teilnehmern viele Gelegenheiten zum Aufbau wissenschaftlicher, aber auch persönlicher Netzwerke mit internationalen Kollegen. Viele schlossen noch vor Ort neue Kooperationen und mit großer Sicherheit sind alle Teilnehmer mit einträglichen Anregungen und Inspirationen für die eigene Forschung im Gepäck nach Hause zurückgekehrt.

Heja Aga, Richard Kehm,
Michaela Press, Julia Hummel,
Elisabeth Rohbeck



Die Teilnehmenden der DZD Diabetes Research School 2019.

Tod einer Schülerin mit Typ-1-Diabetes

Staatsanwaltschaft ermittelt gegen Lehrkräfte

MÖNCHENGLADBACH. Die 13-jährige Emily, die seit ihrem 6. Lebensjahr Typ-1-Diabetes hatte, ist Ende Juni 2019 von einer Klassenfahrt nach London nicht lebend zurückgekehrt. Ihr Vater Kay Schierwagen beschuldigt die begleitenden Lehrkräfte, sich nicht um sie gekümmert zu haben. Nun ermittelt die Staatsanwaltschaft wegen des Verdachts auf fahrlässige Tötung.

Emily wusste sehr gut Bescheid über ihren Diabetes; auf früheren Klassenfahrten hat es nie Probleme gegeben“, erzählt der Vater. Im Elisabeth-Krankenhaus in Mönchengladbach, wo das Mädchen diabetologisch betreut wurde, habe sie als Vorzeigepatientin gegolten. In der Theo-Hespers-Gesamtschule in Mönchengladbach sei ihr Typ-1-Diabetes bekannt gewesen. Da Emily ihre Erkrankung zuverlässig und eigenverantwortlich managte, habe es keine Notwendigkeit für eine Schulbegleitung oder Integrationshilfe gegeben. „Wir mussten uns nie Sorgen um sie machen. Sie war selbstbewusst, hat sich nicht für ihren Diabetes geschämt und ohne Zögern überall ihre Insulinpumpe herausgeholt“, betont Schierwagen.

Enormes Medieninteresse an dem tragischen Ereignis

Was sich bei der dreitägigen Klassenfahrt zugetragen und zum Tod seiner Tochter geführt hat, kann sich Schierwagen nur bruchstückhaft aus den Erzählungen der Mitschüler zusammenreimen. Die Lehrkräfte hätten kein einziges Mal mit ihm gesprochen. „Nach der Ankunft am Donnerstag waren die Kinder zum Essen beim Chinesen. Zu diesem Zeitpunkt ging es Emily schon nicht gut“, berichtet der Vater. Zurück in der Unterkunft, habe seine Tochter über starke Übelkeit geklagt und sich erbrochen. Sie habe ihre Insulinpumpe abgekoppelt, um duschen zu gehen. Nach dem Duschen habe ihr Blutzuckerwert bei über 300 mg/dl gelegen. Weil sie bereits nicht mehr Herr ihrer Sinne gewesen sei, habe sie ihre Pumpe nicht mehr anknüpfen können – und sei ab diesem Zeitpunkt ohne Insulin gewesen. Die anderen Kinder hätten vergeblich nach den Lehrkräften gesucht. „Emily hat sich weiterhin erbrochen und gekrümmt. Ihre Freundinnen haben sie gewaschen, ihre Haare gesäubert und auf sie aufgepasst“, sagt Schierwagen. Auch am nächsten Tag, als die Gruppe zu einem Ausflug aufbrechen wollte, habe niemand nach seiner Tochter gesehen. „Die zuständige Lehrerin wies einfach

zwei Mädchen an, bei der kranken Emily zu bleiben.“

Erst am Samstagvormittag, als sich der Abreisetermin näherte, habe die Lehrerin bemerkt, wie es um das Mädchen stand. Emily habe sich nicht mehr allein aufrichten können und sei mit einem Rettungswagen ins Krankenhaus gebracht worden, wo ein Blutzuckerwert von 1470 mg/dl gemessen wurde. Die eilends verständigten Eltern reisten schnellstmöglich nach London. „Samstagnacht war Emily noch einmal kurz bei Bewusstsein, da habe ich mit ihr sprechen können“, erinnert sich der Vater. „Doch sie war zu lange ohne Insulin gewesen. Am Sonntag, den 30. Juni, um 14 Uhr ist meine Emily gestorben.“ Wie die beschuldigten Lehrkräfte die Klassenfahrt und den Tod der Schülerin erlebt haben, ist nicht herauszubekommen. Das Medieninteresse an dem tragischen Ereignis ist enorm, neben Regionalzeitungen berichteten TV-Sender und überregionale Medien über den Fall. Die Schule wehrt sich zwar in einer Mitteilung auf ihrer Homepage gegen die „unfaire Berichterstattung“ und fordert eine „sachgerechte Berichterstattung ohne unbegründete Schuldzuweisungen“. Doch bei Presseanfragen verweist das Schulbüro lediglich auf die Bezirksregierung.

Schulpsychologischen Dienst umgehend hinzugezogen

Die Bezirksregierung Düsseldorf als zuständige Behörde wiederum äußert sich mit Verweis auf die laufenden Ermittlungen nur vage. Die Todesursache sei unbekannt, „insbesondere ist bislang nicht geklärt, ob die Diabetes-Erkrankung der Schülerin für den Tod (mit)ursächlich war“, so eine Sprecherin. Es liege ein interner Bericht der Schulleitung sowie der Lehrkräfte vor. Die Schule werde von der Bezirksregierung unterstützt, um den Schulbetrieb aufrechtzuerhalten. „Die Schulleitung hat umgehend den schulpsychologischen Dienst hinzugezogen, welcher allen Mitgliedern der Schulgemeinde seit dem tragischen Tod der Schülerin hilft.“

Deutlicher bezieht JULIA GÖTZ Stellung, die als Gymnasiallehrerin in Münster arbeitet. Sie ist mit dem Fall nicht persönlich vertraut, betreut im Sportunterricht aber selbst auch Kinder mit chronischen Erkrankungen wie Typ-1-Diabetes. „Wenn es sich so zugetragen hat wie Emilys Vater berichtet, dann haben

Emily hat ihren Diabetes zuverlässig gemanagt, sagt der Vater.



Klassenfahrten bereiten besondere Umstände – für Schüler wie für Lehrer.



Kay Schierwagen will wissen, „was in London genau passiert ist“.

»Lehrer tragen Verantwortung«

die Lehrkräfte ihre Aufsichtspflicht katastrophal vernachlässigt“, meint sie. Auf Klassenfahrten müssten Lehrkräfte zumindest abends einen Rundgang machen und schauen, ob alle Kinder in ihren Zimmern sind. „Und wenn ich weiß, dass ich ein Kind mit einer chronischen Erkrankung dabei habe, dann frage ich von mir aus immer mal nach, ob alles in Ordnung ist. Bei einer Klassenfahrt läuft ja nicht alles in gewohnten Bahnen wie zu Hause – und als Lehrerin bin ich in dieser Zeit doch die erwachsene Bezugsperson und trage Verantwortung!“, sagt Götz. So sieht es auch MARTINA LÖSCH-BINDER, Diabetesberaterin an der Kinderklinik Tübingen. „Bei einer Klassenfahrt gibt es anderes Essen und einen anderen Tagesablauf. Das Kind schläft im Mehrbettzimmer mit einer Handvoll Freundinnen statt zu Hause, wo der Tagesablauf strukturiert ist und die Eltern nachfragen, ob es auch wirklich den Blutzucker gemessen und Insulin gespritzt hat.“

Vor Klassenfahrten Betroffene, Mitschüler und Lehrer aufklären

Es sei deshalb wichtig, dass das Kind und seine Lehrkräfte die Eltern jederzeit erreichen könnten. „Allerdings gilt gerade in den 7. und 8. Klassen auf Klassenfahrten häufig ein striktes Handyverbot, weil die Kinder sonst nur chatten und spielen würden“, sagt Lösch-Binder. Die Diabetesberaterin versucht deshalb vor Klas-

senfahrten, möglichst nicht nur das betroffene Kind, sondern auch Lehrkräfte und Mitschüler zu schulen und aufzuklären. Alternativ könne man ihnen z.B. die Schulungsunterlagen der Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Diabetologie mitgeben (Link: tinyurl.com/y4orwra9). In dieser PDF-Datei von 20 Seiten wird vermittelt, was Lehrkräfte über Kinder mit Typ-1-Diabetes wissen müssen.

Wissenslücken zur Ketoazidose als gefährliche Komplikation

Allerdings liegt in den gängigen Info-Materialien der Fokus auf der Vermeidung von Hypoglykämien als häufigste Komplikation des Typ-1-Diabetes. Für Professor Dr. THOMAS HAAK, Chefarzt des Diabetes Zentrums Mergentheim, ist dies ein Problem: „Eine Ketoazidose als gefährliche Komplikation des Typ-1-Diabetes ist Lehrkräften kaum bekannt.“ Dabei könne es z.B. bei Defekten an der Insulinpumpe schnell zu einer Unterbrechung der Insulinzufuhr und in der Folge zu einer gefährlichen Überzuckerung kommen. „Auch Menschen mit Diabetes haben eine Ketoazidose nicht immer auf dem Schirm. Sie haben in ihrer ersten Schulung davon gehört, sind danach aber meist nicht wieder mit dem Thema in Berührung gekommen.“ Angesichts dieser weit verbreiteten Wissenslücken könne man von Lehrkräften kaum erwarten, dass sie die Leitsymptome einer Ketoazidose – Bauchschmerzen, Übelkeit und Erbrechen – immer korrekt einschätzen. „Allerdings müssen sie im medizinischen Notfall natürlich Erste Hilfe leisten und ärztliche Hilfe für das Kind holen“, betont Prof. Haak. Rechtsanwalt OLIVER EBERT, Vorsit-

zender des Ausschusses Soziales der DDG, der in seiner Kanzlei viele Eltern von Kindern mit Diabetes berät, ergänzt: „Der vorliegende Sachverhalt deutet auf eine grobe Verletzung der Aufsichtspflicht hin. Diese besteht gegenüber allen Kindern, unabhängig davon, ob ein Kind gesund ist oder eine Krankheit wie Diabetes hat.“ Lehrkräfte hätten gegenüber Schülern eine Garantenstellung, die sie verpflichtet, die Kinder in zumutbarem Rahmen zu beaufsichtigen und vor Gefahren zu schützen. Daher sei im Fall der verstorbenen Emily – sollten sich die Vorwürfe bestätigen – auch der Straftatbestand der fahrlässigen Tötung durch Unterlassung denkbar.

Polizei holt weitere Zeugenaussagen ein

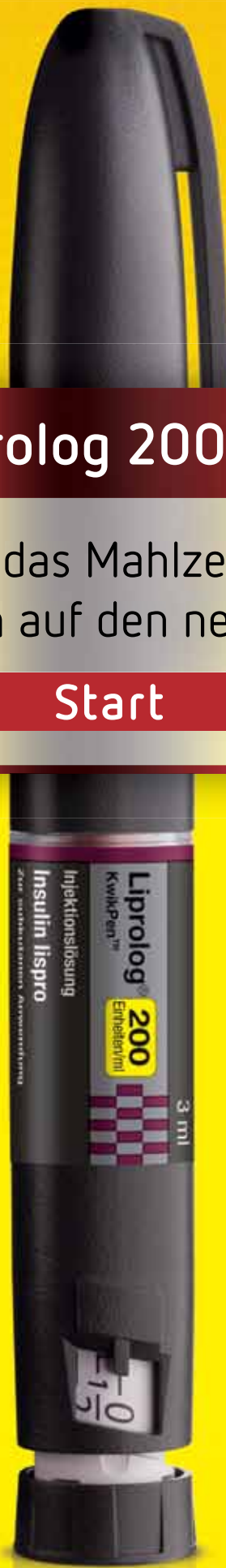
Noch dauern die Ermittlungen der Staatsanwaltschaft Mönchengladbach an. Nach Auskunft eines Sprechers wurde die Ermittlungsakte an die Polizei versandt, die weitere Zeugenaussagen einholen soll. „Es wird noch geprüft, ob und mit welchem Tatvorwurf Anklage erhoben wird.“ Eine fahrlässige Tötung könne nach § 222 Strafgesetzbuch mit einer Freiheitsstrafe von bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe geahndet werden. Schierwagens Anwälte gehen davon aus, dass frühestens Ende 2019 eine Anklageschrift vorliegen wird. Mit einem Prozessbeginn sei dann im Frühjahr 2020 zu rechnen. Der Weg dorthin kostet den Vater viel Kraft: „Doch ich will endlich erfahren, was dort in London genau passiert ist – und dass so etwas nie wieder geschieht. An Diabetes stirbt man doch heutzutage nicht – nur, wenn einem nicht geholfen wird!“ Antje Thiel

»So etwas darf nie wieder geschehen«

Auf Liprolog 200¹ setzen

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

Start



Liprolog[®] 200 KwikPen

Halbes Volumen² | Weniger Spritzlast² | Mehr Patientenzufriedenheit³

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

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



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

Gegenanzeigen: Hypoglykämie. Überempfindlichkeit gg. den Wirkstoff od. einen der sonst. Bestandteile. *Liprolog[®] Mix25/-Mix50 zusätzl.:* i.v.-Applikation. **Nebenwirkungen:** Hypoglykämie. Schwere Hypoglykämien können zu Bewusstlosigkeit und im Extremfall zum Tod führen. Häufig lokale allergische Reaktionen (Hautrötungen, Schwellungen oder Juckreiz an der Injektionsstelle). Gelegentlich Lipodystrophie an der Injektionsstelle. Selten systemische Allergie (general. Insulinallergie) mit Hautausschlag am ganzen Körper, Kurzatmigkeit, keuchendem Atem, Blutdruckabfall, schnellem Puls oder Schwitzen; in schweren Fällen lebensbedrohlich. Ferner Ödeme (insbes., wenn eine schlechte metabol. Kontrolle durch intensivierte Therapie verbessert wurde). **Warnhinweis: Liprolog[®] 100 E/ml Junior KwikPen: Mit dem Pen können 0,5 – 30 Einheiten in Schritten zu je 0,5 Einheiten abgegeben werden. Liprolog[®] 200 E/ml: Nur in diesem Pen anwenden, sonst kann schwere Überdosierung auftreten. Verschreibungspflichtig.** Weitere Einzelheiten enthalten die Fach- und Gebrauchsinformationen, deren aufmerksame Durchsicht empfohlen wird. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Eli Lilly Nederland B. V. Lokaler Vertreter in Deutschland: BERLIN-CHEMIE AG, 12489 Berlin. (Stand: 10.17)



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

Social mellitus

Diabetes-Influencer und was wir von ihnen lernen können



Foto: zVg

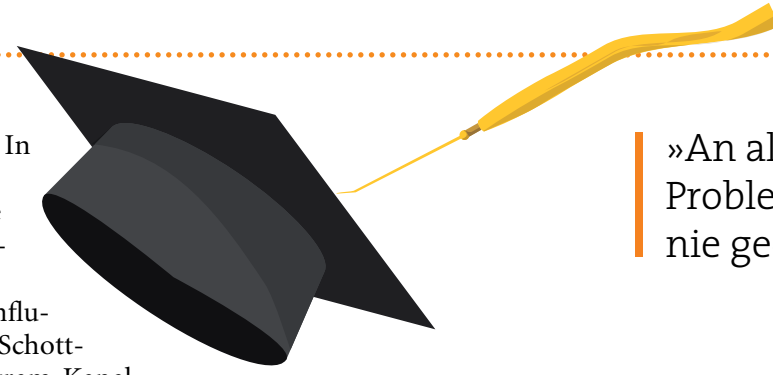
von Liesa Regner

Eine kleine Gasse auf Mallorca, gesäumt von Häusern in warmen Farben. In der Mitte läuft im strahlenden Sonnenschein eine junge Frau im Sommerkleid mit Flechtfrisur. Dieser Motivkonstellation bin ich in der letzten halben Stunde auf Instagram gefühlt schon tausendfach begegnet. So langsam wird meine Laune immer schlechter, insbesondere bei einem Blick aus dem Fenster in den herbstlichen Nieselregen. Doch Moment, was ist das? Am Arm der jungen Frau ist eine kleine weiße Scheibe zu sehen – ein Sensor zur Gewebezuckermessung. Ich scrolle in die Bildbeschreibung und wider Erwarten ist hier keine Aneinanderreihung von Hashtags zum Beachbody 2019 oder Mindfulness in Mallorca zu finden. Stattdessen berichtet Kim, die auf dem Foto zu sehen ist, wie nach dem Urlaub ihre Söhne die Hand-Fuß-Mund-Krankheit bekamen, sie keine Zeit für nichts mehr hatte – auch nicht den Wechsel des Gewebezuckersensors – und wie sich das Ganze auf ihren Blutzuckerspiegel und ihre

Ernährung auswirkte. In den Kommentaren finden sich Anteilnahme und aufmunternde Zusprüche. Kim ist eine Diabetes-Influencerin aus Aberdeen, Schottland. Auf ihrem Instagram-Kanal (@oddhogg) und Blog (www.oddhogg.com) berichtet sie über ihr Leben mit Diabetes Typ 1, ihre Familie und Reisen. Das Ganze stets erfrischend ehrlich. Während ich mich langsam durch Kims Blogposts und Bilder arbeite, erfahre ich, wie sie sich auf ihre neue wasserfeste Insulinpumpe freut. Da sie so endlich schwimmen kann, ohne Angst vor Hypoglykämien zu haben. Oder dass sie beim Tragen eines Kleides ihre Insulinpumpe auch mal an den Rücken klemmt, wenn sie sie nicht im BH verstecken will. An all diese Probleme im Zusammenhang mit Diabetes Typ 1 habe ich noch nie gedacht und finde es umso spannender zu sehen, wie Kim sie meistert.

Wenige Klicks weiter stoße ich auf das Profil von DREW HARRISBERG (@drews.daily.dose). Auch in seiner Kurzbiografie steht Typ-1-Diabetes. Bilder von Gewebezuckersensoren oder Blutzuckerspiegelkurven wie bei Kim finden sich hier aber nicht. Stattdessen viel Sixpack am Strand und jede Menge Fotos, die

»Auch vor Podcasts macht das Thema Diabetes nicht Halt«



aus einem Modemagazin stammen könnten und es zum Teil vermutlich sogar tun. Immer mit dabei: Hund Dennis, der natürlich auch sein eigenes Instagram-Profil hat (@a.daily.dose.of.dennis). Auf den ersten Blick wirkt Drew für mich nicht wie ein Diabetes-

Influencer – von deren Existenz ich überhaupt erst vor wenigen Minuten erfahren

habe. Doch hier ist genaueres Hinsehen bzw. Nachlesen gefragt: Denn in den Bildbeschreibungen unter den Oben-ohne-Fotografien teilt Drew seine Überzeugungen und Empfehlungen für einen gesunden Lifestyle und eine positive Einstellung zur Erkrankung Diabetes mellitus.



»An all diese Probleme noch nie gedacht«

In seinem TED-Talk "The Surprising Lesson Diabetes Taught Me" (Deutsch: „Die überraschende Lektion, die mir Diabetes beigebracht hat“), den er in diesem Jahr am australischen Moriah College hielt, erzählte er von seiner Diagnose und wie diese für ihn als eine Art Verstärker seiner Stärken und Schwächen wurde. Einmal in den Strudel aus Links, Hashtags und Posts gezogen, finde ich auf jeder Social-Media-Seite Menschen, die ihre Erfahrungen mit Diabetes teilen. Sei es in ausführlichen Blogbeiträgen oder witzigen, kurzen Tweets.

