



## Auf Hausbesuch Kongresse werden digital

**BERLIN.** Nicht in Hannover, sondern in den heimischen vier Wänden findet dieses Jahr die Diabetes Herbsttagung statt. Corona lässt nichts anderes zu.

Die 14. Diabetes Herbsttagung der DDG mit Fokus auf Komplikationen der Erkrankung wird am 6. November 2020 um 12 Uhr virtuell eröffnet. Die wissenschaftlichen Symposien, Workshops und Praxisdialoge finden ebenfalls rein digital statt. Sie lassen sich live verfolgen und im Nachgang abrufen. Pro 90-Minuten-Symposium/Praxisdialog plus Lernerfolgskontrolle gibt es zwei CME- bzw. VDBD-Fortbildungspunkte. Das gewohnte Netzwerken vor Ort muss jedoch leider entfallen. Immerhin: Die

Digitalisierung und neue Diabetes-Technologien spielen eine wichtige Rolle bei der Tagung – hierfür bietet sich die digitale Ausrichtung optimal an, so die Fachgesellschaft. Sie musste dieses Jahr schon mehrere Fortbildungen von Präsenzveranstaltung auf online umstellen. Auch die „DDG Kongress Highlights 2020“, wo im Oktober das Wichtigste von den Kongressen der DDG, ADA und dem EASD praxisnah und kompakt vermittelt wird, gibt es als digitales Angebot. **17, 24**

### Diabetesstrategie ist nachzubessern

**BERLIN.** Die vom Bundestag verabschiedete Nationale Diabetesstrategie ist leider nur eine „Light“-Version geworden, kritisiert die DDG. Wichtige Maßnahmen würden fehlen. Von der Erarbeitung eines Eckpunktepapiers, das der Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes dienen soll, erhofft man sich noch wesentliche Nachbesserungen. **4**

## Neues und Altes im Fokus

Berichte vom virtuellen Kongress der American Diabetes Association

**CHICAGO.** Auch in diesem Jahr wurden im Rahmen der 80<sup>th</sup> Scientific Sessions der ADA die Ergebnisse großer Studien vorgestellt. Das Jubiläum wurde zwar rein digital begangen, doch Experten aus aller Welt trugen zu einem breiten und aktuellen

Kongressprogramm bei. So wurden die Ergebnisse der VERTIS-CV-Studie präsentiert, einer großen kardiovaskulären Endpunktstudie, in der die kardiovaskuläre Sicherheit von Ertugloflozin bestätigt werden konnte. Laut Professor Dr. Christopher

Cannon, Harvard Medical School, Boston, der die Daten erstmals im Detail vorstellte, decken sich die Erkenntnisse mit denen von anderen Verterern aus der Substanzklasse der SGLT2-Hemmer. Doch auch alte Studien brachten

Neues zutage: Präsentiert wurden Langzeitergebnisse aus der DPP-Outcome-Study. Demnach zeigen sich nun diabetespräventive Effekte von Interventionen wie Lebensstilveränderungen und Metformingabe – 20 Jahre nach Beginn des Diabetes Prevention Program. **10/11**

### Neuer Vorstand, große Aufgaben

**BERLIN.** Zehn Jahre lang war Professor Dr. Ralf Lobmann, Stuttgart, als erster Sprecher der AG Fuß tätig. Die AG hat in dieser Zeit wichtige Projekte vorangebracht und viele Mitglieder gewonnen. Ihre Themen führten zu politischem Handeln. Nun hat Dr. Michael Eckhard, Gießen, das Amt übernommen – und muss gleich dicke Bretter bohren. **18**

## Mehr Konzentration beim Videotermin

Telemedizin hilft jungen Patienten nicht nur während Coronazeiten

**MÜNSTER.** Plötzlich waren die Praxen leer – auch die von Kinderdiabetologe Dr. Ralph Ziegler. Im Interview berichtet er, wie er durch digitale Sprechstunden die

Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes aufrechterhalten konnte – und welche Vorteile er in der Telemedizin sieht. Denn nach seiner Erfahrung wa-

ren Familien und Patienten besser auf virtuelle Termine vorbereitet. Kleinere Anpassungen der Therapie, wie sie z.B. durch Wegfall von Unterricht und Bewegung

nötig wurden, ließen sich so schnell umsetzen. Selbst Schulungen waren möglich. Diese Angebote gilt es auszuweiten – auch für die Zeit nach der Pandemie. **6**

### Seite 12 Zielwerte bei Dyslipidämie gesenkt

**WIESBADEN.** Wie hoch die LDL-C-Werte höchstens sein sollten, hängt stark vom kardiovaskulären Risiko ab. In den neuen Empfehlungen wurden Grenzen nach unten korrigiert.

Mittendrin und digital – jetzt anmelden!

DIABETES HERBSTTAGUNG 2020 DDG

6. – 8. November 2020  
„Diabetes – besser unkompliziert“  
[www.herbsttagung-ddg.de](http://www.herbsttagung-ddg.de)

### Seite 19 Wettrennen in der Coronaforschung

**NUTHETAL/BOCHUM.** Publikationen zu SARS-CoV-2 gibt es viele – doch welchen Ergebnissen kann man trauen? Prof. Dr. Michael Nauck und Prof. Dr. Hans-Georg Joost ordnen ein.

### Was tun, wenn die Technik juckt?

**FELDAFING.** Die Bestandteile von Insulinpumpen und Glukosesensoren können zu Hautreaktionen führen – neben Irritationen kann sich auch eine allergische Kontaktdermatitis entwickeln, meist aufgrund von enthaltenen Klebstoffen. Die Dermatologin Dr. Stefanie Kamann beschäftigt sich seit Längerem mit dem Thema und erklärt, wie Hautreaktionen einzuordnen sind und welche Maßnahmen sich zum Schutz der Haut eignen. **21**

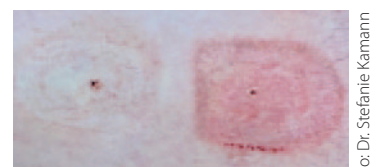


Foto: Dr. Stefanie Kamann

**News & Fakten**

Patienten per Fuß-Pass auf Zweitmeinungsverfahren hinweisen, Nationale Diabetesstrategie geht Verbänden nicht weit genug, Welche Rolle Kortisol bei COVID-19 und Diabetes spielt, Hyperglykämien durch Brustkrebsmedikament, Akzeptanz von Telemedizin, Zuckerreduktionsstrategie: Softdrinks bleiben zu süß, Politiker im Fragenhagel bei DiabetesDE ... 3–8

**Das Interview**

Kinderdiabetologe Dr. Ralph Ziegler berichtet, wie digitale Lösungen Sprechstunde und Schulungen teils aufrechterhalten ... 6

**Kongress aktuell**

Berichte vom ADA 2020, Berichte vom Diabetes Update 2020, Vorankündigung Diabetes Herbsttagung 2020 ... 10–16

**Im Blickpunkt**

Diabetes Herbsttagung 2020 wird digital, AG Fuß: Wechsel im Vorstand und Kontinuität in den Projekten, Fortbildungsreihe DDG Kongress Highlights vorgestellt, Coronaforschung im Schnellverfahren, COVID\*GRAPH vorgestellt, Expertenforum zur elektronischen Patientenakte steht an ... 17–19, 24

**Consilium Diabetes**

Diabetestechnologie, die am Körper befestigt wird, kann die Haut in Mitleidenschaft ziehen. Dermatologin Dr. Stefanie Kamann klärt auf. ... 21

**Forum Literatur**

Auswirkungen einer SGLT2-Blockade bei Älteren untersucht, Patienten mit iscCGM zufriedener, Nierenfiltrationsleistung unter GLP1-Rezeptoragonist unverändert ... 23, 25

**Medizin & Markt**

Berichte aus der Industrie ... 26

**Kurznachrichten**

Neu- oder rezertifizierte Kliniken und Arztpraxen, Neue Diabetologinnen und Diabetologen DDG ... 27

**Weiterbildung & Qualifikation**

Diabetesberater/in DDG, Diabetesassistent/in DDG, Fit für die Weiterbildung – Vorbereitungsseminar des VDBD, Train-the-Trainer-Seminar: »Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG«, Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG, Diabetespflegefachkraft DDG (Klinik), Diabetespflegefachkraft DDG (Langzeit), Wundassistent/in DDG, Podologe/in DDG, 80-Std.-Kurs Klinische Diabetologie, Seminare Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung in der Diabetologie, Fachpsychologe/in DDG ... 28–29

**Job- & Praxenbörse**

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

**Buntes** ... 32

# »Gesprächsfaden nicht abreißen lassen«

## Beschluss der Nationalen Diabetesstrategie erst der Anfang

Liebe Leserinnen und Leser, liebe Mitglieder der DDG,

bevor sich der Deutsche Bundestag in die Sommerpause verabschiedete, gab es aus diabetologischer Sicht einen Paukenschlag: Die seit mehr als zweieinhalb Jahren verschleppte Nationale Diabetesstrategie wurde endlich verabschiedet (Seite 4). Das ist zunächst ein großer Erfolg für die Diabetologie und auch für alle Verbände, Organisationen und Politiker, die sich mit uns für eine solche Nationale Diabetesstrategie in den letzten Jahren stark gemacht haben. Mein ausdrücklicher Dank gilt allen Mitstreitern an dieser Front für ihre kontinuierliche Unterstützung über die Jahre hinweg.

### »Es gilt, bei allgemeinen Beschlüssen nachzujustieren und zu präzisieren«

Studiert man die Verlautbarung im Detail, lassen sich einige sinnvolle Ansätze erkennen: wie die Forderung nach dem Ausbau von Lehrstühlen, die Stärkung der Forschung und eine bessere Berücksichtigung von Diabetes und Adipositas in den Studiencurricula. Auch die Forderungen nach einer Weiterentwicklung der DMPs und einer schnelleren und flächendeckenden Zugänglichkeit von Versorgungsdaten ist prinzipiell zu begrüßen – und auch dringend geboten. Leider ist das Papier in vielen Bereichen hinter unseren Vorstellungen zurückgeblieben: Weit hinter den aktuellen Erfordernissen rangieren die Vorschläge zur Prävention, Ernährung und Zuckerreduktion. Wir werden uns als DDG dafür einsetzen, dass die vagen Formulierungen im Präventionsgesetz nachjustiert und präzisiert werden. Auch bei den anderen genannten Themen werden wir unsere nicht genügend berücksichtigten Forderungen zur Verbesserung von Versorgung und Forschung weiterhin erheben und den Gesprächsfaden mit den Entscheidungsträgern aus Gesundheits- und Wissenschaftspolitik nicht abreißen lassen. Denn es gilt jetzt, aus den allgemeinen



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

Umrisslinien des Strategiepapiers konkrete Maßnahmen und Handlungsrichtlinien zu entwickeln, damit eine Nationale Diabetesstrategie nicht nur auf geduldigem Papier existiert, sondern auch in der Praxis seine Wirksamkeit entfaltet.

### »Diabetes Herbsttagung 2020 findet ausschließlich digital statt«

In Anbetracht der wieder steigenden Infektionszahlen und den damit verbundenen Ungewissheiten haben wir uns nach reiflicher Abwägung entschlossen, die Diabetes Herbsttagung ausschließlich digital durchzuführen. Damit schaffen wir frühzeitig Pla-

nungssicherheit. Getreu dem Tagungsmotto „Diabetes – besser unkompliziert“ nutzen wir die zahlreichen Möglichkeiten der virtuellen Welt, um die Herbsttagung für alle Teilnehmenden interessant, informativ, praxisnah und attraktiv zu gestalten. Das spannende Programm von Professor Dr. Ralf Lobmann und seinem Team deckt ein weites Spektrum aktueller Entwicklungen ab (Seite 16). Durch die rein digitale Durchführung sind die Beiträge nicht nur live, sondern auch als Aufzeichnung verfügbar. Das bietet die Möglichkeit, den Kongress individuell zu verfolgen und zahlreiche Fortbildungspunkte zu erwerben.

Die Urlaubszeit nähert sich ihrem Ende. Ich hoffe, dass Sie trotz der Umstände neue Kräfte sammeln konnten und gut für die zweite Hälfte dieses so denkwürdigen Jahres gerüstet sind.

Herzlichst Ihre

Prof. Dr. Monika Kellerer

**diabeteszeitung**

© 2020, Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH  
Alleiniger Gesellschafter: Süddeutscher Verlag  
Hüthig Fachinformationen GmbH, München

Verlag: Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH

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

CEO: Oliver Kramer

Geschäftsführung: 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. Moyo Grebbin,  
Dr. Kerstin Tillmann

Redaktion Politik: Michael Reischmann (verantwortlich),  
Isabel Aulehla

Weitere Mitarbeiter: Cornelia Kolbeck, Antje Thiel

Leitung Corporate Publishing: Hannelore Schell

Redaktionsbeirat:

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

Vertreter der angrenzenden Fachgebiete:

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

Koordination in der DDG Geschäftsstelle: Katrin Bindeballe

Leitung Layout: Andrea Schmuck

Layout: Beate Scholz, Mira Vetter

Objekt- und Medialeitung: Björn Lindenaus

Verkauf: Josef Hakam, Marc Bornschein, Lukas Koch

Anzeigen: Alexandra Ulbrich, Telefon: 0611 9746-121,  
Julia Paulus, Telefon: 0611 9746-123  
Telefax: 0611 9746 480-112

E-Mail: anzeigen@medical-tribune.de

Anzeigen-Preisliste Nr. 5 vom 1.1.2020

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: HYVEDE33XXX

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.

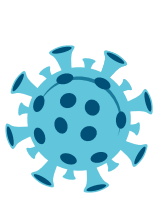
Fremdbeilage: Mylan

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

Dieses Druckerzeugnis wurde mit dem

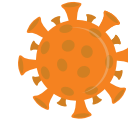
Blauen Engel ausgezeichnet





# Stress für Körper und Seele

## Welche Rolle Kortisol bei COVID-19 und Diabetes spielt



**BERLIN.** Das Stresshormon Kortisol beeinflusst sowohl den Verlauf von COVID-19 als auch die Blutzuckereinstellung. In Zeiten erhöhter Belastung durch Corona gilt es, negative wie positive Auswirkungen beim Therapiemanagement im Blick zu haben.

Durch die SARS-CoV-2-Pandemie steigen laut UN weltweit die psychischen Strapazen dramatisch an. „Zusätzlich zu den alltäglichen Belastungen, die jeden während der Coronapandemie getroffen haben und derzeit immer noch beschäftigen, sind chronisch Erkrankte weiteren Stressfaktoren ausgesetzt: Sie sorgen sich in besonderer Weise um ihre Gesundheit, da sie häufig als Risikopatienten gelten“, gab Professor Dr. MATTHIAS M. WEBER, Johannes Gutenberg-Universität Mainz, zu bedenken.

„Auch mentaler Stress hat einen großen Einfluss auf Hormon- und Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus und Bluthochdruck. Daher geraten Betroffene schnell in einen Teufelskreis aus Angst, Stress und schlechter Stoffwechsellaage, was zu besonderen gesundheitlichen Herausforderungen führt“, so der Experte weiter. Hintergrund ist die Wirkweise

des Stresshormons. „Da ein erhöhter Kortisolspiegel auch den Blutzucker ansteigen lässt, beeinflusst Stress auch die Stoffwechsellaage von Menschen mit Diabetes und kann so möglicherweise auch zu einer erhöhten Infektanfälligkeit und einem schweren Krankheitsverlauf bei COVID-19 beitragen“, erklärte Prof. Weber.



Fotos: iStock/Nuthawut Somsuk

Sorge vor Corona führt zu erhöhten Leveln von Kortisol.

Kortisol könnte auch aus einem weiteren Grund eine Schlüsselrolle im Verlauf der Infektion mit SARS-CoV-2 spielen, so das Ergebnis einer britischen Kohortenstudie mit insgesamt 535 Teilnehmern.<sup>1</sup>

### Hormonlevel könnte helfen den Verlauf vorherzusagen

Die 403 Patienten mit positivem SARS-CoV-2-Testergebnis oder klinischem bzw. radiologischem Verdacht auf COVID-19 wiesen deutlich erhöhte Konzentrationen des Stresshormons auf. Als Vergleich dienten Patienten mit anderen Infektionskrankheiten. Es zeigte sich, dass Patienten mit höheren Kortisolspiegeln eine schlechtere Prognose hatten. „Die Studie stellt auch einen möglichen Zusammenhang zwischen erhöhten Hormonkonzentrationen und Sterblichkeit auf“, so der Referent. „Kortisol könnte also als Biomarker für die Infektionsschwere fun-

gieren.“ Hierzu sind jedoch weitere Studien nötig.

Auf der anderen Seite steht der Vorbericht einer weiteren Studie, bei der die Behandlung mit Dexamethason bei schwer an COVID-19 Erkrankten zu einem besseren Überleben und einem kürzeren Verlauf der Erkrankung geführt hat. Ob sich die Substanz deshalb als Coronamedikament eignet, bleibt jedoch abzuwarten. „Das ist noch keine endgültige Publikation“, mahnte Prof. Weber. Was vorläufige Schlüsse bezüglich potenzieller Medikamente bedeuten, habe das Beispiel Hydroxychloroquin deutlich gemacht.

### Noch ist es zu früh für Therapieempfehlungen

WHO und Endokrinologen warnen daher vor einem routinemäßigen Dexamethasoneinsatz außerhalb klinischer Studien, da je nach Stadium der Infektion die Gabe auch negative Effekte haben könnte. „Hier besteht noch viel Forschungsbedarf“, so der Experte.

Klar scheint: Sowohl zu viel als auch zu wenig Kortisol kann in Coronazeiten gefährlich werden.

Dr. Susanne Gallus

Online-Presskonferenz DDG/DGE

1. Tan T et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2020; doi: 10.1016/S2213-8587(20)30216-3

»Schlüsselrolle im Verlauf der Infektion«

## Hyperglykämien bei Krebstherapie

**BASEL.** Ende Juli wurde Alpelisib in Kombination mit Fulvestrant in der EU zur Behandlung bei Brustkrebs zugelassen, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Im Rahmen der Zulassungsstudie SOLAR-1 traten als häufige Nebenwirkung vom Grad 3 oder 4 unter anderem Hyperglykämien auf – auch bei Patienten, die vor Beginn der Studie keinen Diabetes aufwiesen. Laut Information des Herstellers sollten Nüchternblutzuckerwerte und HbA<sub>1c</sub> in den ersten vier Wochen der Therapie häufig kontrolliert werden. Patienten sollen außerdem über Anzeichen und Symptome einer Hyperglykämie aufgeklärt werden. Konkret kann das Medikament bei Frauen nach der Menopause sowie bei Männern zum Einsatz kommen, die an einem fortgeschrittenen, sogenannten HR+/HER2- Brustkrebs mit PIK3CA-Mutation leiden, die bereits eine endokrine Therapie durchlaufen haben. dz

EMA (2020). Piqray. <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/piqray> (letzter Zugriff 06.08.2020)

Pressemitteilung Novartis

Rugo HS et al. Ann Oncol. 2020; 31: 1001-1010. doi: 10.1016/j.annonc.2020.05.001

## Typ-2-Diabetes



# Trulicity®: Kardiovaskulärer Nutzen<sup>1</sup> Stärkste Evidenz unter den GLP-1-RA zur Primärprävention kardiovaskulärer Ereignisse<sup>2,\*,#,+</sup>

<sup>1</sup> MACE-3 (major adverse cardiovascular event): Kardiovaskulärer Tod, nicht-todlicher Myokardinfarkt, oder nicht-todlicher Schlaganfall.

<sup>2</sup> Belegt durch eine placebokontrollierte, doppelblinde kardiovaskuläre Langzeit-Outcome-Studie REWIND, bei welcher Patienten mit Typ-2-Diabetes und unterschiedlich hohem kardiovaskulären Risiko (Alter ≥ 50 Jahre und klinisch manifeste Gefäßerkrankung, Alter ≥ 55 Jahre und subklinische Gefäßerkrankung; Alter ≥ 60 Jahre und Zutreffen von mind. 2 weiteren Risikofaktoren)<sup>1</sup> Dulaglutid 1,5 mg oder Placebo jeweils in Kombination mit einer Standardtherapie verabreicht wurde.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Trulicity® ist angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen mit unzureichend kontrolliertem Typ-2-Diabetes mellitus unterstützend zu Diät und Bewegung; als Monotherapie, wenn die Einnahme von Metformin wegen Unverträglichkeit oder Kontraindikationen nicht angezeigt ist, und zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung des Diabetes mellitus.<sup>3</sup>

<sup>+</sup> Trulicity® 1,5 mg unter den GLP-1-RA in der Prävention kardiovaskulärer Ereignisse

1. Gerstein HC et al., Diabetes Obes. Metab. 2018; 20: 42-49. 2. Buse JB et al. Diabetes Care. 2020 Feb; 43(2): 487-493. 3. Trulicity® Fachinformation Stand Oktober 2019.

**Trulicity® 0,75 mg Injektionslösung in einem Fertigpen, Trulicity® 1,5 mg Injektionslösung in einem Fertigpen.** Wirkstoff: Dulaglutid. **Zusammensetzung:** Jeder Fertigpen enthält 0,75 mg bzw. 1,5 mg Dulaglutid in 0,5 ml Lösung. **Sonstige Bestandteile:** Natriumcitrat, Zitronensäure, Mannitol, Polysorbat 80, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Trulicity ist angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen mit unzureichend kontrolliertem Typ 2 Diabetes mellitus unterstützend zu Diät und Bewegung; - Als Monotherapie, wenn die Einnahme von Metformin wegen Unverträglichkeit oder Kontraindikationen nicht angezeigt ist. - Zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung des Diabetes mellitus. Für Studienergebnisse hinsichtlich Kombinationen, Auswirkungen auf die glykämische Kontrolle und kardiovaskuläre Ereignisse, sowie untersuchten Populationen, siehe Fachinformation. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Hypoglykämie (bei Kombination mit Insulin, Glimperid, Metformin oder Metformin plus Glimperid), Übelkeit, Diarrhoe, Erbrechen, Bauchschmerzen. *Häufig:* Hypoglykämie (bei Monotherapie oder bei Kombination mit Metformin plus Pioglitazon), verminderter Appetit, Dyspepsie, Verstopfung, Blähungen, abdominale Distension, gastroösophageale Reflux-Erkrankung, Aufstoßen, Fatigue, Sinustachykardie, Atrioventrikulärer Block ersten Grads (AVB). *Gelegentlich:* Überempfindlichkeit, Dehydrierung, Cholelithiasis, Cholezystitis, Reaktionen an der Injektionsstelle. *Selten:* Anaphylaktische Reaktion, akute Pankreatitis, Angioödem. *Sehr selten:* Nicht mechanische intestinale Obstruktion. **Warnhinweise:** Dulaglutid darf nicht bei Patienten mit Typ 1 Diabetes mellitus oder zur Behandlung der diabetischen Ketoazidose angewendet werden. Dulaglutid ist kein Ersatz für Insulin. Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. Weitere Warnhinweise siehe Fachinformation. **Zulassungsinhaber:** Eli Lilly Nederland B.V.; Papendorpseweg 83, 3528 BJ Utrecht, Niederlande. **Vertrieb in Deutschland:** Lilly Deutschland GmbH, Werner-Reimers-Str. 2-4, D-61352 Bad Homburg. **Verschreibungspflichtig.** Stand der Information: Oktober 2019.

Leben so normal wie möglich

[www.lilly-diabetes.de/trulicity](http://www.lilly-diabetes.de/trulicity)  
[www.lilly-diabetes.de](http://www.lilly-diabetes.de)

Lilly

# Strategie »light« – Chance verpasst?

Maßnahmen gehen Diabetes-Verbänden nicht weit genug

**BERLIN.** Kurz vor der parlamentarischen Sommerpause wurde die Nationale Diabetesstrategie verabschiedet. Verbände, die jahrelang auf eine solche gedrängt haben, sind jedoch nicht zufrieden, denn große Veränderungen sind mit einer Strategie „light“, wie sie die DDG nennt, nicht zu erwarten.

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft begrüßt zwar grundsätzlich die Verabschiedung der Nationalen Diabetesstrategie im Bundestag. Jetzt könnten wichtige Punkte politisch umgesetzt werden, die Millionen Menschen mit Diabetes und künftigen Generationen zugutekommen. Wichtige, von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu Diabetes empfohlene Maßnahmen fehlten jedoch. Andere stünden ohne Bezug nebeneinander. „In den Bereichen Prävention, Versorgung, Forschung und Nachwuchsförderung in der Diabetologie ist die Politik hinter ihren Möglichkeiten geblieben“, bemängelt die Fachgesellschaft.

## Den Willensbekundungen müssen jetzt Taten folgen

Die Präsidentin der DDG, Professor Dr. MONIKA KELLERER, ist überzeugt: „Es kann sich bei der Nationalen Diabetesstrategie nur um einen ersten Aufschlag handeln, nun müssen den Willensbekundungen

»Von der WHO empfohlene Maßnahmen nicht beachtet«



Ausgedünnter Plenarsaal in Coronazeiten. Der Bundestag hat die Bundesregierung aufgefordert, gegen Adipositas und Diabetes aktiver zu werden.

Foto: Deutscher Bundestag/Achim Melde

Prävention gegen Übergewicht gedrängt worden. Unterschiedliche Auffassungen zwischen Union und SPD hatten dazu geführt, dass die im Koalitionsvertrag verankerte Nationale Diabetesstrategie nicht zügiger auf den Weg gebracht wurde.

## Nur ein Minimalkonsens nach sechs Jahren Verhandlung

Die Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten, DANK, kritisiert die Inhalte zur Prävention als grob unzureichend. Die 24 medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Verbände und Forschungseinrichtungen fordern eindringlich effektive bevölkerungsweite Maßnahmen zur Förderung gesunder Ernährung sowie eine höhere Besteuerung ungesunder Produkte bei gleichzeitiger Entlastung gesunder Produkte. Damit könnten endlich die überzuckerten Kinder-Frühstücksflocken aus den Regalen verschwinden, betont BARBARA BITZER, DANK-Sprecherin und Geschäftsführerin der DDG. Die Aussagen der Nationalen Diabetesstrategie bleiben hierzu vage. Die Parteien konnten sich trotz sechs Jahren Diskussion nur auf einen Minimalkonsens einigen.

Professorin Dr. MARTINA DE ZWAAN, Präsidentin der Deutschen Adipositas-Gesellschaft, sieht dennoch einen wichtigen Durchbruch, denn die Bundesregierung sei aufgefordert, ressortübergreifend im Bereich Prävention des Diabetes bzw. nicht-übertragbarer Krankheiten tätig zu werden. Adipositas werde zu Recht als „Erkrankung“ bezeichnet, für die nun erstmals im parlamentarischen Raum die Etablierung einer leitliniengerechten Regelversorgung für Adipositas Grad 1–3 vorgeschlagen werde. *Cornelia Kolbeck*

## Acht Themenkomplexe

Am 3. Juli 2020 nahm der Deutsche Bundestag den Antrag von CDU/CSU und SPD mit dem Titel „Start einer Nationalen Diabetes-Strategie – Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland und Versorgung des Diabetes mellitus zielgerichtet weiterentwickeln“ an. Darin werden Maßnahmen zu folgenden Themenkomplexen beschrieben:

- Diabetes-Bekämpfung als ressortübergreifende Aufgabe wahrnehmen,
- Vorbeugung und Früherkennung von Diabetes stärken und ausbauen,

- Versorgungsangebote für Diabetes bekanntmachen und weiterentwickeln,
- zuverlässige Datengrundlage zur Versorgungssituation bei Diabetes ausbauen,
- Information und Aufklärung über Diabetes verbessern,
- Diabetesforschung ausbauen,
- Telemedizin in der Diabetesversorgung ausbauen,
- gesunde Ernährung und mehr Bewegung erleichtern.

[bit.ly/Diabetesstrategie](https://bit.ly/Diabetesstrategie)

auch Taten folgen.“ Ähnlich schätzt diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe die Lage ein. Die acht Kernpunkte (siehe Kasten) enthielten viel Notwendiges, vor allem endlich ressortübergreifende Ansätze zur Diabetesprävention mit den Schwerpunkten Ernährung und Bewegung. NICOLE MATTIG-FABIAN, Geschäftsführerin von diabetesDE, vermisst allerdings besonders effektive verhältnispräventive Maßnahmen auf Bevölkerungsebene wie etwa die

Reduzierung des Zuckergehalts in Süßgetränken um 50 % sowie Werbeinschränkungen für Produkte mit Kinderoptik. Diese würden weiter vernachlässigt.