Auch vor dem wiederbelebten Format Podcast macht das Thema Diabetes nicht Halt. Zum Glück, denn einmal die Woche hören viele SASCHA SCHWORM zu, der sich selbst und seinen Diabetes Typ 1 nicht zu ernst nimmt. In seinem Podcast Zuckerjunkies (www.zuckerjunkies.com) spricht er über die verschiedensten Themen, die in einem Alltag mit Diabetes relevant sind. Was ist bei einem Saunagang zu beach-

ten? Wie sieht es mit Tauchen oder Bergsteigen aus? All das und mehr wird diskutiert und beantwortet.

Doch nicht nur Sascha Schworm ist bei Zuckerjunkies zu hören. Als ich durch seine Podcastfolgen scrolle, sehe ich zahlreiche Interviews mit den heimlichen Promis der deutschen Diabetesszene: Von Start-up-Gründern, die mit ihren Ideen das Leben von Diabetepatienten erleichtern, über Mitarbeiter großer Medizinproduktehersteller bis hin zu Buchautoren scheinen alle schon mal da gewesen zu sein. Neben Fakten, Tipps und inspirierenden

Erfolgsgeschichten fährt man durch Sascha Schworms kreative Interviewfragen zum Beispiel auch, mit welcher Comicfigur der Besucher seinen Diabetes mellitus am ehesten assoziiert.

Irgendwann klappe ich meinen Laptop zu und lege das Smartphone beiseite. Auch wenn ich selbst nicht an Diabetes erkrankt bin und in meinem Alltag nicht ansatzweise mit den Problemen kämpfen muss, von denen ich in den letzten Stunden erfahren habe, fühlt sich dieser Einblick keineswegs nach verschwendeter Zeit an. Diese so persönliche Sicht auf den Alltag mit Diabetes, fernab von dem, was sich in Krankenzimmern und Arztpraxen abspielt, sorgt bei mir für das Gefühl, ein wenig mehr verstanden zu haben. Ich greife noch einmal zu meinem Smartphone und tippe auf „Folgen“.

Liesa Regner

Duale Plättchenaggregationshemmung beugt Ischämien vor

Die Blutungsgefahr ist jedoch erhöht

BOSTON. Verbesserte Prophylaxeoption für Typ-2-Diabetestypen mit einer stabilen Koronarerkrankung und vorangegangener perkutaner Koronarintervention (PCI): Sie erleiden seltener schwere kardiovaskuläre Komplikationen, wenn sie zusätzlich zu Acetylsalicylsäure den Thrombozytenaggregationshemmer Ticagrelor erhalten.

Diabetestypen haben ein erhöhtes Risiko für koronare, zerebrale und periphere ischämische Ereignisse. Dies gilt insbesondere für Patienten nach PCI mit Einlage eines Koronarstents. Zur Prophylaxe kommt meist Acetylsalicylsäure zum Einsatz. Ein internationales Forschungsteam ging nun der Frage nach, ob die Betroffenen von einer zusätzlichen Behandlung mit dem P2Y12-Inhibitor Ticagrelor profitieren.

Hierzu werteten sie Daten der randomisierten THEMIS-Studie aus, an der sich zwischen 2014 und 2016 insgesamt 1315 Zentren in 42 Ländern beteiligten. In die aktuelle Analyse (THEMIS-PCI) flossen die Daten von 11 154 Patienten – 58 % des gesamten Studienkollektivs – ein. Es handelte sich um Typ-2-Diabetestypen > 50 Jahre, die seit mindestens sechs Monaten auf Antidiabetika eingestellt waren, an einer stabilen Koronarerkrankung litten und sich in der Vergangenheit einer PCI unterzogen hatten. Alle

Studienteilnehmer nahmen Acetylsalicylsäure ein. Je etwa die Hälfte erhielt zusätzlich Ticagrelor bzw. ein Placebo. Den primären kombinierten Studienendpunkt bildeten die Parameter „Tod aufgrund kardiovaskulärer Ursachen“, „Myokardinfarkt“ sowie „Schlaganfall“. Zusätzlich objektivierte die Forscher u.a. das Risiko für Blutungsereignisse. Nach einer medianen Nachbeobachtungszeit von 3,3 Jahren war der primäre kombinierte Studienendpunkt bei 7,3 % der mit Ticagrelor und bei 8,6 % der mit Placebo behandelten Patienten eingetreten. Dies entsprach einer signifikanten Risikoabnahme durch Ticagrelor um 15 % (HR 0,85; p = 0,013). Die deutlichste Risikoreduktion verzeichneten die Wissenschaftler dabei nach einer Stenteinlage und insbesondere nach Einlage

Perkutane Koronarintervention
Bei der perkutanen Koronarintervention (PCI) wird eine verengte Koronararterie erweitert. Dazu wird ein Katheter perkutan in das verengte Herzkranzgefäß eingeführt. Um es dauerhaft offen zu halten, wird in den meisten Fällen gleichzeitig ein Stent in das Gefäß eingebracht.

Foto: iStock/sumkinn

eines medikamentenfreisetzenden Stents. Die übrigen THEMIS-Teilnehmer, die keine PCI-Vorgeschichte aufwiesen, profitierten hinsichtlich des kombinierten Outcomes nicht von der dualen Plättchenaggregationshemmung.

Major-Blutungen nach TIMI*-Klassifikation traten bei 2,0 % der mit Ticagrelor behandelten Patienten, aber nur bei 1,1 % der Kontrollen auf. Bezüglich des Risikos für tödliche Blutungsereignisse (jeweils 0,1 %) sowie des Risikos für intrakranielle Hämorrhagien (jeweils 0,6 %) unterschieden sich die beiden Studiengruppen jedoch nicht. Im Hinblick auf den klinischen Gesamtnutzen bezüglich irreversibler Schäden – in diese Berechnung flossen sowohl die Effektivitätsparameter als auch potenzielle Komplikationen ein – erwies sich Ticagrelor im PCI-Kollektiv als überlegen, und zwar unabhängig davon, wie viel Zeit seit der letzten PCI vergangen war.

Dr. Judith Lorenz

*Thrombolysis in Myocardial Infarction
Bhatt DL et al. Lancet 2019; 394: 1169-1180

»Im Gesamtnutzen überlegen«

»Zuwendung ist oft der Schlüssel«

Plädoyer, auch stationäre Strukturen der Diabetesbehandlung zu erhalten

JENA. Bei Diabetespatienten mit schlechter Stoffwechselkontrolle wird in der Regel die medikamentöse Therapie „hochgefahren“. Dabei hakt es oft ganz woanders, nämlich beim Selbstmanagement. Und an dieser Schraube lässt sich erfolgreich drehen, wie zwei Studien zeigen, die im Funktionsbereich „Endokrinologie/Stoffwechselerkrankungen“ der Klinik für Innere Medizin III des Universitätsklinikums Jena durchgeführt wurden. Dr. Christof Kloos erläutert die Relevanz der Studienergebnisse.

? Sie konnten zeigen, dass sich die Stoffwechseleinstellung bei „Problempatienten“ optimieren lässt, ohne die medikamentöse Therapie zu intensivieren...

Dr. Christof Kloos: Ja, das ist richtig. Bevor ich darauf näher eingehe, möchte ich aber erst einmal ganz klar sagen, von welchen Patienten wir sprechen. Wir sprechen von Patienten mit Diabetes, bei denen

mit den üblichen Behandlungsstrategien im ambulanten Setting keine zufriedenstellende, stabile Stoffwechseleinstellung zu erzielen ist. Entweder lassen sich die Blutzuckerwerte nicht ausreichend absenken oder sie unterliegen starken Schwankungen und/oder es treten schwere Hypoglykämien auf. Viele dieser Patienten bekommen eine komplexe und damit störanfällige

Therapie, und durch Multimorbidität ist die Situation nicht selten zusätzlich kompliziert. Diese schwer zu führenden Patienten sind sozusagen die Spitze des Eisbergs, und sie brauchen aus unserer Sicht eine sehr intensive Betreuung in spezialisierten Zentren mit erfahrenen Teams. Die Mehrzahl der Patienten – und ich denke jetzt in erster Linie an die große Zahl von Patienten mit Typ-2-Diabetes – ist bei Hausärzten und niedergelassenen Diabetologen sehr gut aufgehoben.

? Für Patienten mit besonderer Problematik ist aus ihrer Sicht eine kurzfristige stationäre Betreuung sinnvoll und angezeigt...

Dr. Kloos: Ja, das ist aus meiner Sicht unstrittig und ich bin sehr froh, dass wir hier in Jena anbieten können,

Patienten – falls erforderlich – für einige Tage stationär aufzunehmen. Die DRG-lastige Medizin hat ja leider dazu geführt, dass stationäre endokrinologische/diabetologische Strukturen in Deutschland weitestgehend weggebrochen sind. Zentren mit entsprechender Expertise kann man inzwischen fast an einer Hand abzählen. Dadurch ist eine Versorgungslücke entstanden mit Blick auf Patienten, deren Stoffwechselprobleme sich nicht mal eben im Rahmen einer ambulanten Betreuung erschließen. In solchen Fällen ist es hilfreich, wenn nicht sogar notwendig, die Patienten einmal für ein paar Tage „live“ zu erleben.

? Wie lange nehmen Sie die Patienten denn auf?

Dr. Kloos: Im Schnitt sind das sechs bis acht Tage. Die Begleitung der Patienten rund um die Uhr erleichtert es uns herauszufinden, wo genau im individuellen Fall das Problem besteht. In aller Regel ist nicht die medikamentöse Therapie der kritische Punkt, meistens hakt es beim Selbstmanagement, bei der Therapieanwendung und der Ernährung. Und genau da müssen wir ansetzen. Während ihres stationären Aufenthalts erhalten die Patienten eine gezielte Schulung zu den kritischen Aspekten. Und wir überlegen gemeinsam mit den Patienten, wie es gelingen kann, dass sie die Therapieempfehlungen im Alltag besser umsetzen. Das ist mit intensiver Betreuung gemeint: Wir setzen uns sehr intensiv mit jedem einzelnen

INTERVIEW



Dr. Christof Kloos
Oberarzt
Universitätsklinik Jena
Foto: Universitätsklinikum Jena

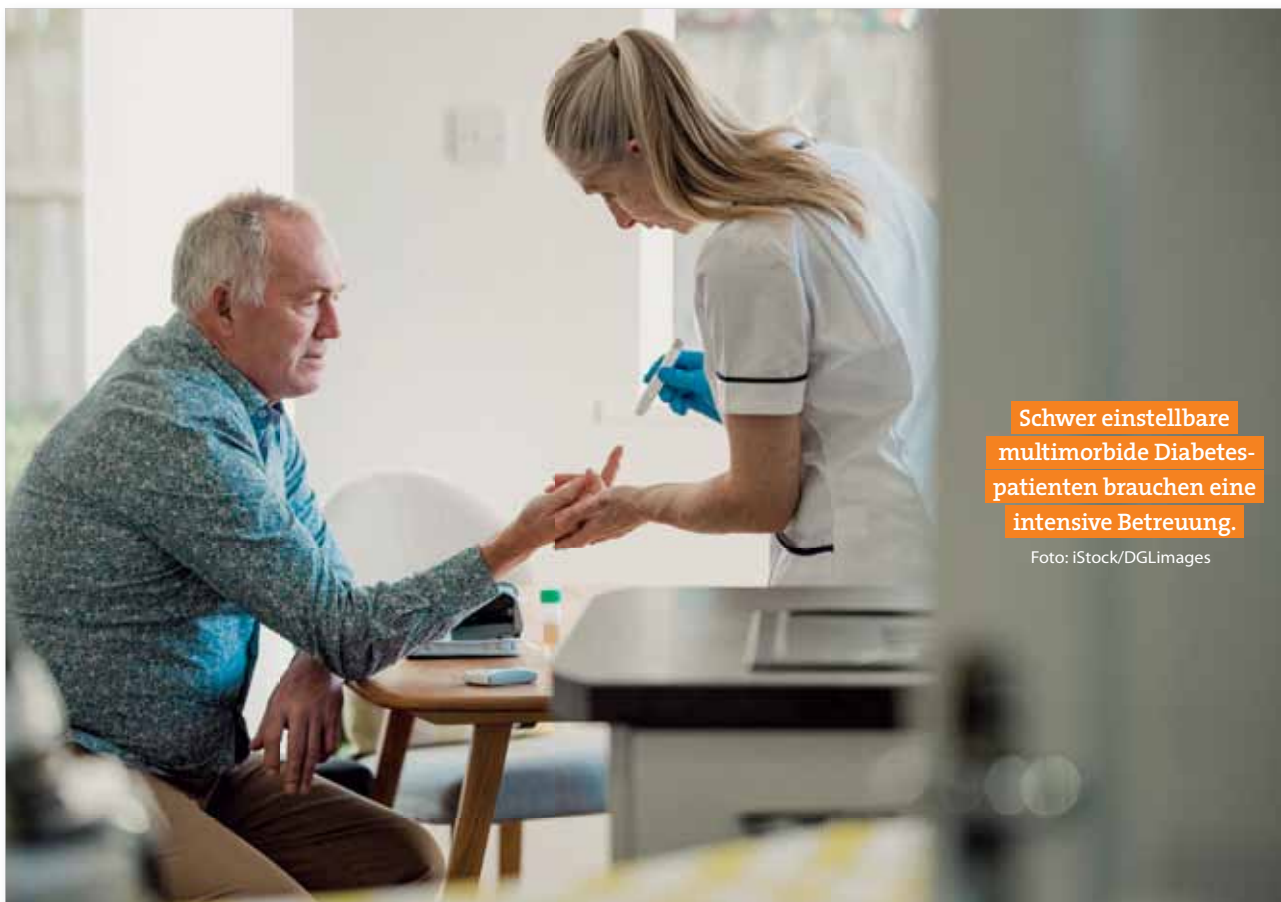
Patienten auseinander, suchen nach seinem individuellen Problem und anschließend nach Lösungen, die in seinem Lebensalltag praktikabel sind.

? Was kann denn hinter einer schlechten Stoffwechseleinstellung stecken? Woran sollte man denken, bevor man an der medikamentösen Schraube dreht?

Dr. Kloos: Ganz häufig liegt es an der Ernährung beziehungsweise daran, dass Nahrungsaufnahme und Insulintherapie nicht richtig aufeinander abgestimmt werden. Besonders bei älteren Typ-2-Diabetespatienten ist das oft so. Die ausführliche Ernährungsanamnese ist ein ganz wichtiger Punkt. Deshalb versuchen wir in der Klinik abzubilden, wie sich der Patient zu Hause ernährt. Der Patient bekommt also bei uns nicht ein vorgegebenes Essen serviert, sondern wir lassen ihn wählen. Und dabei fällt dann sehr häufig problematisches Ernährungsverhalten auf.

Oft handelt es sich bei den Typ-2-Diabetespatienten mit Stoffwechselproblemen um multimorbide Patienten, in deren Tagesablauf die Mahlzeiten eine der wenigen Abwechslungen sind. Einen solchen persönlichen Hintergrund muss man berücksichtigen, wenn man nach individuellen Lösungen sucht. Es ist nicht damit getan, dem Patienten zu sagen, wie idealerweise seine Ernährung aussehen sollte. Die entscheidende Frage ist: Was kann der Patient realistischweise leisten? Und auch die Lebensqualität der Patienten sollte man bei der Therapiekonzeption immer im Auge haben. Das genau ist die Kunst, hier eine Lösung zu finden, die sowohl den medizinischen Erfordernissen als auch der Lebenssituation des Patienten gerecht wird. Manchmal kann es hilfreich sein, Angehörige oder auch einen professionellen Pflegedienst einzubinden, um die Stoffwechselkontrolle

» Seite 21



Schwer einstellbare multimorbide Diabetespatienten brauchen eine intensive Betreuung.

Foto: iStock/DGLimages

»Suche nach dem individuellen Problem«

Typ-2-Diabetes-Studie

DTPP statt Insulinschraube

In einer Langzeitstudie ließ sich bei schlecht kontrollierten, insulinbehandelten Typ-2-Diabetespatienten allein durch Optimierung der Selbstmanagementkompetenz eine dauerhaft gute Stoffwechseleinstellung erzielen und schwere Hypoglykämien konnten reduziert werden.

Eingeschlossen in die offene, prospektive Studie wurden 81 insulinbehandelte Typ-2-Diabetespatienten mit nicht-adäquater Stoffwechselkontrolle und/oder schweren Hypoglykämien in der Vorgeschichte. Fünf Patienten hatten im zurückliegenden Jahr schwere Hypoglykämien erlitten, einer insgesamt fünf Mal, die anderen jeweils einmal. Die Patienten wurden im Bereich Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen der Klinik

für Innere Medizin III des Universitätsklinikums Jena einige Tage stationär aufgenommen. Einem von Grüßer und Jörgens entwickelten, strukturierten Therapie- und Schulungsprogramm (Diabetes Teaching and Treatment Program, DTPP) folgend, führten die Studienautoren zunächst eine sehr genaue individuelle Problemanalyse durch. Anschließend erhielten die Patienten eine Schulung, die gezielt auf die ermittelten Schwachstellen im Selbstmanagement ausgerichtet war. Nach einem Jahr wurden die Patienten zu einem Kontrolltermin einbestellt, den 70 Patienten wahrnahmen.

Keine einzige schwere Hypoglykämie

Die 70 Patienten, die die Studie beendeten, waren – bei annähernd gleichem Geschlechterverhältnis –

im Mittel 68,3 Jahre alt und ihr Diabetes bestand im Mittel 17,9 Jahre. Der HbA_{1c}-Wert lag zu Beginn der Studie im Mittel bei 9,7 % und war nach einem Jahr um durchschnittlich 1,1 Prozentpunkte gesunken. Dieses Ergebnis wurde wohlgemerkt ohne Steigerung der Insulindosis erreicht (im Mittel 79,7 zu Beginn vs. 79,3 IU/Tag am Ende der Studie). Das mediane Körpergewicht zeigte im Verlauf der Studie keine Veränderung (BMI 33,6 vs. 33,8 kg/m²). Schwere Hypoglykämien wurden während des einjährigen Studienzeitraums in keinem einzigen Fall mehr beobachtet, die Patienten mit schweren Hypoglykämien in der Vorgeschichte eingeschlossen.

Kloos C et al. Exp Clin Endocrinol Diabetes 2019; 127: 1-7
<https://doi.org/10.1055/a-0983-1559>

► Fortsetzung von Seite 20

Typ-1-Diabetes-Studie

ICT und CSII: DTPP verhilft zu besserer Kontrolle

Auch bei Typ-1-Diabetespatienten unter ICT bzw. CSII lässt sich durch Anwendung eines DTPP die Stoffwechselkontrolle verbessern. Das hat eine weitere, von der Jenaer Arbeitsgruppe durchgeführte Studie gezeigt.

Die etablierten DTPP für Typ-1-Diabetespatienten mit intensiver Insulintherapie (ICT) wurden in den 1980er-Jahren entwickelt. In klinischen Studien wurden diese DTPP in der Regel an Patienten evaluiert, die bis dahin konventionell behandelt worden waren. Heute dagegen befinden sich die meisten Patienten zum Zeitpunkt der DTPP-Teilnahme bereits unter ICT und haben eine größere Selbstmanagementkompetenz. Studiendaten zum Nutzen von DTPPs unter diesen veränderten Konditionen fehlten lange Zeit. In einer am Universitätsklinikum Jena durchgeführten Studie wurde ein von Berger et al. entwickeltes DTPP auf seinen Langzeitnutzen hin überprüft. Rekrutiert für die offene, prospektive Langzeitstudie wurden 109 Typ-1-Diabetespatienten, von denen etwa zwei Drittel mit ICT und ein Drittel mit CSII (Continuous Subcutaneous Insulin Infusion) behandelt wurden. Sie wurden für einige Tage stationär aufgenommen und nach einem Jahr nachbe-

obachtet. 90 Patienten nahmen am Follow-up-Termin teil. Die mittlere Diabetesdauer betrug 19,1 Jahre. Der mittlere HbA_{1c}-Wert lag zu Beginn der Studie bei 7,9 %. Ziel der Intervention war eine verbesserte Stoffwechselkontrolle.

Blutzucker und Blutdruck sinken

Bei den 83 eingeschlossenen Langzeit-Diabetespatienten verbesserte sich der HbA_{1c}-Wert im Mittel um 0,4 Prozentpunkte, ohne dass die Insulindosis (median 54 IU/Tag) verändert wurde. Der mittlere BMI blieb mit 26 kg/m² ebenfalls stabil. Bei anfangs schlecht eingestellten (HbA_{1c} ≥ 7,5 %) sank der HbA_{1c}-Wert um 0,9 Prozentpunkte. Die Frequenz schwerer Hypoglykämien reduzierte sich im Studienzeitraum von 0,22 auf 0,05 Ereignisse pro Jahr. Bei Patienten mit häufigen leichten Hypoglykämien ging deren Frequenz von 4,5 auf 2,8 pro Woche zurück. Auch der Blutdruck zeigte – bei gleichbleibender antihypertensiver Medikation – positive Veränderungen: Der systolische Wert nahm im Mittel um 6,5 mmHg ab und der diastolische Wert um 3,4 mmHg.

Burghardt K et al. Exp Clin Endocrinol Diabetes 2019; <https://doi.org/10.1055/a-0873-1465>



Nahrungsaufnahme und Insulintherapie müssen abgestimmt sein.

Foto: iStock/zoranm

? Sie plädieren bei ausgewählten Patienten für ein strukturiertes Vorgehen im Rahmen eines kurzfristigen stationären Aufenthalts, wobei im Anschluss an die individuelle Problemanalyse eine gezielte Stärkung des Selbstmanagements erfolgt. Sie haben dieses Konzept ja auch evaluiert und können überzeugende Langzeiterfolge nachweisen. Dr. Kloos: Ja, die Studienergebnisse bestätigen, dass dieses Konzept langfristig erfolgreich ist. Und sie unterstreichen die enorme, aber oft unterschätzte Bedeutung des Selbstmanagements. Wir waren bei allen Studienteilnehmern in der Lage, die Stoffwechselprobleme in den Griff zu bekommen, ohne die medikamentöse Therapie zu intensivieren. Auch konnten wir erstmals zeigen, dass sich durch eine strukturierte Intervention schwere Hypoglykämien bei gefährdeten Patienten vermindern lassen.

Wir neigen ja als Ärzte mitunter zu einer medikamenten- und technikzentrierten Weltsicht. In der Diabetologie wird im Moment sehr stark auf Messtechnik und Applikationstechnik fokussiert. Sicher sind Fortschritte aus dieser Richtung möglich. Aber man darf dabei nicht das Fortschrittspotenzial übersehen, das in einer Optimierung der Patientenbetreuung und Patientenführung steckt. Ein gutes Selbstmanagement ist beim Diabetes mindestens so wichtig wie eine gute medikamentöse Therapie. Gutes Selbstmanagement setzt jedoch eine intensive „Beschäftigung“ mit dem Patienten voraus. Zuwendung – um dieses in der modernen Medizin eher selten gebräuchliche Wort zu benutzen – Zuwendung kann der Schlüssel zu einer besseren Diabetestherapie sein.

Interview: Ulrike Viegener

zu verbessern. Das alles muss man im Einzelfall entscheiden.

? Die Patienten bekommen also keine Gruppenschulung, sondern werden individualisiert geschult?

Dr. Kloos: Es ist richtig, dass sich die Schulung an der individuellen Situation ausrichten muss. Aber trotzdem nutzen wir die Effizienz der Gruppenschulung, bei der die Patienten wechselseitig von ihren

Erfahrungen profitieren. Je lebhafter die Interaktion, desto höher ist der Gewinn. Der Lerneffekt ist dabei sehr viel nachhaltiger als wenn ein Arzt dieselben Botschaften kommuniziert.

MEDICAL REPORT

Eine Verdachtsdiagnose anhand des Erscheinungsbildes

Lipodystrophie – Bestimmung des Genotyps kann ggf. die Diagnose sichern

Diabetes mellitus mit hohem Insulinbedarf, exzessive Hypertriglyceridämie und Fettverteilungsstörung: Derlei unspezifische Beschwerden und Symptome sind eine Herausforderung im diabetologischen Praxisalltag. Die Ursache kann eine Lipodystrophie sein.

Die seltene Stoffwechselstörung Lipodystrophie ist mit einem auffälligen Erscheinungsbild und schwerwiegenden Komplikationen assoziiert.¹ Die Kenntnis typischer Befundkonstellationen kann den Verdacht fördern, ein Gentest diesen bestätigen.

Phänotyp entspricht nicht der Erwartung

Im vorliegenden Fall von Dr. Thomas Segiet, niedergelassener Diabetologe in Speyer, wird eine Patientin (49 J.) Ende der 90er-Jahre in der diabetologischen Praxis mit einem schlecht einstellbaren Diabetes mellitus vorgestellt. Sie fällt durch einen athletischen Habitus mit fehlendem subkutanen Fettgewebe (58 kg, BMI 22),

Muskelhypertrophie und Phlebomegalie (gut sichtbare Venen) an den Extremitäten bei gleichzeitig cushingoidem Erscheinungsbild und Virilismus auf (Abb.). Im Ultraschall zeigt sich ein verfetteter Pankreas. Weiterhin sind ihre Nüchternblutzuckerwerte hoch und lassen sich durch orale Antidiabetika sowie eine 2001 eingeleitete intensiviertere konventionelle Insulintherapie nicht kontrollieren. Am augenfälligsten sind jedoch die Triglyceride, die mit 1622 mg/dl über dem Zehnfachen der Norm liegen. „Hohe Triglyceridspiegel verschlechtern die Zuckerwerte und bedeuten in der Folge immer eine Insulinresistenz“, erklärt Dr. Segiet. Die Patientin benötigt bis zu 100 Einheiten Insulin am Tag, um annähernd den Normbereich zu erreichen. Erst ein Gentest bringt letztlich Gewissheit: familiäre partielle Lipodystrophie.

Auffälliger Habitus bei Stoffwechselelgleichung

Unter Lipodystrophie werden seltene Erkrankungen zusammengefasst,

denen als Leitsymptom ein mangelndes Fettgewebe zugrunde liegt.² Dabei wird zwischen angeborenen und erworbenen sowie zwischen generalisierten (GL) und partiellen Formen (PL) unterschieden.^{1,3} Aufgrund des Mangels an Unterhautfettmasse wird nur unzureichend Leptin gebildet, hinzu kommen eine reduzierte Fettspeicherkapazität sowie ektopische Fetteinlagerungen in Leber, Herz, Pankreas und Muskulatur.¹ Dr. Segiets Patientin empfand ihren männlich anmutenden Körper am belastendsten. „Sie hat sich zwar als Frau gefühlt und ein Kind geboren, jedoch weibliche Formen immer vermisst“, so der Facharzt. Die Folge der Erkrankung sind schwere Stoffwechselanomalien, die zu kardiovaskulären, renalen und hepatischen Komorbiditäten führen.² Im konkreten Fall erleidet die Patientin einen Myokardinfarkt gefolgt von jährlichen kardialen Ereignissen sowie einer arteriellen Verschlusskrankheit in den Beinen, die in Summe den Einsatz von Bypass bzw. Stents sowie

eine medikamentöse Maximaltherapie erforderlich machen.

Neuer Behandlungsansatz verbessert Gesamtsituation

„Herkömmliche Behandlungen halfen nur bedingt, die Krankheit in Schach zu halten: Neben Sport und einer speziellen Diät standen symptomatische Therapieformen z.B. mit Metformin und Statinen, die an den metabolischen Komplikationen ansetzen, zur Verfügung – das meiste hat die Patientin nicht vertragen oder war in ihrem Fall unwirksam“, beschreibt Dr. Segiet. Mit der Zulassung von Metreleptin (Myalepta®), einem rekombinanten Analogon des humanen Leptin, Mitte 2018 ändert sich die Situation: Mit dem neuen Wirkstoff werden die durch den Leptinmangel bedingten Folgeerkrankungen bei Patienten mit Lipodystrophie (PL und GL) nun erstmals kausal behandelt. Mittlerweile geht es der heute 69-Jährigen gut. Sie beschreibt ein „ganz neues Lebensgefühl“. Unter Metreleptin normalisieren sich schon nach kurzer Zeit wichtige



Auffällig schlanke Extremitäten mit prominenter Muskulatur und deutlicher Venenzeichnung bei gleichzeitiger Fettsammlung im Bereich von Gesicht und Nacken kennzeichnen den Phänotyp der partiellen Lipodystrophie.

Foto: © Diabetologikum Speyer/T. Segiet

Stoffwechselabläufe im Körper. Heute weist die Patientin einen Triglyceridspiegel von 155 mg/dl und einen HbA_{1c}-Wert von 5,6 % auf. „Die Patientin spricht gut auf das Medikament an und der Erfolg war schnell sichtbar“, resümiert Dr. Segiet.

1. Brown RJ et al. J Clin Endocrinol Metab 2016; 101 (12): 4500-4511
2. Miehle K et al. medgen 2017; doi.org/10.1007/s11825-017-0162-2
3. Handelsman Y et al. Endocr Pract 2013; 19 (1): 107-116

Myalepta 3 mg Pulver zur Herstellung einer Injektionslösung; Myalepta 5,8 mg Pulver zur Herstellung einer Injektionslösung; Myalepta 11,3 mg Pulver zur Herstellung einer Injektionslösung
Wirkstoff: Metreleptin. **Zusammensetzung:** 1 Durchstechflasche enthält 3 mg / 5,8 mg / 11,3 mg Metreleptin. Sonst. Bestandteile: Glycin, Sucrose, Polysorbat 20, Glutaminsäure, Natriumhydroxid (zur pH-Einstellung). **Anwendungsgebiete:** Myalepta ist eine Leptin-Ersatztherapie, die in Kombination mit einer Diät zur Behandlung der Folgen eines Leptinmangels bei Patienten mit Lipodystrophie (LD) eingesetzt wird: • mit bestätigter angeborener generalisierter LD (Berardinelli-Seip-Syndrom) oder erworbener generalisierter LD (Lawrence-Syndrom) bei Erwachsenen und Kindern ab 2 Jahren. • mit bestätigter familiärer oder erworbener partieller LD (Barranger-Simons-Syndrom) bei Erwachsenen und Kindern ab 12 Jahren, bei denen durch Standardbehandlungen keine angemessene Einstellung des Stoffwechsels erreicht werden konnte. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Hypoglykämie, Gewicht erniedrigt; Häufig: Appetit vermindert, Kopfschmerz, Abdominalschmerz, Übelkeit, Alopecie, Menorrhagie, Ermüdung, blauer Fleck/Erythem/Reaktion an der Injektionsstelle, neutralisierende Antikörper; Nicht bekannt: Grippe, Pneumonie, anaphylaktische Reaktion, Diabetes mellitus, Hyperphagie, Insulinresistenz, Tachykardie, tiefe Beinvenenthrombose, Husten, Dyspnoe, Pleuraerguss, Schmerzen Oberbauch, Diarrhoe, Pankreatitis, Erbrechen, Pruritus, Ausschlag, Urtikaria, Arthralgie, Myalgie, Fettgewebe vermehrt, Blutung/Schmerzen/Jucken/Schwellung an der Injektionsstelle, Unwohlsein, periphere Schwellung. Glukose im Blut anomal, Triglyceride im Blut erhöht, arzneimittelspezifischer Antikörper nachweisbar, glykolisiertes Hämoglobin erhöht, Gewicht erhöht. Fälle von T Zell Lymphomen wurden bei der Anwendung von Metreleptin gemeldet. **Verschreibungspflichtig. Stand:** Oktober 2018 • **Pharmazeutischer Unternehmer:** Aegerion Pharmaceuticals B.V., Atrium Building, 8th Floor, Strawinskylaan 3127; 1077 ZX Amsterdam, Niederlande. Weitere Hinweise enthalten die Fach- bzw. die Gebrauchsinformationen, deren aufmerksame Durchsicht wir empfehlen.

Medizin & Markt



Foto: iStock/AzmanJaka

Was sich im klinischen Alltag zeigt

Seltener ins Krankenhaus mit SGLT2-Hemmern?

Media Advisory Board – Boehringer Ingelheim/Lilly

BARCELONA. Real-World-Daten (RWD) sind eine wichtige Ergänzung randomisierter kontrollierter klinischer Studien (RCT). Können sie das Ergebnis bestätigen, scheint man mit einer Therapie auf dem richtigen Weg, wie Beispiele mit SGLT2-Hemmern zeigen.

RCT dienen dem Nachweis von Wirksamkeit und Verträglichkeit und werden deshalb in einem selektierten Kollektiv mit definierten Ein- und Ausschlusskriterien durchgeführt, um Störeinflüsse so weit wie möglich

auszuschließen. RWD machen dagegen deutlich, wie eine Therapie im klinischen Alltag greift und vertragen wird.

Wie Professor Dr. JOHN WILDING, University of Liverpool/UK, ausführte, haben kontrollierte Studien gezeigt, dass SGLT2-Hemmer bei kardiovaskulären Risikopatienten mit Typ-2-Diabetes, das Risiko einer Krankenhausaufnahme wegen Herzinsuffizienz vermindern. Stimmt das auch im „echten Leben“? Auskunft gibt z.B. die Studie CVD-REAL. Darin wurden über 150 000 neu auf SGLT2-Inhibitoren eingestellte Diabetespa-

tienten verglichen mit ebenso vielen anders behandelten Patienten, die mittels Propensity-Matching rekrutiert wurden. Tatsächlich ergab sich eine signifikante relative Risikoreduktion für die Hospitalisierung unter SGLT2-Hemmern um 39 %.

Auch die EMPRISE-Studie, die jeweils knapp 18 000 Patienten unter Empagliflozin (Jardiance®) und einem DPP4-Inhibitor verglich, kam zu einem ähnlichen Resultat mit einer relativen Risikoreduktion um 44 %. Die Real-World-Studie konnten zudem zeigen, dass Patienten, die in die EMPA-REG-Studie eingeschlossen wurden, in hohem Maße (59 %) repräsentativ für die generelle Population waren, die in Europa mit SGLT2-Hemmern behandelt wird. RWD sind schließlich auch geeignet, um Sicherheitsaspekte unter Alltagsbedingungen zu untersuchen. Die Real-World-Studie fand z.B., dass Harnwegsinfektionen bei Patienten, die auf SGLT2-Hemmer eingestellt wurden, ebenso häufig auftraten wie bei Patienten, die DPP4-Hemmer erhielten. Genitale Infektionen kamen unter SGLT2-Hemmern hingegen mehr als dreimal häufiger vor. **AB**

Media Advisory Board, „Knowledge Exchange Meeting on Real-World Evidence“ anlässlich des EASD 2019; Veranstalter: Boehringer Ingelheim/Lilly

Besserer Schutz fürs Herz – stimmt das auch im »echten Leben«?

Foto: iStock/MarsBars



Hypoglykämie-Risiko bei Typ-2-Diabetes wird weit unterschätzt

Wahl des Basalinsulins bedarf bei Risikopatienten besonderer Abwägung

Grünwalder Gespräch – Novo Nordisk

GRÜNWALD. Hypoglykämien kommen bei Patienten mit Typ-2-Diabetes, die eine Insulintherapie erhalten, öfter vor als vermutet. Insbesondere die Häufigkeit nächtlicher Unterzuckerungen wird unterschätzt, berichtete Dr. ANDREAS LIEBL, Fachklinik Bad Heilbrunn.

Die mangelnde Kenntnis über den Hypoglykämiestatus beruht zu einem wesentlichen Teil darauf, dass Patienten in der Sprechstunde selten über ihre Hypoglykämien reden, es sei denn, sie werden explizit von ihrem Arzt danach gefragt. Zwar liege die Rate der Hypoglykämien bei Patienten mit Typ-1-Diabetes doppelt so hoch wie bei Patienten mit Diabetes Typ 2, dennoch seien die Zahlen beim insulinbehandelten Typ-2-Diabetes beträchtlich, so Dr. Liebl. Im Rahmen einer Umfrage berichteten über 45 % dieser Patienten, mindestens ein Mal innerhalb der vergangenen vier Wochen eine Unterzuckerphase durchgemacht zu haben. Häufige Hypoglykämien haben langfristig ungünstige Auswirkungen

auf die Lebensqualität und schwere Unterzuckerungen sind mit MACE (major adverse cardiac events), neurologischen Störungen und einer erhöhten Mortalität assoziiert. Bei Patienten mit Typ-2-Diabetes, die insulinpflichtig werden, ist die Therapie mit einem Basalinsulin mit möglichst niedrigem Hypoglykämierisiko und geringer Variabilität zu erwägen, erklärte Dr. MARCEL KAISER, in Frankfurt niedergelassener Diabetologe. Auf der Basis aktueller Studienergebnisse könne Insulin degludec (Tresiba®) eine gute Wahl für den Beginn einer Basalinsulintherapie sein, so Dr. Kaiser. Insulin degludec zeigte in Studien der letzten Jahre im Vergleich zu Insulin glargin 100 E/ml eine verrin-

gerte Rate für Hypoglykämien bei Risikopatienten mit Typ-2-Diabetes. Die DEVOTE-Studie verglich die Gabe von Insulin degludec und Insulin glargin je 100 E/ml bei Menschen mit Typ-2-Diabetes und bereits bestehender kardiovaskulärer Erkrankung oder mit einem erhöhten Risiko für eine kardiovaskuläre Erkrankung. Bei übereinstimmender Glukosekontrolle lag die Rate schwerer Hypoglykämien unter Insulin degludec im Vergleich zu Insulin glargin 100 E/ml signifikant um 40 % niedriger und die Rate schwerer nächtlicher Hypoglykämien um 53 % (jeweils $p < 0,001$). In einer weiteren Studie (Wysham et al. JAMA 2017) bei Menschen mit Typ-2-Diabetes und einem erhöhten Risiko für Hypoglykämien zeigte sich die Rate für symptomatische Hypoglykämien über die 16-wöchige Erhaltungsphase unter Insulin degludec insgesamt um 30 % ($p < 0,001$) und für nächtliche symptomatische Hypoglykämien um 42 % ($p < 0,001$) gesenkt. **ALH**

Grünwalder Gespräch 2019, „Typ-2-Diabetes – mit weniger Angst vor Hypoglykämien in die Insulintherapie starten“; Veranstalter: Novo Nordisk

»Basalinsulin mit geringem Hypoglykämierisiko wählen«

Über Diabetes informieren

Aufklärungsaktion geht auf Betroffene zu

Pressegespräch – Sanofi

WIESBADEN. Die Aktion „Wissen was bei Diabetes zählt: Gesünder unter 7 PLUS“ hat sich zum Ziel gesetzt auf die Volkskrankheit Diabetes aufmerksam zu machen. Vor Kurzem war die Initiative im Sulzbacher Main-Taunus-Zentrum zu Gast.

Parallel zur Veranstaltung vor Ort konnten Interessierte weltweit die Diskussionen, Gespräche und Aktionen rund um die Diabeteserkrankung per Live-Stream verfolgen. Mit dem Diabetes-Risikofragebogen, konnten die Besucher vor Ort zudem ihr individuelles Krankheitsrisiko ermitteln.