## Es fehlen Zeithorizonte für die Umsetzung der Maßnahmen

In der Strategie fehlten auch Zeithorizonte, bis wann die vorgeschlagenen Maßnahmen umgesetzt werden sollen, und Angaben zu ihrer Finanzierung. „Aus Sicht der Patienten ist

diese Nationale Diabetesstrategie somit im Vergleich zu einem verbindlichen Nationalen Diabetesplan analog eines Nationalen Krebsplans trotz aller ehrenwerten Bemühungen leider nur ein Spatz in der Hand, ein Spatz mit Kinderkrankheiten“, so Mattig-Fabian. Es handele sich auch nur um eine Absichtserklärung und kein Gesetz.

Von mehreren Seiten war im Vorfeld wegen der steigenden Fallzahlen bei Diabetes Typ 2 auf eine verstärkte

# Interstitielle Glukosemessung als Behandlungspflege

G-BA nimmt neue Nummer 11a ins Leistungsverzeichnis auf

**BERLIN.** Vertragsärzte können jetzt unter bestimmten Voraussetzungen auch die interstitielle Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten als Leistung der Behandlungspflege in der häuslichen Krankenpflege verordnen.

Bisher war nur die Blutzuckermessung im kapillaren Blut verordnungsfähig. Doch Mitte Juli ist eine vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossene Erweiterung des Leistungsverzeichnisses für die häusliche Krankenpflege in Kraft getreten. Die interstitielle Glukosemessung wurde als neue

Nummer 11a in das Verzeichnis der verordnungsfähigen Leistungen aufgenommen. „Der EBM muss nicht angepasst werden, sodass die Neuerung jetzt gilt“, teilt die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit.

Die neue Leistung der Behandlungspflege für Patienten mit intensiver Insulintherapie umfasst das Ermitteln und Bewerten des interstitiellen Glukosegehalts mittels Testgerät sowie bei Bedarf den Sensorwechsel und die Kalibrierung des CGM-Geräts. Das Messen setzt voraus, dass die Pflegefachkräfte in der Anwendung der Geräte geschult

sind. Die Maßnahmen sind nur verordnungsfähig bei Patienten mit

- einer hochgradigen Einschränkung der Sehfähigkeit oder
- einer erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten oder
- einer starken Einschränkung der körperlichen oder geistigen Leis-

tungsfähigkeit bzw. Realitätsverlust sowie

- bei Patienten, die entwicklungsbedingt noch nicht die Fähigkeit haben, die Leistungen zu erlernen oder selbstständig durchzuführen.

Die Begründung, warum der Patient nicht selbst die Messung vornehmen oder das Messergebnis ablesen oder den Sensor wechseln oder die Kalibrierung durchführen kann, muss aus der Verordnung hervorgehen. Bezüglich Dauer und Häufigkeit der verordnungsfähigen Blutzuckermessung im kapillaren Blut (Nr. 11 im Leistungsverzeichnis) konkretisiert

der G-BA: „Bis zu dreimal täglich. Bei Erst- und Neueinstellung: bis zu vier Wochen.“


In begründeten Fällen, z.B. bei instabiler Stoffwechsellage, könne allerdings auch eine höhere Frequenz notwendig sein. Da das insbesondere auf Patienten zutrifft, für die die Nr. 11a in Betracht kommt, wurden hier keine quantifizierenden Hinweise zu Dauer und Häufigkeit der Maßnahme gemacht. Die Messfrequenz habe nach Maßgabe des ärztlichen Behandlungsplans in Abhängigkeit von der Arzneitherapie zu erfolgen.

REI

»Pflegekräfte sind zu schulen«

## DZD Diabetes Research School als Onlineserie

**NEUHERBERG.** Coronabedingt wird in diesem Jahr die DZD Diabetes Research School als interaktive Online-Vortragsreihe angeboten. Im September und Oktober haben Teilnehmer die Möglichkeit, von renommierten Wissenschaftlern mehr über deren Forschung zu erfahren. Ausgewählte Teilnehmer können zudem ihre eigenen Projekte im Rahmen eines fünfminütigen Postertalks vorstellen. Die Anmeldung zur Teilnahme ist noch bis zum 21. September 2020 möglich. *dz*

Zur Veranstaltung:  
 [https://bit.ly/DZD\\_School](https://bit.ly/DZD_School)

## Neue Webseite der DDG online

**BERLIN.** Seit Anfang August ist es so weit: der Relaunch der DDG-Homepage ist abgeschlossen und die neue Internetseite ist unter bekannter Adresse verfügbar. Schauen Sie vorbei – auf PC, Handy oder Tablet. *dz*

# Nierenschäden vermeiden

## Diabetes-Früherkennung und renale Komplikationen im Blick

**BERLIN.** Als die häufigste Ursache für eine Niereninsuffizienz gilt Diabetes Typ 2. Ist eine Transplantation nötig, kommen viele Patienten jedoch aufgrund ihrer Erkrankung nicht auf eine Warteliste. Werden die Stoffwechselerkrankung oder Nierenschäden rechtzeitig erkannt, ließen sich schwere Schäden verhindern.

Über 40 % der Patienten mit Diabetes Typ 2 haben einen Nierenschaden. Auf der anderen Seite hat etwa die Hälfte der 7000 Patienten, die derzeit auf der Warteliste für eine Nierentransplantation stehen, einen Diabetes oder Prädiabetes, der oft nicht bekannt ist. Doch aufgrund von bestehenden Begleiterkrankungen ist für viele eine Transplantation keine Option. „Insbesondere Menschen mit einem Typ-2-Diabetes haben meist bereits klassische Begleiterkrankungen wie Adipositas oder Herz-Kreislauf-Erkrankung, die jedoch eine Transplantation erschweren oder sogar die Erfolgsaussichten derart reduzieren, dass sie gar nicht erst als Empfänger infrage kommen beziehungsweise von der Warteliste genommen werden müssen“, berichtete Privatdozentin Dr. MARTINA GUTHOFF, Medizinische Klinik IV, Universitätsklinikum Tübingen. Eine amerikanische Untersuchung ergab, dass die Wahrscheinlichkeit für Diabetespatienten, auf eine ent-

sprechende Warteliste zu kommen, nur rund 80 % im Vergleich zu stoffwechselgesunden Menschen betrug. Durch sich aufsummierende Begleitkomplikationen im Verlauf der Wartezeit von sechs bis acht Jahren liegt die Wahrscheinlichkeit, dass eine Transplantation tatsächlich stattfindet, bei Patienten mit Diabetes noch einmal zehn Prozentpunkte niedriger.

Doch auch wenn Diabetespatienten eine neue Niere erhalten, weisen sie ein geringeres Überleben sowie eine kürzere Lebensdauer der Niere auf, als dies bei jenen ohne Diabetes der Fall ist. „Es scheinen mikro- und makrovaskuläre Veränderungen durch die diabetische Stoffwechsellaage nach einer Transplantation beschleunigt

»Früherkennung notwendig«



Oft steht für Patienten mit Typ-2-Diabetes eine Nierentransplantation nicht als Option zur Verfügung, sodass sie sich lebenslang mehrmals in der Woche einer Dialyse unterziehen müssen. Foto: iStock/Picsfive

aufzutreten“, erklärte die Expertin. Daher sei eine Früherkennung des Diabetes wie auch von Nierenerkrankungen unbedingt notwendig, um Patienten vor schweren Nierenschäden zu bewahren – und um im Fall einer notwendigen Nierensatztherapie eine bestmögliche Versorgung zu ermöglichen. „Bei allen Nierenpatienten sollte zudem auch auf einen Diabetes getestet werden“, forderte PD Dr. Guthoff.

Umgekehrt sollten auch Patienten mit Diabetes Typ 2 regelmäßig auf ihre Nierenfunktion hin untersucht werden, so Dr. LUDWIG MERKER, MVZ DaVita Diabetes- und Nierenzentrum Dormagen und Vorsitzender der AG Diabetes und Niere der DDG. Um eventuelle Nierenpro-

bleme rechtzeitig zu diagnostizieren und konsequent behandeln zu können, sollten sich Patientinnen und Patienten mit Diabetes mindestens einmal jährlich auf Albuminurie screenen lassen. Auch die Nierenfiltrationsleistung und der Blutdruck sollten kontrolliert werden, so der Experte.

Gleichzeitig gelte es, eine zielorientierte Diabetes- und Blutdrucktherapie durchzuführen, die für stabile Blutzuckerwerte und einen guten Blutdruck sorgt. Denn dauerhaft erhöhter Blutzucker und Blutdruck gelten als Hauptrisikofaktoren für eine Nierenschädigung, gab Dr. Merker abschließend zu bedenken. *dz*

Pressemitteilung DDG

# Digitale DDG Mitgliederversammlung

Save the date!

13.11.2020

Beginn 16:00 Uhr



Liebe DDG Mitglieder,

wir möchten Sie bereits heute auf die erste rein digitale DDG Mitgliederversammlung aufmerksam machen.

Was heißt das für Sie? Die DDG Mitgliederversammlung findet in einem virtuellen Raum statt und Sie können ganz bequem ohne Reise- und Kostenaufwand teilnehmen.

Wie gewohnt können Sie die Berichte unserer Präsidentin und des Schatzmeisters verfolgen, erhalten Informationen zu unseren zukünftigen Kongressen und können als ordentliches Mitglied an den geheimen Wahlen teilnehmen.

Informationen zur Agenda sowie den Haushaltsplan stellen wir Ihnen fristgerecht, spätestens 3 Wochen vor der Mitgliederversammlung, im geschützten Mitgliederbereich auf der DDG Homepage zur Verfügung.

### Wichtig:

Ihre Zugangsdaten zur digitalen Mitgliederversammlung erhalten Sie im Oktober ebenfalls digital per E-Mail.

**Bitte stellen Sie deshalb sicher, dass uns Ihre aktuelle E-Mail-Adresse vorliegt!**

Gerne nehmen wir Ihre Angaben zur aktuellen E-Mail-Adresse unter:

**mitglieder@ddg.info** entgegen.

Herzliche Grüße aus der DDG Geschäftsstelle

# Schnellere und konzentriertere Termine

Von Corona-Buckel, Videosprechstunden und Schulungen in der Kinderdiabetologie

**MÜNSTER.** In einer kürzlich erschienenen Fachpublikation berichtete Dr. Ralph Ziegler, Leiter einer diabetologischen Schwerpunktpraxis für Kinder und Jugendliche in Münster, wie er das letzte halbe Jahr erlebte<sup>1</sup>: Die Coronapandemie zwang auch ihn und sein Team zur Umstellung. Vor-Ort-Termine fielen größtenteils weg und wurden plötzlich durch die intensive Nutzung von telemedizinischen Lösungen ersetzt. Das brachte Vor- und Nachteile der digitalen Sprechstunden ans Licht – und wirkte sich auch auf die Diabetestherapie aus. Im Interview fasst der Kinderdiabetologe seine Erfahrungen zusammen: Er berichtet von typischen Fallstricken und erklärt, welche Aufgaben es jetzt noch zu meistern gilt.

**Seit Anfang März konnten Sie Ihre jungen Patienten kaum noch persönlich betreuen. Wie hielten Sie den Kontakt?**

**Dr. Ralph Ziegler:** Einige wenige haben wir noch in der Praxis gesehen und beraten, die meisten Termine aber durch Telefon- und Videobesprechungen kompensiert. Glücklicherweise hatten wir just zu dem Zeitpunkt eine Videosprechstunde eingerichtet, mit der wir bald starten wollten – so konnten wir sofort anfangen.

Das Feedback war sehr erfreulich. Natürlich gab es anfangs auch mal kleinere Probleme, etwa mit der Eingabe der TAN-Nummer, den Mikrofoneinstellungen oder Internetverbindungen. Insgesamt haben sich die Familien aber erstaunlich schnell mit der Technik arrangiert und sie gut angenommen.

Bestimmt 80 % der Kinder und Jugendlichen, die wir betreuen, nutzt außerdem Insulinpumpen und Systeme zur Glukosemessung, bei de-

nen die Daten über Cloud-Lösungen direkt an uns weitergegeben werden können. Das hat bei der Fernbetreuung sehr geholfen.

**Kommen die Kinder und Jugendlichen jetzt wieder öfter zu Ihnen in die Praxis?**

**Dr. Ziegler:** Ja, das ist beinahe wieder auf einem normalen Niveau. Es wird mittlerweile auch von den Familien

INTERVIEW 



**Dr. Ralph Ziegler**  
Praxis für Kinder- und Jugendmedizin,  
Diabetologische Schwerpunktpraxis  
Foto: © DDG/Dirk Deckbar

angenommen und eingefordert. Anfangs waren viele sehr zurückhaltend, was Praxisbesuche anging. Wir müssen natürlich sehr genau planen und Kontakte mit anderen Personen vermeiden – das Wartezimmer hat sich ja quasi erübrigt. Dadurch haben wir etwas weniger Möglichkeiten, auch wenn wir die Öffnungszeiten ausgeweitet haben.

**Hat sich in den letzten Monaten auch die Diabetestherapie verändert?**

**Dr. Ziegler:** Es gab einen ganz typischen Fehler, den viele Familien und Patienten gemacht haben: Da die Kinder und Jugendlichen nicht in die Schule gehen mussten, sind sie später aufgestanden und haben später gefrühstückt. Viele meiner Patienten nutzen einen Bolusrechner – da ist beispielsweise ein erstes Frühstück zwischen halb sieben und neun Uhr eingestellt und ab neun ein zweites Schulfrühstück mit einem geringeren Faktor. Wenn die Kinder jetzt aber erst spät frühstücken, müssten sie eigentlich den Faktor des ersten Frühstücks nehmen, im Gerät ist aber der Schulfrühstücks-Faktor eingestellt. Viele haben daher zu wenig Insulin gespritzt

und sich dann gewundert, dass die Glukosewerte hoch gingen. Im Tagesprofil konnte man das so gegen zehn oder elf Uhr deutlich sehen – ich habe das den „Corona-Buckel“ genannt. Dieses Problem tritt aber auch sonst gelegentlich auf, etwa während Ferienzeiten.

In vielen Fällen war es auch nötig, die Insulindosis zu steigern. Wenn den Kindern Bewegung fehlte, war der Insulinverbrauch höher. Einige haben das gut angepasst oder sich bei uns gemeldet. Andere haben das leider einfach hingelassen.

Generell habe ich zwei gegensätzliche Richtungen beobachtet. Manche Familien hatten jetzt mehr Ruhe und Gelegenheit, sich um den Diabetes zu kümmern. Bei anderen lief es schlechter als zuvor, etwa wenn Kinder und Jugendliche mehr oder minder allein auf sich gestellt waren. Oder wenn plötzlich die ganze Familie zu Hause war und alles chaotisch lief.

**Welche Vor- und Nachteile der Telemedizin haben sich herauskristallisiert?**

**Dr. Ziegler:** Viele Termine gehen schneller, oft sind alle konzentrierter. Im Gegensatz zu früher haben die Patienten ihre Daten immer schon hochgeladen und sie sich häufiger im Vorfeld selbst auch angesehen. Besonders Familien mit einer langen Anreise sparen sich viel Zeit. Und auch für uns hat die Telemedizin Vorteile, wenn es um kleinere Aspekte geht, die sich in einem kurzen Gespräch klären lassen.

Schwierig wird es bei Schulungen, wenn etwas gezeigt oder vorgeführt werden muss. Doch auch das konnten wir per Telemedizin umsetzen – die Diabetesberaterin hält dann beispielsweise die Pumpe vor die Kamera und führt durch das Menü. Das funktioniert gut. Auch Schulungen in Gruppen von 10 bis 25 Personen haben wir bereits durchgeführt. Jedes Mal gibt es Patienten, die sich aktiv beteiligen und Fragen stellen,

»Vorteile werden jetzt gesehen«

davon profitieren auch die übrigen Teilnehmer.

Aber nicht alle Themen eignen sich dafür, außerdem sollten die Videoschulungen nicht länger als eine Stunde dauern. Wir haben zum Beispiel Ketonschulungen per Videokonferenz durchgeführt oder Beratungen, wie die Insulintherapie in den Ferien angepasst werden sollte – also eher knappe, konkrete Themen.

**Was ist das Fazit, das Sie aus Ihren Erfahrungen ziehen?**

**Dr. Ziegler:** Ich denke, wenn man einen positiven Aspekt in der Coronasituation sehen kann – sofern man das überhaupt darf – dann ist es, dass die digitalen Möglichkeiten einen großen Aufschwung erfahren haben. Sowohl aufseiten der Patienten wie auch der Diabetesteamer werden jetzt die Vorteile klar gesehen. Ich glaube auch nicht, dass die Telemedizin zulasten direkter Kontakte geht, die natürlich weiter wichtig und absolut notwendig sind.

Mit unseren ersten Versuchen, Videoschulungen anzubieten, konnten wir bisher jedoch nur einen kleinen Teil der Angebote kompensieren und haben viel aufzuholen. In meinen Augen ist daher jetzt eine wichtige Aufgabe – sowohl für Praxen, Ambulanzen und Kliniken als auch für die Fachgesellschaften – neue Schulungsprogramme zu entwickeln oder bestehende so anzupassen, dass man sie als Videoschulung anbieten kann.

Den Antrieb, den wir gerade spüren, sollten wir nutzen und weitermachen!

Interview: Dr. Moyo Grebbin

1. Ziegler R. J Diabetes Sci Technol. 2020; 14(4): 811-812; doi: 10.1177/1932296820930281



»Wichtige Aufgabe, neue Schulungen zu entwickeln«

## Wann Patienten eine Videosprechstunde nutzen

Quantitative Befragung identifiziert mögliche Faktoren

**HERRENBERG.** Schon vor der Coronapandemie war die Videosprechstunde ein viel diskutiertes Thema. Doch wie stehen Diabetespatienten zu dem Angebot?

Zur Akzeptanz der Videosprechstunde vonseiten der Diabetespatienten liegen bislang kaum Erkenntnisse vor. Dies war der Ausgangspunkt der Bachelorarbeit von SELINA SÖHNER, die in der dia-

betologischen Schwerpunktpraxis von Dr. Erik Wizemann und Dr. Annette Böckh im letzten Jahr 102 Diabetespatienten quantitativ befragt hat. Im Durchschnitt waren die Patienten 53 Jahre alt.

Um herauszufinden, welche Faktoren die Nutzung der Videosprechstunde beeinflussen, hatte Söhner ein Modell aus der Wirtschaftsinformatik – das sogenannte Technology Acceptance Model 3 – adaptiert und

die Ergebnisse ihrer Befragung statistisch ausgewertet. Gemessen wurden Prädiktoren wie wahrgenommene Nützlichkeit, wahrgenommene Einfachheit der Nutzung, subjektive

Norm, Computer-Ängstlichkeit, wahrgenommene externe Kontrolle und Bedenken der Privatheit. Einen signifikanten Zusammenhang mit der Nutzungsabsicht der Videosprechstunde wies sie für die Faktoren wahrgenommene Nützlichkeit und wahrgenommene externe Kontrolle nach. „Demnach erhöht sich also die Verhaltensabsicht des Patienten, wenn er diese als nützlich empfindet und eine hohe externe Kontrolle

wahrnimmt“, schreibt Söhner. Auch für subjektive Norm war der positive Zusammenhang signifikant: Je höher also Patienten den sozialen Druck in Bezug auf die Videosprechstunde empfinden, desto höher die Absicht, diese in Zukunft auch zu nutzen, so Söhner. Kein Zusammenhang wurde für Computer-Ängstlichkeit bzw. Bedenken der Privatheit gefunden. dz

Interview: Dr. Moyo Grebbin

Söhner S. 2019. Bachelorarbeit, Universität Hohenheim

»Bislang kaum Erkenntnisse«

**DER FRÜHE  
VOGEL  
FÄNGT DEN  
WURM.**

**Jetzt handeln!**



# Softdrinks bleiben viel zu süß

Dürre Erfolge bei der Reduktionsstrategie



**BERLIN.** „Wissenschaftliche Untersuchung bestätigt Wirksamkeit der Reduktionsstrategie: Anteile an Zucker, Kalorien, Salz in Fertiggerichten rückläufig!“ So schrieb das Bundesernährungsministerium über den ersten Monitoringbericht zur Reduktionsstrategie für Zucker, Salz und Fett Anfang April. Dabei gibt der Report des Max-Rubner-Instituts dieses Fazit nicht her. Zwar ist in einigen Untergruppen der Gehalt etwa an Zucker gesunken. Doch in anderen enthalten ausgerechnet Kinderprodukte am meisten Zucker. Bei Softdrinks hat sich so gut wie nichts getan.

Die Ziele der Reduktionsstrategie sind bescheiden: 20 % weniger Zucker in Kinderfrühstücksflocken, 15 % in Softdrinks und 10 % in Kinderjoghurts – bis zum Jahr 2025. Die DDG hat aus diesem Grund den wissenschaftlichen Beirat zur Strategie verlassen. Dennoch muss natürlich beobachtet werden, wie sich die Zusammensetzung der Produkte verändert. Untersucht wurden vom Max-Rubner-Institut (MRI) 1150 Joghurts, 247 gesüßte Quarks, 389 Milchdrinks, 1801 Softdrinks, 892 Frühstückscerealien und 394 Tiefkühlpizzen. Insgesamt gab es 315 Produkte mit Kinderoptik. Das Monitoring liefert also einen breiten Überblick. Umso bedauerlicher ist, dass der Zeitpunkt der Basisuntersuchung ungünstig gewählt wurde: Dieser liegt mit 2016 drei Jahre vor dem Start der Reduktionsstrategie. Daher bleibt letztlich unklar, welche Effekte sich wirklich auf diese zurückführen lassen und welche Reduktionen

schon vorher bestanden. Lediglich für Softdrinks sind die Basisdaten aktueller (2018). Positiv ist zu vermerken, dass das MRI zusätzlich das Kaufverhalten erhoben hat. Denn für den Kampf gegen Übergewicht ist letztlich nicht entscheidend, was (alles) im Regal steht – sondern, was im Einkaufswagen landet.

## Gekauft werden hauptsächlich die zuckerreichen Flocken

Zuerst zum Positiven: Bei den Kinderjoghurts ist der durchschnittliche Zuckergehalt seit 2016 um 20 % gesunken, der Kaloriengehalt um 22 %. Gemischt sieht es aber bei den Frühstückscerealien aus. Zwar ist der Zuckergehalt in Kinderprodukten im Median um 14,6 % gesunken, was absolut rund 4 g pro 100 g entspricht. Doch gekauft werden weiter hauptsächlich die zuckerreichen Flocken, sowohl für Kinder als auch für Erwachsene. Am meisten Zucker findet sich in knusprigen Honig-Getreideflocken für Kinder (32 g). Ähnliches zeigt eine aktuelle Studie der AOK zu Frühstückscerealien: „Der durchschnittliche Gehalt an Zucker ist in den Kindercerealien mit 27 g je 100 g fast doppelt so hoch wie die Empfehlung der WHO“, so die Autoren. „Viel effektiver als eine freiwillige Re-

duktion wäre hier eine Steuer auf überzuckerte Produkte“, sagt die Geschäftsführerin der DDG, BARBARA BITZER. „Dadurch wären diese sofort weniger attraktiv.“

## Tiefkühlpizzen: Beim Einsatz von Salz hat sich nichts getan

Erschreckend sind die MRI-Befunde für Softdrinks: Hier ist der Zuckergehalt mit minus 0,2 g pro 100 ml fast unverändert. Immerhin: Bei Kindergetränken ist der Zuckergehalt seit 2018 um 2,7 g gesunken. Ganz schlecht sieht es bei Salz aus:

»Wichtige Fragen werden ignoriert«

Hier stellt das MRI bei den untersuchten Tiefkühlpizzen keinerlei Reduktion fest. Einige Sorten enthalten aber weniger Fett als 2016.

„Insgesamt bestätigt der Bericht eher unsere Befürchtungen zu einer freiwilligen Reduktionsstrategie“, so Bitzer. „Sie führt eben nicht dazu, dass die Hersteller umfassend

ihre Produkte verändern.“ Für Softdrinks etwa habe sich eine Steuer wie in Großbritannien als viel wirkungsvoller erwiesen – dort sank der durchschnittliche Zuckergehalt binnen zwei Jahren um 34 %. Auch ein Verbot von an Kinder gerichtete Werbung für Zuckerbomben sei effektiver: „Wenn das Ministerium selbst diese hohen Zuckergehalte kritisiert – warum toleriert es dann, dass Kinder animiert werden, diese Produkte zu essen?“

## Ernährungsreport – PR fürs Ministerium

Kurz darauf veröffentlichte das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft seinen jährlichen Ernährungsreport – und auch dieser zeichnet ein stark positiv gefärbtes Bild. „Das liegt vor allem daran, dass wichtige Fragen – bewusst oder unbewusst – ignoriert werden“, sagt Bitzer. So wird etwa der Konsum von Softdrinks gar nicht thematisiert. „Es stellt sich die Frage, welchen Zweck ein solcher Report erfüllt, außer PR für das Ministerium.“ Die DDG hat dem Ministerium daher angeboten, im kommenden Jahr bei der Gestaltung der Umfrage fachlich zu beraten.

Heike Dierbach



Bei Frühstückscerealien kaufen Jung und Alt gerne süß.

Fotos: iStock/Makbubakhon Ismatova, iStock/jirkaejc, iStock/pinkolet

»MRI-Bericht bestätigt die Befürchtungen«

## Politiker im Fragenhagel

diabetesDE startet neues Live-Format auf Facebook

**BERLIN.** Politikern live auf den Zahn fühlen und zum Beispiel mal nachfragen, warum es mit der Diabetes-Prävention hierzulande nicht vorangeht. Diese Chance ergibt sich nun mehrfach für die Diabetes-Community.

Am 17. August um 19 Uhr startet diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe das Format „Diabetes um 7ieben – Politiker im Fragenhagel“ live auf Facebook (www.facebook.com/diabetesde). Interessierte können während der 30 Minuten Fragen im Chat stellen, diese werden direkt an die Politiker weitergeben. Für den Auftakt am 17. August hat MdB



Dietrich Monstadt (CDU) zugesagt. In weiteren Folgen stellen sich am 7. September die Bundestagsabgeordnete Sabine Dittmar (SPD) und am 14. September die Parlamentarierin Kirsten Kappert-Gonther (Bündnis 90/Die Grünen) den Fragen der Community. Weitere Termine sind der 24. und 31. August. Diskussionspartner der Politiker ist unter anderem der Vorstandsvorsitzende von diabetesDE, Dr. Jens Kröger.

Die Moderation übernehmen Nicole Mattig-Fabian bzw. Dr. Stefanie Gerlach (14.9.), beide diabetesDE. Mit „Diabetes um 7ieben“ hat diabetesDE die (Corona-)Not zur Tugend gemacht und ein neues Online-Live-Format entwickelt. Der „Fragenhagel“ war ursprünglich als Podiumsdiskussion innerhalb der 3. Halbzeit des Fußballspiels FC Bun-

»Eine Minute für die Antwort«

destag gegen FC Diabetologie Ende Juni in Berlin geplant gewesen. Aufgrund der pandemiebedingten Absage des Events wurde das Konzept in eine digitale Variante umgeplant. „Aber die Politiker entkommen uns nicht!“, sagt Mattig-Fabian, Geschäftsführerin von diabetesDE, augenzwinkernd. Die Aufnahme findet in der Geschäftsstelle der Organisation statt.