Während der Veranstaltung fasste ein Live-Zeichner die Inhalte der Gespräche simultan in Schrift und Bilder. Für die Zuschauer wurden so die Kernaussagen und Standpunkte der Experten deutlich und die komplexen Zusammenhänge greifbar und verständlich. Auch ein TV-Studio sorgte bei den Passanten im Einkaufszentrum und weltweit im Internet für Aufmerksamkeit.

Inzwischen läuft die Aufklärungskampagne im fünfzehnten Jahr. Erklärtes Ziel der Initiative ist es, auf die Menschen zuzugehen und dieje-

nigen zu identifizieren, die ein Risiko für Diabetes haben, möglicherweise auch schon erkrankt sind, aber nichts von ihrer Krankheit ahnen. Dass die Macher damit erfolgreich sind, zeigt die Auswertung der Risikocheck-Bogen aus dem Jahr 2018.

Von den 1222 Teilnehmern des Risikochecks gaben damals 86 % an, nicht an Diabetes erkrankt zu sein. Es zeigte sich jedoch, dass 55 % von ihnen ein erhöhtes Risiko hatten, innerhalb der nächsten zehn Jahre an Typ-2-Diabetes zu erkranken. Der genauere Blick auf die Daten brachte die typischen Risikofaktoren zutage: Bei 43 % der gefährdeten Personen war bereits ein naher Verwandter an Diabetes erkrankt, bei 77 % war der Taillenumfang erhöht (Frauen ≥ 80 cm, Männer ≥ 94 cm). Mit einem BMI von über 25–30 kg/m^2 hatten 41 % der Teilnehmer Übergewicht, 16 % waren mit einem Wert $> 30 \text{ kg}/\text{m}^2$ sogar stark adipös. Bei 36 % der Personen mit bereits bestehendem Diabetes mellitus, die ihren HbA_{1c} -Wert ermitteln ließen, fand sich ein Wert für den Langzeitblutzucker über 7 %. **TS**

Pressegespräch „Wissen was bei Diabetes zählt: Gesünder unter 7 PLUS“; Veranstalter: Sanofi

Punkt bei Primärprävention

Dapagliflozin in der Therapie des Typ-2-Diabetes

Satelliten-Symposium – AstraZeneca

BERLIN. Durch die Wahl geeigneter Therapeutika lässt sich das Risiko von Typ-2-Diabetespatienten für kardiovaskuläre Erkrankungen und Niereninsuffizienz reduzieren.

Nach Versagen der Metformin-Monotherapie sollen bei manifesten arteriosklerotischen kardiovaskulären Vorerkrankungen oder Niereninsuffizienz bevorzugt Substanzen zum Einsatz kommen, für die eine Reduktion des kardiovaskulären Risikos belegt ist. Dies schließt auch den SGLT2-Inhibitor Dapagliflozin (Forxiga®) ein, wie Dr. MARKUS MENZEN, Gemeinschaftskrankenhaus Bonn, darstellte.

In der Studie DECLARE-TIMI 58 mit mehr als 17 000 Teilnehmern wurde der Effekt auf kardiovaskuläre Ereignisse von Dapagliflozin im Vergleich

zu Placebo untersucht. In einer Subanalyse wurde bei Patienten mit vorausgegangenem Herzinfarkt das Risiko für schwerwiegende unerwünschte kardiovaskuläre Ereignisse (MACE) unter Dapagliflozin im Vergleich zu Placebo um 16 % gesenkt. Aber auch in der Primärprävention bei Patienten mit multiplen kardiovaskulären Risikofaktoren konnte der SGLT2-Inhibitor punkten. Bei der Verhinderung von MACE zeigte sich hier zwar kein signifikanter Unterschied – die Rate an Hospitalisierungen aufgrund von Herzinsuffizienz wurde aber signifikant gesenkt und auch bei dem kombinierten renalen Endpunkt erwies sich Dapagliflozin klar überlegen. **MW**

Satelliten-Symposium „Option für das Trio infernale – der kardio-renal Risikopatient mit Typ-2-Diabetes“ anlässlich des Diabetes Kongresses 2019; Veranstalter: AstraZeneca

NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

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

Manifestation vertagt

Studie: Antikörper verzögert Typ-1-Diabetes um zwei Jahre

NEW HAVEN. Lässt sich der Ausbruch von Typ-1-Diabetes hinausschieben? Diese Frage treibt Forschungsgruppen weltweit an. Nun wurde das Potenzial des Antikörpers Teplizumab bei Verwandten von Patienten mit Typ-1-Diabetes getestet – mit Erfolg.

Einem manifesten Typ-1-Diabetes gehen zwei asymptomatische Stadien voraus: Zunächst treten Autoantikörper in Erscheinung, danach setzt eine Glukosetoleranzstörung ein, die schließlich in das Endstadium, die insulinpflichtige Hyperglykämie, mündet. Eine immunmodulatorische Therapie bei Hochrisikopersonen kann den Erkrankungsbeginn jedoch deutlich hinauszögern, wie das Forscherteam um Professor Dr. KEVAN C. HEROLD, Universität Yale, New Haven, herausfand.

Von Teplizumab, einem monoklonalen anti-CD3-Antikörper, ist bekannt, dass dieser gezielt die an der Zerstörung der Betazellen beteiligten CD8+ T-Lymphozyten modifiziert und nachweislich die Abnahme der Insulinproduktion bei kürzlich erkrankten Patienten verlangsamt. Daher stellt sich die Frage, ob auch asymptomatische Hochrisikopersonen von der Antikörpertherapie profitieren.

Signifikante Risikoreduktion um fast 60 %

An der randomisierten, placebo-kontrollierten Phase-2-Studie nahmen 76 Verwandte von Patienten mit Typ-1-Diabetes teil, darunter 55 Kinder und Jugendliche, die bereits mindestens zwei für Diabetes typische Autoantikörper sowie eine gestörte Glukosetoleranz, jedoch noch keinen manifesten Diabetes aufwiesen. Gemäß Randomisierung erhielten 44 Personen über zwei Wochen täglich Teplizumab per Infusion, die übrigen 32 ein Placebo. Während der Nachbeobachtungszeit entwickelten 72 % derjenigen in der Kontrollgruppe, aber nur 43 % der mit Teplizumab behandelten Personen einen Diabetes. Die jährliche Erkrankungsrate betrug 14,9 % unter Antikörpertherapie und 35,9 % unter Placebo. Im Mittel vergingen im Kontrollarm 24,4 Monate, im Teplizumabarm 48,4 Monate bis zur Erkrankung. Das entsprach einer signifikanten Risikoabnahme um nahezu 60 % (Hazard Ratio 0,41; 95%-KI 0,22–0,78; $p = 0,006$).

Der stärkste präventive Effekt bestand im ersten Jahr nach der Antikörpergabe: 7 % der mit Teplizumab, aber 44 % der mit Placebo behandelten Studienteilnehmer erkrankten während dieses Zeitraums. Ferner beobachteten die Forscher, dass

Personen mit bestimmten HLA- und Autoantikörper-Konstellationen stärker von der Antikörpertherapie profitierten als Personen mit anderen genetischen Voraussetzungen.

Optimales Behandlungsregime ist noch unklar

Unerwartete Nebenwirkungen traten nicht auf: Unter Teplizumab

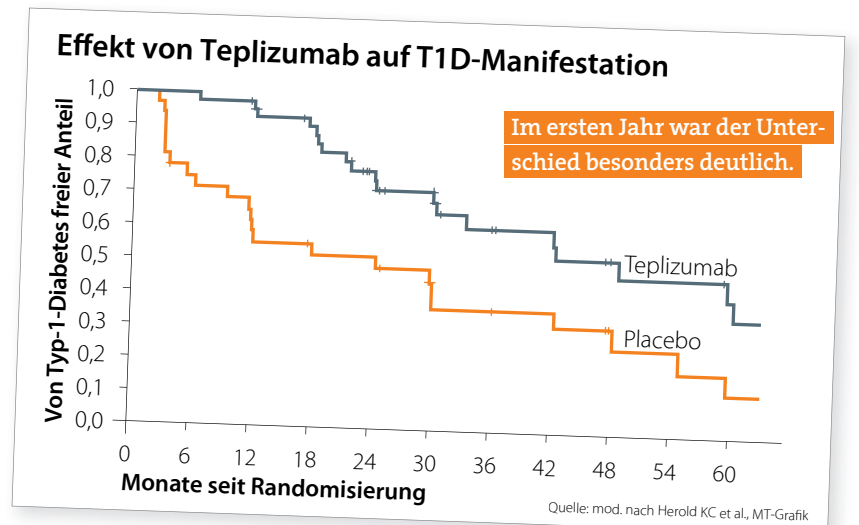
stellte das Wissenschaftlerteam insbesondere Hautreaktionen und transiente Lymphopenien fest. Zukünftige Untersuchungen müssen nach Einschätzung der Studienautoren unter anderem klären, ob wiederholte Antikörpergaben das Voranschreiten der Glukosestoffwechselstörung noch stärker bremsen können, und inwiefern poten-

ziell durch den Wirkstoff induzierte Autoantikörper den klinischen und immunologischen Erkrankungs-

verlauf beeinflussen.

Dr. Judith Lorenz

Herold KC et al. N Engl J Med 2019; 381: 603-613



DAS LEBEN STECKT VOLLER ÜBERRASCHUNGEN.

Menschen mit Typ 2 Diabetes möchten trotz ihrer Erkrankung aktiv am Leben teilhaben – mit all seinen schönen Momenten und Freuden.



Fiasp®, das Mahlzeiteninsulin von Novo Nordisk, unterstützt sie dabei: heute, morgen und in Zukunft.



Gute Gründe für Fiasp® bei Typ 2 Diabetes:

Schneller Wirkeintritt^{1,2}

Effektive Blutzuckerkontrolle³

Flexible Anwendung^{1#}

Kostengleich mit Humaninsulin*



NEU: Zugelassen für Kinder ab 1 Jahr¹

* Injektion bis zu 2 Minuten vor oder bis zu 20 Minuten nach Beginn der Mahlzeit möglich. Für Jugendliche und Kinder ab 1 Jahr gelten abweichende Empfehlungen.¹

¹ Für Typ 2 Diabetes wurden mit 100 % aller gesetzlichen Krankenversicherungen Mehrkostenablässeverträge geschlossen. Somit entstehen bei Typ 2 Diabetes keine Mehrkosten im Vergleich zu Humaninsulin.

1. Fiasp® Fachinformation, aktueller Stand
2. Pieber TR et al. Diabetes Obes Metab 2019;21:2068–2075
3. Bowering K et al. Diabetes Care 2017;40:951–957

Fiasp® 100 Einheiten/ml, Injektionslösung in einem Fertigpen (FlexTouch®). Fiasp® 100 Einheiten/ml, Injektionslösung in einer Patrone (Penfill®). Fiasp® 100 Einheiten/ml, Injektionslösung in einer Durchstechflasche. Wirkstoff: Insulin aspart. **Zusammensetzung:** Arzneilich wirksamer Bestandteil: 100 Einheiten/ml Insulin aspart, gentechnisch hergestellt mithilfe rekombinanter DNS. Sonstige Bestandteile: Phenol, Metacresol, Glycerol, Zinkacetat, Natriummonohydrogenphosphat-Dihydrat, Argininhydrochlorid, Nicotinamid (Vitamin B3), Salzsäure (zur Einstellung des pH-Wertes), Natriumhydroxid (zur Einstellung des pH-Wertes), Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Diabetes mellitus bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab dem Alter von 1 Jahr. **Art der Anwendung:** Zur s.c. Injektion (Abdomen, Oberarme). Nur Fiasp® aus der Durchstechflasche kann in Insulininfusionspumpen zur kontinuierlichen subkutanen Insulininfusion (CSII) verwendet werden. Falls notwendig, kann Fiasp® aus der Durchstechflasche durch medizinisches Fachpersonal intravenös verabreicht werden. Fiasp® FlexTouch® und Penfill® sind nur für subkutane Injektionen geeignet; falls die Anwendung einer Spritze, intravenösen Injektion oder Infusionspumpe notwendig ist, sollte eine Durchstechflasche verwendet werden. Fiasp® kann während der Schwangerschaft angewendet werden. Bei geplanter oder vorliegender Schwangerschaft und während der Stillzeit sind möglicherweise Dosisanpassungen notwendig. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Insulin aspart oder einen der sonstigen Bestandteile. Vorsicht bei der Kombination mit Pioglitazon (Spontanmeldungen von Herzinsuffizienz). **Warnhinweise:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. Verwenden Sie nur klare, farblose Lösung. Nadeln, Fertigpens, Patronen und Spritzen dürfen nur von einer Person verwendet werden. Fiasp® FlexTouch® ist zur Verwendung mit NovoFine® Plus, NovoFine® oder NovoTwist® Einwegnadeln mit einer Länge von bis zu 8 mm vorgesehen. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Hypoglykämie; häufig: Allergische Hautreaktionen, Reaktionen an der Injektions-/Infusionsstelle; gelegentlich: Überempfindlichkeit, Lipodystrophie; Häufigkeit nicht bekannt: Anaphylaktische Reaktionen. **Verschreibungspflichtig.** Novo Nordisk A/S, Novo Allé, 2880 Bagsvaerd, Dänemark. Stand: Juli 2019

DE19SP00183



Fiasp®
fast-acting insulin aspart

»Stärkster präventiver Effekt im ersten Jahr«

»Als Mediziner und Wissenschaftler im Ganzen gefordert«

Prof. Dr. Andreas Birkenfeld über seine neue Position an der Universität Tübingen

TÜBINGEN. Zum 1. Oktober 2019 hat Professor Dr. Andreas Birkenfeld die Posten als Ärztlicher Direktor der Medizinischen Klinik IV der Universität Tübingen und als Wissenschaftlicher Direktor des Instituts für Diabetes und Metabolismus Forschung (IDM) übernommen. Im Interview spricht er über seine neue Verantwortung.

? Sie haben die Nachfolge von Professor Dr. Häring angetreten und damit gleich zwei verantwortungreiche Posten übernommen. Ist dies ein täglicher Spagat zwischen Klinik und Forschung oder lassen sich die beiden Positionen gut kombinieren?

Prof. Dr. Andreas Birkenfeld: Die Klinik und das IDM sind ja sehr gut aufgestellt und haben ausgezeichnete Mitarbeiter, sodass sich beide Positionen hervorragend kombinieren lassen. In unserer Klinik werden endokrinologische, nephrologische und diabetologische Patienten behandelt. Im IDM liegt der Schwerpunkt auf der Erforschung der Entstehung und Therapie des Typ-2-Diabetes. Und das besondere ist, dass im IDM zu einem ganz großen Anteil klinische Diabetesforschung gemacht wird. So können wir unsere klinische und wissenschaftliche Expertise verknüpfen und, was mir besonders wichtig ist, jüngeren Kollegen die Möglichkeit geben, einen Weg als „Clinician Scientist“ einzuschlagen.

? Welche konkreten Forschungsziele möchten Sie persönlich am IDM verfolgen? Sind diesbezüglich weitere Synergien mit den DZD-Partnern geplant?

Prof. Birkenfeld: Mir ist die weitere Erforschung der Entstehung des Typ-2-Diabetes sehr wichtig. Ebenso liegt mir die Therapie am Herzen, und ich wünsche mir, dass wir durch unsere Erkenntnisse in Zukunft Therapien entwickeln, die Diabetes als Ganzes in ein Stadium der Remission bringen können. Auf diesem Gebiet ergeben sich wertvolle Synergien mit den

INTERVIEW



Professor Dr. Andreas Birkenfeld
Ärztlicher Direktor der Medizinischen Klinik IV der Universität Tübingen und Wissenschaftlicher Direktor des IDM, Sprecher DZD

Foto: Uniklinik Tübingen

DZD-Partnern in München und dem neuen Helmholtz Zentrum in Leipzig. Durch das Interesse an der NAFLD und der Leberinsulinresistenz entstehen hervorragende Synergien mit Düsseldorf. Und mit den Kollegen in Dresden und Potsdam/Berlin teilen wir das Interesse an der Betazell-Funktion und wie diese sich bei der Entstehung des Diabetes verhält – und zukünftig auch, wie wir sie therapeutisch erhalten und verbessern können. Schließlich wünsche ich mir auch, die bestehenden Verbindungen nach Köln zu stärken und im Bereich des Neurodiabetes schnell voranzukommen.

? Gibt es Bereiche in der Klinik, die Sie optimieren möchten?

Prof. Birkenfeld: Wir planen für das Jahr 2020 den Aufbau eines interdisziplinären Diabeteszentrums. Dabei werden Patienten mit komplizierten Verläufen, die einen gemeinsamen interdisziplinären Ansatz unumgänglich machen, in den Vordergrund gestellt und unkomplizierte, einfache Fälle stärker in den ambulanten Bereich gegeben. Wir sind für ein interdisziplinäres Zentrum ideal aufgestellt, da wir in unserem Department Innere Medizin ohnehin eng mit der Sportmedizin und der Psychosomatischen Medizin zusammenarbeiten – aber als Maximalversorger natürlich auch alle anderen Fachrichtungen zur Verfügung haben. Grenzübergreifendes Arbeiten ist für mich gerade heutzutage so wichtig. Der Diabetes und seine Komplikationen halten sich ja nicht an die Grenzen der Fachrichtungen.

? Wo sehen Sie allgemein Verbesserungsbedarf in der Versorgung von Diabetespatienten?

Prof. Birkenfeld: Die oft geäußerte Vorstellung, dass die Diabetologie ein rein ambulantes Fach sei, halte ich für grundlegend verkehrt. Davon kann sich jeder z.B. in unserem Bereich, aber auch auf den vielen anderen diabetologischen Stationen in Deutschland tagtäglich ein Bild machen. Ein ganz einfaches Beispiel ist die schwere Hypoglykämie. Der klinische Bedarf für eine stationäre Diabetologie ist bei der steigenden Zahl von betroffenen Menschen größer denn je und die Frage sollte nicht sein, ob es einer stationären Diabetologie bedarf, sondern wie wir die ambulante und stationäre Diabetologie in Zukunft möglichst ohne Reibungsverlust für Patienten und Kollegen verbinden können. Dafür möchte ich mich gerne in Zukunft gemeinsam mit allen interessierten Kollegen und der DDG einsetzen.

? Sie haben bislang eine wahre Bildebuchkarriere zurückgelegt. Was waren außer dem jetzigen Ruf die wichtigsten Meilensteine auf Ihrem Weg in die Diabetologie?

»Grenzübergreifendes Arbeiten«

Prof. Birkenfeld: Ich persönlich habe nicht immer den einfachsten Weg gewählt. So habe ich in der Nephrologie bei Professor Dr. Friedrich Luft meine Facharztausbildung begonnen. Diese Wahl habe ich getroffen, weil ich bei den anderen Assistenten sehen konnte, dass in dieser Abteilung die Möglichkeit eröffnet wurde, neben der Klinik auch geschützte Zeit in der Forschung zu verbringen. Schon damals begann ich mit der Stoffwechselforschung bei Professor Dr. Jens Jordan. Mein Interesse an der Diabetologie verstärkte sich früh und ich ging schon bevor ich

meine Facharztausbildung beendet hatte als Postdoc mit einem DFG-Stipendium an die Yale Universität zu Jerry Shulman. Ich habe damals meine ganze Familie mit zwei Kindern mit in die USA genommen. Mein Sohn wurde dort z.B. eingeschult. Anschließend wechselte ich innerhalb der Charité die Abteilung und wurde Arbeitsgruppenleiter in der Abteilung für Endokrinologie und Diabetologie. Dann wechselte ich an die Uniklinik Dresden und bin seitdem auch im DZD vertreten.