„Wir sind uns sicher, dass solche partizipativen Veranstaltungsformate eine große Zukunft haben werden“, sagt Mattig-Fabian. Und sie ergänzt: „Wir waren positiv überrascht, dass die Politiker die Heraus-

forderung so spontan angenommen haben. Sie zeigen damit, dass sie keine Berührungängste haben und sich in der Materie sehr gut auskennen.“ Denn die Fragen werden regelrecht auf sie niederprasseln: In einem solchen „Fragenhagel“ sind die Fragen vorher nicht bekannt und für die Beantwortung jeder Frage bleibt nur eine Minute Zeit. „Das ist also sehr sportlich!“, so Mattig-Fabian. Jeweils ein Diabetologe ist in der Runde anwesend und wird die Antworten der Politiker einordnen. Den Auftakt macht Dr. Kröger, niedergelassener Diabetologe in Hamburg. dz

Pressemitteilung diabetesDE

MRI-Ergebnisbericht  
Produktmonitoring 2019:  
[https://bit.ly/MRI\\_2019](https://bit.ly/MRI_2019)

Cerealienstudie des AOK-  
Bundesverbandes 2020:  
[https://bit.ly/AOK\\_Cerealien](https://bit.ly/AOK_Cerealien)

BMEL-Ernährungsreport:  
[https://bit.ly/BMEL\\_Report2020](https://bit.ly/BMEL_Report2020)





**BERLIN-CHEMIE  
MENARINI**



# XELEVIA® VELMETIA®



**Sitagliptin: Stark<sup>1,2</sup> & etabliert\*, wenn Metformin allein nicht ausreicht.<sup>§</sup>**



1 Als Add-on zu Metformin.

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

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

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

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

**XELEVIA® Filmtabletten 25 mg/50 mg/100 mg Wirkstoff:** Sitagliptin. **VELMETIA® 50 mg/850 mg Filmtabletten VELMETIA® 50 mg/1000 mg Filmtabletten** Wirkstoff: Sitagliptin und Metforminhydrochlorid. **Zus.: Arzneil. wirks. Bestandl.:** XELEVIA®: 1 Tbl. enth. Sitagliptinphosphat-Monohydrat, entspr. 25 mg, 50 mg od. 100 mg Sitagliptin. VELMETIA® 50 mg/850 mg Filmtabletten bzw. VELMETIA® 50 mg/1000 mg Filmtabletten: Jede Tbl. enth. Sitagliptinphosphat 1 H<sub>2</sub>O, entspr. 50 mg Sitagliptin, u. 850 mg bzw. 1000 mg Metforminhydrochlorid. **Sonst. Bestandl.:** XELEVIA® Mikrokristalline Cellulose (E 460), Calciumhydrogenphosphat (E 341), Croscarmellose-Natrium (E 468), Magnesiumstearat (Ph.Eur.) (E 470b), Natriumstearylfumarat (Ph.Eur.), Poly(vinylalkohol), Macrogol (3350), Talkum (E 553b), Titandioxid (E 171), Eisen(III)-oxid (E 172), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O (E 172). VELMETIA® 50 mg/850 mg Filmtabletten bzw. VELMETIA® 50 mg/1000 mg Filmtabletten: Mikrokristalline Cellulose (E 460), Povidon K29/32 (E 1201), Natriumdodecylsulfat, Natriumstearylfumarat, Poly(vinylalkohol), Macrogol 3350, Talkum (E 553b), Titandioxid (E 171), Eisen(III)-oxid (E 172), Eisen(III)-hydroxid-oxid (E 172). **Anw.:** XELEVIA®: B. erw. Pat. mit Typ-2-Diabetes mellitus zur Verbes. d. Blutzuckerkontr. indiziert. **Als Monother.** b. Pat., b. denen Diät u. Beweg. allein d. Blutzucker nicht ausreichend senken u. für d. Metformin aufgr. v. Gegenanz. od. Unverträglichk. nicht geeignet ist. **Als 2-Fachther.** in Komb. mit Metformin, wenn Diät u. Beweg. plus e. Monother. mit Metformin d. Blutzucker nicht ausreichend senken u. wenn Metformin aufgr. v. Gegenanz. od. Unverträglichk. nicht geeignet ist. **Als 3-Fachther.** in Komb. mit Metformin, wenn Diät u. Beweg. plus e. 2-Fachther. mit diesen Arzneim. d. Blutzucker nicht ausreichend senken; e. PPAR $\gamma$ -Agonisten u. Metformin, wenn d. Anw. e. PPAR $\gamma$ -Agonisten angebracht ist u. Diät u. Beweg. plus e. 2-Fachther. mit diesen Arzneim. d. Blutzucker nicht ausreichend senken. **Zusätzl. zu Insulin (mit/ohne Metformin),** wenn Diät u. Beweg. sowie e. stabile Insulindos. d. Blutzucker nicht ausreichend senken. VELMETIA®: Für erw. Pat. mit Typ-2-Diabetes mellitus zusätzl. zu Diät u. Beweg. in folg. Fällen indiziert: Zur Verbes. d. Blutzuckerkontr. b. Pat., b. denen e. Monother. mit Metformin in d. höchsten vertragenen Dosis d. Blutzucker nicht ausreichend senkt od. d. bereits mit d. Komb. v. Sitagliptin u. Metformin behandelte werden; in Komb. mit e. Sulfonylharnstoff (z. B. als 3-Fachther.) od. e. PPAR $\gamma$ -Agonisten (d. h. e. Thiazolidindion) b. Pat., b. denen eine Komb. aus jeweils höchster vertragener Dosis Metformin u. e. Sulfonylharnstoff bzw. PPAR $\gamma$ -Agonisten nicht ausreicht, d. Blutzucker zu senken; in Komb. mit Insulin (d. h. als 3-Fachther.) b. Pat., b. denen e. stabile Insulindosis u. Metformin allein d. Blutzucker nicht ausreichend senken. **Gegenanz.:** Überempf.-keit gg. den/die Wirkstoff(e) od. e. d. sonst. Bestandl. **Zusätzl. für VELMETIA®:** Jede Art v. akut. metab. Azidose (z. B. Laktatazidose, diabet. Ketoazidose); diabet. Präkoma; schwere Niereninsuff. (GFR < 30 ml/min); akute Erkrank., welche d. Nierenfunkt. beeinträchtigt. können (wie Dehydratation, schwere Infekt., Schock, intravask. Gabe v. jodhalt. Kontrastmitteln); akute od. chron. Erkrank., d. e. Gewebhypoxie verursachen können (wie Herz- od. Lungeninsuff., kürzl. erlittener Myokardinfarkt,

Schock); Leberfunkt.-stör.; akute Alkoholvergiftung, Alkoholismus. Stillzeit. **Vors. bei:** Pankreatitis in d. Vorgeschichte. Gleichz. Anw. von Sulfonylharnstoff od. Insulin. **Nicht anw.:** Typ-1-Diabetiker, Schwangersch. **Zusätzl. b. XELEVIA®:** Pat. mit schwerer Leberfunkt.-stör., Pat. mit Nierenfunkt.-stör. (GFR < 45 ml/min), Pat. mit einer Nierenkr. im Endstadium (GFR < 15 ml/min), einschl. derer d. Hämo- od. Peritonealdialyse benötigen. **Nicht anw.:** diabet. Ketoazidose, Stillzeit. **Zusätzl. b. VELMETIA®:** Älteren Pat. Pat. mit Risikofakt. f. Laktatazidose (wie Verschlecht. der Nierenfunkt., überm. Alkoholkonsum, Leberfunkt.-stör., schlecht eingest. Diabetes, Ketose, langes Fasten, m. Hypoxie assoziierte Erkrank., Komb. m. Arzneim., die Laktatazidose verursachen können). Komb. m. Arzneim., die die Nierenfunkt. akut beeinträchtigen können. Operationen. **Nebenw.:** XELEVIA®: Häufig: Hypoglykämie. Kopfschm. Gelegentl.: Schwindel. Obstipation. Pruritus. **Selten:** Thrombozytopenie. **Häufigkeit nicht bekannt:** Überempf.-reakt. einschl. anaphylaktischer Reakt. Interstit. Lungenkrankh. Erbr.; akute Pankreatitis; let./ nicht let. hämorrhag. u. nekrotisierende Pankreatitis. Angioödem; Hautausschlag; Urtikaria; kut. Vaskulitis; exfoliat. Hauterkr. einschl. SJS; bullöses Pemphigoid. Arthralgie; Myalgie; Rückenschm.; Arthropathie. Nierenfunkt.-stör.; akutes Nierenversagen. **Zusätzl. ungeachtet e. Kausalzusammenh.:** Infekt. d. oberen Atemwege; Nasopharyngitis. Osteoarthritis. Schm. in d. Gliedmaßen. **Zusätzl. in Komb. mit anderen Antidiabetika:** Hypoglykämien (sehr häufig mit Sulfonylharnstoff od. Insulin). **Zusätzl. in Komb. mit Sulfonylharnstoff u. Metformin:** Influenza (häufig mit Insulin [mit od. ohne Metformin]); Übelk. u. Erbr. (häufig mit Metformin); Flatulenz (häufig mit Metformin od. Pioglitazon); Obstipation (häufig mit Sulfonylharnstoff), periphere Ödeme (häufig mit Pioglitazon), Kopfschm. u. Mundtrockenh. (gelegentl. mit Insulin). **Zusätzl. in klin. Studien mit Sitagliptin-Monother.:** Kopfschm., Hypoglykämie, Obstipation, Schwindel; **ungeachtet e. Kausalzusammenh.:** Infekt. d. oberen Atemwege; Nasopharyngitis; Osteoarthritis, Schm. in d. Extremitäten. **Zusätzl. in klin. Studien u. nach Markteinführung mit Metformin-Monother.:** Sehr häufig: Gastrointest. Symptome (wie Übelk., Erbr., Diarrhö, Schm. im Oberbauch, Appetitverlust). Häufig: metallischer Geschmack. **Sehr selten:** Laktatazidose; Leberfunkt.-stör.; Hepatitis; Urtikaria; Erythem; Pruritus. Vitamin-B<sub>12</sub>-Mangel (z. B. megaloblastäre Anämie). **Hinw.:** Vor Behandl.-beginn u. in regelm. Abständen GFR ermitteln. **Verschreibungspflichtig.** Stand: 03/2020 (XELEVIA®), 06/2018 (VELMETIA®) **Bitte lesen Sie vor Verordnung von XELEVIA® bzw. VELMETIA® die Fachinformation!** Pharmazeutischer Unternehmer: Merck Sharp & Dohme B.V. Waarderweg 39 2031 BN Haarlem Niederlande Lokaler Ansprechpartner: BERLIN-CHEMIE AG, Glienicke Weg 125, 12489 Berlin

# Erwartete Ergebnisse

## VERTIS-CV: kein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko festgestellt

**CHICAGO.** Mit Ertugliflozin liegen nun für einen weiteren SGLT2-Inhibitor die Resultate einer Studie zur kardiovaskulären Sicherheit bei Diabetes Typ 2 vor. Die Daten decken sich größtenteils mit Erkenntnissen von anderen Vertretern der Substanzklasse.

So lautet zumindest das Fazit von Studienleiter Professor Dr. CHRISTOPHER CANNON, Harvard Medical School Boston, der die Ergebnisse zu kardiovaskulären und renalen Endpunkten der Phase-3-Studie VERTIS-CV erstmals im Detail vorstellte. 8246 Menschen mit Typ-2-Diabetes und dokumentierter arteriosklerotischer Erkrankung in einem der drei wichtigen Gefäßbetten – kardio-, zerebro- oder peripher-vaskulär – nahmen daran teil und erhielten zusätzlich zu ihrer sonstigen antidiabetischen Medikation 5 respektive 15 mg/Tag Ertugliflozin oder Placebo. Die Beobachtungsdauer betrug bis zu 6,1 Jahre (im Mittel 3,5 Jahre). Beim primären Endpunkt handelte es sich um einen zusammengesetzten MACE-Endpunkt bestehend aus

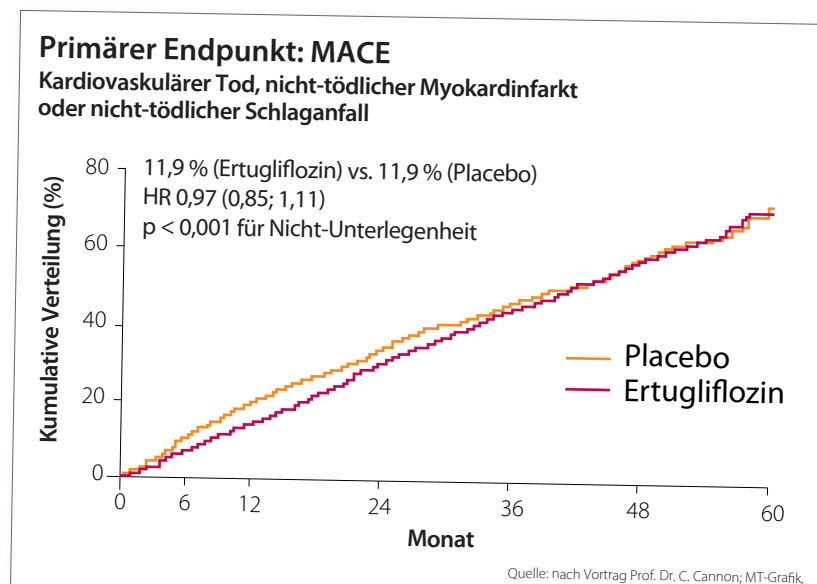
Myokardinfarkt, Schlaganfall oder Herztod.

### Ziel der Nichtunterlegenheit des SGLT2-Hemmers wurde erreicht

Während der Studienlaufzeit lag der HbA<sub>1c</sub> unter Behandlung mit Ertugliflozin etwa 0,3–0,5 Prozentpunkte unter dem der Placebogruppe, berichtete der Experte. Unterschiede zugunsten des SGLT2-Inhibitors fanden sich auch bei Körpergewicht und Blutdruck. Beim primären Endpunkt verliefen die Ereigniskurven praktisch deckungsgleich, so Prof. Cannon. Das Ziel derartiger Studien, Nicht-Unterlegenheit der Prüfsubstanz bei der kardiovaskulären Sicherheit gegenüber Placebo zu zeigen, wurde also erreicht ( $p < 0,001$ ). Auch zwischen den beiden Ertugliflozindosen bestand kein Unterschied, wie der Referent erläuterte. Das gilt ebenso für die Einzelkomponenten des Endpunkts – Herztod, Myokardinfarkt und Schlaganfall.

Subgruppenanalysen zeigten ein konsistentes Bild ohne Ausreißer.

Die Prüfung auf Überlegenheit ergab gleich bei der ersten der hierarchisch angelegten Testungen (Herztod oder Hospitalisierung wegen Herzinsuffizienz) keinen si-



Der zusammengesetzte primäre Endpunkt (MACE) wurde erreicht, die kardiovaskuläre Sicherheit von Ertugliflozin konnte somit bestätigt werden.

gnifikanten Effekt, sodass weitere Analysen obsolet wurden. Auffällig ist aber, dass sich die Kurven früh trennten, wie man dies von SGLT2-Hemmern kennt, merkte Prof. Cannon an.

Am Ende erreichte der Unterschied zugunsten von Ertugliflozin 1 % (Hazard Ratio [HR] 0,88,  $p = 0,11$ ). Getrieben wurde dies in erster Linie durch die Herzinsuffizienzhospitalisierung, hier betrug die Rate unter Ertugliflozin 2,5 % versus 3,6 % unter Placebo (HR 0,7).

»Sicherheitsprofil bot keine Überraschung«

Beim präspezifizierten kombinierten renalen Endpunkt zeigte sich ein nicht signifikanter Unterschied zugunsten von Ertugliflozin. Der Endpunkt setzte sich zusammen aus Tod durch Nierenversagen, Dialysepflicht bzw. Transplantation und einer Verdopplung des Serumkreatinins. Die Differenz wurde jedoch relativ spät im Studienverlauf deutlich und war vor allem bedingt durch eine Stabilisierung der glomerulären Filtration – auch das kenne man von anderen SGLT2-Hemmerstudien, so der Experte.

### Resultate der Studie passen ins Bild der Wirkstoffklasse

„Wir hatten gehofft, einen stärkeren kardiovaskulären Nutzen zeigen zu können, aber die Ergebnisse passen konsistent zu dem, was wir mit anderen SGLT2-Inhibitoren gesehen

### Kohorte bestand aus typischen Patienten

Die Studienteilnehmer waren typisch für eine Kohorte mit Typ-2-Diabetes, berichtete Professor Dr. SAM DAGOGO-JACK, University of Tennessee in Memphis. Das Durchschnittsalter betrug 64 Jahre, der Diabetes bestand im Schnitt seit 13 Jahren, der HbA<sub>1c</sub> lag bei 8,2 % und der BMI bei 32 kg/m<sup>2</sup>. Acht von zehn Teilnehmern hatten eine koronare Herzkrankheit, knapp die Hälfte bereits einen Myokardinfarkt hinter sich und jeder Vierte eine chronische Herzinsuffizienz. Zwei Drittel wurden bereits bei Studieneinschluss mit mindestens zwei Antidiabetika behandelt, knapp die Hälfte mit Insulin und 40 % mit Sulfonylharnstoffen.

haben, vor allem hinsichtlich Herzinsuffizienz und Nierenfunktion“, ordnete Prof. Cannon die Daten ein. Das Sicherheitsprofil bot keine Überraschungen, Ertugliflozin unterschied sich außer bei den bekannten Harnwegsinfektionen und Genitalmykosen nicht von Placebo. Alles in allem können sich SGLT2-Inhibitoren inzwischen auf eine solide Datenbasis mit mehr als 46 000 Studienteilnehmern stützen, die ihren Stellenwert in der antidiabetischen Therapie insbesondere bei erhöhtem kardiovaskulärem und renalem Risiko untermauert, kommentierte Professor Dr. DAVID CHERNEY, Universität Toronto. Zu klären bleibe, woher die Diskrepanzen zwischen den Studien etwa bei Herztod oder kombinierten kardiovaskulären Endpunkten stammen.

Manuela Arand

80<sup>th</sup> Scientific Sessions der ADA

### MACE

Hinter der Abkürzung verbirgt sich die englische Bezeichnung Major Adverse Cardiovascular Event, also schwerwiegende kardiovaskuläre Ereignisse. Meist wird der Begriff im Rahmen von klinischen Studien verwendet, um unterschiedliche kardiovaskuläre Ereignisse in einem Endpunkt zusammenzufassen.

Foto: iStock/sumkinn

## Mit besserem Schlaf zu besserer Diabeteskontrolle

### Wie sich beeinträchtigte Nachtruhe auf die Glykämie auswirkt

**CHICAGO.** Zu kurz oder zu schlecht geschlafen – das kann bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes Typ 1 zu einer schlechteren Diabeseinstellung beitragen. Experten hoffen, hier langfristig mit Interventionen ansetzen zu können. Nicht nur in der Nacht.

Schlafforscher empfehlen für Schulkinder im Alter zwischen sechs und zwölf Jahren neun bis zwölf Stunden Schlaf, für Teenager acht bis zehn Stunden pro Nacht. Aber speziell Kinder und Jugendliche mit Typ-1-Diabetes kommen an dieses Schlafpensum sehr häufig nicht annähernd heran, bemängelte Dr. SUSANA R. PATTON, Nemours Children's Health System, Jacksonville. Außerdem leiden sie unabhängig vom BMI überzufällig häufig an schlafbezogenen Atmungsstörungen. Um Schlaf objektiv zu messen, gibt es verschiedene Optionen, erklärte die Expertin. Polysomnographien

können schwierig sein, weil Kinder die Messgeräte schlecht tolerieren. Dr. Patton empfahl, es mit Aktigraphen zu probieren, wie sie auch in Fitnessstrackern installiert sind. Es gibt heute sehr ausgeklügelte Geräte, die mit vielfältigen Sensoren Informationen über Schlafzeiten, Aktivität im Schlaf und sogar Schlafstadien liefern.

### Mehr Blutzuckerschwankungen nach schlechter Nacht

Anhand von Studien wird deutlich, dass nach einer schlechten Nacht die Stoffwechselsituation am Folgetag schlechter ausfällt – Jugendliche

vernachlässigen vermehrt Blutzuckermessungen und Insulintherapie. Und schon bei kleinen Kindern sind stärkere Schwankungen des Blutzuckers zu beobachten, so die Referentin.

Bei chronischen Schlafstörungen kommt es vermehrt zu Hypo- und Hyperglykämien, Hyperinsulinämie sowie schnellen Veränderungen des Glukosespiegels, die zu Stressreaktionen des Sympathikus und der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren(HHN)-Achse führen. Diese unterminieren die Schlafqualität, fördern Insulinresistenz und erschweren die Stoffwechselkontrolle.

### 24-Stunden-Modell mit Interventionen tags und nachts

Auf der anderen Seite sind die Kinder wegen des schlechten Schlafes tagsüber müde, werden inaktiver,



Kinder wie Jugendliche mit Diabetes Typ 1 erreichen häufig nicht ihr Schlafpensum.

Fotos: svetamart – stock.adobe.com

Kindern mit Typ-1-Diabetes linear mit der Schlafqualität. „Das ist ein attraktives Modell, weil es hoffen lässt, dass sich diese Prozesse umkehren lassen, wenn es gelingt, das Schlafverhalten zu verbessern“, so Dr. Patton. Dabei sollte nach ihrer Ansicht das Augenmerk nicht nur dem gelten, was sich in der Nacht abspielt, sondern die ganze 24-Stundenspanne sollte in den Blick genommen werden – Interventionen dürften nicht nur nachts, sondern auch tagsüber notwendig sein, um Schlaf und Diabeteskontrolle zu verbessern. Diese hängen laut Expertin demnach eng zusammen.

Wie sich die wechselseitige Abhängigkeit nutzen lässt, um Therapieergebnisse zu verbessern, ist derzeit Gegenstand intensiver Forschung.

ara

80<sup>th</sup> Scientific Sessions der ADA

»Schlafverhalten verbessern«

# Frühe Intervention hält lange vor

## Diabetespräventive Effekte mehr als 20 Jahre später

**CHICAGO.** Langzeitdaten des Diabetes Prevention Program zeigen nach wie vor, dass frühe Intervention sich auszahlt. Noch heute ist nach Metformingabe oder intensiver Lebensstilintervention das Diabetesrisiko geringer.

Vor fast 25 Jahren startete das Diabetes Prevention Program, um den Stellenwert von intensiven Lebensstilmaßnahmen versus Metformin in der Vorbeugung des Typ-2-Diabetes zu prüfen. Die eigentliche Multicenterstudie lief von 1996 bis 2001. DPPOS ist die Langzeitfortsetzung dieses Programms. Damals schnitt die Lebensstilintervention deutlich besser ab als die Pharmakotherapie: Sie reduzierte das Diabetesrisiko um 58 %, Metformin um 31 % gegenüber Placebo. Fast 90 % der anfangs 3234 Teilnehmer beteiligten sich anschließend an der Studienfortsetzung – darunter solche, die einen Typ-2-Diabetes entwickelt hatten, wie auch jene, die bei Studienende noch stoffwechselfest waren. DPPOS ist darauf angelegt zu prüfen, wie sich die frühe Intervention auf das weitere Diabetesrisiko auswirkt, aber auch auf die Entwicklung von Organkomplikationen an Augen, Nieren und Herz. Zurzeit sind immer noch 75 % der ursprünglichen Teilnehmer an der Studie beteiligt und am Leben. Das mittlere Alter liegt inzwischen bei 72 Jahren.

### Geringeres Diabetes- und Komplikationsrisiko

Nach gemittelt 22 Jahren Laufzeit lässt sich der Benefit der frühen Intervention immer noch nachweisen:

- Wer Lebensstilintervention oder Metformin bekommen hatte, hat heute ein 25 % respektive 18 % niedrigeres Risiko als die Placebogruppe, einen Typ-2-Diabetes entwickelt zu haben.
- Teilnehmer, die keinen Diabetes entwickelt hatten, haben ein 57 % bzw. 37 % niedrigeres Risiko für Augen- und Nierenkomplikationen und ein fast 40 % niedrigeres kardiovaskuläres Risiko.

Allerdings konnte für keine der beiden Interventionen ein präventiver Effekt auf kardiovaskuläre, renale und retinale diabetesbedingte Schäden gezeigt werden. Metformin könnte eventuell einen gewissen Schutz vor Herzinfarkt und Schlaganfall bieten – dies war bei denjenigen der Fall, die schon vor dem 45. Lebensjahr mit der Einnahme begonnen hatten.

Zudem wurde aus der Langzeitauswertung deutlich, dass in der Grup-

pe der intensiven Lebensstilintervention die Gebrechlichkeit im höheren Lebensalter reduziert war.

Als einziger negativer Effekt kam es unter Metformin zu einer maßvoll erhöhten Rate von Nierenfunktionsstörungen, jedoch nur bei den ältesten Teilnehmern. Für Studienleiter Professor Dr. DAVID M. NATHAN, Harvard Medical School, Boston, zeigen die aktuellen Ergebnisse, dass Diabetesprävention machbar ist und

»Nutzen nach vielen Jahren«



Die ursprünglichen Präventionsmaßnahmen liegen über zwei Jahrzehnte zurück.

wichtige klinische Erfolge bringt: »Der langfristige Nutzen beider Interventionen, der auch nach vielen Jahren noch sichtbar ist, bezeugt ihre

Stärke und bekräftigt ihren Stellenwert bei der Reduktion von Typ-2-Diabetes.«

80<sup>th</sup> Scientific Sessions der ADA

Foto: iStock/MicroStockHub

ACCU-CHEK® Guide

Roche

ACCU-CHEK GUIDE  
GEHÖRT ZUR  
GÜNSTIGSTEN  
PREISGRUPPE 1 DES  
VDEK-VERTRAGS

”

EINE ECHTE  
ERLEICHTERUNG  
FÜR MICH UND  
MEINEN ARZT.“

Karin (56), Accu-Chek Guide Nutzerin



LEICHTER MESSEN MIT BREITER  
BLUTAUFRAGSFLÄCHE.

Verordnen Sie jetzt Accu-Chek Guide und profitieren Sie von zufriedenen Patienten, die das Blutzuckermessen im Griff haben.

Noch Fragen? Wenden Sie sich gerne an Ihren Roche Außendienstmitarbeiter oder unser Kunden Service Center:

0800 4466800\*

ACCU-CHEK und ACCU-CHEK GUIDE sind Marken von Roche. © 2020 Roche Diabetes Care Deutschland  
accu-chek.de | Roche Diabetes Care Deutschland GmbH | Sandhofer Straße 116 | 68305 Mannheim

\*kostenfrei, Mo-Fr, 08:00-18:00 Uhr

»Prävention bringt klinische Erfolge«

# Strikte Zielwerte bei Dyslipidämie

Kardiovaskuläres Risiko entscheidend für Vorgaben in Leitlinie

**WIESBADEN.** Laut aktuellen Empfehlungen ist die zu erreichende Senkung des LDL-C-Werts abhängig vom kardiovaskulären Risiko. Um die nun niedrigeren Ziele zu erreichen, soll nach einem gestaffelten Regime vorgegangen werden.

Gemäß der aktuellen Leitlinie von ESC/EAS\* wird der LDL-C-Zielwert in Abhängigkeit von kardiovaskulärem Risiko und klinischen Risikoindikationen ermittelt. „Eine wichtige Neuerung betrifft Patienten mit sehr hohem kardiovaskulärem Risiko“, erklärte Professor Dr. MICHAEL LEHRKE, Uniklinikum RWTH Aachen. Für diese Gruppe wird empfohlen, den LDL-C-Spiegel um mindestens 50 % in Relation zum Ausgangswert und auf einen Zielwert unter 55 mg/dl (< 1,4 mmol/l) zu senken. Zuvor lag hier das Ziel noch bei < 70 mg/dl (< 1,8 mmol/l). Kommt es unter maximaler Statintherapie innerhalb von zwei Jahren zu einem weiteren kardiovaskulären (CV) Ereignis kann jetzt sogar eine weitere LDL-C-Reduktion auf < 40 mg/dl (1,0 mmol/l) erwogen werden. „Dies ist natürlich eine Herausforderung, weil immer mehr Medikamente benötigt werden, um die Zielwerte zu erreichen“, so der Kardiologe.