? Was möchten Sie jungen Nachwuchswissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern mit auf den Weg geben?

Prof. Birkenfeld: Mich hat rückblickend immer die Frage geleitet, wo ich mich weiter verbessern kann und wo ich Persönlichkeiten treffe, von denen ich etwas lernen kann und die mir auch Mentoren sein können. Und das ist es auch, was für mich die Diabetologie so spannend macht: Es gibt immer neue Aspekte, denen man nachgehen kann.

Außerdem ist Diabetes letztlich eine systemische Erkrankung, und so ist man als Mediziner und Wissenschaftler immer im Ganzen gefordert. Daher muss auch das Wissen und die Ausbildung sehr breit angelegt sein. Dafür braucht man das richtige Umfeld, und das sollten sich gerade jüngere Kollegen gut aussuchen. Wenn man gut ist, interessiert und engagiert, hat man heute als junger Kollege großartige Möglichkeiten an den besten Einrichtungen seinen Platz zu finden. Und man sollte sich dabei nicht beirren lassen. Der eigene Weg ist meist der beste. Ich freue mich in jedem Fall sehr, dass wir in Tübingen jungen Menschen die Möglichkeit bieten können, einen Clinician-Scientist-Weg einzuschlagen und ihren Weg als Arzt und Wissenschaftler zu gehen, und ich werde das, was man mir am Anfang meiner Laufbahn ermöglicht hat, auch selbst wieder an die jüngeren Kollegen weitergeben.

Interview: Alisa Ort



»Was man mir ermöglicht hat, möchte ich auch an jüngere Kollegen weitergeben«

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



Potenzielles Target für NAFLD-Therapie

Eine Forschergruppe des DZD-Partners Helmholtz Zentrum München hat ein neues, potenziell therapeutisches Target für die Behandlung von NAFLD entdeckt: Rab24.

Zeigerer et al. Nat Metab 2019;
DOI: 10.1038/s42255-019-0124-x 2019

44 %

der Kinder weltweit bekommen keine Früchte oder Gemüse zu essen.

Quelle: Unicef

100 000 Fr1da-Studienteilnehmer

Die bayernweite Fr1da-Studie zur Früherkennung von Typ-1-Diabetes hat aktuell 100 000 Studienteilnahmen verzeichnet. Zudem wird die Studie unter »Fr1da-plus« auf die Altersgruppe der 9- und 10-Jährigen erweitert.

Quelle: DZD

Neu- oder re-zertifizierte Kliniken und Arztpraxen

(im Zeitraum 30.09. bis 27.10.2019)

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 0		
EKA Erzgebirgsklinikum Annaberg	09456 Annaberg-Buchholz	Nebendiagnose Diabetes
PLZ 1		
St. Marien-Krankenhaus Berlin	12249 Berlin	Nebendiagnose Diabetes
DRK Kliniken Berlin Mitte, Klinik für Innere Medizin	13359 Berlin	Zert. Diabeteszentrum DDG
DRK Kliniken Berlin Mitte, Klinik für Innere Medizin	13359 Berlin	Fußbehandlung (ambulant)
Havelland Kliniken GmbH Klinik Nauen, Innere Medizin	14641 Nauen	Nebendiagnose Diabetes
Evangelisches Diakonissenhaus Berlin Teltow Lehnin – Klinik für Innere Medizin, Palliativmedizin und Akutgeriatrie, Innere Medizin	14797 Lehnin	Nebendiagnose Diabetes
MeG Medicus-Center Medizinische Einrichtungs-GmbH, MVZ West	16225 Eberswalde	Zert. Diabeteszentrum DDG
PLZ 2		
AKK Altonaer Kinderkrankenhaus gGmbH, Pädiatrische Diabetologie	22763 Hamburg	Zert. Diabeteszentrum DDG
PLZ 4		
Augusta-Krankenhaus	40472 Düsseldorf	Nebendiagnose Diabetes
St. Vinzenz-Krankenhaus	40477 Düsseldorf	Nebendiagnose Diabetes
Marien Hospital Düsseldorf	40479 Düsseldorf	Nebendiagnose Diabetes

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 4		
St. Josef-Krankenhaus Haan, Diabeteszentrum Rheinland-Haas	42781 Haan	Nebendiagnose Diabetes
Gemeinschaftspraxis Dres. Jäkel, Fricke, Frahnert, Reinsch, Nephrologische und diabetologische Schwerpunktpraxis	44789 Bochum	Zert. Diabeteszentrum Diabetologikum DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. med. Dieter Neusüß	45468 Mülheim	Zert. Diabeteszentrum DDG
Sankt Marien-Hospital Buer GmbH, Innere Medizin/Diabetologie	45894 Gelsenkirchen	Zert. Diabeteszentrum DDG
Malteser Krankenhaus St. Anna, Medizinische Klinik/Innere Medizin	47259 Duisburg	Zert. Diabeteszentrum DDG
PLZ 6		
Zentrum für Diabetes und Hormonerkrankungen	67433 Neustadt an der Weinstraße	Zert. Diabeteszentrum DDG
PLZ 7		
SLK-Kliniken Heilbronn GmbH, Klinikum am Gesundbrunnen, Medizinische Klinik II	74078 Heilbronn	Zert. Diabeteszentrum Diabetologikum DDG
HELIOS Klinikum Pforzheim, Medizinische Klinik 2	75175 Pforzheim	Zert. Diabeteszentrum DDG
PLZ 8		
Oberschwabenklinik Ravensburg, Krankenhaus St. Elisabeth	88212 Ravensburg	Zert. Diabeteszentrum DDG

Sie haben einen interessanten und lehrreichen Fall aus Ihrer Praxis und möchten diesen gerne teilen?

Ihr Fall in der diabeteszeitung!

Zögern Sie nicht! Es ist einfacher als Sie denken: Schreiben Sie oder rufen Sie uns an und reichen Sie uns die Eckdaten zu Ihrer Kasuistik ein. Gemeinsam erstellen wir dann einen redaktionellen Beitrag für die diabeteszeitung.

Und das Beste – es gibt etwas zu gewinnen! Unter allen bis Ende 2019 veröffentlichten Artikeln wählt eine Jury aus dem DDG Vorstand die beste Fallbeschreibung aus. Der Gewinner erhält das neue 9,7" iPad. Zudem verlosen wir unter allen Teilnehmern zwei Amazon-Gutscheine im Wert von je 100 Euro.

Wir freuen uns auf Ihre Kasuistiken!



Kontakt zur Redaktion:
Medical Tribune
Verlagsgesellschaft mbH,
Unter den Eichen 5,
65195 Wiesbaden,
Telefax: 0611 9746 480-303/-373,
E-Mail: diabeteszeitung@
medical-tribune.de

Foto: iStock/AnnerB84

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

Dr. med. Yasmin Hertzog, Rösrath
Dr. med. Justine Bernhart, Renningen
Dr. med. Viviana Valencia, Landau
Dr. med. Anne Schellner, Chemnitz
Dr. med. Ariane Bucher, Villingen-Schwenningen
Dr. med. Andreea Avram, Landau
Dr. med. Wiebke Treder, Oldenburg

Noch kein DDG-Mitglied?

Überzeugen Sie sich von den Vorteilen!

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

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

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

Mitglieds-Antrag auch online



Ihr Ansprechpartner in der Geschäftsstelle ist:
Steffi Rudloff

Tel.: 030 / 3 11 69 37 15

Fax: 030 / 3 11 69 37 20

E-Mail: rudloff@ddg.info

Bestandsaufnahme Diabetes

Gesundheitsbericht 2020 ist erschienen

BERLIN. Der Deutsche Gesundheitsbericht Diabetes 2020 liefert eine aktuelle Bestandsaufnahme der Diabetologie sowie der Versor-

gungssituation. 280 Seiten umfasst das zum Weltdiabetestag (14.11.) erschienene Taschenbuch. Herausgeber sind die DDG und diabetesDE – Deutsche Diabetes Hilfe. 70 Autoren haben kompakte Beiträge zum Stand der Medizin und zu gesundheitspolitischen Entwicklungen verfasst. Der unabhängige Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses, Professor Dr. JOSEF HECKEN, schreibt über die Beteiligung externer Experten und Patientenvertreter an G-BA-Entscheidungen.

Die Präsidentin der DDG, Professor Dr. MONIKA KELLERER, weist in ihrem Text auf die „paradoxe Situation“ hin, dass sich trotz der Fortschritte der Diabetesforschung die stationäre Versorgungslage schleichend verschlechtert. So wurde z.B. die Zahl der Klinikbetten im Bereich Endokrinologie und Diabetologie von 1991 bis 2017 um 45 % reduziert, während sich in der Gastroenterologie, Kardiologie und Hämatologie/Onkologie die Bettenzahl verdoppelte oder verdreifachte. Ein ähnlicher Trend zeigt sich bei Fachabteilungen. Das passt nicht zu der für die nächsten Jahrzehnte prognostizierten Zunahme der Diabeteserkrankten um bis zu 77 %. REI



Als Download kostenfrei verfügbar

Die DDG und diabetesDE bieten ihren jährlichen Gesundheitsbericht über ihre Homepages gratis an
www.ddg-info.de > Gesundheitspolitik > Gesundheitspolitische Veröffentlichungen

Mit früher Kombinationsbehandlung beim Typ-2-Diabetes punkten

Therapieversagen wird im Vergleich zur Stufentherapie um Jahre hinausgezögert¹

BARCELONA. Patienten mit Typ-2-Diabetes können profitieren, wenn sie frühzeitig kombiniert behandelt werden, so das Ergebnis der aktuell präsentierten VERIFY-Studie. Die frühzeitige Zugabe eines DPP4-Inhibitors erhält die glykämische Kontrolle wesentlich länger als Metformin allein.¹

In der Theorie gibt es eine Reihe von Argumenten, die dafür sprechen, beim Typ-2-Diabetes bereits früh zwei Wirkstoffe mit unterschiedlichem Ansatzpunkt zu kombinieren. So können die zugrunde liegenden pathophysiologischen Mechanismen von mehreren Seiten angegangen werden, was eine bessere Stoffwechseleinstellung erwarten lässt.¹ Wie wichtig das ist, hat erst kürzlich eine Kohortenstudie² gezeigt: Patienten, deren HbA_{1c}-Wert im ersten Jahr nach Diagnose konsequent auf unter 6,5 % gehalten wurde, hatten noch nach zehn Jahren ein geringeres Risiko für mikro- und makrovaskuläre Komplikationen (Legacy-Effekt). Diese Therapiequalität wird in der Praxis jedoch häufig nicht erreicht, auch weil die Behandlung zu spät intensiviert wird.¹ Vor diesem als „klinische Schwerfälligkeit“ (clinical inertia) bezeichneten Phänomen warnt auch der aktuelle

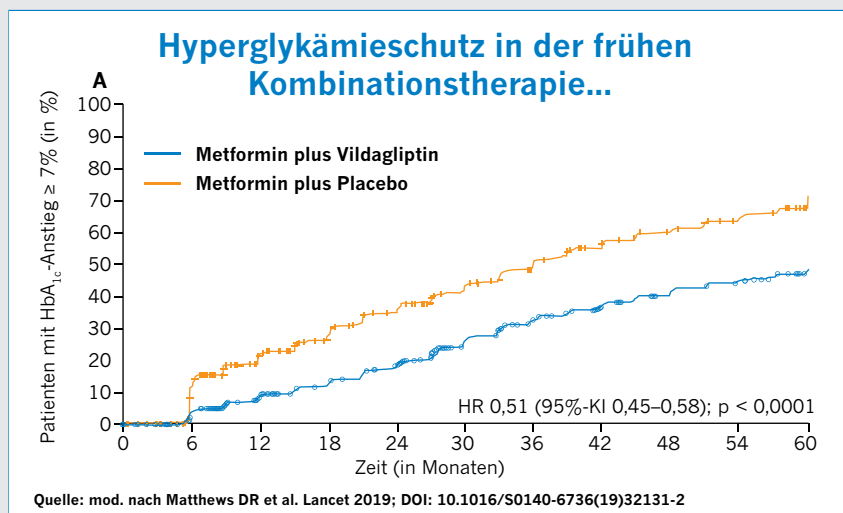


Abb. 1: Unter Metformin/Vildagliptin blieb der Glukosestoffwechsel signifikant länger kontrolliert.¹

europäisch-amerikanische Konsensus-Report³ und rät, dagegen anzugehen, indem die Therapie alle drei bis sechs Monate überprüft und ggf. modifiziert wird.

Diese Aspekte hatten die VERIFY-Forscher im Kopf: „Eine Kombination aus zwei Klassen synergistisch wirkender Medikamente früh im Verlauf erscheint intuitiv günstiger als die Therapie später zu intensivieren“, heißt es in der Publikation.¹ An VERIFY* nahmen 2001 Patienten teil.** Sie erhielten entweder bis 2 x 1000 mg/

Tag Metformin plus 2 x 50 mg/Tag Vildagliptin oder Metformin plus Placebo. Die Therapieintensivierung erfolgte HbA_{1c}-abhängig (Kasten links).

Frühe Kombitherapie halbiert Risiko für Therapieversagen

Alle drei Monate im insgesamt fünfjährigen Studienverlauf wurde das Therapieergebnis überprüft. Als Therapieversagen galt ein HbA_{1c}-Anstieg auf ≥ 7 % bei zwei aufeinanderfolgenden Kontrollen. Primärer Endpunkt war die Zeit bis zum Versagen der Ersttherapie, sekundärer Endpunkt die Zeit bis zum Verlust der glykämischen Kontrolle in der zweiten Therapielinie. Beide Analysen zeigen einen signifikanten Vorteil für die frühe Kombination, berichtete Studienleiter Professor Dr. David Matthews, Universität Oxford. Das Risiko eines Versagens der Kombinationstherapie wurde unter Metformin/Vildagliptin nahezu halbiert (Hazard Ratio 0,51, p < 0,0001). Median kam es unter Metformin binnen 36,1 Monaten zum Verlust der Stoffwechselkontrolle, unter Metformin plus Vildagliptin war dies bei Studienende noch nicht erreicht und konnte nur rechnerisch auf 61,9 Monate abgeschätzt werden (Abb. 1). Als noch bemerkenswerter befand Prof. Matthews, dass sich dieser Effekt fortgeschrieben, nachdem auch alle Patienten

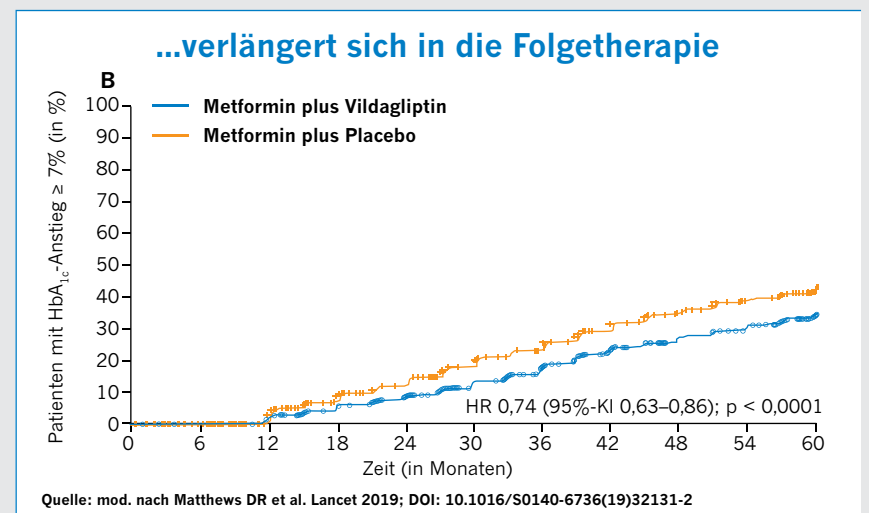


Abb. 2: Der Legacy-Effekt wirkte sich über die gesamte Folgetherapie aus, obwohl alle Patienten die gleiche Kombination nahmen.¹

mit Therapieversagen in der Erstlinie die Kombination erhielten (Abb. 2): Diejenigen, die von Anfang an kombiniert behandelt worden waren, blieben durchgehend besser eingestellt als jene, die mit Metformin allein gestartet waren (relative Risikoreduktion 26 %, p < 0,0001). Übrigens unabhängig davon, welche HbA_{1c}-Schwelle als Maß angesetzt wird: Ob 7 %, 6,5 % oder 6 % – Patienten unter einer frühen Kombination blieben immer langfristig besser kontrolliert. Die Ergebnisse blieben über alle Subgruppen identisch – ob Geschlecht, Gewicht, Nierenfunktion oder Rauchstatus. Wichtig auch: Es gab keine Hinweise für erhöhte Nebenwirkungsraten unter der Kombination.

Professor Dr. Clifford Bailey, Universität Birmingham, betrachtet VERIFY mit hoher Relevanz für den klinischen Alltag. Dies legt für ihn die Vermutung nahe, dass die frühe Kombination einen Betazellschutz bietet, der langfristig die Blutzuckerkontrolle verbessern dürfte – eine Eigenschaft, die bei DPP4-Inhibitoren schon länger diskutiert wird. Sie werden auch in der Nationalen Versorgungsleitlinie empfohlen, weil sie eine effektive Blutzuckersenkung mit einem günstigen Nebenwirkungsprofil vereinen (kein intrinsisches Hypoglykämierisiko, Gewichtsneutralität).⁴

*Vildagliptin Efficacy in Combination With Metformin for Early Treatment of Type 2 Diabetes

** Bei den Patienten der VERIFY-Studie lag die Diagnose T2DM maximal 24 Monate zurück. Die Patienten waren zu Studienbeginn entweder therapienäiv oder hatten eine Therapie mit Metformin (max. 2000 mg/Tag) höchstens einen Monat vor Studienbeginn bzw. eine Diabetes-Therapie mit jeglicher Medikation höchstens drei Monate am Stück in den 24 Monaten vor Studienbeginn erhalten.

1. Matthews DR et al. Lancet 2019; DOI: 10.1016/S0140-6736(19)32131-2
2. Laiteerapong N et al. Diabetes Care 2019; 42: 416-426
3. Davies MJ et al. Diabetes Care 2018; 41: 2669-2701
4. Nationale Versorgungs-Leitlinie „Therapie des Typ-2-Diabetes“, 1. Auflage 2013; Version 4, www.leitlinien.de/nvl/diabetes

VERIFY: Besonderheiten beim Studiendesign

Die Fünfjahresstudie VERIFY¹ sollte zwei zentrale Fragen zum Typ-2-Diabetes klären: Profitieren Patienten, wenn sie frühzeitig kombiniert behandelt werden? Und: Bringt die frühe Kombinationstherapie Vorteile im Vergleich zur sequenziellen Kombination? Um dies adäquat zu beantworten, mussten sich die Studiendesigner etwas einfallen lassen. Das Ergebnis: VERIFY bestand aus drei Perioden. In der ersten erhielten Patienten nach einer Einführungsphase mit Metformin entweder Metformin plus Vildagliptin oder Metformin plus Placebo. Wer unter seiner Therapie den Ziel-HbA_{1c} von ≥ 7 % nach zweimaliger Messung überschritt, bekam Metformin plus Vildagliptin (Periode 2), ohne dass Ärzte oder Patienten wussten, wer zuvor schon kombiniert behandelt worden war und wer mit Metformin allein. Bei erneutem Therapieversagen konnte nach Ermessen des Prüfarztes (Basal)-Insulin zugegeben werden (Periode 3). Wichtig: Die Studienabschnitte waren nicht zeitlich definiert. Nur der HbA_{1c}-Wert, alle drei Monate gemessen, gab den Ausschlag für einen Therapiewechsel. Ein Patient konnte also fünf Jahre lang auf seiner Anfangstherapie mit Metformin plus/minus Vildagliptin bleiben, sofern er sich im glykämischen Zielbereich bewegte. Er konnte aber auch binnen eines Jahres auf Insulintherapie landen, wenn es anders nicht gelang, ihn gut einzustellen.

Fazit für die Praxis

- ▶ Beim Typ-2-Diabetes bietet eine frühe Kombinationstherapie Vorteile im Vergleich zur sequenziellen Steigerung der Therapieintensität.¹
- ▶ Metformin bei Patienten im frühen Krankheitsstadium** mit Vildagliptin zu kombinieren, erhält die glykämische Kontrolle länger aufrecht als die Initialtherapie mit Metformin allein.¹
- ▶ Unter der Kombination ist nicht häufiger mit unerwünschten Wirkungen, v. a. Hypoglykämien und Gewichtszunahmen, zu rechnen als unter Metformin-Monotherapie.¹

„Es ist klug, früh konsequent und kombiniert einzusteigen“

Interview mit Professor Dr. Michael Stumvoll, Klinik für Endokrinologie, Nephrologie und Rheumatologie am Universitätsklinikum Leipzig

Basierend auf den Daten von VERIFY: Welchen langfristigen Nutzen erwarten Sie von einer frühen Kombinationstherapie?

Prof. Stumvoll: Die Studie hat gezeigt, dass die frühe Kombination funktioniert. Diese Daten hatten wir bisher nicht. Jetzt müssen wir das umsetzen. Im Prinzip könnten alle Typ-2-Diabetes-Patienten im frühen Krankheitsstadium davon profitieren,



Professor Dr. Michael Stumvoll
Direktor der Klinik für Endokrinologie, Nephrologie und Rheumatologie am Universitätsklinikum Leipzig, Foto: Archiv

wenn wir ab Tag 1 beide Wirkstoffe geben. Das verlängert die Zeit, die Patienten im guten glykämischen Bereich verbringen, um Jahre.

Manche Kollegen befürchten, Patienten zu schaden, wenn sie kombiniert behandeln, obwohl der Stoffwechsel noch gar nicht massiv entgleist ist. Können Sie die Kollegen beruhigen aufgrund der Studie?

Prof. Stumvoll: Unbedingt. Wir haben ja gesehen, dass wir den Patienten mit der frühen Kombination aus Metformin und DPP4-Inhibitor nicht schaden – es gibt keine Hypoglykämien, keine Gewichtszunahmen.

Wie reagieren Patienten, wenn Sie ihnen schon früh in der Therapie zwei Wirkstoffe verordnen?

Prof. Stumvoll: Das muss man gut kommunizieren. Patienten denken leicht, sie seien schwer krank, wenn sie gleich zwei Medikamente bekommen sollen. Das stimmt so natürlich nicht. Es ist einfach klug, früh konsequent und kombiniert einzusteigen, damit die Stoffwechselkontrolle länger hält – vorausgesetzt, sie produzieren keine Hypoglykämien.

Aktuelle Angebote zur DDG Weiterbildung

Durch die steigende Zahl der Diabeteserkrankungen in den letzten Jahrzehnten haben sich spezialisierte Berufsbilder in der Diabetologie etabliert, für die die DDG als Fachgesellschaft qualitativ hochwertige und umfassende Weiterbildungen anbietet.

➔ Diabetesberater/in DDG (verfügbare Kurse)

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
210	Diabetes Zentrum Thüringen e.V. Am Klinikum 1, Gebäude A, 07740 Jena ☎ Tel.: 03641/933 071 ☎ Fax: 03641/933 009 annett.bechstedt@med.uni-jena.de www.diabetes-thueringen.de	1. Block: 13.01. – 24.01.2020 2. Block: 23.03. – 03.04.2020 3. Block: 22.06. – 03.07.2020 4. Block: 07.09. – 18.09.2020 5. Block: 23.11. – 04.12.2020 6. Block: 15.02. – 26.02.2021
211	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	<i>verkürzte Aufbauqualifikation!</i> 1. Block: 10.02. – 21.02.2020 2. Block: 20.04. – 30.04.2020 3. Block: 06.07. – 17.07.2020 4. Block: 30.11. – 11.12.2020
212	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1172 ☎ Fax: 05971 42-1116 v.breulmann@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 24.02. – 06.03.2020 2. Block: 25.05. – 06.06.2020 3. Block: 20.07. – 31.07.2020 4. Block: 05.10. – 16.10.2020 5. Block: 07.12. – 18.12.2020 6. Block: 01.03. – 12.03.2021
213	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1172 ☎ Fax: 05971 42-1116 v.breulmann@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 27.04. – 09.05.2020 2. Block: 06.07. – 17.07.2020 3. Block: 28.09. – 09.10.2020 4. Block: 16.11. – 27.11.2020 5. Block: 01.02. – 12.02.2021 6. Block: 19.04. – 30.04.2021
214	Wannsee-Akademie Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin ☎ Tel.: 030 80686-040 ☎ Fax: 030 80686-404 akademie@wannseeschule.de www.wannseeakademie.de	1. Block: 04.05. – 15.05.2020 2. Block: 17.08. – 28.08.2020 3. Block: 02.11. – 20.11.2020 4. Block: 15.02. – 26.02.2021 5. Block: 19.04. – 30.04.2021 6. Block: 31.05. – 11.06.2021
215	Diabetes-Akademie Südbayern Bürgerwaldstr. 1, 83278 Traunstein ☎ Tel.: 0861 20401041, ☎ Fax: 0861 909807 68 www.diabetesakademie.net info@diabetesakademie.net	1. Block: 04.06. – 18.06.2020 2. Block: 07.09. – 19.09.2020 3. Block: 07.12. – 19.12.2020 4. Block: 08.03. – 20.03.2021 5. Block: 07.06. – 19.06.2021
216	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1172, ☎ Fax: 05971 42-1116 v.breulmann@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	<i>verkürzte Aufbauqualifikation!</i> 1. Block: 12.10. – 23.10.2020 2. Block: 04.01. – 15.01.2021 3. Block: 17.05. – 29.05.2021 4. Block: 09.08. – 20.08.2021
217	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	1. Block: 05.10. – 16.10.2020 2. Block: 11.01. – 22.01.2021 3. Block: 01.03. – 12.03.2021 4. Block: 12.04. – 23.04.2021 5. Block: 19.07. – 30.07.2021 6. Block: 13.09. – 24.09.2021
218	Diabetes-Akademie Bad Mergentheim e.V. Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim ☎ Tel.: 07931/594 165 ☎ Fax: 07931/77 50 boehm@diabetes-zentrum.de www.diabetes-akademie.de	1. Block: 09.11. – 20.11.2020 2. Block: 01.02. – 12.02.2021 3. Block: 12.04. – 23.04.2021 4. Block: 21.06. – 02.07.2021 5. Block: 13.09. – 24.09.2021 6. Block: 08.11. – 19.11.2021
219	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1172 ☎ Fax: 05971 42-1116 v.breulmann@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 09.11. – 20.11.2020 2. Block: 18.01. – 29.01.2021 3. Block: 15.03. – 26.03.2021 4. Block: 14.06. – 25.06.2021 5. Block: 23.08. – 03.09.2021 6. Block: 18.10. – 29.10.2021
	Mutterhaus der Borromäerinnen gGmbH Feldstraße 16, 54290 Trier ☎ Tel.: 0651 947-3160, ☎ Fax: 0651 947-2205 schule@mutterhaus.de, www.mutterhaus.de	Kurstermine ab Januar 2021 Vormerkungen sind bereits möglich

ACHTUNG: neue Preise ab 2020

Kosten: Die Kosten für die Weiterbildung betragen ab 2020 3.400,- € Teilnahmegebühr für den regulären Kurs und 2.850,- € für den verkürzten Kurs, zzgl. 300,- € Anmeldegebühren sowie 200,- € Prüfungsgebühr, ohne Material- und Reisekosten.

Anmeldeverfahren: Bitte senden Sie die Unterlagen an: Deutsche Diabetes Gesellschaft, Abteilung Weiterbildung, Albrechtstraße 9, 10117 Berlin, Tel.: 0 30/3 11 69 37-18 oder an weiterbildung@ddg.info

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

➔ Fit für die Weiterbildung – Vorbereitungsseminar des VDBD

Weiterbildungsort	Kurstermine	Kosten
Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Rheine Frankenburgstr. 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/421172, ☎ Fax: 05971/421116 v.breulmann@mathias-spital.de www.afg.mathias-stiftung.de/	21.03.2020	VDBD Mitglieder: 55,- € Nicht-Mitglieder: 110,- €
Diabetes-Akademie Bad Mergentheim e.V. Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim ☎ Tel.: 07931/594 165, ☎ Fax: 07931/77 50 boehm@diabetes-zentrum.de www.diabetes-akademie.de	12.09.2020	VDBD Mitglieder: 55,- € Nicht-Mitglieder: 110,- €

Weitere Informationen finden Sie auf

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

➔ Diabetesassistent/in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine	Kosten
35	Diabetesberatung Klinikum am Steinberg/Ermstallklinik Reutlingen Steinbergstraße 31, 72764 Reutlingen ☎ Tel.: +49 7121 200-3979 schroeder_d@klin-rt.de www.kreiskliniken-reutlingen.de	1. Block: 13.01. – 31.01.2020 2. Block: 04.05. – 08.05.2020	1.545,- € inkl. Prüfungs- und Zertifikatsgebühr
15	AND-Saar Arbeitsgruppe niedergelassener Diabetologen in der Regionalgruppeder DDG Bezirksstr. 122, 66663 Merzig/Besseringen ☎ Tel.: 06861/76061 ☎ Fax: 06861/72244 info@heimes-diabetes.de www.ddg-saar.de	1. Block: 13.01. – 25.01.2020 2. Block: 02.03. – 13.03.2020	1.300,- € inkl. Prüfungs- und Zertifikatsgebühr
27	UKGM Universitäres Diabeteszentrum Mittelhessen Diabeteschulungszentrum Med. Klinik und Poliklinik III Klinikstrasse 33, 35392 Gießen ☎ Tel.: 0641/985 42887 jutta.liersch@innere.med.uni-giessen.de www.udzm.de	1. Block: 27.01. – 31.01.2020 2. Block: 10.02. – 14.02.2020 3. Block: 30.03. – 03.04.2020 4. Block: 11.05. – 15.05.2020 5. Block: 06.06.2020	1.350,- € inkl. Prüfungs- und Zertifikatsgebühr
47.2	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Regensburg Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22 ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	1. Block: 03.02. – 14.02.2020 2. Block: 18.05. – 30.05.2020	1.655,- € inkl. Prüfungs- und Zertifikatsgebühr
99	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1172 ☎ Fax: 05971 42-1116 v.breulmann@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 14.04. – 25.04.2020 2. Block: 22.06. – 03.07.2020	1.665,- € inkl. Prüfungs- und Zertifikatsgebühr
48	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Regensburg Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22 ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	1. Block: 22.06. – 03.07.2020 2. Block: 16.11. – 27.11.2020	1.655,- € inkl. Prüfungs- und Zertifikatsgebühr
100	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1172 ☎ Fax: 05971 42-1116 v.breulmann@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 21.09. – 02.10.2020 2. Block: 23.11. – 04.12.2020	1.655,- € inkl. Prüfungs- und Zertifikatsgebühr
25	Diabeteszentrum am Elisabeth-Krankenhaus Essen Klara-Kopp-Weg 1, 45138 Essen ☎ Tel.: 0208/30542818 ☎ Tel.: 0202/8974592 a.meier@contilia.de www.contilia.de/karriere/contilia-akademie/aktuelle-lehrgaenge.html	1. Block 21.09. – 02.10.2020 2. Block 25.01. – 06.02.2021	1.470,- € inkl. Prüfungs- und Zertifikatsgebühr
9	Diabetes Zentrum Thüringen e.V. c/o Universitätsklinikum Jena Am Klinikum 1, Gebäude A, 07740 Jena ☎ Tel.: 03641/9324346 ☎ Fax: 03641/9324347 nadine.kuniss@med.uni-jena.de www.diabetes-thueringen.de	1. Block 05.10. – 16.10.2020 2. Block 25.01. – 05.02.2021	1.300,- € zzgl. 135,- € Prüfungs- und Zertifikatsgebühr
11	Medigreif Inselklinik Heringsdorf GmbH - Haus Gothensee Setheweg 11, 17424 Heringsdorf ☎ Tel.: 038378/780-0 ☎ Fax: 038378/780-444 info@gothensee.medigreif-inselklinikum.de www.inselklinik.de	1. Block 09.11. – 20.11.2020 2. Block 22.02. – 06.03.2021	1.515,- € inkl. Prüfungs- und Zertifikatsgebühr

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

Hier erhalten Sie auch Auskunft über das Bewerbungsverfahren.

Weitere Termine und Informationen finden Sie auf

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

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

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
6	Diabetes Kongress 2020 City Cube Berlin	23.05.2020

Weitere Informationen sowie das Anmeldeformular finden Sie auf

www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/weiterbildung/basisqualifikation-diabetes-pflege-ddg.html



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



➔ Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
BaQ_ BL_02	Diabeteszentrum Bad Lauterberg Kirchberg 21 37431 Bad Lauterberg, Dr. Thomas Werner sekretariat@diabeteszentrum.de	28.02. + 29.02.2020
BaQ_ MK_01	DSP Dr. med. Ulrich Kluger, Petra Hornung Marktstr. 43, 67487 Maikammer ☎ Tel.: 06321 5680 praxis@mai-med.de	06.03. + 13.03.2020
BaQ_ BW_01	Asklepios Bildungszentrum Nordhessen Ort: Asklepios Klinikum Schwalmstadt, Diabetes Schulungsraum Franziska Buchwald, Laustraße 37, 34537 Bad Wildungen ☎ Tel.: 05621 795 24 13 fr.buchwald@asklepios.com	18.03. + 20.03.2020
BaQ_ RB_06	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22 ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	30.03. + 31.03.2020
BaQ_ BW_02	Asklepios Bildungszentrum Nordhessen Ort: Asklepios Klinikum Schwalmstadt, Diabetes Schulungsraum Franziska Buchwald, Laustraße 37, 34537 Bad Wildungen ☎ Tel.: 05621 795 24 13 fr.buchwald@asklepios.com	04.11. + 06.11.2020

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

➔ Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Klinik)

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

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

Weitere Informationen finden Sie auf www.ddg.info/weiterbildung/diabetes-pflegefachkraft-ddg-klinik.html

➔ Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Langzeit)

Sofern Sie Interesse an Veranstaltungen haben, setzen Sie sich gerne direkt mit den Veranstaltern in Verbindung. Hier erhalten Sie auch weitere Informationen: info@iigm.de. Die Kosten für die Weiterbildung betragen zurzeit 1.000,- € Kursgebühr, zzgl. 270,- € Prüfungs- und Materialgebühr. Die Weiterbildung findet an zehn einzelnen Kurstagen in dem genannten Zeitraum statt. Die genauen Termine erfragen Sie bitte bei der Weiterbildungsstätte. **Die Anmeldung erfolgt direkt beim Anbieter: <https://www.iigm.de>**

Weitere Informationen finden Sie auf der Webseite

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

➔ Podologe/Podologin DDG

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

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

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

➔ Wundassistent/in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
54	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Rheine Frankenburgstr. 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/421101 ☎ Fax: 05971/421116 r.ricklin@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	16.03. – 21.03.2020
44	CID Centrum für integrierte Diabetesversorgung Kursort: St. Vinzenz-Hospital, Merheimer Str. 221-223, 50733 Köln Anmeldung: ☎ Tel.: 0221/9349461 schulung@cid-direct.de www.cid-direct.de	23.03. – 27.03.2020
43	Deutsches Institut für Wundheilung , Kursort: Radolfzell, Fritz-Reichle-Ring 2, 78315 Radolfzell ☎ Tel.: 07732/9391525 info@deutsches-wundinstitut.de www.deutsches-wundinstitut.de	20.04. – 24.04.2020
22	Diabetes Zentrum Thüringen e.V. (Universitätsklinikum Jena, Klinik für Innere Medizin III, FB Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen) Am Klinikum 1, Gebäude A, 07743 Jena ☎ Tel.: 03641 9324341, ☎ Fax: 03641 9324342 annett.bechstedt@med.uni-jena.de, www.diabetes-thueringen.de	1. Block: 06.05. – 08.05.2020 2. Block: 13.05. – 15.05.2020

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
14	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22 ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	15.06. – 19.06.2020
45	CID Centrum für integrierte Diabetesversorgung Kursort: St. Vinzenz-Hospital, Merheimer Str. 221-223, 50733 Köln ☎ Tel.: 0221/9349461 schulung@cid-direct.de www.cid-direct.de	14.09. – 18.09.2020
23	Diabetes Zentrum Thüringen e.V. (Universitätsklinikum Jena, Klinik für Innere Medizin III, FB Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen) Am Klinikum 1, Gebäude A, 07743 Jena ☎ Tel.: 03641 9324341 ☎ Fax: 03641 9324342 annett.bechstedt@med.uni-jena.de www.diabetes-thueringen.de	1. Block: 07.10. – 09.10.2020 2. Block: 14.10. – 15.10.2020
44	Deutsches Institut für Wundheilung Kursort: Radolfzell Fritz-Reichle-Ring 2, 78315 Radolfzell ☎ Tel.: 07732/9391525 info@deutsches-wundinstitut.de www.deutsches-wundinstitut.de	26.10. – 30.10.2020
55	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Rheine Frankenburgstr. 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/421101 ☎ Fax: 05971/421116 r.ricklin@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	02.11. – 07.11.2020

ACHTUNG: neue Preise ab 2020

Kosten: Die Kosten des Kurses betragen ab 2020 700,- € inkl. Material und Prüfungsgebühr.

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

Hier erhalten Sie auch Auskunft über das Bewerbungsverfahren.

Weitere Termine und Infos finden Sie auf www.ddg.info/weiterbildung/wundassistentin-ddg/kurstermine.html

➔ Seminare Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung in der Diabetologie

Kurs	Termine	Tagungsort	Kosten
Dr. rer. medic. Nicola Haller medipäd Am Bühl 7 1/2, 86199 Augsburg ☎ Tel.: 0175/4004901 dr.nicola.haller@medi-paed.de www.medi-paed.de	29.11. – 02.12.2019 (ausgebucht) 13.03. – 16.03.2020 08.05. – 11.05.2020 24.07. – 27.07.2020 25.09. – 28.09.2020 27.11. – 30.11.2020	Augsburg, Tagungszentrum Hotel am alten Park, DIAKO (zentral in Bahnhofsnähe)	699 € inkl. MwSt. inkl. Seminarunterlagen und Pausengetränke 31 Fortbildungspunkte für 4 Tage
Dipl.-Psych. Heinrich Vogel Praxis für Psychotherapie Olvenstedter Straße 10, 39108 Magdeburg ☎ Tel.: 0176 - 40 03 19 11 info@heinrich-vogel.eu	Teil I: 08./09.02. 2020 Teil II: 07./08.03. 2020	Magdeburg, Praxis für Psychotherapie	600 € inkl. Pausenbewirtung (gemeinsames Mittagessen kann organisiert werden) Fortbildungspunkte werden beantragt
willms.coaching Wilhelm-Busch-Str. 19, 37083 Göttingen ☎ Tel.: 0551/7974741 ☎ Fax: 0551/7974740 office@willmscoaching.de www.willmscoaching.de	11.12. – 14.12.2019 16.01. – 19.01.2020 12.02. – 15.02.2020 22.04. – 25.04.2020 24.09. – 27.09.2020 12.11. – 15.11.2020* *Schwerpunkt Pädiatrie 08.12. – 11.12.2020	Göttingen, Eden Hotel	720 € inkl. Pausenbewirtung und Mittagessen Frühbucherrabatt bei Zah- lungseingang 60 Tage vor Seminarbeginn Fortbildungspunkte der Ärztekammer werden erteilt.