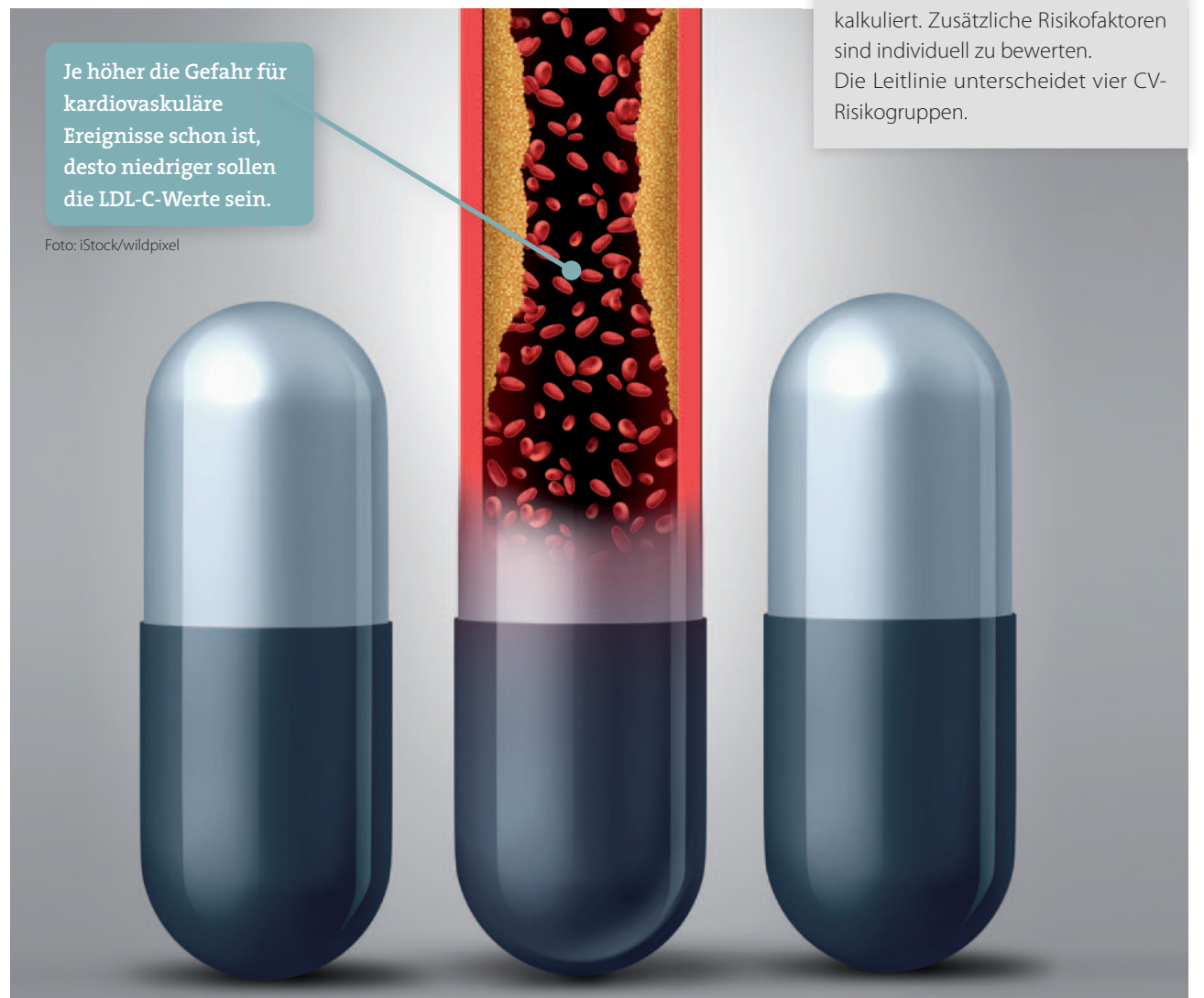
Ein strikteres therapeutisches Vorgehen gemäß dem Grundsatz „lower is better“ betrifft jedoch auch weitere Risikokategorien:

## »Wichtige Neuerung«

- hohes CV-Risiko: LDL-C um mindestens 50 % auf Werte unter 70 mg/dl (1,8 mmol/l) senken
- moderates CV-Risiko: LDL-C-Ziel unter 100 mg/dl (2,6 mmol/l)
- niedrige CV-Gefährdung: Zielwert unter 116 mg/dl (3,0 mmol/l)

## Bei Bedarf wird die Behandlung stetig ausgeweitet

Nach Festlegung des LDL-C-Zielwertes steht – wie bisher – eine Lebensstilmodifikation an, berichtete Prof. Lehrke. Zu den Lipidsenkern, die generell bei der abgestuften Behandlungsstrategie infrage kommen, gehören neben Statinen auch Ezetimib und PCSK9-Inhibitoren. Primär erfolgt pharmakotherapeutisch eine Statin-Behandlung. Lässt sich der Zielwert damit nicht erreichen, wird die Therapie ausgeweitet auf ein hochpotentes Statin. Gelingt es unter Ausnutzung hochpotenter Präparate bis zur maximal zugelassenen Dosis nicht, das LDL-C-Ziel



zu erreichen, sollte eine Kombination mit Ezetimib erfolgen, erläuterte der Experte. Reicht dies auch nicht aus, wird in der Sekundärprävention die Kombination mit einem PCSK9-Inhibitor empfohlen, gegebenenfalls kann auch ein Gallensäurebinder eingesetzt werden. Bei sehr hohem CV-Risiko ist schon bei der Primärprävention die Gabe ei-

nes PCSK9-Inhibitors zu erwägen, so Prof. Lehrke. Diese Option gilt auch für Patienten mit familiärer Hypercholesterinämie. Liegt eine Statin-Unverträglichkeit vor, ist gemäß Leitlinie Ezetimib und/oder ein PCSK9-Inhibitor zu erwägen. Nach einem akuten Koronarsyndrom sollten alle Patienten eine hochpotente Statin-Therapie erhalten – unab-

hängig von ihrem jeweiligen LDL-C-Ausgangswert.

Dr. Elisabeth Nolde

Diabetes Update 2020  
\*European Society of Cardiology/European Atherosclerosis Society

Zur Leitlinie:

<https://bit.ly/3au0Ceh>

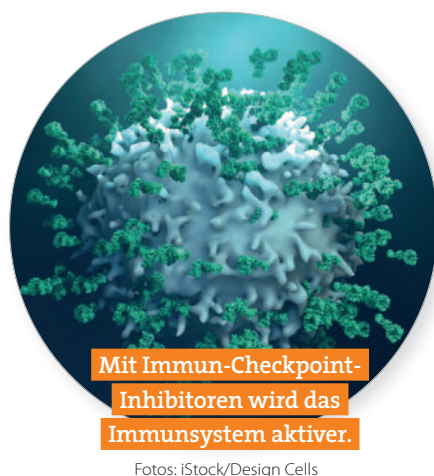
»Eine Herausforderung, weil immer mehr Medikamente benötigt werden«

## Erst Krebs, dann Diabetes?

Endokrine Nebenwirkungen mit fulminantem Verlauf

**WIESBADEN.** Tumor-Immuntherapien können die Entwicklung von Erkrankungen wie Autoimmundiabetes zur Folge haben. Aufgrund des oft raschen Fortschreitens sollten Patienten vorgewarnt sein.

Die Tumor-Immuntherapie gilt als Durchbruch bei der Behandlung von Krebserkrankungen, erläuterte Professor Dr. MATTHIAS WEBER, Universitätsmedizin Mainz. Doch es gelte, potenzielle Nebenwirkungen immer im Blick zu behalten. „Wenn man die Handbremse des Immunsystems lockert, damit es sich verstärkt mit dem Tumor auseinandersetzt, dann können auch autoimmunbedingte Nebenwirkungen auftreten.“ Diese werden als immun-related Adverse Events



(irAE) bezeichnet und können prinzipiell alle Organsysteme betreffen. Dabei zählen autoimmunbedingte Endokrinopathien zu den häufigsten irAEs (15–35 % der Patienten) und

sind im Falle einer Nebennierenrindeninsuffizienz oder eines Diabetes zwar selten, aber potenziell lebensgefährlich.

## Diabetes tritt oft verzögert auf, verläuft dann jedoch rasch

Meist manifestieren sich endokrine Nebenwirkungen einer Tumor-Immuntherapie nach zwei bis drei Zyklen, so der Endokrinologe. Danach bleibe das Risiko aber bestehen: Auch nach vielen Monaten bis zu Jahren seien entsprechende Manifestationen möglich. Das Ziel ist, potenzielle Nebenwirkungen rechtzeitig zu erkennen, damit sie adäquat behandelt werden können. Wie Prof. Weber berichtete, wird zunehmend auch ein durch Tumor-Immuntherapie vermittelter Diabe-

tes diagnostiziert – überwiegend im Zusammenhang mit Immun-Checkpoint-Inhibitoren, also Antikörpern, die gegen die Proteine PD1 oder PD-L1 gerichtet sind. Klinisch zeigt der mit Checkpoint-Inhibitoren assoziierte Diabetes eine besondere Verlaufsform:

- meist fulminant verlaufend mit raschem, vollständigem Verlust der Insulinsekretion
- in der Regel mit niedrigem oder nicht mehr nachweisbarem C-Peptid

- oft mit nur mäßig erhöhtem HbA<sub>1c</sub>-Wert (aufgrund des raschen Verlaufs)
- über 70 % der Fälle manifestieren sich im Rahmen einer Ketoazidose
- in etwa der Hälfte der Fälle finden sich positive Autoantikörper
- oft zeigt sich begleitend eine entzündliche Reaktion im Sinne einer Pankreatitis; erhöhter Lipase-Spiegel in 50 % der Fälle

Aufgrund der bedrohlichen Situation, in die Menschen unter einer Tumor-Immuntherapie geraten können, sollte diese Patientengruppe über die Symptomatik eines Diabetes und über die diabetische Ketoazidose als mögliche Erstmanifestation aufgeklärt werden, kommentierte der Experte.

eno

Diabetes Update 2020

»Bedrohliche Situation«

NEU

# APIDRA®-DATEN AUS DEM DEUTSCHEN PRAXISALLTAG<sup>1,2</sup>

APIDRA® NIS  
Insulinglulisin PROGRAMM

IN DER KLINISCHEN PRAXIS:<sup>1</sup>  
IGLU-S - 1 JAHR NACH UMSTELLUNG AUF APIDRA®  
**SIGNIFIKANTE HbA<sub>1c</sub>-SENKUNG  
VON BIS ZU 1%\***

TYP-1- &  
TYP-2-DIABETES

APIDRA®

DAS PASST!



APIDRA®  
Insulinglulisin



ONLINE FORTBILDEN & PUNKTEN.

eAcademy



eAcademy.sanofi.de

\* Innerhalb von 12 Monaten sank der HbA<sub>1c</sub>-Wert um  $0,86 \pm 1,03\%$  (T1DM) bzw.  $1,01 \pm 1,02\%$  (T2DM) (jeweils  $p < 0,0001$ ); geringfügige Abweichungen in den mittleren Differenzen durch Adjustierung aufgrund unterschiedlicher Patientenzahlen. 1 Seufert J *et al.* *Diabetologie und Stoffwechsel* 2019; 14(S 01): S75; IGLU-S Poster präsentiert beim Kongress der Deutschen Diabetes Gesellschaft, 29. Mai–1. Juni 2019, Berlin; Ergebnisse einer 12-monatigen, nicht-interventionellen Studie mit 30 Typ-1- und 235 Typ-2-Diabetespatienten, die im Rahmen einer ICT (Typ-1-Diabetespatienten) bzw. einer ICT, SIT oder BOTplus (Typ-2-Diabetespatienten) von einem prandialen Insulin (Humaninsulin oder anderes kurzwirksames Insulinanalogon) auf APIDRA® umgestellt wurden. Limitationen dieser Studie sind durch das nicht-interventionelle Design bedingt; 2 Pfohl M *et al.* *Diabetologie und Stoffwechsel* 2019; 14(S 01): S45–S46; IGLU-SIT-Poster präsentiert beim Kongress der Deutschen Diabetes Gesellschaft, 29. Mai–1. Juni 2019, Berlin; Ergebnisse einer 12-monatigen, nicht-interventionellen Studie mit insulin-naiven Typ-2-Diabetespatienten mit unzureichender glykämischer Kontrolle unter OAD-Therapie, die auf eine SIT mit APIDRA® eingestellt wurden. Limitationen dieser Studie sind durch das nicht-interventionelle Design bedingt.

Apidra® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Patrone - Apidra® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Durchstechflasche - Apidra® SoloStar® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einem Fertipen  
Wirkstoff: Insulinglulisin. Zusammensetzung: 1 ml enthält 100 Einheiten Insulinglulisin (entsprechend 3,49 mg). Sonstige Bestandteile: Metacresol, NaCl, Trometamol, Polysorbit 20, Salzsäure 36%, NaOH, Wasser für Injektionszwecke. Anwendungsgebiete: Zur Behandlung von Erwachsenen, Jugendlichen, u. Kindern, ab 6 J. mit Diabetes mellitus, sofern die Behandlung mit Insulin erforderlich ist. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile, Hypoglykämie. Warnhinweise/Vorsichtsmaßnahmen: Umstellung auf anderen Insulintyp/-marke/-ursprung nur unter strenger ärztlicher Überwachung. Gleichzeitige Behandlung mit oralen Antidiabetika gegebenenfalls anpassen. Bei unzureichender Dosierung oder Abbruch der Behandlung Hyperglykämie und diabetische Ketoazidose möglich. Lange Diabetesdauer, intensivierte Insulintherapie, diabetische Neuropathie, Betablocker oder Wechsel von Insulin tierischen Ursprungs zu Humaninsulin können Warnsymptome einer Hypoglykämie verschleiern. Bei verstärkter körperlicher Aktivität oder Ernährungsumstellung, Krankheit oder seelischer Belastung kann Dosis-Anpassung erforderlich sein. Unbehandelte hypo- oder hyperglykämische Reaktionen können zu Bewusstlosigkeit, Koma oder zum Tod führen. Bei Kombination mit Pioglitazon Herzinsuffizienz möglich, besonders bei Patienten mit Risikofaktoren. Bei Verschlechterung der kardialen Symptome Pioglitazon absetzen. Metacresol kann allergische Reaktionen hervorrufen. Funktionsstörungen der Insulinpumpe oder Anwendungsfehler können zu Hyperglykämie, hyperglykämischer Keto- oder diabetischer Ketoazidose führen. Nebenwirkungen: Stoffwechsel, Ernähr.: Sehr häufig Hypoglykämie. Unbekannt Hyperglykämie (kann zu diabetischer Ketoazidose führen) Haut, Unterhautzellgew.: Häufig Reaktionen an der Injektionsstelle, lokale Überempfindlichkeitsreaktionen. Selten Lipodystrophie. Allgemein: Gelegentlich systemische Überempfindlichkeitsreaktionen Verschreibungspflichtig. Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, D-65926 Frankfurt am Main. Stand: Februar 2019 (SADE.GLU.19.04.1175).

SANOFI

2001\_LAPR\_G\_MAF-DE-2000102\_04/2020

# »Grundbedürfnisse verstehen«

## Diabetesmanagement erfordert auch interkulturelle Kompetenzen

**WIESBADEN.** Bei der erfolgreichen Diabetesbehandlung von Menschen aus anderen Kulturkreisen gibt es oft nicht nur sprachliche Hürden. Auch unterschiedliche Traditionen und Ernährungsgewohnheiten können eine Rolle spielen. So kann die Begleitung durch den Ramadan eine Herausforderung sein.

Laut einer vor etwa fünf Jahren veröffentlichten Untersuchung zur Gesundheit bei Migranten in Deutschland nutzten diese Mitbürger Früherkennungsuntersuchungen und Präventionsangebote seltener als Nicht-Migrantinnen und Nicht-Migranten, erinnerte Professor Dr. WERNER KERN, Leiter des endokrinologischen Ulm. Hierbei spielen sprachliche und kulturelle Barrieren eine Rolle. Auch beim Diabetesmanagement werde deutlich, welche kulturbedingten Hürden entstehen können.

### Unterschiedliches Ernährungsverständnis

So umfasst das Behandlungskonzept bei Diabetes beispielsweise Hinweise, sich mehr zu bewegen, vernünftig zu essen, mit dem Rauchen aufzuhören und ggf. auf Alkohol zu verzichten. Doch solche Empfehlungen können der Lebenswirklichkeit zuwiderlaufen. „Wenn wir auf Menschen mit Diabetes und Migrationshintergrund eingehen möchten, ist es wichtig, deren Grundbedürfnisse zu verstehen,“ appellierte Prof. Kern. Zum Verständnis von Lebensqualität könne schlichtweg auch gehören, zu ruhen, Verwandte sowie Freunde einzuladen und gemeinsames Essen zu zelebrieren. Derart grundsätzliche Bedürfnisse zu ändern, fällt oft schwer – vordergründig kann dies wie eine fehlende Einsicht in die Behandlungsnotwendigkeit erscheinen. Umso bedeutsamer sind „kultursensible“ Anregungen: Für das bessere Verständnis von türkischen Mitbürgern mit Diabetes bezeichnete Prof. Kern seine langjährige Zusammenarbeit mit der entsprechend erfahrenen Diabetesberaterin DDG Özlem Özcan als „großes Glück“. Zunächst sollte man sich mit den Ernährungs-

### »Kulturbedingte Hürden«

gewohnheiten vertraut machen, so der Rat des Experten: Häufig gebe es nur zwei Hauptmahlzeiten und zusätzlich viele kleine Zwischenmahlzeiten, die aber bei Berechnungen unberücksichtigt bleiben. Auch viel Obst gehört zum Ernährungsstil – wird aber nicht als „Essen“ betrachtet. Hingegen spielen kohlenhydratlastige Mahlzeiten in der türkischen Küche eine große Rolle: Brot wird gerne mit Nudeln, Reis oder Kartoffeln kombiniert und es gibt viele Weißmehlprodukte, wie etwa Fladenbrot und Gebäck. Dazu gehören auch kalorienreiche Süßspeisen – wer drei Baklava-Stückchen und eine Tasse Tee mit zwei Würfelzucker zu sich nimmt, kommt auf 10 BE und 1040 kcal, gab Prof. Kern als Beispiel.

### Mehr Entgleisungen während und nach der Fastenzeit

Auch der Umgang mit dem Kranksein unterscheidet sich zwischen den Kulturen. Die Religion stellt einen wichtigen Aspekt dar, erinnerte Prof. Kern. Mit Blick auf Diabetes kommt insbesondere dem Fastenmonat Ramadan große Bedeutung zu. Diese Zeit der Enthaltensamkeit umfasst 30 Tage. Währenddessen gibt es zwischen Sonnenaufgang und -untergang folgende Vorgaben: kein Essen, kein Trinken, kein Rauchen, kein Sex – aber auch keine Tabletten, keine Tropfen und keine Injektionen. Vom Fasten befreit sind Kinder, schwangere und stillende Mütter, Frauen während der Menstruation, Altersschwache, Reisende und akut



sowie chronisch Kranke, erläuterte der Experte. Letzteres treffe auf Menschen mit Diabetes zu. Doch das Fasten im Monat Ramadan ist für viele Gläubige sehr wichtig und bringt Muslime mit Diabetes in einen schweren Gewissenskonflikt – auch mit der Konsequenz trotz Diabetes zu fasten. Dann müsse über die Gefahren des Fastens aufgeklärt und müssen Betroffene entsprechend begleitet werden. Studiendaten zeigten z.B., dass während des Ramadans das Schlafwachmuster häufig verändert ist. Prof. Kern berichtete über Hinweise, dass Schlafentzug die Glukosetoleranz und die Insulinresistenz begünstige. Studiendaten zufolge kommt es bei Menschen mit Diabetes Typ 1 und Typ 2 während des

Fastens viel häufiger zu schweren Hypoglykämien, die Inzidenz von Hyperglykämien stieg bei Diabetes Typ 2 um das Fünffache. Während des Ramadans und in dem darauffolgenden Monat fand sich auch eine vergleichsweise höhere Rate diabetischer Ketoazidosen. Gemäß internationalen Handlungsempfehlungen der International Diabetes Foundation (IDF) zur Diabetesbehandlung während des Rama-

### »Abgestuftes Vorgehen im Ramadan«

### Bewertung vor dem Fasten

#### Sehr hohes Risiko

- Schwere Hypoglykämien, ketoazidotisches oder hyperosmolares Koma in den zurückliegenden drei Monaten
- Hypoglykämie-Wahrnehmungsstörung
- Akute Erkrankungen
- Dialysepatienten
- Schwangerschaft
- Schlecht eingestellter Typ-1-Diabetes
- Fortgeschrittene makrovaskuläre Komplikationen
- Hochbetagte Patienten in schlechtem Gesundheitszustand

#### Hohes Risiko

- Moderate Hyperglykämien (durchschnittlicher Blutglukosewert zwischen 150–300 mg/dl, HbA<sub>1c</sub>-Wert 7,5–9 %)
- Nephropathie Stadium 3
- Stabile makrovaskuläre Komplikationen
- Komorbidität mit weiteren Risikofaktoren
- Besonders intensive Arbeit
- Medikationen, die kognitive Funktionen beeinträchtigen können

#### Moderates oder niedriges Risiko

- Gut kontrollierter Diabetes ohne Behandlung mit insulinotropen Substanzen oder Insulin
- Bei Einnahme von SGLT2-Inhibitoren das Hypovolämie-Risiko besonders beachten

dans wird ein abgestuftes Vorgehen vorgeschlagen:

- Risikobeurteilung vorab: Das individuelle Risiko wird stratifiziert und darüber beraten, ein Therapieplan erstellt und das Selbstmanagement gefördert.
- Währenddessen: Anpassung der Medikation, zudem wird die Selbstkontrolle der Blutglukose empfohlen.
- Nach dem Ramadan erfolgen Kontrollen und Rückanpassungen der Therapie.

Dr. Elisabeth Nolde

Diabetes Update 2020

### Praktische IDF-Empfehlungen zu Diabetes im Ramadan:

<https://bit.ly/3gxRVOM>

## Doppelt wirksam

### IL1-Hemmer bei Diabetes Typ 2 und rheumatoider Arthritis

**WIESBADEN.** Die Interleukin-1-Hemmung unterdrückt inflammatorische Signalwege. Dies scheint sich auch für Patienten zu eignen, die sowohl an einer rheumatoiden Arthritis als auch an Typ-2-Diabetes erkrankt sind.

Da der Interleukin-1-Inhibitor Anakinra bei rheumatoider Arthritis (RA) nicht ganz so gut wirkt wie andere Biologika oder JAK-Inhibitoren und täglich injiziert werden muss, kommt er selten zum Einsatz. Für komorbide Patienten mit Diabe-

tes Typ 2 bietet er laut einer offenen Studie jedoch eine Option. Denn auch hinsichtlich der endokrinen Erkrankung verbesserte sich wohl die Entzündungskomponente. „Die Autoren haben die Studie nach sechs Monaten unterbrochen, weil

### »HbA<sub>1c</sub> reduziert«

sie einen Benefit für – man glaubt es kaum – Anakinra gesehen haben“, erklärte die Rheumatologin Professor Dr. ANDREA RUBBERT-ROTH vom Kantonsspital St. Gallen. An der Untersuchung nahmen 39 Personen mit aktiver RA und Typ-2-Diabetes teil. Sie erhielten entweder Anakinra oder einen TNF- $\alpha$ -Hemmer. Die RA-Krankheitsaktivität, ermittelt via DAS28\*, sank in beiden Gruppen signifikant. Anders als die TNF-Blocker reduzierte der IL1-Hemmer jedoch nach

drei bzw. sechs Monaten das HbA<sub>1c</sub> um ca. 0,93 Prozentpunkte. Ein ähnlich positiver Einfluss zeigte sich auch auf den Nüchternblutzucker. Der metabolische Effekt von Anakinra blieb bis zu 39 Wochen nach Absetzen bestehen, die geschätzte number needed to treat lag bei drei.

### Keine Unterzuckerungen, aber urtikarielle Reaktionen

Es traten weder Hypoglykämien noch andere schwere unerwünschte Ereignisse auf, berichtete die Refe-

rentin. In der Anakinragruppe entwickelten vier Personen urtikarielle Reaktionen an der Injektionsstelle. Zwar waren nur Patienten mit einer relativ kurzen RA- und Diabetes-Krankheitsdauer von durchschnittlich 24 bzw. 12 Monaten inkludiert. „Aber ich fand es bemerkenswert und es zeigt, dass der Diabetes eine wichtige Komorbidität ist, die im Einzelfall adressiert werden kann“, schloss die Referentin. *esb*

15. Rheumatologie-Update-Seminar

\* Disease Activity Score 28

Diabetes Herbsttagung

# DIABETES – BESSER UNKOMPLIZIERT

ab dem 6. November 2020 um 12:00 Uhr beginnt die Online-Tagung

Jetzt  
anmelden!

Neueste Erkenntnisse  
aus der Diabetologie  
Für Ärztinnen, Ärzte und  
Fachkräfte aus  
Praxis,  
Klinik,  
Beratung  
& Pflege

Erstmalig voll digital!  
Vorträge & mehr live und on demand.  
Sichern Sie sich attraktive Fortbildungspunkte

[www.herbsttagung-ddg.de](http://www.herbsttagung-ddg.de)

 **DIABETES  
HERBSTTAGUNG  
2020 DDG**



Fotos: © K.I.T. Group GmbH, Bild: Dirk Deckbar



# DIABETES HERBSTTAGUNG 2020 DDG

6. – 8. November 2020  
„Diabetes –  
besser  
unkompliziert“  
[www.herbsttagung-ddg.de](http://www.herbsttagung-ddg.de)

# Countdown für die Diabetes Herbsttagung 2020

## Highlights aus dem Programm im Überblick

### Komplikationen

#### „Diabetes und Leber/NASH“

**Vorsitz: Prof. Dr. Thomas Forst,**  
CRS Clinical Research Services Andernach GmbH;  
**PD Dr. Katharina Schütt, Uniklinik RWTH Aachen,**

Die Rolle der nicht-alkoholischen Leberverfettung (NAFLD) im Rahmen der Adipositas und der Entwicklung eines Diabetes Typ 2 gewinnt zunehmend an Aufmerksamkeit. Neben hepatischen Komplikationen, wie der Entwicklung einer nicht-alkoholischen Steatosis Hepatis (NASH), einer Leberzirrhose oder eines hepatozellulären Karzinoms, wird der Leberverfettung eine zunehmende Bedeutung in der Entwicklung zahlreicher metabolischer und kardiovaskulärer Komplikationen zugesprochen.

In unserem Symposium Diabetes und Leber/NASH möchten wir mit ausgewählten Experten und Expertinnen die klinische Bedeutung der Leberverfettung, insbesondere im Zusammenhang mit dem Diabetes Typ 2 und seinen kardiovaskulären Komplikationen betrachten.

Lifestyle, Ernährung, Bewegung, Veränderungen im Mikrobiom/Metabolom spielen eine wesentliche Rolle für eine zunehmende Fetteinlagerung in der Leber, einer Inflammationsaktivierung und der Ausbil-

dung einer Insulinresistenz. Verschiedene Adipokine, Hepatokine und Zytokine bilden den zentralen Link zu metabolischen und kardiovaskulären Komplikationen.

Die stringente Diagnose einer NAFLD/NASH wird zunehmend als wichtige medizinische Herausforderung betrachtet. Durch eine frühzeitige und zielgerichtete Intervention können möglicherweise hepatische, metabolische und kardiovaskuläre Folgen der Leberverfettung vermieden werden.

Neben allgemeinen Lebensstilmaßnahmen steht derzeit noch keine zugelassene pharmakologische Therapie der NAFLD/NASH zur Verfügung. Einige Studien berichten über positive Effekte einer Intervention mit Pioglitazon. Auch neuere Antidiabetika, die eine Gewichtsreduktion begünstigen wie SGLT2-Hemmer oder GLP1-Rezeptoragonisten, scheinen einen positiven Effekt auf die Leberverfettung auszuüben.

Derzeit ist eine Vielzahl neuer therapeutischer Ansätze zur Behandlung der NAFLD/NASH in der klinischen Entwicklung.

### Adipositas

#### „Adipositas therapie 2020“

**Vorsitz: Prof. Dr. Jens Aberle, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf;**  
**Prof. Dr. Jochen Seufert, Universitätsklinikum Freiburg**

Übergewicht und Adipositas als wichtigste Manifestationsfaktoren eines Diabetes Typ 2 und des metabolischen Syndroms stellen weiterhin eine zunehmende Grundlage für die weltweite Zunahme dieser Stoffwechselerkrankung dar. Über die konservativen Therapiemöglichkeiten der Ernährungs- und Bewegungstherapie hinaus sind in den letzten Jahren vermehrt weitere wirksame Ansätze der medikamentösen Therapie, aber auch endoskopische Verfahren und die bariatrische und metabolische Chirurgie evaluiert worden. Diese Verfahren zeigen eine unterschiedliche Effektivität im klinischen Alltag und insbesondere va-

riable Ergebnisse im Hinblick auf Langzeiteffekte und die Reduktion von Stoffwechselkomplikationen. Erhalten Sie in diesem Symposium einen Überblick über konservative und medikamentöse Therapieansätze, aber auch neue endoskopische Verfahren und schließlich ein Update zur bariatrischen und metabolischen Chirurgie im Jahr 2020, um hieraus praxisrelevante Hinweise für den Einsatz verschiedener Therapiestrategien zur individualisierten Bekämpfung von Übergewicht und Adipositas bei Ihren Patientinnen und Patienten zu erhalten und für Ihre Praxis anwenden zu können.