➔ Fachpsychologe/Fachpsychologin DDG

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

➔ 80-Std.-Kurs Klinische Diabetologie

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

Kosten: 1.250,- € für beide Kursteile.



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



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



Foto: iStock/Pykhodov

Versand zweiwöchentlich

DiabetesLetter für Fachärzte

Medical Tribune hält Sie auf dem Laufenden!

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

Wohin bewegt sich die Diabetologie?

Der DiabetesLetter für Haus- und Fachärzte informiert Sie über:

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

Bestellcoupon

Einfach ausfüllen und **per Post**
oder **per Fax** an **0611 9746 480-228**
senden.

Bitte vergessen Sie nicht Ihre E-Mail Adresse anzugeben!

**Medical Tribune
Verlagsgesellschaft mbH**
Vertriebsabteilung
Unter den Eichen 5
D-65195 Wiesbaden

MTD DDG 11/2019

Ja, ich abonniere kostenlos
den zweiwöchentlichen DiabetesLetter

Des weiteren möchte ich folgende kostenlose Newsletter abonnieren:

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> PraxisLetter | <input type="checkbox"/> PneumoLetter | <input type="checkbox"/> DermaLetter |
| <input type="checkbox"/> OnkoLetter | <input type="checkbox"/> GastroLetter | <input type="checkbox"/> InfoLetter mit Cartoon |
| <input type="checkbox"/> NeuroLetter | <input type="checkbox"/> KardioLetter | <input type="checkbox"/> HonorarLetter |

(bitte ankreuzen)

E-Mail Adresse

Name

Fachrichtung

Datum, Unterschrift

Die DDG Job- und Praxenbörse

Sie suchen eine Stelle, einen Mitarbeiter oder einen Nachfolger bzw. Mieter für Ihre Praxis? Dann nutzen Sie den kostenlosen Service unter www.ddg.info/job-und-praxenboerse.html

STELLENANGEBOTE

Hamburg 05.11.2019

Diabetesberater/Diabetesassistent DDG (m/w/d) in Vollzeit, ab sofort

Stellenprofil

- Tätigkeit als: Diabetesberater/ Diabetesassistent DDG (m/w/d)
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Stellenbeschreibung: Zur Unterstützung unseres Teams suchen wir einen Diabetesassistenten/ Diabetesberater DDG.
- Ihre Aufgaben:
 - Einzelberatung bei Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2
 - Ernährungsberatung
 - Insulindosisanpassung
 - Medias2-Schulung
 - ICT/CT/BOT Schulung
 - Beratung bei Gestationsdiabetes
 - CGM/FGM Schulung
 - CSII Schulung

- Wir bieten:
 - zuverlässige Arbeitszeiten
 - ein tolles Team

Bei unseren Stellenangeboten suchen wir motivierte, selbstständige, einsatzfreudige, freundliche, teamfähige und kommunikative Bewerber und bieten dafür Voll- sowie Teilzeitbeschäftigung, gute Arbeitsbedingungen und eine übertarifliche Vergütung.

- Kontakt: Diabetes Zentrum Wandsbek, Wandsbeker Marktstr. 73, 22041 Hamburg
- Ansprechpartner: Regina Ohland
- Telefonnummer: 040/24424980
- E-Mail: r.ohland@hamburg-diabetes.de
- Webseite: www.hamburg-diabetes.de

Würzburg 05.11.2019

Diabetesberater (m/w/d) in Vollzeit, Teilzeit, ab dem 1.1.2020

- Tätigkeit als: Diabetesberater (m/w/d)
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit, Teilzeit
- Stellenbeschreibung: Diabetologische Schwerpunktpraxis mit jungem, freundlichem und aufgeschlossenem Team sucht einen engagierten Diabetesberater. Es erwartet Sie ein interessanter und abwechslungsreicher Praxisalltag im DiaMedicum Würzburg. Haben wir Ihr Interesse geweckt? Senden Sie uns bitte Ihre aussagekräftige Bewerbung per E-Mail oder Post.

- Kontakt: MVZ Diamedicum Würzburg, Eichendorffstr. 12d, 97072 Würzburg
- Ansprechpartner: Dr. Dominik Bergis
- Telefonnummer: 0931/6666280
- E-Mail: bergis@diamedicum.de
- Webseite: www.diamedicum.de

Kelkheim 03.11.2019

Diabetologe (m/w/d) in Teilzeit, ab sofort

- Tätigkeit als: Diabetologe (m/w/d)
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Stellenbeschreibung: Wir sind eine große internistische Gemeinschaftspraxis in Kelkheim/ Taunus ca. 15 km entfernt von Frankfurt und Wiesbaden. Wir sind 2018 in komplett neue Praxisräume in Kelkheims Stadtmitte umgezogen. Zahlreiche Kollegen sind in unmittelbarer Nachbarschaft tätig. Patienten können im Gebäude das Parkhaus nutzen und direkt mit dem Aufzug die Praxis aufsuchen. Wir bieten das gesamte Spektrum der Inneren Medizin inkl. Gastro- und Koloskopien an. In der Diabetologie werden Typ-1- und Typ-2-Diabetiker, Gestationsdiabetikerinnen und Insulinpumpen-Patienten sowie Patienten mit diabetischen Fußsyndrom betreut. Wir haben die Weiterbildungsmöglichkeit zum Internisten und zur Allgemeinmedizin, eine Weiterbildungsmöglichkeit zur Diabetologie ist beantragt und liegt der LÄKH vor. Zur Unterstützung der diabetolog. Tätigkeit von Dr. Albrecht suchen wir ab sofort einen Diabetologen oder einen an der Weiterbildung zum Diabetologen interessierten Kollegen (gerne auch als Teilzeitkraft). Wir könnten uns auch einen Kollegen mit ½ Stelle als Gastroenterologe + ½ Stelle als Diabetologe oder in anderen Aufteilungen vorstellen. Wenn dies Ihr Interesse geweckt hat, können Sie uns gerne per E-Mail oder Telefon kontaktieren.

- Kontakt: Gem.-Praxis Albrecht/Wardak, Am Marktplatz 5, 65779 Kelkheim
- Ansprechpartner: Dr. Albrecht
- Telefonnummer: 06195/2992
- E-Mail: info@internisten-kelkheim.de
- Webseite: www.internisten-kelkheim.de



Weitere Angebote unter:
www.ddg.info/job-und-praxenboerse.html

Berlin 03.11.2019

Facharzt (m/w/d) für diabetologische Schwerpunktpraxis in Vollzeit, Teilzeit, ab sofort

- Tätigkeit als: Facharzt (m/w/d)
- Voraussichtliche Dauer: befristet
- Arbeitszeit: Vollzeit, Teilzeit
- Stellenbeschreibung: Ich suche eine Praxisvertretung zum nächstmöglichen Zeitpunkt für ca. einen Monat evtl. auch länger in Teil- oder Vollzeit für meine Allgemeinmedizinische Praxis mit diabetologischem Schwerpunkt im Zentrum Berlins. Bei Interesse melden Sie sich gerne per E-Mail und ich melde mich umgehend mit genaueren Informationen bei Ihnen zurück.

- Kontakt: Diabetologische Schwerpunktpraxis, Berlin
- Ansprechpartner: Diabetologie Berlin
- E-Mail: diabetologieberlin@gmail.com

Rheinbach 31.10.2019

Wundmanager/ Wundassistent (m/w/d) in Vollzeit, Teilzeit, ab sofort

- Tätigkeit als: Wundmanager/ Wundassistent (m/w/d)
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit, Teilzeit
- Stellenbeschreibung: Wir sind eine große diabetologische Schwerpunktpraxis in Rheinbach und suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen Wundmanager für unsere Fußprechstunde. Gerne natürlich auch mit anderen Zusatzqualifikationen, wie Diabetesassistent/ Diabetesberater (aber nicht zwingend notwendig!).

- Kontakt: Praxis Dr. Martina Lange, Gerbergasse 1-3, 53359 Rheinbach
- Ansprechpartner: Andrea Jäger
- Telefonnummer: 0226/911530
- E-Mail: info@praxis-martinalange.de
- Webseite: praxis-martinalange.de

Mosbach 30.10.2019

Diabetologe und/oder Weiterbildungsassistent für Diabetologie (m/w/d) in Vollzeit, Teilzeit, ab sofort

- Tätigkeit als: Diabetologe und/oder Weiterbildungsassistent für Diabetologie (m/w/d)
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit, Teilzeit

- Kontakt: Diabeteszentrum Neckar-Odenwald, Gartenweg 12, 74821 Mosbach
- Ansprechpartner: Frau Mertin
- Telefonnummer: 06261/9198211
- E-Mail: a.mertin@diabeteszentrum.org

Königstein 28.10.2019

Diabetesberater DDG (m/w/d) in Teilzeit, ab sofort

- Tätigkeit als: Diabetesberater DDG (m/w/d) in Teilzeit
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Stellenbeschreibung: Als moderne Fachklinik für AHB und Rehabilitation für Herz- und Gefäßkrankheiten, Stoffwechsel, Diabestes und Orthopädie suchen wir Sie zur Verstärkung unseres multiprofessionellen Teams. Mit Ihrer breiten Expertise leiten Sie routiniert Gruppenschulungen für Diabetiker (Typ 1 und Typ 2). Die Einzelberatung für stationäre Patienten steht ebenfalls auf Ihrer Agenda, genau wie Einzel-/ Gruppenschulungen zu den Themen Hypertonie sowie Gerinnung. Mit Ihrem Blick für die wichtigen Details erarbeiten Sie passgenaue Insulinschemata für unsere Patienten. In Zusammenarbeit mit unserem Oberarzt agieren Sie während der Insulinsprechstunde als vertrauensvoller Ansprechpartner.
- Ihr Profil: Hierfür kombinieren Sie eine Ausbildung in einem medizinischen Pflegeberuf mit einer erfolgreichen Weiterbildung zum Diabetesberater nach DDG. Außerdem können Sie auf einschlägige Berufserfahrung zurückgreifen. Nicht zuletzt punkten Sie mit Kommunikationsstärke, pädagogischem Know-how und einer durchweg selbstständigen Arbeitsweise.
- Unser Angebot: Freuen Sie sich auf eine anspruchsvolle, abwechslungsreiche Tätigkeit in einem offenen und kollegialen Betriebsklima. Wir unterstützen Sie mit einer strukturierten Einarbeitung sowie vielfältigen Fort- und Weiterbildungsangeboten. Überzeugen Sie sich auf unserer Website von der geschmackvollen und hochwertigen Ausstattung unseres Hauses.

- Kontakt: Klinik Königstein der KVB, Sodener Str. 43, 61462 Königstein
- Ansprechpartner: Christine Bastian
- Telefonnummer: 06174/204510
- E-Mail: bewerbungen@kvb-klinik.de
- Webseite: www.kvb-klinik.de

Merseburg 26.10.2019

Diabetesassistent/MFA zur Ausbildung Diabetesassistent (m/w/d) in Teilzeit, ab sofort

- Tätigkeit als: Diabetesassistent/ MFA zur Ausbildung Diabetesassistent (m/w/d)
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Stellenbeschreibung: Suchen MFA mit Zusatzqualifikation im Bereich Diabetologie in Schwerpunktpraxis. Teilzeit 30 Stunden – verhandelbar. Wir würden alternativ auch eine Ausbildung zum Diabetesassistenten finanzieren. Bieten gutes Gehalt. www.arztpraxis-busse-voigt.de

- Kontakt: Arztpraxis Busse-Voigt, Lindenstr. 2, 06217 Merseburg
- Ansprechpartner: Dr. Franziska Busse-Voigt
- Telefonnummer: 0177/2157578
- E-Mail: info@arztpraxis-busse-voigt.de
- Webseite: www.arztpraxis-busse-voigt.de

Ostfildern-Ruit 22.10.2019

Arzt in Weiterbildung zum Facharzt (m/w/d) für Innere Medizin in Vollzeit, Teilzeit, ab sofort

- Tätigkeit als: Arzt in Weiterbildung zum Facharzt (m/w/d) für Innere Medizin
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit, Teilzeit
- Stellenbeschreibung: MITEINANDER ARBEITEN BEI DEN MEDIUS KLINIKEN
Drei Standorte. Über 3.000 engagierte Mitarbeiter. Ein starkes Team: Als Klinikverbund wissen wir um die besondere Kraft des Miteinanders. Das zeigt sich besonders in der wertschätzenden, konstruktiven Zusammenarbeit – in den einzelnen Abteilungen, über Bereichs- und Standortgrenzen hinaus sowie mit Patienten, Angehörigen und niedergelassenen Ärzten.

WERDEN SIE ZUM NÄCHSTMÖGLICHEN ZEITPUNKT TEIL UNSERER STARKEN TEAMS ALS ARZT IN WEITERBILDUNG ZUM FACHARZT FÜR INNERE MEDIZIN in der Klinik für Innere Medizin an der medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT in Voll- oder Teilzeit

- An der medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT verfügen die Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie und Tumormedizin, die Klinik für Innere Medizin, Herz- und Kreislauferkrankungen und die Klinik für Innere Medizin, Altersmedizin und Palliativmedizin über ca. 120 Betten. Eine Palliativstation und eine Interdisziplinäre onkologische Ambulanz sind an die Klinik assoziiert. Ein Dialyse-Zentrum ergänzt das internistische Spektrum. Wir sind zudem Notarztstandort für die Region. Sie haben bei uns die Möglichkeit in angemessener Zeit zum Allgemeinmediziner, Internist ohne Schwerpunkt, Kardiologe, Gastroenterologe, Notfallmediziner, Palliativmediziner, Geriater und/oder Diabetologe ausgebildet zu werden.
- Ihr Wirkungsfeld: Ganzheitliche medizinische Versorgung unserer Patienten sowie Mitwirkung an der zukunftsorientierten Weiterentwicklung der Klinik
- Bereichern Sie unser Team: Als aufgeschlossener Arzt mit Freude am entsprechenden Fachgebiet und mit Ihrem Engagement sich in unser Team einzubringen. Durch Ihre ausgeprägte Sozialkompetenz und Ihre Bereitschaft mit allen Berufsgruppen zusammenzuarbeiten
- STARKES TEAM MIT KLAREN WERTEN
- Miteinander Arbeiten:
 - Starkes Miteinander und Kommunikation auf Augenhöhe
 - Patensystem zur strukturierten Einarbeitung
 - Vielfältige Arbeitszeitmodelle, z. B. Homeoffice, Sabbatical
- Fachkompetenz, die Vertrauen schafft:
 - Umfangreiche Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten u. a. in der medius KLINIKEN AKADEMIE
 - Individuelle Personalentwicklung
- Oft sind es die kleinen Dinge, die den Unterschied machen:
 - Betriebliche Renten- und BU-Versicherung
 - Personalwohnungen und Personalverkauf in Apotheke und Lager
 - Fitnessangebote und Businessbike
 - Eigene Kindertagesstätte und Kinderferienprogramm etc.
 - Ausreichend klinische Parkplätze

GEMEINSAM BEWEGEN WIR MEHR – DAHER FREUEN WIR UNS AUF IHRE BEWERBUNG. Hierzu wählen Sie unter www.medius-kliniken.de im Bereich Beruf & Chancen die Stellenausschreibung mit dem Kennwort mKR001817 aus und klicken auf den „Jetzt Bewerben“ Button. Weitere Informationen zur Stelle erhalten Sie gerne von Herrn Chefarzt Prof. Dr. Bodo Klump unter Telefon 0711/448811400. Schwerbehinderte werden bei gleicher Eignung bevorzugt berücksichtigt. medius KLINIKEN gGmbH, Personalmanagement Charlottenstraße 10, 73230 Kirchheim unter Teck

- Kontakt: medius KLINIKEN gGmbH, 73760 Ostfildern-Ruit
- Ansprechpartner: Zentrales Bewerbermanagement
- Telefonnummer: 07021/8844350
- E-Mail: bewerbermanagement@medius-kliniken.de
- Webseite: www.medius-kliniken.de

STELLENANGEBOTE

Stuttgart 24.10.2019

Oberarzt (m/w/d) in Vollzeit, Teilzeit, ab sofort

- Tätigkeit als: Oberarzt (m/w/d)
- Arbeitszeit: Vollzeit, Teilzeit
- Stellenbeschreibung: Ggf. Standort: Krankenhaus Bad Cannstatt
Berufsbezeichnung Oberarzt
Klinik/Zentrum Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Geriatrie innerhalb des Zentrums für Innere Medizin am Klinikum Stuttgart
Zu besetzen ab/bis: Zum frühestmöglichen Zeitpunkt in Voll- oder Teilzeit (80%)
- Ihre Aufgaben/ Beschreibung: Die Medizinische Klinik III umfasst das gesamte Spektrum der Inneren Medizin und die Schwerpunkte Diabetologie, Endokrinologie und Geriatrie.
- Ihr Profil:
 - Facharzt für Innere Medizin wird vorausgesetzt
 - Schwerpunkt in einem der Kerngebiete der Klinik wäre wünschenswert
 - Promotion (kann bei wissenschaftlichem Interesse ggf. erworben werden)
 - Teilnahme am Rufbereitschaftsdienst und an der stationären Patientenversorgung ist gefordert
 - Team- und Organisationsfähigkeit
 - Fähigkeit zu wirtschaftlichem Denken und Handeln
- Unser Angebot:
 - Ein breit gefächertes Aufgabengebiet
 - Vergütung nach TV-Ärzte/VKA
 - Zusätzliche Weiterbildungsmöglichkeit im Schwerpunkt Diabetologie, Geriatrie oder Endokrinologie
 - Die Medizinische Klinik III wird von einem jungen, dynamischen und aktiven Team mit großem Zusammenhalt geprägt
 - Eine arbeitgeberfinanzierte betriebliche Altersvorsorge
 - Zusätzliche finanzielle Leistungen z.B. Zuschuss zum Nahverkehrsticket des VVS, etc.
- Weitere zusätzliche Leistungen wie: Betriebliches Gesundheitsmanagement, Sportangebote, gutes und preiswertes Essen im Betriebsrestaurant
- Ansprechpartner für telefonische Rückfragen: Für Fragen und Informationen steht Ihnen Herr Prof. Dr. Lobmann unter 0711/27822600 zur Verfügung.
- E-Mail-Adresse für Online-Bewerbung: M3-kbc(at)klinikum-stuttgart.de, Kennzahl: 1-19-220
Schwerbehinderte werden bei entsprechender Eignung mit Vorrang berücksichtigt.

Interessiert?

Dann senden Sie Ihre Bewerbung bitte unter Angabe der Kennzahl 1-19-220 an das Klinikum Stuttgart; Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Geriatrie; Herrn Ärztlichen Direktor Prof. Dr. Lobmann; Postfach 102644; 70022 Stuttgart. Bitte senden Sie uns im Fall einer Papierbewerbung nur Kopien ohne Plastikhüllen o. ä., da keine Rücksendung erfolgt. Nach Abschluss des Auswahlverfahrens werden alle Unterlagen vernichtet.