### Diabetes Typ 1

#### „Praxisdialog: SGLT2-Inhibitoren bei Typ-1-Diabetes“

**Vorsitz: Prof. Dr. Thomas Danne, Kinder- und Jugendkrankenhaus Auf der Bult;**  
**Prof. Dr. Jochen Seufert, Universitätsklinikum Freiburg**

Die Einführung der SGLT2-Hemmer als orale Antidiabetika zur Behandlung des Diabetes Typ 2 hat in den letzten Jahren aufgrund der positiven Effekte auf die Glukosekontrolle, aber auch das Körpergewicht und die arterielle Hypertonie, und schließlich der positiven Befunde aus kardiovaskulären Endpunktstudien für Furore gesorgt. Diese Medikamente sind über die glukosesenkenden Effekte hinaus kardioprotektiv und nephroprotektiv. Aufgrund ihres insulinunabhängigen Wirkmechanismus an der Niere führen diese Medikamente auch bei Diabetes Typ 1 zu einer therapeutischen Glukosurie und senken damit den Blutzuckerspiegel, helfen übergewichtigen Menschen mit Typ-1-Diabetes Körpergewicht zu verlieren und können zur Einsparung von Insulin führen. Der größte positive Effekt bei Menschen mit

Typ-1-Diabetes ist jedoch die deutliche Verringerung der tageszeitlichen Blutzuckerschwankungen. Aus diesem Grunde sind diese Medikamente für den Einsatz bei Typ-1-Diabetes geeignet und der SGLT2-Inhibitor Dapagliflozin ist hierfür bereits zugelassen und erhältlich. Allerdings kann es unter einer Therapie mit SGLT2-Inhibitoren bei Typ-1-Diabetes zum gehäuftem Auftreten der spezifischen Nebenwirkung einer normoglykämischen Ketoazidose kommen. Der Einsatz dieser Medikamente muss hier deshalb aufgrund klinischer Parameter sorgsam abgewogen werden. In diesem Praxisdialog werden von Experten für den Diabetes Typ 1 wichtige praxisrelevante Hilfestellungen gegeben und Tipps und Tricks zum Einsatz von SGLT2-Hemmern bei Menschen mit Diabetes Typ 1 im Kindes-/Jugend- und Erwachsenenalter.

### Schulungen

#### „Update Schulung 2020“

**Vorsitz: Dr. Nicola Haller,**  
Ärztehaus Vincentinum Augsburg;  
**Prof. Dr. Bernhard Kulzer, Diabetes-Klinik Bad Mergentheim**

Die Diabetesschulung steht nicht nur durch die Coronakrise vor neuen Herausforderungen. Sind neue Formate der Schulung notwendig oder sollen vor allem die bewährten Gruppenschulungen bewahrt und verbessert werden?

Sind Videoschulungen auch langfristig eine alternative Form der Umsetzung von Gruppenschulungen? Sollten neue digitale Schulungsformen die traditionellen Schulungen ablösen oder sollen sie vor allem die traditionellen Schulungen ergänzen? Wo liegen die Chancen und Risiken von digitalen Schulungen?

Was denken Menschen mit Diabetes darüber, was für eine Einstellung haben Ärztinnen und Ärzte, Diabetesberaterin-

nen und Diabetesberater sowie Diabetesassistentinnen und Diabetesassistenten dazu?

Wie ändert sich das Berufsbild und die Vergütung der Diabetesberater/innen und Diabetesassistent/innen durch neue Schulungsformen?

Werden Schulungen bei Systemen zur automatisierten Insulinabgabe (AID-Systeme) überflüssig oder gerade bei diesem Thema besonders herausfordernd?

Diese zentralen Fragen der Zukunft der strukturierten Diabetesschulung und -beratung und auch des Berufsbildes der Schulungsberufe sollen auf dem Symposium „Update Schulung 2020“ vorgestellt und kontrovers diskutiert werden.

### Pädiatrie

#### „Früherkennungsstudien“

**Vorsitz: Prof. Dr. Olga Kordonouri, Kinder- und Jugendkrankenhaus Auf der Bult**

Es ist bekannt, dass die genetische Prädisposition bei der Entstehung des Diabetes Typ 1 eine große Rolle spielt. Sie allein ist jedoch nicht ausreichend – weitere Faktoren sind notwendig, um zu einer Reaktion des Immunsystems gegen die körpereigenen Betazellen zu führen. In den letzten Jahren sind hier viele neue Erkenntnisse gewonnen worden, sodass die Diagnose des Typ-1-Diabetes sich im Wandel befindet.

Der Typ-1-Diabetes wird inzwischen in 4 Stadien eingeteilt. In Deutschland laufen große Studien (Fr1da, Frede1k und Fr1dolin) zur Früherkennung des Typ-

1-Diabetes im Kindesalter. Anhand dieser Studien können neue Erkenntnisse zur Entwicklung des Diabetes Typ 1 und des Autoimmunprozesses gewonnen werden.

Ein weiteres, wichtiges Ziel dieser Studien ist die Prävention der diabetischen Ketoazidose bei Manifestation, die seit Jahren bei ca. 25 % liegt. Ansätze zur primären Prävention reichen von oralem Insulin über Probiotika bis hin zu Impfungen.

Auch in der Therapie könnte sich etwas ändern, hier werden andere Substanzen außer Insulin diskutiert. Ein spannendes Symposium zum Thema Typ-1-Diabetes.



# Der Digitalisierung gewidmet

Diabetes Herbsttagung der DDG vereint virtuelles Format mit spannenden Inhalten

**BERLIN.** Im Fokus der 14. Herbsttagung der DDG stehen die Komplikationen des Diabetes sowie aktuelle diagnostische und therapeutische Ansätze. Die Verlegung der Veranstaltung in den virtuellen Raum bietet den Teilnehmenden ganz neue Möglichkeiten – besonders mit Blick auf die Fortbildungspunkte.

Besser könnte es eigentlich kaum passen: Die Herbsttagung der DDG, deren zentraler Inhalt unter anderem die Digitalisierung ist, wird virtuell stattfinden. Angesichts der Pandemie erübrigt sich das ursprünglich geplante Format aus Präsenzterminen in Hannover mit zusätzlichen Online-Angeboten. Stattdessen wird es ein vielfältiges Angebot an Livestreams und On-Demand-Veranstaltungen geben, die sich auf fünf bis sechs virtuelle Räume erstrecken. „Eines ist sicher: Diese Tagung wird innovativ, spannend und so digital wie nie zuvor“, kündigt Professor Dr. MONIKA KELLERER, Präsidentin der DDG, an.

## Schwerpunkt liegt auf den Komplikationen des Diabetes

Das Motto der Tagung lautet „Diabetes – besser unkompliziert“. Die Veranstaltungen fokussieren sich auf die Komplikationen des Diabetes, den Diabetischen Fuß, Niere, Herz, psychosoziale Probleme und Adipositas“, so Tagungspräsident Professor Dr. RALF LOBMANN. Dabei geht es auch um neue diagnostische und therapeutische Möglichkeiten, die Patientinnen und Patienten das Leben erleichtern können. Ein weiteres prägendes Thema ist die Digitalisierung. Sie wird sich wie ein roter Faden durch die Veranstaltungen ziehen.

»Vorträge bleiben ein ganzes Jahr online«

## Themenschwerpunkte

- Digitalisierung 2020+
- Psychosoziale Versorgung
- DFS – interdisziplinär
- Adipositas – metabolisches Syndrom
- mikrovaskuläre Komplikationen
- Typ-1-Diabetes: Therapien der Zukunft
- Diabetes: Schulung – learning – deep learning
- Diabetes-Technologie
- Diabetes in der Praxis

Trotz räumlicher Trennung wird die Interaktion durch die Vielzahl an Möglichkeiten, die die digitale Welt zu bieten hat, nicht zu kurz kommen. Im Rahmen von Live-Sessions können Teilnehmende direkt Fragen an Referierende über eine Chatfunktion stellen. Darüber hinaus soll es auch Fragemöglichkeiten bei den On-Demand-Vorträgen geben. Das Format „Praxisdialog“ wird zudem Abstimmungsmöglichkeiten anbieten, sodass aktiv Einschätzungen abgegeben werden können. Für die Teilnehmenden eröffnet das digitale Format neue Freiheiten: Da die Symposien und Praxisdialoge auch nach der Veranstaltung online verfügbar sind, besteht die Möglichkeit auf ein Jahr Weiterbildung ohne Wenn und Aber – von überall und zu jeder Zeit. VDBD- und CME-Punkte können somit über den Termin der Herbsttagung hinaus gesammelt werden. Wer zum Ende des Jahres also merkt, dass ihm noch Fortbildungspunkte fehlen, kann diese relativ kurzfristig erarbeiten. Daher ist auch nach der Tagung noch eine Anmeldung möglich. Für 90-minütige Veranstaltungen werden 2 CME- bzw. VDBD-Punkte



Auch der Nutzen neuer Technologien im Fach wird besprochen.

Foto: iStock/Peera\_Sathawirawong

anerkannt, für 45 Minuten gibt es einen. Voraussetzung ist jedoch, dass die anschließende kurze Lernerfolgskontrolle erfolgreich abgeschlossen wird. Maximal können im Rahmen der Tagung 20 VDBD-Fortbildungspunkte erworben werden. Ob es auch eine Obergrenze für CME-Punkte geben wird, ist derzeit noch in Abstimmung.

## Dieses Jahr ist das Programm erstmals über drei Tage verteilt

Die Eröffnung der Tagung soll am 6. November um 12 Uhr live aus Stuttgart übertragen werden. Prof. Kellerer und Prof. Lobmann richten grüßende Worte an die Teilnehmenden, auch ein Keynote-Speaker wird auftreten: Professor Dr. WOLFGANG WAHLSTER ist Experte für Künstliche Intelligenz und hat deren Entwicklung in Deutschland und Europa vorangebracht. Neben der Digitalisierung haben viele der Ta-

gungsinhalte auch einen Bezug zu den medizinischen, technischen und gesundheitspolitischen Zielen der DDG, z.B. befindet sich die Fachgesellschaft in intensiven Gesprächen mit Krankenkassen unter Einbeziehung weiterer Fachdisziplinen, um das Telemedizinische Facharztkonsilium zum Diabetischen Fußsyndrom auf den Weg zu bringen.

Im Themenschwerpunkt „Psychosoziale Versorgung“ spiegelt sich ein gesundheitspolitisches Anliegen der DDG wider. Bereits auf dem Zukunftstag Diabetologie im Herbst 2019 forderte sie mehr Angebote für die psychosoziale Unterstützung von an Diabetes erkrankten Kindern und deren Eltern. Niederschwellige Angebote sollen ihnen dabei helfen, einen Umgang mit den Gefühlen von Unsicherheit, Schuld oder Überlastung zu finden, die die Erkrankung des Kindes manchmal mit sich bringen kann.

Zudem wünscht sich die DDG Finanzierungskonzepte, die es Müttern und Vätern ermöglichen, sich kurzfristig mit Diabetesberatern, Psychologen oder Sozialarbeitern zu besprechen, auch telemedizinisch. Die Sicherstellung einer qualifizierten Versorgung in Schulen und Kitas und selbstverständlich darüber hinaus soll gesetzlich geregelt werden.

## Hashtag für technologische Neuerungen und Digitalisierung

Die digitalen Fortschritte der Diabetes-Technologie sind ein weiterer inhaltlicher Schwerpunkt. Alle entsprechenden Veranstaltungen inklusive jenen zum Schwerpunkt Digitalisierung sind daher mit dem Hashtag #DiabetesDigital: Technologien – Trends – Visionen gekennzeichnet. Dies soll es den Teilnehmenden ermöglichen, die entsprechenden

»Gruppentickets bald vorhanden«

Symposien und Praxisdialoge zu erkennen. In diesem Jahr gibt es zudem erstmals Gruppentickets, sodass Praxisteams oder Institute sich gemeinsam zur Tagung registrieren können. Weitere Informationen dazu sind auf der Tagungs-Webseite zu finden (s. unten). Teilnehmende mit einem Kombiticket, gültig für die geplante Präsenzveranstaltung, werden von der Kongressagentur KUKM kontaktiert und haben die Möglichkeit, ihr Ticket in ein Digitalticket umzuwandeln. Der Differenzbetrag wird zurückerstattet.

Die DDG erkundet mit dem virtuellen Format der Herbsttagung gleichzeitig die Möglichkeiten und Grenzen von Onlinekongressen. In der Geschäftsstelle sieht man der Zahl der Anmeldungen gespannt entgegen: Da der Reiseaufwand dieses Jahr entfällt und die Vorträge auch nach dem Herbsttagungswochenende zur Verfügung stehen, könnten sich mehr Teilnehmende als gewöhnlich anmelden. Ebenso spannend ist die Frage, wie viele Interessierte die Chance nutzen werden, auch noch nach der Tagung zusätzliche CME- oder VDBD-Punkte zu sammeln.

Fest steht: Auf ergänzende Online-Inhalte zur Tagung möchte man in den kommenden Jahren nicht mehr verzichten. Optimal sei eine Hybridform, die sowohl Präsenzveranstaltungen als auch zusätzliche Online-Angebote umfasst, erklärt MARNIE VOLKMANN von der DDG Geschäftsstelle. „Wir wollen am Digitalisierungsschub festhalten, den die Pandemie ausgelöst hat.“

Isabel Aulehla



Volle Kongresshalle: Was letztes Jahr in Leipzig noch selbstverständlich war, ist in Zeiten der Pandemie undenkbar.

Foto: DDG

6.–8.  
November 2020  
Eröffnung der  
Tagung ist am 6.11.  
um 12 Uhr.

# Aktive Gemeinschaft

## Wechsel im Vorstand und Kontinuität bei den Projekten der AG Fuß

**WIESBADEN.** In einer digitalen Mitgliederversammlung hat die Arbeitsgemeinschaft Fuß am 17. Juni 2020 ihren Vorstand neu gewählt. Alle neun Kandidaten erhielten eine große Mehrheit. Zum Wechsel kam es u.a. beim ersten Sprecher. Professor Dr. Ralf Lobmann gab nach zehn Jahren den Staffelstab an Dr. Michael Eckhard weiter. Die beiden Kollegen äußern sich zu den Aufgaben und Zielen der AG.

### INTERVIEW



#### Der Wechsel im Vorstand der AG Fuß war von langer Hand geplant?

**Prof. Lobmann:** Bereits mit der Wahl von Herrn Eckhard in den Vorstand hatten wir begonnen, für einen reibungslosen Übergang zu sorgen. Für mich waren die Jahre als Sprecher eine sehr schöne, erfüllende Zeit. Aber nach 15 Jahren im Vorstand – zehn davon als erster Sprecher – erschien mir der Wechsel wichtig. Die Aufgaben des Sprechers sind vielfältig: Kommunikation mit der Presse, Austausch mit den Kostenträgern, Organisation interessanter Symposien bei der Jahrestagung der AG sowie der Frühjahrs- und Herbsttagung der DDG. Doch die Gestaltung neuer Veranstaltungen fällt schwerer, wenn sich das Gefühl einstellt, alles könnte schon mal da gewesen sein. Deshalb ist frischer Wind gut. Wir haben vor Einsatzfreude sprühende Kollegen im Vorstand. So wird beispielsweise die

Digitalisierungsoffensive von unserem neuen Vorstandsmitglied Jonas Kortemeier vorangebracht.

**Dr. Eckhard:** Dass ich bereits die letzten drei Jahre im Vorstand der AG aktiv sein durfte und so die Aufgaben, das Team, Netzwerk- und Kooperationspartner kennenlernen konnte, war eine sehr gute Vorbereitung. Der AG Fuß jetzt als Sprecher Gesicht und Ausdruck zu verleihen, ist mir Freude und Anspruch zugleich. Für das Vertrauen danke ich ausdrücklich. Toll ist, ein Team von engagierten Mitstreitern zu haben: im Vorstand, im Info-Büro, in der Geschäftsstelle und bei den aktiven Mitgliedern der AG Fuß.

#### Welche Entwicklung hat die AG Fuß in den letzten zehn Jahren genommen?

**Prof. Lobmann:** Die Zahl der Mitglieder ist von rund 400 auf über 700 Aktive gestiegen. Die AG Fuß ist damit die größte und eine der aktivsten Arbeitsgemeinschaften der DDG. Ein wichtiges Projekt war das Etablieren und Weiterentwickeln der Zertifizierung ambulanter und stationärer Fußzentren; hierbei ist das herausragende Engagement von Dr. Joachim Kersken zu nennen. Wir konnten unsere Kontakte zu anderen Fachgesellschaften intensivieren, was zum Beispiel in gemein-



**Dr. Michael Eckhard**  
Univ. Diabeteszentrum u. Interdisziplin. Zentrum Diabet. Fuß Mittelhessen, Gießen  
GZW Diabetes-Klinik, Bad Nauheim



**Prof. Dr. Ralf Lobmann**  
Klinikum Stuttgart,  
Klinik für Endokrinologie,  
Diabetologie und Geriatrie

samen Statements zum Diabetischen Fuß sichtbar wird. Politisch wurden wir zunehmend eingebunden – auch dank der Unterstützung durch die DDG Geschäftsstelle. Zudem war die Möglichkeit, unsere Themen über die diabeteszeitung zu platzieren, sehr hilfreich.

An vielen Projekten des G-BA waren wir beteiligt, so etwa bei der Evaluation der hyperbaren Sauerstofftherapie oder bei der Zulassung der Vakuumtherapie im niedergelassenen Bereich. Für die Podologen konnten wir uns einbringen, um die podologische Therapie auch auf Menschen mit Neuropathie ohne Diabetes-Erkrankung zu erweitern. International ist die AG Fuß zum Beispiel in der International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF) und bei der Leitlinienerstellung sowie im Rahmen der Diabetic Foot Study Group und D-Foot International aktiv. Unter anderem sind hier die eigene Präsidentschaft in der Diabetic Foot Study Group von 2012 bis 2016 zu nennen sowie

deren 2012 in Berlin und 2016 in Stuttgart ausgerichtete Tagungen. Mit unserem ehemaligen Vorstandsmitglied Dr. Anna Trocha sind wir weiterhin bestens im Vorstand der Diabetic Foot Study Group vertreten.

#### Welche Aufgaben stehen aktuell an? Welche Ziele verfolgen Sie?

**Prof. Lobmann:** Ich bleibe sicher dem Diabetischen Fuß eng verbunden und stehe der AG und ihrem Vorstand jederzeit gerne zur Verfügung. Als Sprecher der Regionalgesellschaften der DDG, in der Kommission Kodierung und DRGs in der Diabetologie sowie in D-Foot International bleibe ich dem Thema treu. Ein persönliches Highlight wird für mich das Amt des Kongresspräsidenten der diesjährigen Herbsttagung sein. Dort werden die Komplikationen des Diabetes, der Diabetische Fuß und die Digitalisierung Kernthemen sein, mit denen ich mich in besonderer Weise identifiziere.

**Dr. Eckhard:** Erst vor wenigen Wochen ist die deutsche Übersetzung der Guidelines der IWGDF fertig geworden. Besonderer Dank gilt hier Dr. Sybille Wunderlich für ihre Ausdauer. Jetzt ist den Richtlinien zu einer weiten Verbreitung zu verhelfen. Gerade ist die Praxisleitlinie der DDG in Überarbeitung und jetzt sind wir aufgefordert, uns in die Aktualisierung der S3-Leitlinie zur Versorgung chronischer Wunden einzubringen. Kurz vor dem Abschluss ist die Umstellung des Zertifizierungsverfahrens auf eine digitale Plattform. Toll, wenn's läuft, war aber wahnsinnig viel Detailarbeit auf dem Weg dahin.

**Prof. Lobmann:** Ein Projekt auf Höhe der Zeit ist das telemedizinische Fuß-Konsil in Kooperation mit DDG, BDI und der Firma Ärzte im Netz. Derzeit finden Konkretisierungsgespräche mit Krankenkassen statt.

#### »An vielen Projekten des G-BA beteiligt«

Prof. Dr. Ralf Lobmann

#### »Stolz auf Zertifizierung«

**Dr. Eckhard:** Aufgrund des Relaunches des DDG Webauftritts ist die Homepage der AG Fuß gründlich zu überarbeiten. Dankenswerterweise steht uns die DDG Geschäftsstelle mit Rat und Tat zur Seite. Und mit Jonas Kortemeier haben wir einen Akteur hinzugewonnen, der sich in diesem Metier auskennt.

#### Welche gesundheitspolitischen Entwicklungen begrüßen Sie? Wo hakt es noch?

**Prof. Lobmann:** Die generelle Wahrnehmung der Themen „Diabetischer Fuß“ und „Chronische Wunde“ bei Politik und Kostenträgern freut mich sehr. Die Ausführungsbestimmungen zu dem vom G-BA beschlossenen Zweitmeinungsverfahren „Diabetischer Fuß“ und dessen Umsetzung müssen wir eng begleiten. Das werden spannende Diskussionen.

**Dr. Eckhard:** Das stimmt. Vor allem müssen wir diese Diskussionen aktiv führen. Grundsätzlich böten die DMP Diabetes und das Zweitmeinungsverfahren vor Amputationen gute Grundlagen, um die Versorgung von Menschen mit Diabetischem Fußsyndrom (DFS) deutlich zu verbessern. Bisher ist es aber leider nicht gelungen, eine DFS-Versorgung nach dem Stand der Wissenschaft kostendeckend, flächendeckend und nachhaltig zu implementieren. Deutschland ist diesbezüglich ein Flickenteppich.

Wir sind natürlich stolz auf unsere zertifizierten Fußbehandlungseinrichtungen. Diese sind allerdings vor allem dort etabliert, wo es landesweite oder regionale Struktur- oder Versorgungsverträge gibt und gab. Es bleiben jedoch auch weiße Flecken auf der Landkarte. Und mit der avisierten oder vollzogenen Auflösung sektorenübergreifender Strukturverträge sowie wegen fehlender oder falscher Anreize im stationären Bereich drohen Einrichtungen auch wieder zu verschwinden.

Mit den AG Fuß zertifizierten ambulanten und klinischen Zentren bieten wir eine exzellente Grundlage für interdisziplinäre und multiprofessionelle DFS-Behandlung, wie sie international gefordert wird. Hier sind Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitäten etabliert, die sich leicht überprüfen lassen. Wir fordern daher von den Verantwortlichen im Gesundheitswesen mutige Entscheidungen, dass DFS-Patienten frühzeitig an interdisziplinären Kompetenzzentren behandelt werden müssen. Als Regulativ sind Mindestmengen ebenso denkbar wie Vergütungsabschlüsse auf Behandlungen. Das ist ein dickes Brett, doch wir sind am Bohren. Mitmachen ist erwünscht!

Interview: Michael Reischmann

#### »Flickenteppich bei der DFS-Versorgung«

Dr. Michael Eckhard



Die Themen Diabetischer Fuß und Chronische Wunde finden mehr Beachtung.

Foto: Connect world – stock.adobe.com

# COVID-19-Forschung im Schnellverfahren

## Was wissen wir nach einem halben Jahr?

**NUTHETAL/BOCHUM.** Die Coronapandemie hat den Forschungsbetrieb auf den Kopf gestellt. Um neue Erkenntnisse zu SARS-CoV-2 schnell verfügbar zu machen, wurden Studienergebnisse und wissenschaftliche Fachpublikationen veröffentlicht, bevor sie den Peer-Review-Prozess durchlaufen hatten. Inzwischen liegen geprüfte Artikel zu einer Reihe an Fragestellungen zu COVID-19 vor – auch im Zusammenhang mit Diabetes. Professor Dr. Michael Nauck und Professor Dr. Dr. Hans-Georg Joost ordnen den Stand nach einem halben Jahr Pandemie ein.



**Prof. Dr. Michael Nauck**  
St. Josef-Hospital,  
Ruhr-Universität  
Bochum



**Prof. Dr. Dr. Hans-Georg Joost**  
Deutsches Institut für  
Ernährungsforschung  
Potsdam-Rehbrücke

Fotos: zVg; Till Budde/DZD

### KOMMENTAR

Die neue Variante des Coronavirus, über die erstmals im Dezember 2019 berichtet wurde, hat zu einer beeindruckenden Flut wissenschaftlicher Publikationen geführt. Allein zum Thema COVID-19 und Diabetes (als Stichworte im Titel) sind im Jahr 2020 weltweit 317 Artikel erschienen. Sie stammten Anfang des Jahres allein aus China, und später

aus den meistbetroffenen Regionen der Welt. Die Publikationen haben sich zunächst auf die Beschreibung einer bis dato unbekanntem Erkrankung konzentriert – also deskriptiv die betroffenen Patienten und die Krankheitsverläufe analysiert, z.B. hinsichtlich Altersstruktur, Vorerkrankungen, Notwendigkeit einer Intensivbehandlung (z.B. mechanische Beatmung) und Sterblichkeit. Später kamen Arbeiten hinzu, die sich spezifischen Fragestellungen

widmeten, z.B. ob eine Medikation mit ACE-Hemmern und Angiotensin-Rezeptor-Blockern sich auf die Behandlungsergebnisse auswirkt, oder ob Virustatika oder ein Eingreifen in den Inflamationsprozess mit Dexamethason eine wirksame Behandlung darstellen könnten. Naturgemäß waren die Forscher im Vorteil, die ohnehin Daten ihrer Patienten mit Infektionserkrankun-

gen in Registern gesammelt haben, weil diese sich auch rasch wieder systematisch „auslesen“ ließen. Eine immerhin im New England Journal of Medicine veröffentlichte Arbeit mit Daten aus einem solchen Register wurde bald nach Publikation zurückgezogen, weil einige Autoren die publizierten Informationen nicht

»Ab jetzt mehr solide Projekte«

mehr zweifelsfrei zu den Originaldaten zurückverfolgen konnten. Wäre das auch passiert, wenn es nicht so sehr – wie im Fall SARS-CoV-2 und COVID-19 – in erster Linie darum gegangen wäre, sehr früh eine prominente Publikation zu schreiben? In dem Wissen, andere Forscher werden innerhalb kürzester Zeit zu ähnlichen Erkenntnissen kommen? Die erste Publikationswelle ist vorüber, ab jetzt werden wohl mehr solide, prospektiv geplante Projekte den Ton angeben. Lassen Sie uns hoffen, dass es eine zweite Welle gibt – nicht der Erkrankung selbst, aber von wissenschaftlichen Arbeiten, die wieder den etablierten Qualitätsanforderungen verpflichtet sind und weniger der Eile, als einer der ersten auf dem noch unbestellten Feld der SARS-CoV-2-Forschung Ruhm zu ernten.

Prof. Dr. Michael Nauck  
Prof. Dr. Dr. Hans-Georg Joost

### Diabeteskontrolle in Zeiten von Corona

**Mehr Ketoazidosen bei Kindern mit neu diagnostiziertem Diabetes Typ 1**  
ULM. Forscher um DZD-Wissenschaftler Professor Dr. Reinhard Holl, Universität Ulm, haben mithilfe des DPV-Registers das Auftreten schwerer diabetischer Ketoazidosen untersucht. Betrachtet wurden Kinder mit neu diagnostiziertem Diabetes Typ 1. Zwischen 13. März und 13. Mai 2020 wiesen 44,7 % eine Ketoazidose, 19,3 % eine schwere Ketoazidose auf – signifikant mehr als in den Vorjahren. Der Anstieg könnte ein geringeres medizinisches Angebot widerspiegeln, so die Autoren.  
Kamrath C et al. JAMA 2020; doi: 10.1001/JAMA.2020.13445

**Hat der Lockdown in Italien die Glukoseeinstellung beeinflusst?**  
ROM. Die Daten von 55 insulinpflichtigen Diabetespatienten wurden ausgewertet, die Systeme zur kontinuierlichen Glukosemessung nutzten. Verglichen wurden Glukoseparameter vor und während dem Lockdown.  
Maddaloni E et al. Diabetes Care 2020; doi: 10.2337/dc20-0954

### Diskussion um Nutzen und Schaden von ACE2-Hemmern

**Zurückgezogen: Die Rolle von Angiotensinhemmern bzw. Angiotensin-Rezeptor-Blockern bei COVID-19**

Untersucht wurde die Mortalität von Patienten mit Coronainfektion und kardiovaskulärer Erkrankung – und bestimmter medikamentöser Therapie. Die Publikation wurde jedoch zurückgezogen, da nicht alle Autoren Zugang zu den Rohdaten hatten.

Mehra MR et al. NEJM 2020; doi: 10.1056/NEJMc2021225

**Review: Der Effekt von Inhibitoren des Renin-Angiotensin-Systems bei Infektion mit SARS-CoV-2**

Sind Patienten, die mit ACE2-hemmenden Substanzen behandelt werden, vor schweren COVID-19-Verläufen geschützt? Oder gefährdet? Diese Fragen lassen sich nur mit klinischen Studien beantworten, warnen die Autoren.

Jarcho JA et al. NEJM 2020; doi: 10.1056/NEJMe2012924

## Informationen vernetzen

CovidGraph: Mehr als 128 000 Publikationen zu Corona hinterlegt


**BERLIN.** Die Informationen rund um Corona sind heterogen und gehen über Fachartikel und Fallzahlen hinaus. CovidGraph verknüpft diese – auch zu Schlagwörtern wie „Diabetes“.

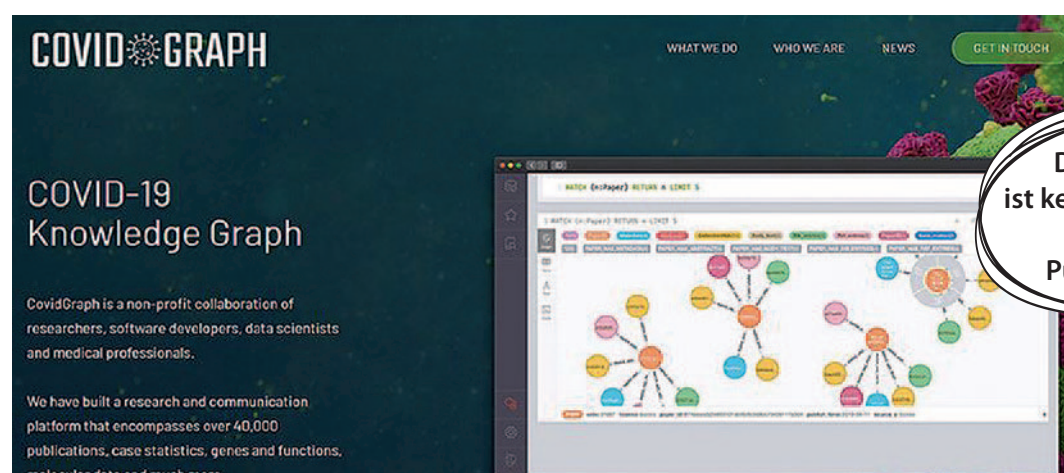
Hinter CovidGraph verbirgt sich ein öffentlicher Wissensgraph, in dem Informationen zu COVID-19 strukturiert und verbunden werden. Die Plattform enthält laut Dr. ALEXANDER JARASCH, Leiter des Daten- und Wissensmanagementteams des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung (DZD), nicht nur Informationen zu COVID-19, sondern auch zu Erkrankungen wie Diabetes. Zu Redaktionsschluss waren bereits 128 053 Publikationen im

Teststatus hinterlegt, 15 272 davon mit dem Suchwort „Diabetes“. Dies zeigt laut Dr. Jarasch die immense Wissensflut, die durch menschliches Lesen nicht mehr handhabbar ist – und somit computergestützt analysiert und aufbereitet werden muss. CovidGraph ist jedoch keine reine Publikationsdatenbank. Neben der automatischen Textanalyse von Literatur- und Patentdaten werden auch Informationen zu Genen,

Proteinen, Pathways, Genfunktionen und humanen Geweben verknüpft, sowie zu klinischen Studien

und zu Wirkstoffen und Wirkstoffrezeptoren.  
DZD-Pressinformation

Zur Suche:  
dz  <https://covidgraph.org>



**COVID-19 Knowledge Graph**

CovidGraph is a non-profit collaboration of researchers, software developers, data scientists and medical professionals.

We have built a research and communication platform that encompasses over 40,000 publications, case statistics, genes and functions, molecular data and much more.

Die Plattform ist keine reine Datenbank für Publikationen.

Foto: Screenshot covidgraph.org

»Immense Wissensflut«

# MEDICAL REPORT

## Fachgesellschaften im Konsens: Kardiorenales Risikoprofil leitet die Antidiabetikaauswahl

SGLT2-Hemmer und GLP1-Rezeptoragonisten für gefährdete Patienten erste Wahl nach Metformin

**Die Behandlung von Menschen mit Typ-2-Diabetes soll sich am individuellen Risikoprofil ausrichten – darüber besteht Konsens zwischen nahezu allen nationalen und internationalen Fachgesellschaften.<sup>1-4</sup> Konkret bedeutet das: Wer ein hohes kardiorenales Risiko trägt, sollte nach Metformin einen SGLT2-Inhibitor erhalten, alternativ einen GLP1-Rezeptoragonisten.**

Unter dem Eindruck der großen kardiologischen Outcomestudien (CVOT) haben deutsche und internationale diabetologische und kardiologische Fachgesellschaften sowie die europäische nephrologische Fachgesellschaft ERA-EDTA in den vergangenen Jahren ihre Leitlinien für das Management von Patienten mit Typ-2-Diabetes angepasst.<sup>1-4</sup> Seitdem gilt Metformin in der ersten Pharmakotherapie als gesetzt. Was danach folgte, blieb jedoch weitgehend ohne konkrete Empfehlung. Das hat sich gründlich geändert.

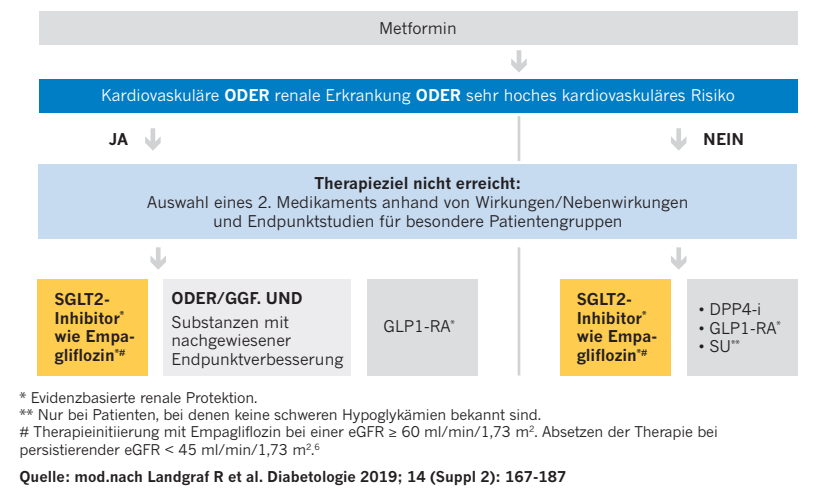
Den Beginn des Paradigmenwechsels markierte 2015 die große placebo-kontrollierte Doppelblindstudie EMPA-REG OUTCOME<sup>®</sup>, an der 7020 erwachsene Patienten mit Typ-2-Diabetes und KHK, pAVK oder vorangegangenen Myokardinfarkt oder Schlaganfall teilnahmen.<sup>5</sup> CVOT werden bekanntlich von der europäischen EMA und der US-FDA von jedem neu zugelassenen Antidiabetikum als Nachweis der kardiologi-

scheren Sicherheit gefordert. EMPA-REG OUTCOME<sup>®</sup> hat als erste CVOT nicht nur diesen Nachweis erbracht, sondern darüber hinaus gezeigt, dass Empagliflozin (Jardiance<sup>®</sup>) im Hinblick auf kardiorenale und renale Endpunkte Placebo überlegen war.<sup>5,6</sup> Empagliflozin reduzierte im Vergleich zu Placebo, jeweils zusätzlich zur sonstigen antidiabetischen Therapie, wichtige kardiorenale und renale Endpunkte signifikant (jeweils relative Risikominderung, p-Werte für Überlegenheit versus Placebo):

- ▶ den primären Endpunkt, die Kombination von kardiorenalem Tod sowie nicht-tödlichem Herzinfarkt oder Schlaganfall (MACE-3), um 14 % (p = 0,04),<sup>5†</sup>
- ▶ das Risiko für kardiorenalen Tod um 38 % (p < 0,0001),<sup>5,6†</sup>
- ▶ die Gesamtmortalität um 32 % (p < 0,0001),<sup>6</sup>
- ▶ Hospitalisierungen wegen Herzinsuffizienz um 35 % (p = 0,0017),<sup>5,6†</sup>
- ▶ das Risiko für das Fortschreiten einer Niereninsuffizienz um 39 % (p < 0,0001).<sup>7,8</sup>

„Ein 55-jähriger Patient mit Typ-2-Diabetes und kardiorenaler Komorbidität\* kann durch die Behandlung mit Empagliflozin etwa drei Jahre Lebenszeit gewinnen“, kommentierte Professor Dr. Christian Schneider, Kardiologe der PAN Klinik sowie des Herz Netz Köln, anlässlich der Online-Ärztefortbildung „Denkfabrik Diabetes“ am 19. Juni.<sup>8</sup> Die Leitliniengremien empfehlen als Konsequenz aus den

### Therapiealgorithmus nach DDG-Praxisempfehlungen – Update 2019



**Bei kardiorenalen gefährdeten Patienten gibt die DDG SGLT2-Hemmern und GLP1-Agonisten den Vorzug.**

Resultaten von EMPA-REG OUTCOME<sup>®</sup> und anderen CVOT übereinstimmend, Menschen mit Typ-2-Diabetes anhand ihres kardiorenalen Risikoprofils zu stratifizieren und zu behandeln.<sup>1-4</sup> Risikopatienten, die eine prognoseverbessernde Therapie benötigen und deshalb unabhängig von ihrem HbA<sub>1c</sub>-Wert einen SGLT2-Inhibitor oder GLP1-Rezeptoragonisten mit nachgewiesenem Nutzen erhalten, sollen identifiziert werden. „Die meisten Kollegen werden wahrscheinlich nach Metformin oral weitertherapieren wollen“, meinte Dr. Marcel Kaiser, Diabetologe aus Frankfurt/Main.

Die DDG sieht in ihren aktuellen Praxisempfehlungen ebenfalls vor, dass nach Metformin als erste Stufe der Pharmakotherapie und Ausschöpfung nicht-medikamentöser Basismaßnahmen die weitere Strategie dem kardiorenalen und renalen Risiko angepasst werden soll.<sup>1</sup> Die Patienten sollten bei Nichterreichung des individuellen Zielwertes demnach ein zweites Antidiabetikum „anhand von Wirkungen/Nebenwirkungen und Endpunktstudien für besondere Patientengruppen“ erhalten (Abb.).<sup>1</sup> Bei

kardiorenaler oder renaler Vorerkrankung bestehen für Menschen mit Typ-2-Diabetes klare Präferenzen: Diese Patienten sollten aufgrund des nachgewiesenen prognoseverbessernden Nutzens einen SGLT2-Inhibitor oder GLP1-Rezeptoragonisten erhalten.<sup>1</sup> „Alle anderen Optionen sind bei diesen Komorbiditäten nicht mehr zeitgemäß“, befand Dr. Kaiser. Die Praxisempfehlungen heben für Empagliflozin explizit hervor, dass „dessen positive Wirkung auf kardiorenale und renale Endpunkte bei einer entsprechenden Risikopopulation\*\* eindrücklich belegt“ wurde.<sup>1</sup> Die DDG befindet sich damit in Übereinstimmung mit den internationalen Fachgesellschaften von Diabetologen, Kardiologen und Nephrologen.<sup>1-4</sup> Der Konsensusreport von EASD und ADA empfiehlt eine Therapieentscheidung, unabhängig von Ausgangs-HbA<sub>1c</sub>-Wert und individuellem Zielwert. Patienten mit hohem Risiko sollen, sofern geeignet, einen SGLT2-Inhibitor oder GLP1-Rezeptoragonisten zur Reduktion von schweren kardiorenalen Ereignissen (MACE), Hospitalisierungen aufgrund von Herzinsuffizienz,

kardiorenaler Mortalität oder Progression einer chronischen Nierenerkrankung im Rahmen der Typ-2-Diabetesbehandlung erhalten. Hierbei wird eine Differenzierung zwischen Typ-2-Diabetespatienten mit vorherrschender ASCVD oder Herzinsuffizienz bzw. chronischer Nierenerkrankung empfohlen.<sup>3</sup>

Die gemeinsame diabetologisch-kardiologische Leitlinie von EASD und ESC zu Typ-2-Diabetes und kardiorenalen Komorbiditäten sieht ebenfalls die Risikostratifizierung anhand von CVD und Endorganschäden vor.<sup>2</sup> SGLT2-Inhibitoren oder GLP1-Rezeptoragonisten sollten demnach zum Einsatz kommen bei Menschen mit Typ-2-Diabetes und ASCVD oder hohem bis sehr hohem kardiorenalem Risiko aufgrund multipler Risikofaktoren oder bestehender Endorganschäden. Um das Risiko des kardiorenalen Todes bei Patienten mit bestehender kardiorenaler Erkrankung\* und Typ-2-Diabetes zu senken, wird explizit die Therapie mit Empagliflozin empfohlen.<sup>2</sup>

\* Erwachsene Patienten mit Typ-2-Diabetes und KHK oder pAVK oder vorangegangenen Myokardinfarkt oder Schlaganfall (Ereignis > 2 Monate).

# Im Rahmen der Therapie des Typ-2-Diabetes gemäß Fachinformation.

† Empagliflozin erwies sich gegenüber Placebo bei der Prävention des primären kombinierten Endpunkts aus kardiorenalem Tod, nicht-tödlichem Myokardinfarkt oder nicht-tödlichem Schlaganfall überlegen. Die therapeutische Wirkung war vor allem auf eine signifikante Reduktion des kardiorenalen Todes zurückzuführen, bei nicht-signifikanter Veränderung des nicht-tödlichen Myokardinfarkts oder des nicht-tödlichen Schlaganfalls.

1. Landgraf R et al. Diabetologie 2019; 14 (Suppl 2): 167-187  
2. Cosentino F et al. Eur Heart J 2019; 41: 255-323  
3. Buse JB et al. Diabetes Care 2020; 43: 487-493  
4. Sarafidis P et al. Nephrol Dial Transplant 2019; 34: 208-230  
5. Zinman B et al. NEJM 2015; 373: 2117-2128  
6. Fachinformation JARDIANCE<sup>®</sup> (Empagliflozin); Stand: Oktober 2019  
7. Wanner C et al. NEJM 2016; 375: 323-334  
8. Clagett B et al. Circulation 2018; 138: 1599-1601  
9. Mahmoodi BK et al. Lancet 2012; 380: 1649  
10. Hillege HL et al. Circulation 2000; 102: 203-210  
11. George LK et al. Circ Heart Fail 2017; 10: e003825  
12. Fachinformation Glyxambi<sup>®</sup>; Stand: Oktober 2019  
13. www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/arzneimittel/verhandlungen\_nach\_ammog/ebv\_130b/wirkstoff\_1028672.jsp. Letzter Zugriff: Juli 2020

Quelle: Denkfabrik Diabetes – Onlineveranstaltung von Boehringer Ingelheim und Lilly Deutschland, 19.-20. Juni 2020

### Abkürzungen

<b>ADA:</b> American Diabetes Association	Transplant Association
<b>ASCVD:</b> Atherosklerotische CVD	<b>ESC:</b> European Society for Cardiology
<b>CVD:</b> Cardiovascular Disease, KHK	<b>FDA:</b> Food and Drug Administration
<b>CVOT:</b> Cardiovascular Outcome Trial	<b>GLP1:</b> Glukagon-like Peptide 1
<b>DPP4:</b> Dipeptidylpeptidase-4	<b>MACE:</b> Major Adverse Cardiovascular Events
<b>EASD:</b> European Society for the Study of Diabetes	<b>pAVK:</b> periphere Arterielle Verschlusskrankheit
<b>EMA:</b> European Medical Association	<b>SGLT2:</b> Natrium-Glukose-Co-Transporter 2
<b>ERA-EDTA:</b> European Renal Association – European Dialysis and	

## Typ-2-Diabetes – ein Multiorganproblem

Herz, Gefäße, Nieren: Viele Organe sind betroffen

**Der Typ-2-Diabetes wird heute als komplexe Erkrankung begriffen, die nicht „nur“ den Blutzucker entgleisen lässt. Metabolische und vaskuläre Veränderungen schädigen viele Organe.**

Menschen mit Typ-2-Diabetes weisen zumeist multiple metabolische Störungen auf. Hyperglykämien schädigen große und kleine Gefäße und verursachen dadurch langfristig Schäden vor allem an Herz und Nieren. Die

diabetestypischen Störungen des Lipidstoffwechsels verstärken das Problem. Menschen mit Typ-2-Diabetes sind deshalb besonders gefährdet für kardiorenale und renale Erkrankungen. Hinzu kommt, dass Herz und Nieren in intensiver Wechselbeziehung stehen. Wenn die glomeruläre Filtrationsrate abnimmt respektive die Albuminexkretion steigt, steigt das Risiko für kardiorenalen Tod und Gesamtmortalität.<sup>9,10</sup> Umgekehrt verschlechtert sich z.B. bei Herzinsuffizienz suk-

zessive die Nierenfunktion.<sup>11</sup> Dieser Risikokonstellation Herr zu werden, gelingt nur durch eine multimodale Intervention, in der auch eine gute Blutzuckereinstellung über die Zeit weiterhin eine wichtige Rolle spielt, wie Dr. Marcel Kaiser, Frankfurt/Main, betonte. Regelmäßige Kontrollen, ob der HbA<sub>1c</sub>-Wert am individuellen Zielwert steht, sind deshalb ebenso essenzieller Bestandteil der Strategie wie die Therapieanpassung, wenn das nicht (mehr) der Fall ist.

### Orale Fixkombi zur intensiveren Blutzuckerkontrolle

Erwachsenen mit Typ-2-Diabetes, die zur Verbesserung der Blutzuckerkontrolle zusätzlich zur Therapie mit Metformin plus Empagliflozin und/oder Sulfonylharnstoff ein weiteres (drittes oder viertes) Antidiabetikum benötigen, steht mit der Fixkombination von 10 oder 25 mg Empagliflozin und 5 mg Linagliptin (Glyxambi<sup>®</sup>) eine orale Option zur Verfügung, mit der die Therapie intensiviert werden kann.<sup>12</sup> Damit erreichen etwa doppelt so viele Patienten ihr individuelles HbA<sub>1c</sub>-Ziel wie unter jedem der Einzelwirkstoffe.<sup>12</sup> Dr. Petra Sandow, Hausärztin in Berlin, kennt aus ihrer Praxis einige Patienten, die Metformin wegen Nebenwirkungen wieder absetzen oder es aufgrund von Kontraindikationen nicht erhalten können: „Für Patienten, die bereits Metformin und Empagliflozin erhalten und eine zusätzliche Blutzuckersenkung benötigen, bietet sich das orale Kombinationspräparat mit diesem SGLT2-Hemmer und einem DPP4-Inhibitor an.“ Die Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband über einen Erstattungsbetrag sind erfolgreich abgeschlossen.<sup>13</sup>

# Irritation oder allergische Kontaktdermatitis?

## Hautreaktionen auf Pflaster und Sensorenbestandteile richtig einordnen

**FELDAFING.** Insulinpumpen und Glukosesensoren können bei Patienten zu Reaktionen der Haut führen – meist sind Klebstoffe in Pflastern oder Sensoren die Ursache. Im Gespräch mit der diabeteszeitung erklärt die Dermatologin Dr. Stefanie Kamann typische Hautreaktionen und gibt Tipps, wie diese verhindert oder zumindest reduziert werden können.

Immer mehr Diabetespatienten tragen Insulinpumpen und/oder Systeme zur kontinuierlichen Glukosemessung (CGM-Systeme). Dies ist aus dermatologischer Sicht allerdings nicht ganz unproblematisch, berichtet Dr. STEFANIE KAMANN, Hautärztin und Allergologin in Feldafing. Denn Geräte oder Zubehör werden über mehrere Tage an der Haut der Patienten fixiert. In der Vergangenheit war das Ziel, dass die Komponenten der Geräte gut kleben und sich nicht vorzeitig von der Haut lösen. Allerdings können Klebstoffe zu Hautirritationen bis hin zu allergischen Reaktionen führen. Insbesondere seit der Einführung von CGM-Systemen, deren Sensoren 10–14 Tage auf der Haut verbleiben, treten gehäuft vor allem irritative, aber auch allergische Kontaktdermatosen auf.<sup>1</sup>

### Isobornylacrylat löst häufig Kontaktallergien aus

Bei Hautreaktionen auf Pflaster und Sensoren unterscheidet man zwischen der häufigen irritativen und der selteneren allergischen Kontaktdermatitis. Manchmal ist es über einen längeren Zeitraum nicht möglich, hier zu differenzieren, so Dr. Kamann. Eine allergische Kontaktdermatitis ist im Zusammenhang mit den aktuellen Systemen meist eine Reaktion auf Isobornylacrylat (IBOA). Dieses hochpotente Allergen konnte 2017 zuerst im FreeStyle-Libre-Glukosesensor nachgewiesen werden, vermutlich in Verklebungen an der Unterseite des Plastikgehäuses.<sup>2</sup> Außerdem findet es sich in der Patchpumpe Omnipod<sup>3</sup> und im Enlite Glukosesensor sowie in dessen Fixierungspflaster.<sup>4</sup> Die Pflaster des Dexcom G5 und G6 sowie der Sensor selbst,<sup>5</sup> ebenso alle Komponenten des implantierbaren Glukosesensors Eversense (Pflaster, Sensor und Transmitter) hingegen sind frei von IBOA.<sup>6</sup> Mittlerweile ist auch der FreeStyle Libre 2 frei von IBOA und wird nun besser vertragen.<sup>7</sup> Inzwischen wurden zudem weitere relevante Kontaktallergene identifiziert.



**Dr. Stefanie Kamann**  
Fachärztin für Dermatologie und Allergologie, Feldafing  
Foto: privat

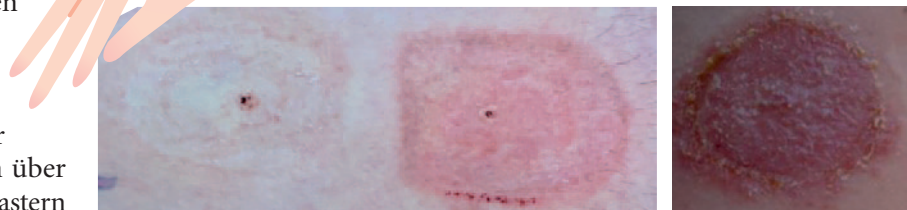
Eine Kontaktallergie kann grundsätzlich durch einen Epikutantest beim Hautarzt nachgewiesen werden. Für einen solchen Test wäre es hilfreich, die verdächtigen Stoffe zu kennen. Hersteller geben jedoch nur selten genaue Informationen über die Zusammensetzung von Pflastern und Sensoren heraus. Außerdem sind nicht alle Acrylate standardisiert im Test erhältlich. Daher ist ein Nachweis per Epikutantest oft schwierig. Typisch für eine Kontaktallergie ist eine meist längere Sensibilisierungsphase. Patienten vertragen Sensor oder Pflaster oft über etliche Monate gut, bevor erstmals Symptome auftreten. Sobald der Organismus aber sensibilisiert ist, reagiert die Haut bei jedem erneuten Kontakt mit sehr starken Symptomen. Häufig kommt es auch zu Kreuzreaktionen mit verwandten Allergenen. Zudem ändern Firmen gelegentlich die Zusammensetzung des Pflasters, um z.B. die Haftung zu verbessern, berichtet die Expertin: So wurde in den letzten Monaten eine Zunahme an noch nicht genauer klassifizierbaren Hautreaktionen auf die neueren Modelle des Dexcom G6 beobachtet.

### Okklusion führt oft zu Hautirritationen

Zu irritativer Kontaktdermatitis kommt es nahezu bei jedem Patienten einmal, der im Zusammenhang mit seiner Therapie ein Pflaster ver-

Oft vertragen Patienten die Pflaster lange Zeit gut, bis erstmals Symptome auftreten.

Foto: yomogi – stock.adobe.com



Links und Mitte: Hautreaktion auf Pflaster des Dexcom G6 – auf eine ältere Variante (links) und auf ein Pflaster mit stärkerer Haftung (Mitte; laut Hersteller seit Ende 2019 im Einsatz). Rechts: Allergisches Kontaktekzem auf FreeStyle Libre und IBOA.

wenden muss, so Dr. Kamann. Ursache ist die lange Tragezeit, was zu einem Stau von Wärme und Feuchtigkeit unter dem Pflaster führt und so die Hautbarriere schädigt. Auch das Abreißen der Pflaster nach Ende der Tragezeit oder übermäßiger Druck beim Setzen von Sensoren oder Kathetern können zu Hautirritationen führen. Diese verschwinden aber in der Regel von allein oder durch intensive Hautpflege nach Entfernen von Pflaster oder Sensor. Eine intakte Hautbarriere toleriert eine längere Okklusion durch Pflaster besser. Deshalb sollten Anwender generell die Klebestellen regelmäßig wechseln und ihre Haut gut pflegen, rät die Dermatologin. Wer sehr empfindlich auf das Abreißen des Pflasters reagiert, kann Pflasterlöser anwenden. Die Klebestellen sollten nach dem Entfernen des Pflasters bzw. Sensors gründlich eingecremt werden. Hierfür eignen sich rückfettende Wund- und Heilsalben bzw. Pflegecremes, wie sie auch bei Neurodermitis eingesetzt werden. Bei stärkeren Irritationen und auch Kontaktallergien sollte nach Entfernen des Pflasters einige Tage lang zweimal täglich eine kortisonhaltige

Crema aufgetragen werden. Gute Ergebnisse lassen sich auch mit der Applikation von kortisonhaltigem Nasenspray (Mometason, Fluticason) auf die Hautläsion erzielen: ein Hub nach der Desinfektion und vor der Applikation; ein weiterer Hub nach Abnehmen der Pumpe bzw. des Sensors. Hierbei handelt es sich laut Expertin allerdings um eine neue Therapievariante, für die erst eine Studie an einem kleinen (n = 13) Patientenkollektiv vorliegt.<sup>8</sup>

### Auch in Hautschutzsprays sind meist Acrylate enthalten

Die häufig empfohlenen Hautschutzsprays, die vor Applikation des Pflasters auf die Haut aufgesprüht werden, eignen sich ausschließlich bei reinen Irritationen, nicht aber bei Kontaktallergien, warnt Dr. Kamann. Da sie die Hautbarriere nur für eine begrenzte Zeit unterstützen, sind sie ggf. hilfreich für Pumpenträger, deren Katheter nur wenige Tage Liegezeit haben. Allerdings werden Hautschutzsprays von Allergologen mittlerweile kritisch betrachtet, da sie z.T. ebenfalls Acrylate enthalten, die zu Kreuzreaktionen führen können und häufig



### AGDT-Checkliste erleichtert Einordnung

Hersteller von Sensoren und Insulinpumpen denken inzwischen um und beginnen damit, weniger aggressive Substanzen und Materialien einzusetzen. Um potenzielle Kontaktallergene zu erkennen, wäre es wünschenswert, dass Allergologen, Diabetespraxen und Patienten Hautreaktionen deutlich konsequenter als bisher bei den Herstellern und auch dem BfArM melden. Die AG Diabetes + Technologie (AGDT) der DDG hat zudem eine Checkliste entwickelt,<sup>10</sup> die bei der Einordnung von Hautreaktionen auf Pflaster und Sensoren hilft, und stellt weiterführende Informationen bereit.