- Kontakt: Klinikum der Landeshauptstadt Stuttgart, Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Geriatrie, Standort Krankenhaus Bad Cannstatt, Prießnitzweg 24, 70374 Stuttgart
- Ansprechpartner: Prof. Dr. Ralf Lobmann
- Telefonnummer: 0711/27822601
- E-Mail: r.lobmann@klinikum-stuttgart.de
- Webseite: www.klinikum-stuttgart.de

NACHFOLGE GESUCHT

Gronau 17.10.2019

Nachfolger (m/w/d) für Diabetologie

- Fachrichtung: Diabetologie
- Beschreibung: Große diabetologische Schwerpunktpraxis mit zertifizierter Fußambulanz, hausärztliche Versorgung, in einem MVZ in Gronau/Westfalen sucht einen Nachfolger.

- Kontakt: MVZ Vita, DSP, Pfarrer-Reukes-Str. 12, 48599 Gronau
- Ansprechpartner: Dr med M Pfeiffer und/oder Gerd Dreihus
- Telefonnummer: 02562/3258 oder 02562/9151024
- E-Mail: pfeiffer@mvz-vita-gronau.de

FAMULATUR, PJ, HOSPITATION

IIm-Kreis-Klijiken Standort Arnstadt, Innere Medizin 2/ Diabetologie Bärwinkelstr. 33, 99310 Arnstadt

- Merkmale: Fußbehandlung (DDG Zertifikat)
- Wir bieten an: Hospitation
Wir suchen für unsere nächste Rezertifizierung als Fußbehandlungseinrichtung einen Hospitanten. Die Hospitation sollte 2020 erfolgen, spätestens Januar 2021. Wir freuen uns auf Sie.
- Ansprechpartner: OÄ Dr. Sabine Römer
- Telefonnummer: 03628/91950372
- E-Mail-Adresse: sabine.roemer@ilm-kreis-kliniken.de

Diabeteszentrum Forchheim, Diabetologie, Bayreuther Str. 4, 91301 Forchheim

- Merkmale: Diabetologikum (DDG Zertifikat)
- Wir bieten an: Hospitation, Diabeteszentrum mit Fußambulanz, inklusive Kinder und Jugendliche
- Ansprechpartner: Dr. Iris Lowack
- Telefonnummer: 0171/2872519
- E-Mail-Adresse: iris.lowack@t-online.de

Weitere Famulatur-, PJ-, und Hospitationsplätze jetzt online finden:
www.ddg.info/famulatur-pj-und-hospitationsboerse.html

Hamburg 21.10.2019

Diabetesassistent/-berater (m/w/d) in Vollzeit, ab dem 1.1.2020


- Tätigkeit als: Diabetesassistent/-berater (m/w/d)
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Stellenbeschreibung: Wenn Sie teamfähig & belastbar sind, selbstständig arbeiten & mit Schulungen (Gruppen & Einzel) sowie mit GDM4, CSII, CGM und FGM Erfahrung haben, freuen wir uns über Ihre Bewerbung. Zu Ihren Tätigkeiten gehören Diabeteschulungen, Einzelberatungen und die Betreuung von Patientinnen mit Gestationsdiabetes (DB), Insulinpumpentherapie (DB), sowie der Umgang mit CGM und FGM (DB).
- Kontakt: Diabeteszentrum Hamburg-Nord Ost, Bramfelder Chaussee 238-242, 22177 Hamburg
- Ansprechpartner: Petra Mai-Gonzalez
- Telefonnummer: 040/63295881
- E-Mail: dr.elsen@dr-elsen.de
- Webseite: www.diabeteszentrum-hh-nordost.de

// NEU AB
JANUAR 2020

SULIQUA
Insulin glargin (100 E/ml) und Lixisenatid

**ZWEIFACH
EINFACH STÄRKER***

Die Fixkombination aus einem Basalinsulin und einem GLP-1-Rezeptoragonisten, wenn eine BOT nicht mehr ausreicht



QR Code: www.suliqua.sanofi.de

Weitere Informationen zu **SULIQUA®** finden Sie unter www.suliqua.sanofi.de

BOT = basalanterstützte orale Therapie; GLP-1 = Glucagon-Like Peptide-1. *überlegene HbA_{1c}-Senkung von SULIQUA® vs. Insulin glargin 100 E/ml nach Woche 30.1 Aroda VR et al. Diabetes Care 2016; 39: 1972-80.

Suliqua 100 Einheiten/ml + 33 Mikrogramm/ml Injektionslösung in einem Fertipen.
Wirkstoffe: Insulin glargin und Lixisenatid. Zusammens.: Insulin glargin 100 E/ml (3,64 mg/ml) und Lixisenatid 33 µg/ml. Jeder Fertipen enthält 300 Einheiten Insulin glargin und 100 Mikrogramm Lixisenatid in 3 ml Lösung. Sonst. Bestand.: Glycerol 85%, Methionin, Metacresol, Zinkchlorid, Salzsäure, Natriumhydroxid, Wasser für Injektionszwecke. Anw.-geb.: Kombination mit Metformin bei Diabetes mellitus Typ 2 bei Erwachsenen, wenn Metformin allein oder Metformin in Kombination mit einem anderen oralen blutzuckersenkenden Arzneimittel oder mit Basalinsulin den Blutzuckerspiegel nicht ausreichend reguliert. Gegenanz.: Überempfindlichk. gegenüber d. Wirkstoffen/sonstig. Bestand. Warnhinw. u. Vorsichtsm.: Darf nicht angewendet werden bei Diabetes mellitus Typ 1 oder zur Behandl. der diabetischen Ketoazidose. Hypoglykämie ist die am häufigsten berichtete Nebenw. Hypoglykämie kann auftreten, wenn Suliqua-Dosis höher als erforderlich. Faktoren für verst. Hypoglykämie: Wechsel Injektionsgebiet, vermind. Insulinempfindlichkeit, starke/läng. körperl. Anstrengung, interkurr. Erkrank., unzureich. Nahrungsaufn./Mahlzeiten, Alkoholkons., Suliqua darf nicht in Kombination m. Sulfonharnstoff angew. werden. Bei Pankreatitis absetzen. Bei schwerer Magen-Darm-Erkrankung, insb. Gastroparese, schwerer Niereninsuffizienz, Dehydratation Anwendung nicht empfohlen. Wechselwirk.: Besondere Vorsicht bei Subst. mit Verstärk. d. Blutzuckersenk. / Erhöhung d. Anfälligk. f. Hypoglykämie z. B. Blutzuckers. AM, ACE-Hemmer, Disopyramid, Fibrate, Fluoxetin, MAO-Hemmer, Pentoxifyllin, Propoxyphen, Salicylate und Sulfonamid-Antibiotika. Besondere Vorsicht bei Subst. mit Abschw. d. Blutzuckersenk. z. B. Kortikosteroide, Danazol, Diazoxid, Diuretika, Glukagon, Isoniazide, Östrogene und Gestagene, Phenothiazin-Derivate, Somatropin, Sympathomimetika, Schilddrüsenhorm., atyp. Antipsychotika, Proteaseinhibitoren, Betablocker, Clonidin, Lithiumsalze o. Alkohol können sowohl zu Verstärk. bzw. zu Abschwäch. der blutzuckersenk. Wirkung von Insulin führen. Pentamidin kann Hypoglykämie verursachen, gelegl. mit nachf. Hyperglykämie. Unter Sympatholytika können die Symptome der adrenerg. Gegenregul. abgeschwächt/fehlend sein. Fertilität, Schwangersch. u. Stillz.: Darf während der Schwangersch. und in der Stillzeit nicht angewendet werden. Anw. bei Frauen im gebärfähigen Alter ohne Verhütung nicht empfohlen. Nebenwirk.: sehr häufig: Hypoglykämie, häufig: Gastrointestinale Störungen, Schwindel, gelegentlich: Rkt. an der Inj.stelle, Ermüdung, Abd.schmerz, Dyspepsie, Kopfschm., Urtikaria, Inf. der Atemwege, Nasopharyngitis. Verschreibungspflichtig. Pharmazeutischer Unternehmer: sanofi-aventis groupe, 54, rue La Boétie, F-75008 Paris, Frankreich. Örtlicher Vertreter d. Zulassungsinhabers: Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, D-65926 Frankfurt am Main. Stand: September 2019 (SADE.LALI.19.02.0480).

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden.

SANOFI

Wenn Sie eine Stellenausschreibung veröffentlichen möchten, einen Nachfolger oder Mieter für Ihre Praxisräume suchen oder ein Stellengesuch aufgeben möchten, füllen Sie bitte auf www.ddg.info/job-und-praxenboerse.html unter der jeweiligen Kategorie das Formular aus.

Ihre Ansprechpartnerin in der DDG Geschäftsstelle ist:

Steffi Rudloff
Tel.: 030 / 311 69 37 15
Fax: 030 / 311 69 37 20
E-Mail: rudloff@ddg.info

Foto: fotolia/Brad Pict

STELLENGESUCHE

Leipzig und 50 km Umkreis 04.11.2019

Facharzt Innere WB Diabetologie DDG in Teilzeit ab 1.1.2020

- Stellengesuch als: Facharzt Innere WB Diabetologie DDG
- Möglicher Arbeitsbeginn: 1.1.2020
- Gewünschte Arbeitszeit: Teilzeit
- Gewünschter Einsatzort: Leipzig und 50 km Umkreis
- Kontakt: hein_heike(at)gmx.de

Siegen und Umkreis bis 50 km 01.11.2019

Diabetesberaterin in Teilzeit ab 1.12.2019

- Stellengesuch als: Diabetesberaterin
- Ausbildung: 8/1992 MFA; 7/2002 Diabetesberaterin DDG
- Berufsgruppe: Diabetesberaterin
- Möglicher Arbeitsbeginn: 1.12.2019
- Gewünschter Vertrag: unbefristet
- Gewünschte Arbeitszeit: Teilzeit
- Gewünschter Einsatzort: Siegen und Umkreis bis 50 km
- Berufserfahrung in Jahren: 17
- Bisherige Tätigkeit(en): Selbstständig Beratung, Schulung und DMP-Diabetes
- Fähigkeiten/Kenntnisse: Siehe Ausbildungsnachweise. Vollständige Bewerbung mit Lebenslauf und Arbeitszeugnissen kann kurzfristig vorgelegt werden. Ausbildungsnachweis 1 Ausbildungsnachweis 2
- Kontakt: Frau Sandra Gierlich-Burgmann
- E-Mail: sandra.gierlich-burgmann@gmx.de

Essen und Umgebung 23.10.2019

Diabetesassistentin in der Weiterbildung in Vollzeit, Teilzeit ab sofort

- Stellengesuch als: Diabetesassistentin in der Weiterbildung
- Ausbildung: Dipl. oec. troph.
- Möglicher Arbeitsbeginn: ab sofort
- Gewünschter Vertrag: unbefristet, befristet
- Gewünschte Arbeitszeit: Vollzeit, Teilzeit
- Gewünschter Einsatzort: Essen und Umgebung
- Kontakt: Frau Kathrin Heck
- E-Mail: kathrin.heck.78@gmail.com

Würzburg und Umgebung bis 30 km 08.10.2019

Diätassistentin in Weiterbildung als Diabetesberaterin DDG in Vollzeit, Teilzeit ab sofort

- Stellengesuch als: Diätassistentin in Weiterbildung als Diabetesberaterin DDG
- Ausbildung: Diätassistentin
- Möglicher Arbeitsbeginn: ab sofort
- Gewünschter Vertrag: unbefristet
- Gewünschte Arbeitszeit: Vollzeit, Teilzeit
- Gewünschter Einsatzort: Würzburg und Umgebung bis 30 km
- Bisherige Tätigkeit(en): Abgeschlossene Ausbildung zur Diätassistentin, Praktika in einer Gemeinschaftspraxis mit Schwerpunkt Diabetologie und in der Stoffwechsellambulanz Uniklinikum Würzburg.
- Fähigkeiten/Kenntnisse: Russisch
- Kontakt: Frau Natalie Keib
- Telefonnummer: 0152/34264909
- E-Mail: natalie_keib@web.de

Praxis 07.10.2019

Praktikum Diabetesberaterin in Teilzeit ab 19.05.2020

- Stellengesuch als: Praktikum Diabetesberaterin
- Ausbildung: Kinderkrankenschwester
- Berufsgruppe: Pflegedienstleitung
- Möglicher Arbeitsbeginn: 19.5.2020
- Gewünschter Vertrag: unbefristet
- Gewünschte Arbeitszeit: Teilzeit
- Gewünschter Einsatzort: Praxis
- Berufserfahrung in Jahren: 15
- Bisherige Tätigkeit(en): Kinderkrankenschwester in Klinik Krankenschwester amb. Dienst, Stv. PDL/ PDL amb. Dienst, Weiterbildung zur Ernährungsberaterin
- Fähigkeiten/Kenntnisse: gut organisiert, selbstständige Arbeitsweise, zuverlässig, teamfähig, aufgeschlossen, hohe Lernbereitschaft Ernährungsberaterin, Team leiten, Computerkenntnisse, Führerschein, Personal-/ Patientengespräch führen
- Kontakt: Frau Katrin Seidemann
- E-Mail: katrin.seidemann@web.de

Kreis Lippe/Detmold 06.10.2019

Internistin und Diabetologin in Vollzeit ab 1.2.2020

- Stellengesuch als: Internistin und Diabetologin
- Berufsgruppe: Ärztin
- Möglicher Arbeitsbeginn: 1.2.2020
- Gewünschter Vertrag: unbefristet
- Gewünschte Arbeitszeit: Vollzeit
- Gewünschter Einsatzort: Kreis Lippe/ Detmold
- Berufserfahrung in Jahren: 10
- Kontakt: Internistin1@web.de

BUNTES

Bilderwettbewerb für junge Künstler »Diabetes kreativ«

Jetzt mitmachen!
Einsendeschluss ist der
31.12.2019

Der Wettbewerb »Diabetes kreativ« lädt jugendliche Diabetespatienten ein, sich kreativ mit ihrer Krankheit auseinanderzusetzen. Die Werke der jungen Künstler werden mit tollen Preisen prämiert und ausgestellt.

Unter der Schirmherrschaft der bayerischen Gesundheitsministerin Melanie Huml veranstaltet das CJD Berchtesgaden, ein Rehabilitationszentrum des Christlichen Jugenddorfwerk Deutschlands, in dem chronisch kranke Kinder und Jugendliche betreut werden, den Kreativwettbewerb für Diabetespatienten im Alter zwischen 6 und 18. Sie können eine Zeichnung, ein gemaltes Bild, eine Collage oder auch ein Foto, ein Video oder eine Computeranimation einreichen und damit tolle Preise gewinnen – darunter ein Skiwochenende in den Alpen, eine Switch-Konsole von Nintendo, ein Wochenende in den Bergen mit Spiel, Spaß und Sport, Schminkkoffer, Sportsonnenbrillen und vieles mehr.

Psychologen bestätigen, dass gerade in der Pubertät eine chronische Krankheit oft verdrängt wird. Jugendliche wollen nicht wahrhaben, dass sie mit dem Diabetes leben und sich entsprechend verhalten müssen. Dadurch entstehen vielfältige Probleme und teils auch schwere gesundheitliche

Belastungen. Der Kreativwettbewerb soll helfen, eine bessere Akzeptanz und einen besseren Zugang zur Krankheit zu entwickeln, aber auch bei den Mitmenschen der Kinder und Jugendlichen ein Bewusstsein für die chronische Erkrankung zu schaffen.

Teilnehmer schicken ihr Werk mit einem adressierten und ausreichend frankierten Rückumschlag an:

CJD Bayern
Buchenhöhe 46
83471 Berchtesgaden
Stichwort »Diabetes kreativ«

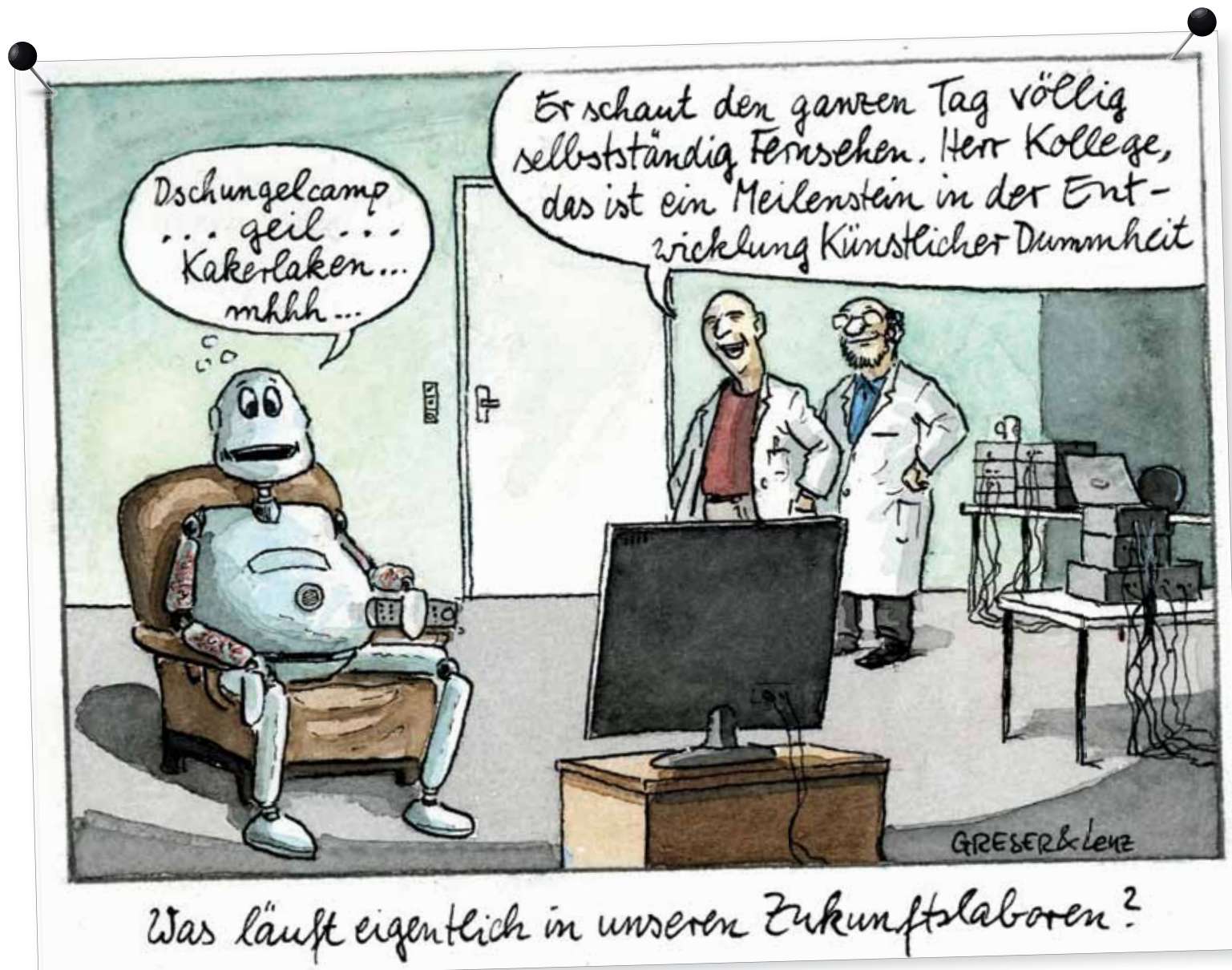
Einsendeschluss ist der **31. Dezember 2019**

Mehr Informationen unter
www.cjd-bayern.de/diabetes-kreativ

Ausgeschrieben wird der Wettbewerb vom Christlichen Jugenddorfwerk Deutschlands (CJD e.V.).



CLARA-MARIE (12) zeigt im Manga-Stil, wie cool Diabetes-Kids sind.



+++ Die nächste Ausgabe der diabetes zeitung erscheint am 18. Dezember +++