<https://bit.ly/Hautreaktionen>

auch irritativ wirken. Auch Kinesiotape, das von vielen Patienten zum Abkleben bzw. zum Schutz der Sensoren oder als Hautbarriere verwendet wird, enthält oft Acrylate. Bei starken Irritationen oder echter Kontaktallergie gibt es laut Expertin nur begrenzte Möglichkeiten, Sensoren oder Katheter weiter zu nutzen. Hier kommen Unter- bzw. Schutzpflaster infrage, die zwischen Sensor bzw. Pflaster und Haut appliziert werden. Sie sollten ausreichend groß, nicht durchlässig und acrylatfrei sein. Viele Anwender haben gute Erfahrungen mit Schutzpflastern auf Hydrokolloid- oder Silikonbasis gemacht.<sup>9</sup> Auch Blasen- oder Stomapflaster eignen sich als Schutzschicht. Häufig bleibt aber nur der Verzicht auf entsprechende Systeme, so Dr. Kamann.

Antje Thiel

### Abgrenzung zwischen irritativer und allergischer Kontaktdermatitis

	Irritative Kontaktdermatitis (Irritation, Hautreizung)	Allergische Kontaktdermatitis (allergisches Kontaktekzem)
<b>Häufigkeit</b>	Häufig (50–70 % der Anwender)	Selten (< 5 % der Anwender)
<b>Ursache</b>	Lange Okklusion der Haut, Schwitzen, Reibung, Pflasterabriss etc.	Längere Exposition mit potentem Allergen (Acrylate, IBOA, Kolophonium etc.)
<b>Symptome</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Leichte bis stärkere Rötung (Erythem), ggf. Schuppung,</li> <li>ggf. mäßiger, wieder abflauernder Juckreiz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rötung, Schuppung, ggf. Bläschen, Pusteln und bakterielle Superinfektion</li> <li>Starker, persistierender Juckreiz</li> </ul>
<b>Therapie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ohne Therapie: Abheilung binnen weniger Tage</li> <li>Pflegecreme, ggf. Hautschutzspray und Unterschutzpflaster</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Symptome halten ohne Therapie ggf. 2–3 Wochen an</li> <li>Kortisoncreme ggf. mit antibiotischem Zusatz, Allergenmeidung, ggf. Unterschutzpflaster</li> </ul>
<b>Unterschiede</b>	Beschwerden treten (oft auch jahreszeitlich) intermittierend auf.	Symptome treten binnen 1–2 Tagen bei jedem Ankleben und an jeder Lokalisation (Bauch, Oberarm) auf

1. Korsgaard Berg A et al. Diabetes Technology & Therapeutics 2018; 20: 566-570; 2. Herman A et al. Contact Dermatitis 2017; 77: 367-373; 3. Oppel E et al. Contact Dermatitis 2018; 79: 178-180; 4. Kamann S et al. Diabetes Technology Ther 2019; 21: 533-537; 5. Oppel E et al. Contact Dermatitis 2019; 81: 32-36; 6. Oppel E et al. Contact Dermatitis 2020; 82: 101-104; 7. Oppel E et al. Contact Dermatitis 2020; doi.org/10.1111/cod.13638; 8. Assaf Harofeh MC; https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03594565; 9. Kamann S et al. J Diabetes Sci Technol 2020; 14: 582-585; 10. Freckmann et al. J Diabetes Sci Technol 2020; doi: 10.1177/1932296820911105





Foto: iStock/Ljupco

# Seniorengerecht?

## Auswirkungen einer SGLT2-Blockade in verschiedenen Altersgruppen

**JERUSALEM.** Bisher war unklar, ob eine Therapie mit SGLT2-Inhibitoren bei alten Patienten mit Typ-2-Diabetes sicher und wirksam ist. Neue Studiendaten sprechen nun dafür, dass der Einsatz von Dapagliflozin auch Betagten Vorteile bringt.

Gerade in der älteren Bevölkerung sind viele von einem Typ-2-Diabetes betroffen. Oft fehlen jedoch Daten darüber, wie sich blutzuckersenkende Medikamente in höheren Jahren auf die Gesundheit auswirken.

Ein Forscherteam um Dr. AVIVIT CAHN von der Hebräischen Universität Jerusalem widmete sich in der DECLARE-TIMI-58-Studie der Frage, wie sich der SGLT2-Hemmer Dapagliflozin in verschiedenen Altersgruppen auf das kardiovaskuläre und renale Outcome auswirkt. Sie analysierten dazu die Daten von Typ-2-Diabetikern, die entweder an einer atherosklerotischen Herz-Kreislauf-Erkrankung litten (41 %) oder dafür ein erhöhtes Risiko

aufwiesen (59 %). Sie wurden 1:1 randomisiert und erhielten täglich 10 mg Dapagliflozin oder ein Placebo. Die mediane Nachbeobachtungszeit betrug 4,2 Jahre.

### Im Prüfarm gab es weniger oft schwere Nebenwirkungen

Von 17 160 Studienteilnehmern waren 9253 weniger als 65 Jahre alt, 6811 mindestens 65 Jahre und 1096 mindestens 75 Jahre alt. Mit steigendem Alter traten die Ereignisse des zusammengesetzten kardiovaskulären primären Endpunktes häufiger auf. Wurden die Patienten mit Dapagliflozin behandelt, so verringerte sich das Auftreten von kardiovaskulärem Tod oder Hospitalisierung aufgrund eines Herzver-

### »Seltener akutes Nierenversagen«

sagens um 12 %, 23 % oder 6 % in den Altersgruppen <65, ≥ 65 oder ≥ 75. Auch die Inzidenz des kardio-renal sekundären Endpunktes war im Prüfarm geringer, mit relativen Risikoreduktionen von 28 % bei den unter 65-Jährigen, 20 % bei den ≥ 65-Jährigen und 18 % bei den ≥ 75-Jährigen. Auf die Häufigkeit der schwerwiegenden kardiovaskulären Ereignisse hatte die Therapie keinen signifikanten Einfluss.

Zwar traten bei älteren und sehr alten Patienten häufiger schwerwiegende Nebenwirkungen auf als bei jüngeren, darunter litten aber in der Interventionsgruppe jeweils weniger Patienten als im Kontrollarm, und zwar unabhängig von der Altersgruppe. Schwere Hypoglykämien

traten – in jedem Alter – seltener im Prüfarm auf als in der Kontrollgruppe. Dieser Effekt war in der Altersgruppe ≥ 65 Jahre stärker ausgeprägt als bei den Jüngeren (HR 0,53).

Das Auftreten von Sicherheitsendpunkten wie Frakturen, Flüssigkeitsverlusten, Krebs, Blasenentzündungen und Amputationen war in allen Altersgruppen zwischen den Studienarmen ausgeglichen, akutes Nierenversagen unter Dapagliflozin seltener. Infektionen des Genitaltrakts, die zu einem Abbruch der Studienmedikation führten, sowie diabetische Ketoazidosen waren selten, aber häufiger mit dem SGLT2-Hemmer als mit Placebo.

Die Ergebnisse weisen auf einen kardiovaskulären und renalen Nutzen von Dapagliflozin bei älteren und sehr alten Patienten hin, so die Autoren. Die Effizienz und Sicherheit des Medikaments seien in der Studie ungeachtet des Alters konsistent. Dapagliflozin könne daher unabhängig

### Effizienzendpunkte der Studie

**Der duale primäre Endpunkt der DECLARE-TIMI-58-Studie bestand aus den Komponenten:**

- kardiovaskulärer Tod (CVD) oder Hospitalisierung aufgrund eines Herzversagens
- schwere kardiovaskuläre Ereignisse, zusammengesetzt aus CVD, Herzinfarkt und ischämischen Schlaganfall

**Der zusammengesetzte sekundäre Endpunkt bestand aus:**

- der Verringerung der geschätzten glomerulären Filtrationsrate um mindestens 40 % auf unter 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>
- einer neuen terminalen Nierenerkrankung oder
- dem Tod aufgrund renaler oder kardiovaskulärer Ursachen

vom Alter als ein nützliches blutzuckersenkendes Mittel betrachtet werden. *Dr. Miriam Sonnet*

Cahn A et al. Diabetes Care 2020; 43: 468-475; doi: 10.2337/dc19-147-

## Technik, die zufrieden macht

### iscCGM reduziert Komplikationen und verbessert Lebensqualität

**LEUVEN.** Durch den Gebrauch eines iscCGM-Systems veränderte sich bei Patienten mit Diabetes Typ 1 zwar der HbA<sub>1c</sub> kaum – doch es kam zu weniger diabetesbedingten Komplikationen. Das spiegelte sich auch in der Zufriedenheit wider.

Wie geht es Patienten, wenn sie Systeme zur kontinuierlichen Glukosemessung nutzen? Um diese Frage zu klären, hat ein Forscherteam um SARA CHARLEER, Universität Leuven, Menschen mit Typ-1-Diabetes, die neu mit einem intermittierend scannenden CGM-System (iscCGM) ausgestattet waren, für ein Jahr begleitet. Neben Daten zu Blutzuckereinstellung und Komplikationen wurde mittels Fragebögen erhoben, wie zufrieden die Studienteilnehmer waren.

An der prospektiven Beobachtungsstudie FUTURE nahmen 1913 Pa-

tienten mit Diabetes Typ 1 teil. Vor Studienbeginn sowie nach sechs und zwölf Monaten erhoben die Forscher metabolische Daten der Probanden sowie Informationen zur Lebensqualität. Hierzu beantworteten die Teilnehmer eine Reihe validierter Fragebögen. Im Rahmen der Routineterminale lasen die Diabetologen die Glukosemonitoring-Daten der Studienteilnehmer aus und nahmen gegebenenfalls Therapieanpassungen vor.

Im Verlauf der Studie beendeten 114 Teilnehmer das sensorbasierte Blutzuckermonitoring vorzeitig: in 22 Fällen (19 %) aufgrund von

Hautreaktionen, in 19 Fällen (17 %) aufgrund eines zu geringen Vertrauens in die Messwerte und in weiteren 19 Fällen (17 %) aufgrund häufiger Sensorverluste.

Bereits zu Studienbeginn stellten die Wissenschaftler sowohl eine hohe allgemeine als auch eine hohe diabetespezifische Lebensqualität der Patienten fest. Dies änderte sich im Verlauf der Intervention nicht wesentlich. Die Therapiezufriedenheit – erfasst mittels des Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire (DTSQ) – verbesserte sich hingegen in den zwölf Monaten signifikant um 28 Punkte (p < 0,0001). Nahezu alle Teilnehmer empfanden das sensorbasierte Monitoring als deutlich angenehmer als die blutige Messung am Finger. Auch bezüglich des Komplikationsrisikos war das iscCGM-System der konventionellen Messung überlegen: Die Zahl

der Notfall- und Klinikbehandlungen aufgrund einer Hypoglykämie und/oder Ketoazidose sank signifikant von 3,3 % im Jahr vor Studienbeginn auf 2,2 % während des Interventionszeitraums (p = 0,031).

Auch schwere Hypoglykämien, bei denen Hilfe nötig war, sowie hypoglykämisches Koma traten bei Nutzung des iscCGM-Systems signifikant seltener auf. Gleiches galt für die diabetesbedingten Fehlzeiten am Arbeitsplatz.

Der HbA<sub>1c</sub>-Wert blieb dagegen im Wesentlichen konstant. Die Zeit, die Patienten in Hypoglykämie bzw. im Blutzucker-Zielbereich verbrachten, sank signifikant, wogegen die Zeit in der leichten Hyperglykämie (> 180–< 250 mg/dl) anstieg.

Die Umstellung Erwachsener mit Diabetes Typ 1 auf ein iscCGM-



Foto: iStock/oatawa

System, die an einem spezialisierten Diabeteszentrum multidisziplinär betreut werden, verbessert die Therapiezufriedenheit der Patienten, so das Fazit der Autoren. Außerdem sinken – bei stabilem HbA<sub>1c</sub> – das Hypoglykämierisiko, die Häufigkeit von Hospitalisationen aufgrund von Stoffwechsellstörungen und Arbeitsausfälle. *JL*

Charleer S et al. Diabetes Care 2020; 43: 389-397; doi: 10.2337/dc19-1610

»Zu Beginn hohe Lebensqualität«

# Neue Erkenntnisse, namhafte Referenten

Fortbildung „Highlights – Diabetes“ vermittelt die Inhalte der wichtigsten internationalen Kongresse

**BERLIN.** Trotz Coronapandemie können sich interessierte Diabetologen auf den neuesten Stand des Fachs bringen: Die Fortbildungsveranstaltung DDG Kongress Highlights Diabetes 2020 findet digital statt. Praxisteams können daran eventuell sogar gemeinsam teilnehmen.

**G**egen eine Kurzreise nach Hamburg, Berlin, München oder Frankfurt am Main hätten viele Diabetologinnen und Diabetologen ohne die Coronapandemie sicherlich nichts einzuwenden gehabt. Doch dieses Jahr entfällt diese Gelegenheit: Die Fortbildungsveranstaltung DDG Kongress Highlights Diabetes 2020 wird nicht in den vier Metropolen, sondern digital stattfinden.

## Inhalte werden kompakt und praxisnah vermittelt

Alle Vorträge der Fortbildung drehen sich um die wichtigsten Inhalte der amerikanischen und europäischen Diabeteskongresse. Ein thematischer Fokus liegt dabei auf den neuen Erkenntnissen zur Therapie der Erkrankung, den Risikofaktoren sowie zur Herzinsuffizienz. „Die Vorträge sind patientenorientiert und auf die Frage ausgerichtet, welche Konsequenzen die neuen Ergebnisse direkt für die klinische Praxis haben“, erklärt Professor Dr. DIRK MÜLLER-WIELAND, inhaltlicher Organisator der Veranstaltung und Past Präsident der DDG. Gehalten werden die Vorträge von namhaften Referenten der DDG, wie Professor Dr. MONIKA KELLERER, Präsidentin der Fachgesellschaft, und Vizepräsident Professor Dr. ANDREAS NEU.

Die Veranstaltung umfasst drei Tage: Am 14. und 21. Oktober sowie am 25. November 2020 können die Teilnehmer von jeweils 14 bis 17 Uhr den 25-minütigen Vorträgen folgen, per Chat Fragen stellen und die virtuelle Industrieausstellung besuchen. Die Vorträge werden zwar nicht live gehalten, die Referenten sind allerdings für die Dauer ihres Videos zugeschaltet, um Fragen zu beantworten. Die Nachrichten im Chat werden nach der Anzahl ihrer „Likes“ geordnet, sodass Teilnehmer Fragen, die sie interessieren, weiter nach oben „ liken“ können.

Die Videos sollen den Angemeldeten auch nach den Terminen noch zur Verfügung stehen. „Das ist ein neuer, nicht zu unterschätzender Mehrwert digitaler Formate“, meint Prof. Müller-Wieland. In der Vorbereitung der Veranstaltung habe sich die Pandemie dadurch bemerkbar gemacht, dass auch die internationalen Diabeteskongresse nur digital stattgefunden hätten. Im kommenden Jahr könnte es dann weniger Studienergebnisse geben, da viele

»Fragen einfach per Chat stellen«



Fotos: Yakobchuk Olena – stock.adobe.com, iStock/LvNL

## Thematische Schwerpunkte

### 14. Oktober: Typ-2-Diabetes und Therapie

- Therapie des Patienten mit Typ-2-Diabetes und erhöhtem kardiovaskulärem Risiko
- Typ-2-Diabetes mit niedrigem Risiko: Welche Kriterien steuern die Therapieentscheidung?
- Insulintherapie bei Typ-2-Diabetes: wann und wie?
- Digitale Transformation in der Diabetologie: Wo steht die DDG?

### 21. Oktober: Komplikationen und Folgeerkrankungen

- Patient mit chronischer Herzinsuffizienz: Wie können wir die Prognose verbessern?
- Patient mit symptomatischer peripherer arterieller Verschlusskrankheit: was tun?
- „Studien des Jahres“, die unser klinisches Handeln verändern
- Politische Statements der DDG

### 25. November: Typ-1-Diabetes, Fettstoffwechsel und Adipositas

- Typ-1-Diabetes: Was ist neu und worauf achten?
- Adipositas: Perspektiven medikamentöser und interventioneller Therapie-Strategien
- Fettstoffwechsel: neue Zielwerte, neue Medikamente, neue Parameter?
- „Studien des Jahres“, die unser klinisches Handeln verändern



Forschungsprojekte derzeit pausieren oder nicht begonnen werden.

Die DDG will es Praxisteams erstmals ermöglichen, die Fortbildung mittels eines „Team-Tickets“ gemeinsam zu absolvieren. Die teilnehmenden Gruppen könnten für die gemeinsame Runde sogar einen Korb mit Snacks gesendet bekommen. Die Umsetzung ist jedoch noch nicht abschließend geklärt. Offen ist z.B., wie mehrere Personen bei nur einer Anmeldung CME-Punkte sammeln können.

Die Vergabe der Fortbildungspunkte erfolgt über den Kongressveranstalter KUKM, der auch die übrige Realisierung des digitalen Events übernimmt. Um CME-Punkte zu

erhalten, müssen die Teilnehmer im Anschluss an die Vorträge kleine Erfolgskontrollen von etwa sechs Multiple-Choice-Fragen absolvieren. Je 45-Minuten-Vortrag wird ein CME-Punkt anerkannt.

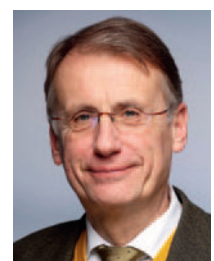
Die Anmeldung zu den „Highlights“ erfolgt über die Homepage der Veranstaltung (siehe unten). Mitglieder der DDG zahlen pro Tag 69 Euro, Nichtmitglieder 119 Euro. Die Registrierung ist seit Mitte Juli möglich. Für die Teilnahme wird lediglich eine stabile Internetverbindung benötigt, Mikrofon oder Kamera sind optional.

Isabel Aulehla



[www.highlights-diabetes.de](http://www.highlights-diabetes.de)

## Das wird empfohlen



Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland  
Past Präsident der DDG  
Foto: DDG

Die Teilnehmer der DDG Kongress Highlights Diabetes 2020 können sich auf prägnante und relevante Informationen zu zentralen diabetologischen Fragen freuen:

Wie ändert sich die Therapie von Patienten mit Typ-1- oder Typ-2-Diabetes mit und ohne erhöhtem kardiorespiratorischem Risiko? Welche Kriterien steuern die Therapieentscheidung?

Es gibt neue Zielwerte und neue Therapiestrategien bei Störungen des Fettstoffwechsels. Wie sehen diese aus und wann sind sie indiziert? Wann und wie sind Interventionen bei Adipositas indiziert? Und welche Medikamente stehen zur Verfügung oder befinden sich in der Entwicklung?

Chronische Herzinsuffizienz ist nicht nur eine tödliche Gefahr, sondern wird begleitet von Komorbiditäten und eingeschränkter Lebensqualität. Wie sehen die aktuellen Therapieempfehlungen aus? Wann sollte welche Maßnahme veranlasst werden? Wir wollen mit Ihnen Ihre praktischen Fragen diskutieren, seien Sie dabei!

Ihr  
Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland

## Start der elektronischen Patientenakte

Ein Expertenforum in Kooperation mit der DDG und der gematik

Wie wird die ePA gestaltet? Welche Sicherheitsaspekte sind zu bedenken? Wie sieht die digitale Vernetzung der Versorgung aus Sicht der GKV aus? Welche Impulse und Rahmenvorgaben setzt die Politik? Was ist der Mehrwert von MIOs? Welche Implikationen gibt es für die Vernetzung von Krankenhäusern und Pra-

xen? Welche Rolle hat die elektronische Diabetesakte der DDG inne?

Dies sind Themen, die am **30. September** in einem Expertenforum im Hotel Titanic Chaussee in Berlin diskutiert werden – und sich sowohl vor Ort als auch per Live-Stream verfolgen lassen, organisiert von der RS Medical Consult GmbH.

Von 9 bis 17 Uhr diskutieren u.a. der Geschäftsführer der gematik, Dr. Markus Leyck Dieken, Christian Klose, im BMG zuständig für diese Themen, KBV-Vorstandsmitglied Dr. Thomas Kriedel sowie Daniela Teichert, Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost. Auch die DDG ist dort vertreten.

Wir freuen uns auf die Impulse und Diskussionen. Das vollständige Programm finden Sie auf der Webseite der DDG unter Veranstaltungshinweise sowie unter [www.rsmedical-consult.com](http://www.rsmedical-consult.com).

Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland und Manuel Ickrath  
(Kommission Digitalisierung)

Elektronische Patientenakte – ante portas

30. September 2020  
9 bis 17 Uhr

Foto: iStock/Plisman

**BERLIN.** Ab Januar 2021 haben die gesetzlichen Krankenkassen ihren Versicherten eine elektronische Patientenakte anzubieten. Experten erörtern die Ziele und den Stand der Arbeiten.



# Auch bei geschädigter Niere

## Filtrationsleistung unter GLP1-Rezeptoragonist unverändert

**OXFORD.** Anhand einer Auswertung von Daten der EXSCEL-Studie wurde die kardiovaskuläre Sicherheit von Exenatid bei Diabetes Typ 2 unabhängig von der Nierenfunktion bestätigt. Bei nur leicht verminderter glomerulärer Filtrationsrate hat der GLP1-Rezeptoragonist möglicherweise auch einen kardiovaskulären Vorteil.

Vor rund drei Jahren wurden die ersten Daten der EXSCEL-Studie publiziert. Demnach ist das GLP1-Analogon Exenatid bei Typ-2-Diabetes kardiovaskulär zwar sicher – ein Zusatznutzen für Herz und Kreislauf konnte aber nicht gezeigt werden. Nun hat ein Forscherteam um Dr. M. ANGELYN BETHEL, Oxford Centre for Diabetes, die Daten gemäß Nierenfunktion ausgewertet. Für EXSCEL waren 14 752 Menschen mit Typ-2-Diabetes, die bereits eine Standardtherapie erhielten, zu 2 mg/Woche Exenatid oder Placebo randomisiert worden.

»Hinsichtlich eGFR keinerlei Unterschiede«

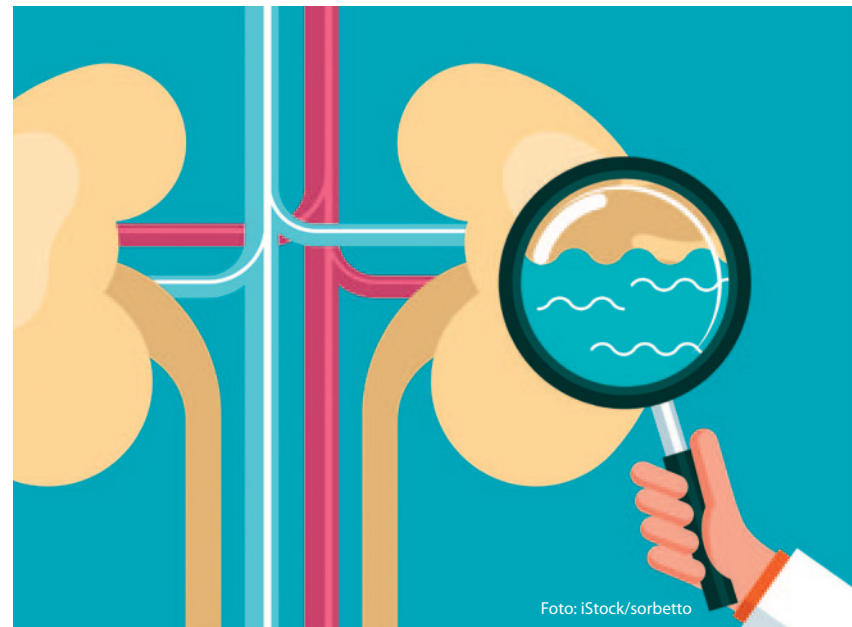
In der Analyse wurden drei Endpunkte betrachtet:

- Endpunkt 1, bestehend aus der Zeit bis zur erstmaligen Verringerung der eGFR um 40 %, Nierenersatz oder Nierenversagen
- Endpunkt 2, bestehend aus den Komponenten des Endpunkts 1 plus Makroalbuminurie
- Retinopathie

Erwartungsgemäß senkte der GLP1-Rezeptoragonist den HbA<sub>1c</sub> effektiver als Placebo. Bei 13,5 % der Patienten aus der Interventionsgruppe verringerte sich nach sechs Monaten der HbA<sub>1c</sub> um mehr als 2 Prozentpunkte, in der Placebogruppe erreichten nur 4,4 % der Patienten dieses Ergebnis.

### Nierenfunktion entwickelte sich in beiden Gruppen ähnlich

Hinsichtlich der eGFR sahen die Forscher keinerlei Unterschiede zwischen den beiden Studiengruppen (Least Square Mean Difference 0,21 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>; 95%-KI -0,27–0,7; p = 0,39). In beiden Gruppen trat eine Makroalbuminurie in etwa gleich häufig auf (2,2 % vs. 2,5 %; HR 0,87; 95%-KI 0,7–1,07; p = 0,19). Der GLP1-Rezeptoragonist minderte das Risiko für renale Komplikationen aus dem Endpunkt 1 nicht. Bei den Komplika-



In der aktuellen Analyse wurde die Nierenfiltrationsleistung genauer betrachtet.

tionen des zweiten Endpunkts beobachteten die Autoren erst dann eine Risikoreduktion, wenn sie die Daten auf verschiedene Parameter – darunter Alter, Geschlecht und Diabetesdauer – anpassten.

Bei Patienten mit einer eGFR < 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> zeigte das Inkretinmimetikum keinerlei Effekt auf das Herz-Kreislauf-System; allerdings hatten Studienteilnehmer des Interventionsarms mit einer anfänglichen eGFR ≥ 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>

ein nominal geringeres Risiko für schwere kardiovaskuläre Ereignisse. Ähnliches galt für die Gesamtmortalität, für die kardiovaskuläre Mortalität sowie für tödliche und nicht-tödliche Schlaganfälle.

### Eher kein Einfluss auf eGFR oder renale Endpunkte

Hinsichtlich Retinopathien fanden die Wissenschaftler keine Hinweise für eine erhöhte Inzidenz (HR 0,89; 95%-KI 0,74–1,07; p = 0,22). Bei

### Jeder fünfte war chronisch nierenkrank

Auch wenn keiner der Studienteilnehmer eine geschätzte glomeruläre Filtrationsrate (eGFR) < 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> hatte, litten doch 21,7 % an einer chronischen Nierenkrankung im Stadium 3, definiert als eGFR < 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. Unter den Studienteilnehmern befanden sich Patienten sowohl mit als auch ohne kardiovaskuläre Ereignisse in der Vorgeschichte.

Patienten mit Typ-2-Diabetes habe Exenatid demnach keinen Einfluss auf die eGFR oder auf die anderen renalen Endpunkte, so das Fazit der Autoren. Passt man die Daten nach verschiedenen demografischen Parametern an, verringerte der GLP1-Rezeptoragonist sogar das Risiko für renale Komplikationen.

Exenatid führe außerdem nicht zu einer erhöhten Rate von Retinopathien. Die Auswertungen belegen die kardiovaskuläre Sicherheit des GLP1-Rezeptoragonisten, allerdings ohne einen klaren Nutzen für das Herz-Kreislauf-System zu zeigen, schreiben die Wissenschaftler abschließend.

Dr. Miriam Sonnet

Bethel MA et al. Diabetes Care 2020; 43: 446–452; doi: 10.2337/dc19-1065

# ECHT\* WAHRGENOMMEN

## Nachweislich weniger Hypoglykämien<sup>1</sup>



-72%



-50%

\* DEXCOM G6 – DIE KONTINUIERLICHE GEWEBEGLUKOSEMESSUNG IN ECHTZEIT (rtCGM) OHNE SCANNEN. OHNE STECHEN.<sup>2</sup>

**dexcom.de**

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

## dexcomG6

- HOHE MESSGENAUIGKEIT ÜBER ALLE GLUKOSEBEREICHE<sup>2</sup>
- INDIVIDUELLE WARNUNGEN, HYPO<sup>3</sup>-VORWARNUNG (ULS), HYPOSICHERHEITSALARM
- AUTOMATISCHE GLUKOSEWERTE UND WARNUNGEN KONTINUIERLICH MIT BIS ZU 5 FOLLOWERN TEILEN<sup>4</sup>

### DAS PORTAL FÜR PROFIS

Webinare zur Software CLARITY, Studien, Musterrezepte, Termine und mehr auf [DEXCOM.COM/FACHPERSONAL](https://dexcom.com/fachpersonal)



Smartphone/Smartwatch nicht im Lieferumfang enthalten | <sup>2</sup> Wenn die Warnungen zu den Gewebeglukosewerten und die Messwerte auf dem G6-System nicht den Symptomen oder Erwartungen entsprechen, sollte der Patient ein Blutzuckermessgerät verwenden, um Behandlungsentscheidungen zu seinem Diabetes zu treffen. | <sup>1</sup> Heinemann et al. Lancet. 2018; 391(10128):1367–1377. (rtCGM ggü. SMBG, Ergebnisse ggü. Baseline, p < 0,0001) | <sup>2</sup> Shah et al. Diabetes Technol Ther. 2018;20(6):428–433 | <sup>3</sup> Hypo = Hypoglykämie | <sup>4</sup> Zur Übertragung von Daten ist eine Internetverbindung erforderlich. Zum Folgen ist die Verwendung der Follow App erforderlich. Anwender sollten nicht die Werte der SHARE- und Follow-App, sondern ausschließlich die Daten der Dexcom-App oder des Empfängers zum Treffen von Behandlungsentscheidungen verwenden. Liste kompatibler Geräte unter [www.dexcom.com/compatibility](https://www.dexcom.com/compatibility) | Dexcom, Dexcom G6, Dexcom Follow und Dexcom Share sind eingetragene Marken von Dexcom, Inc. in den USA und können in anderen Ländern eingetragen sein. © 2020 Dexcom, Inc. Alle Rechte vorbehalten.

# Medizin & Markt



Foto: iStock/AzmanJaka

## Kardiovaskulärer Vorteil überzeugte Zulassungsbehörden

Zusatznutzen für GLP1-Rezeptoragonist bestätigt

Pressekonferenz – Novo Nordisk DRESDEN. Im Rahmen des SUSTAIN-Studienprogramms wurde Semaglutid intensiv geprüft: Bei Diabetes Typ 2 sanken neben dem kardiovaskulären Risiko auch der HbA<sub>1c</sub>-Wert sowie das Gewicht.

Der GLP1-Rezeptoragonist Semaglutid (Ozempic®) erweitert seit Anfang des Jahres die Palette der Antidiabetika bei Typ-2-Diabetes. Professor Dr. JENS ABERLE, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, präsentierte Daten

aus dem Studienprogramm SUSTAIN, in dem Wirksamkeit und Sicherheit von Semaglutid in verschiedenen Settings untersucht wurden. In der kardiovaskulären Endpunktstudie SUSTAIN 6 verbesserte die Semaglutidgabe nicht nur die Blutzuckerkontrolle und senkte das Gewicht, sondern reduzierte auch das kardiovaskuläre Risiko. Geprüft wurde die Nicht-Unterlegenheit von Semaglutid im Vergleich zu Placebo in Bezug auf die kardiovaskuläre Sicherheit bei 3297 Patienten mit Typ-2-Diabetes

und hohem kardiovaskulärem Risiko. Die mittlere Diabetesdauer lag bei 13,9 Jahren, der mittlere HbA<sub>1c</sub>-Wert bei 8,7 %. Primärer Endpunkt war die Zeit bis zum Auftreten eines 3-Punkt-MACE (Major Adverse Cardiovascular Event), zusammengesetzt aus kardiovaskulärem Tod, nicht-tödlichem Schlaganfall und nicht-tödlichem Herzinfarkt.

Der GLP1-Rezeptoragonist reduzierte im Vergleich zu Placebo das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse während der zweijährigen Beobachtungszeit um 26 % (8,9 % vs. 6,6 %; p-Wert für Nicht-Unterlegenheit < 0,001). Dieses Ergebnis hatte laut Prof. Aberle einen „wesentlichen Einfluss auf die Entscheidung der Behörden“ und führte letztlich zur Anerkennung des Zusatznutzens durch den G-BA. Auch in den Studien SUSTAIN 1 bis 5 sanken unter Semaglutid HbA<sub>1c</sub>-Wert und Gewicht stärker als unter Komparatoren wie Placebo, Sitagliptin, Depot-Exenatid, Insulin glargin und Placebo zusätzlich zu Basalinsulin, so der Referent. *BF*

Pressekonferenz „Blutzucker, Gewicht und Herz: Typ-2-Diabetes mit Ozempic® umfassend therapieren“; Veranstalter: Novo Nordisk



Die Teilnehmer der Studie wiesen ein hohes kardiovaskuläres Risiko auf.

Foto: Siam – adobe.stock.com

## Bewährungsprobe für die Partnerschaft

Wie Hypoglykämien Gehirn und Beziehungen schaden können

Symposium – Lilly Diabetes BERLIN. Bei der Diabetestherapie mit Insulin stellen Unterzuckerungen ein Risiko dar. Davon sind nicht nur die Patienten selbst, sondern auch deren direktes Umfeld betroffen. Experten aus unterschiedlichen Bereichen diskutierten, wie sich die Folgen für alle Beteiligten minimieren lassen.

Schwere Hypoglykämien sind der häufigste endokrine Notfall in Deutschland, erinnerte Professor Dr. THOMAS HAAK von der Diabetes-Klinik Bad Mergentheim. Sie seien äußerst unangenehm und weitgehend unkalkulierbar. „Umso wichtiger ist es, dass Ärzte ihren Patienten gegenüber schwere Hypoglykämien proaktiv thematisieren und sowohl die Betroffenen als auch deren Angehörige gut auf die Bewältigung von Notfällen vorbereiten“, so Prof. Haak.

„Wer häufig Hypoglykämien hat, bei dem verschwinden nach und nach die typischen Warnsignale“, erklärte Professor Dr. WERNER KERN vom Endokrinologikum Ulm. „Das Gehirn nimmt sie dann einfach nicht mehr wahr.“ So weit könne es beispielsweise kommen, wenn Menschen mit Diabetes und ihre Behandlungsteams allzu niedrige Zielbereiche für die Blutzuckerwerte anstreben und der jeweilige Patient in der Folge häufig unterzuckert. Auch die unbemerkten Hypoglykämien seien schädlich, warnte Prof. Kern. So machen sich nächtliche Unterzuckerungen in der Schlafqualität und der Gedächtnisleistung bemerkbar. Zudem fühlen sich die Betroffenen häufig nach einer nächtlichen Hypoglykämie emotional beeinträchtigt, so der Experte. „Langfristig kommt das erhöhte Risiko für

Demenzerkrankungen durch häufige schwere Hypoglykämien hinzu.“ Bei einer akuten Unterzuckerung geht es den Betroffenen auch psychisch nicht gut, berichtete die Hamburger Fachpsychologin SUSAN CLEVER, Diabetespraxis Blankenese. Vielen sei es peinlich, die Kontrolle über sich selbst zu verlieren. Manche neigen auch zu unberechenbarem oder gar aggressivem Verhalten, wenn das Gehirn zu wenig Glukose bekommt. Für eine Partnerschaft könnten häufige Hypoglykämien zu einer echten Bewährungsprobe werden. „Wenn der eine Partner immer Rücksicht auf den anderen nehmen und sich immer Sorgen muss, erzeugt das oft einen latenten Groll. Das ist keine gute Beziehungsdynamik“, sagte Clever. Über die Gefühle zu sprechen, die eine solche Situation bei den Angehörigen auslöst, sei oft schwierig. „Da erlebt der Partner etwas Beängstigendes und will darüber reden. Doch der andere, der die Unterzuckerung hatte, kann sich kaum daran erinnern und möchte auch lieber gar nicht darüber sprechen.“ *thie*

Symposium „Schwere Hypoglykämien – Folgen für Patient und Umfeld“; Veranstalter: Lilly Diabetes

## NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

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

## Regelmäßig messen, besser behandeln

Lückenlose Blutzuckerprofile im Blick

Symposium – Abbott LEIPZIG. Die kontinuierliche Glukosemessung kann Arzt und Patient bei der Diabetestherapie unterstützen. Denn die Daten aus den sensorbasierten Systemen geben den tatsächlichen Verlauf des Blutzuckerspiegels viel genauer wieder als die oft lückenhaften Ergebnisse der traditionellen Selbstmessung.

Für die Analyse des ambulanten Glukoseprofils sollte nicht nur die Variabilität des Blutzuckerungsverlaufs betrachtet werden, sondern auch dessen Stabilität, betonte Dr. THORSTEN SIEGMUND vom Isar Klinikum München. Der Diabetologe brachte die wesentlichen Schritte in Erinnerung, die für die Beurteilung des Glukoseprofils notwendig sind:

- Zunächst müssen die präprandialen Werte (Basis- bzw. Korrekturbolus) betrachtet werden.
- Es folgt die Analyse der postprandialen Glukoseverläufe über drei bis vier Stunden.
- Aus diesen Daten resultiert die absolute Veränderung des Medians der Glukoseverläufe pro Stunde.
- Insgesamt ergibt sich die gra-

phische Darstellung der Steilheit der Glukoseanstiege bzw. -abfälle in der Mediankurve.

Im Unterschied zur herkömmlichen Blutzuckerselbstmessung, die nur ein mehr oder weniger lückenhaftes Glukoseprofil liefert, komme die kontinuierliche Glukosemessung dem tatsächlichen Verlauf des Blutglukosespiegels erheblich näher, so der Experte. Er verdeutlichte dies anhand der unterschiedlichen Mediankurven nach Nahrungsaufnahme, die in Abhängigkeit von der Reihenfolge der Bestandteile ein und derselben Mahlzeit deutlich variieren. So führen pflanzliche Öle, Eiweiß und langsame Kohlenhydrate zu Beginn der Mahlzeit zu niedrigeren Blutzuckerspitzen und geringeren Anstiegsgeschwindigkeiten der postprandialen Glukose als der Start mit schnell resorbierbaren Kohlenhydraten. Neue Funktionen der sensorbasierten Glukosemessung, wie beim FreeStyle Libre 2, können dieser Dynamik des Blutzuckerungsverlaufs gerecht werden, erklärte Dr. Siegmund. *MAW*

Symposium „FreeStyle Libre – mitten im Leben“ anlässlich der DDG Herbsttagung 2019; Veranstalter: Abbott

## Jetzt noch für bytes4diabetes bewerben

Pressemitteilung – Berlin-Chemie

BERLIN. Zum zweiten Mal schreibt der Hersteller zusammen mit dem Zukunftsboard Digitalisierung (zd) den bytes4diabetes-Award aus. Ziel ist es, den Digitalisierungsprozess in der Diabetologie weiter voranzutreiben und den konstruktiven Austausch zwischen den Akteuren zu fördern. Die Gewinner erhalten neben einem Preisgeld im Gesamtwert von 25 000 Euro auch Mentoring und die Möglichkeit, ihr Projekt auf relevanten Kongressen vorzustellen und Kontakte zu knüpfen. Deadline ist der 15. September. Bis dahin können Interessierte unter [www.bytes4diabetes.de](http://www.bytes4diabetes.de) ihr eigenes Projekt einreichen.

## Insulin aspart Biosimilar zugelassen

Pressemitteilung – Sanofi

FRANKFURT. Ein Biosimilar von Insulin aspart in der Dosierung von 100 Einheiten/ml (Insulin aspart Sanofi®) hat die EU-Zulassung erhalten, zur Nutzung in Patrone und Fertigpen. Laut Angaben des Unternehmens bietet dies eine weitere Therapieoption zur Behandlung von Diabetes bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab dem Alter von einem Jahr, die Insulin benötigen, um ihren Blutzuckerspiegel zu kontrollieren. Die Zulassung basiert auf einem klinischen Entwicklungsprogramm mit über 600 Erwachsenen mit Diabetes Typ 1 oder 2.

## Fortbilden zu Diabetes und Technologie

Presseinformation – Diabetologen Hessen eG

GIEßEN. Die Weiterbildungsveranstaltung mit dem Thema „Digitalisierung und Diabetestechnologie“ wurde auf den 16. September 2020 verlegt, wie der Anbieter mitteilt. In der Fortbildung sollen die Möglichkeiten und Grenzen des aktuellen technischen Stands präsentiert und praxisrelevante Aspekte und Hinweise diskutiert werden. Die Anmeldung kann online erfolgen: [www.diabetologen-hessen.de/akademie/termine-anmeldung](http://www.diabetologen-hessen.de/akademie/termine-anmeldung)

# Neu- oder re-zertifizierte Kliniken und Arztpraxen

(im Zeitraum 22.05. bis 03.08.2020)

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
<b>PLZ 0</b>		
Helios Klinik Schkeuditz, Klinik für Chirurgie und Orthopädie	04435 Schkeuditz	Fußbehandlung (stationär)
SANA Kliniken Leipziger Land, Diabeteszentrum	04552 Borna	Zert. Diabeteszentrum DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. Cornelia Woitek	04808 Wurzen	Fußbehandlung (ambulant)
<b>PLZ 1</b>		
Diabetespraxis Prenzlauer Allee	10409 Berlin	Fußbehandlung (ambulant)
HELIOS Klinikum Berlin-Buch, Diabetologie und Endokrinologie	13125 Berlin	Zert. Diabeteszentrum DDG
diabetes-falkensee.de, Schwerpunktpraxis für Diabetes, Gefäß- & Ernährungsmedizin Dr. med. Jörg Lüdemann	14612 Falkensee	Zert. Diabeteszentrum DDG
Klinikum Südstadt Rostock, Klinik für Innere Medizin I	18059 Rostock	Zert. Diabeteszentrum DDG
<b>PLZ 2</b>		
Zentrum für Diabetologie Hamburg-Bergedorf, Dres. med. Jens Kröger, Susanne Rosenboom, Heidi Stendel, Olaf Backhus, Heidi Lankers	21029 Hamburg	Zert. Diabeteszentrum Diabetologikum DDG
Elbambulanz Stade, Klinik für Kinder und Jugendliche	21682 Stade	Zert. Diabeteszentrum DDG
Diabeteszentrum Hamburg Nord-West, Dr. med. Kirsten Hellner	22459 Hamburg	Fußbehandlung (ambulant)
Imland Klinik Rendsburg-Eckernförde, Standort Eckernförde, Diabetesstation 48	24340 Eckernförde	Zert. Diabeteszentrum DDG
Ubbo-Emmius-Klinik Aurich, Kinderklinik	26603 Aurich	Zert. Diabeteszentrum DDG
<b>PLZ 3</b>		
Herz- und Diabeteszentrum NRW, RUB, Diabetesklinik – Wundheilzentrum	32545 Bad Oeynhausen	Fußbehandlung (ambulant)
Herz- und Diabeteszentrum NRW, RUB, Diabetesklinik – Wundheilzentrum	32545 Bad Oeynhausen	Fußbehandlung (stationär)
Praxis Franzmann	32549 Bad Oeynhausen	Zert. Diabeteszentrum DDG
Marienkrankenhaus Kassel gGmbH, Innere Medizin/Diabetologie	34127 Kassel	Zert. Diabeteszentrum DDG
<b>PLZ 4</b>		
St. Josef-Krankenhaus Haan, Diabetes-Fußambulanz	42781 Haan	Fußbehandlung (ambulant)
St. Josef-Krankenhaus Haan	42781 Haan	Fußbehandlung (stationär)
St. Josef-Krankenhaus Haan, Diabeteszentrum Rheinland-Haan	42781 Haan	Zert. Diabeteszentrum DDG
Dr. med. Iris Donati-Hirsch, Diabetologische Schwerpunktpraxis	44137 Dortmund	Fußbehandlung (ambulant)
Klinikum Dortmund gGmbH, Klinikzentrum Nord, Diabetologie Medizinische Klinik Nord	44145 Dortmund	Zert. Diabeteszentrum DDG
Marienhospital Herne, Medizinische Klinik I, Station 3A/3B	44625 Herne	Zert. Diabeteszentrum DDG
Gemeinschaftspraxis Dr. med. Martin Grüneberg	44653 Herne	Fußbehandlung (ambulant)
Universitätsklinikum Essen, Klinik für Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen	45147 Essen	Zert. Diabeteszentrum Diabetologikum DDG
Ambulantes Diabeteszentrum Essen-Nord Dr. Tobias Ohde	45329 Essen	Zert. Diabeteszentrum Diabetologikum DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. med. Nikolaus Scheper	45770 Marl	Zert. Diabeteszentrum Diabetologikum DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. med. Johannes Heidemann	46325 Borken	Zert. Diabeteszentrum DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis – Dr. med. Kathleen Döring	46446 Emmerich-Elten	Zert. Diabeteszentrum DDG
HELIOS St. Johannes Klinik Duisburg GmbH, Innere Medizin, Nephrologie und Diabetologie	47166 Duisburg	Zert. Diabeteszentrum DDG
<b>PLZ 5</b>		
St. Antonius Krankenhaus Köln, Diabetes Ambulanz	50968 Köln	Fußbehandlung (ambulant)
St. Antonius Krankenhaus Köln, Innere Medizin/Diabetologie	50968 Köln	Fußbehandlung (stationär)
Katholische Kliniken Oberberg St. Josef Krankenhaus Engelskirchen	51766 Engelskirchen	Klinik für Diabetespatienten geeignet
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. med. Ralf Barion	53859 Niederkassel	Zert. Diabeteszentrum DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Euskirchen	53879 Euskirchen	Zert. Diabeteszentrum DDG

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
<b>PLZ 5</b>		
Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen gGmbH, Sektion Diabetologie, Station A4 und Diabetesambulanz	54290 Trier	Zert. Diabeteszentrum Diabetologikum DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. med. Heinz Peter Kröll	56073 Koblenz	Fußbehandlung (ambulant)
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. med. Heinz Peter Kröll	56073 Koblenz	Zert. Diabeteszentrum DDG
Diabeteschwerpunktpraxis Dr. med. Julis Kremer-König	56112 Lahnstein	Zert. Diabeteszentrum DDG
Marienkrankenhaus Schwerte, Innere Medizin	58239 Schwerte	Zert. Diabeteszentrum DDG
Mariannen Hospital Werl, Sektion Diabetologie/ Station 1/Stoffwechselentgleisung & Diab. Fußsyndrom	59457 Werl	Fußbehandlung (stationär)
Diabetische Schwerpunktpraxis Roden/Yücel	59457 Werl	Fußbehandlung (ambulant)
Marienkrankenhaus Soest, Innere Medizin	59494 Soest	Fußbehandlung (stationär)
Marienkrankenhaus Soest, Diabetologie und Angiologie	59495 Soest	Fußbehandlung (ambulant)
<b>PLZ 6</b>		
Bürgerhospital und Clementine Kinderhospital gGmbH, Kinder- und Jugenddiabetologie	60316 Frankfurt	Zert. Diabeteszentrum DDG
Hausärztlich-Internistische Gemeinschaftspraxis Dr. med. J. Braun/Margot Siebein, Diabetologische Schwerpunktpraxis	64646 Heppenheim	Zert. Diabeteszentrum DDG
Diabetes Zentrum Wiesbaden, Diabetologische Schwerpunktpraxis Jasinski & Dr. Meyer	65183 Wiesbaden	Zert. Diabeteszentrum DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis MVZ Dr. Heidi Schneider und Dr. Thomas Schneider	66877 Ramstein-Miesenbach	Zert. Diabeteszentrum Diabetologikum DDG
<b>PLZ 7</b>		
Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart	70376 Stuttgart	Nebendiagnose Diabetes
Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart, Klinik Schillerhöhe	70376 Stuttgart	Nebendiagnose Diabetes
Krankenhaus Bietigheim im Verbund der Regionalen Kliniken Holding RKH, Klinik für Innere Medizin, Kardiologie, Endokrinologie,	74321 Bietigheim-Bissingen	Zert. Diabeteszentrum Diabetologikum DDG
Gemeinschaftspraxis Dres. Wildemann-Gilbert/Bechtold	76137 Karlsruhe	Zert. Diabeteszentrum Diabetologikum DDG
Ortenau Klinikum Offenburg-Gengenbach, Klinik für Kinderheilkunde und Jugendmedizin	77654 Offenburg	Zert. Diabeteszentrum DDG
<b>PLZ 8</b>		
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. med. Manuela Karl, Dr. med. Roland Göbl, PD Dr. med. Michael Hummel	83022 Rosenheim	Fußbehandlung (ambulant)
KRANKENHAUS Vilsbiburg	84137 Vilsbiburg	Nebendiagnose Diabetes
Medizinisches Versorgungszentrum für angewandte Diabetologie und Hausarztmedizin Asbach-Bäumenheim GmbH, Peter Sagemüller	86663 Asbach-Bäumenheim	Zert. Diabeteszentrum Diabetologikum DDG
Krankenhaus GmbH Landkreis Weilheim-Schongau, Klinik Schongau	86956 Schongau	Nebendiagnose Diabetes
<b>PLZ 9</b>		
Praxen Dr. Bögel, Völk und Kollegen GbR	90473 Nürnberg	Zert. Diabeteszentrum DDG
DZFO Diabeteszentrum Forchheim, Dr. med. Iris Lowack & Kollegen	91301 Forchheim	Zert. Diabeteszentrum Diabetologikum DDG
MVZ RADIO-LOG Standort Straubing, Innere Medizin Dr. med. Brigit Großer	94315 Straubing	Zert. Diabeteszentrum DDG

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

Dr. med. Iyad Kalash, Recklinghausen  
Sabine Linke, Hamburg  
Dr. med. Szilvia Gerotzke-Kovacs, Konz  
Natalie Hauzel, Tübingen  
Dr. med. Tilman Steinhausen, Dossenheim  
MU Dr. Katarina Pastorakova, Frankfurt a. M.  
Dr. med. Inge Hugenberg, Bernau  
Anna Greb, Dortmund  
Dr. med. Philipp Becker, Düsseldorf

Dr. med. Andrea Büchner, Duisburg  
Dr. med. Ute Ohlenschläger, Hofheim  
Dr. med. Katharina Kuczewski, Krefeld  
Dr. med. Michael Fiedler, Panketal  
Dr. med. Olaf Backhus, Hamburg  
Dr. med. Sabine Klamt, Lossatal  
Melek Mina Wagdy, Herford  
Elzbieta Walbe, Leipzig

# 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.

## Lernen Sie das Berufsfeld kennen!

Für Interessierte, die das Berufsfeld vorab kennenlernen möchten, bieten wir das Tagesseminar „FIT FÜR DIE WEITERBILDUNG“ (Termine siehe unten) an.



Bitte beachten Sie auf unserer Internetseite ggf. weitere Corona-bedingte Terminänderungen:

[www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/ueber-uns/update-coronacovid-19.html](http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/ueber-uns/update-coronacovid-19.html)

## ➔ Diabetesberater/in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
216	<b>Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1172, ☎ Fax: 05971 42-1116 v.breulmann@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	<i>Aufbauqualifikation!</i> 1. Block: 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	<b>Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischaekademie-regensburg.de www.katholischaekademie-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	<b>Diabetes-Akademie Bad Mergentheim e.V.</b> Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim ☎ Tel.: 07931/594 165 ☎ Fax: 07931/77 50 boehm@diabetes-zentrum.de www.diabetes-akademie.de	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	<b>Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital</b> 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
220	<b>Diabeteszentrum Thüringen</b> Am Klinikum 1, Gebäude A, 07740 Jena ☎ Tel.: 03641/933 071 ☎ Fax: 03641/933 009 nadine.kuniss@med.uni-jena.de www.diabetes-thueringen.de	1. Block: 11.01. – 22.01.2021 2. Block: 01.03. – 12.03.2021 3. Block: 21.06. – 02.07.2021 4. Block: 06.09. – 17.09.2021 5. Block: 08.11. – 19.11.2021 6. Block: 21.02. – 04.03.2022
221	<b>Mutterhaus der Borromäerinnen e.V. OA</b> Feldstraße 16, 54290 Trier ☎ Tel.: 0651 947-3160 ☎ Fax: 0651 947-2205 schule@mutterhaus.de www.mutterhaus.de	1. Block: 18.01. – 30.01.2021 2. Block: 08.03. – 20.03.2021 3. Block: 05.07. – 17.07.2021 4. Block: 30.08. – 11.09.2021 5. Block: 22.11. – 04.12.2021 6. Block: 24.01. – 05.02.2022
222	<b>Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> (Aufbauqualifikation), Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischaekademie-regensburg.de www.katholischaekademie-regensburg.de	<i>Aufbauqualifikation</i> 1. Block: 08.02. – 19.02.2021 2. Block: 26.04. – 07.05.2021 3. Block: 05.07. – 16.07.2021 4. Block: 29.11. – 10.12.2021
223	<b>Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1172 ☎ Fax: 05971 42-1116 v.breulmann@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 15.02. – 26.02.2021 2. Block: 26.04. – 07.05.2021 3. Block: 05.07. – 16.07.2021 4. Block: 27.09. – 08.10.2021 5. Block: 06.12. – 17.12.2021 6. Block: 07.02. – 18.02.2022
224	<b>Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1172 ☎ Fax: 05971 42-1116 E-Mail: v.breulmann@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 06.04. – 17.04.2021 2. Block: 07.06. – 18.06.2021 3. Block: 02.08. – 13.08.2021 4. Block: 04.10. – 15.10.2021 5. Block: 03.01. – 14.01.2022 6. Block: 21.03. – 01.04.2022
225	<b>Diabetes-Akademie Südostbayern</b> Bürgerwaldstr. 1, 83278 Traunstein ☎ Tel.: 0861 20401041 ☎ Fax: 0861 909807 68 www.diabetesakademie.net info@diabetesakademie.net	1. Block: 23.07. – 06.08.2021 2. Block: 20.09. – 02.10.2021 3. Block: 22.11. – 29.11.2021 4. Block: 07.02. – 19.02.2022 5. Block: 02.05. – 14.05.2022 6. Block: 04.07. – 09.07.2022
226	<b>Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> (Aufbauqualifikation), Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischaekademie-regensburg.de www.katholischaekademie-regensburg.de	1. Block: 04.10. – 15.10.2021 2. Block: 17.01. – 29.01.2022 3. Block: 28.03. – 08.04.2022 4. Block: 09.05. – 20.05.2022 5. Block: 27.06. – 08.07.2022 6. Block: 19.09. – 30.09.2022
227	<b>Wannsee-Akademie</b> Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin ☎ Tel.: 030 80686-040 ☎ Fax: 030 80686-404 akademie@wannseeschule.de www.wannseeakademie.de	1. Block: 25.10. – 05.11.2021 2. Block: 17.01. – 28.01.2022 3. Block: 14.03. – 25.03.2022 4. Block: 13.06. – 01.07.2022 5. Block: 05.09. – 16.09.2022 6. Block: 28.11. – 09.12.2022

Ab hier finden Sie NEUE KURSE FÜR 2021

Ab hier finden Sie NEUE KURSE FÜR 2021

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
228	<b>Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1172, ☎ Fax: 05971 42-1116 v.breulmann@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	<i>Aufbauqualifikation</i> 1. Block: 02.11. – 13.11.2021 2. Block: 07.03. – 18.03.2022 3. Block: 20.06. – 01.07.2022 4. Block: 26.09. – 07.10.2022
229	<b>Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1172 ☎ Fax: 05971 42-1116 v.breulmann@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 15.11. – 26.11.2021 2. Block: 24.01. – 04.02.2022 3. Block: 19.04. – 30.04.2022 4. Block: 07.06. – 18.06.2022 5. Block: 22.08. – 02.09.2022 6. Block: 07.11. – 18.11.2022
NN	<b>Diabetes-Akademie Bad Mergentheim e.V.</b> Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim ☎ Tel.: 07931/594 165, ☎ Fax: 07931/77 50 boehm@diabetes-zentrum.de www.diabetes-akademie.de	<i>nächster Kursstart</i> voraussichtlich Anfang 2022

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

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

**Weitere Informationen finden Sie auf** [www.wannseeakademie.de/qualifizierung/fuer-medizinisches-assistenzpersonal/diabetesberaterin-diabetesberater-ddg](http://www.wannseeakademie.de/qualifizierung/fuer-medizinisches-assistenzpersonal/diabetesberaterin-diabetesberater-ddg)

## ➔ Fit für die Weiterbildung – Vorbereitungsseminar des VDBD

Weiterbildungsort	Kurstermine	Kosten
<b>Diabetes-Akademie Bad Mergentheim e.V.</b> Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim ☎ Tel.: 07931/594 165, ☎ Fax: 07931/77 50 boehm@diabetes-zentrum.de, www.diabetes-akademie.de	12.09.2020	VDBD Mitglieder: 55,- € Nicht-Mitglieder: 110,- €

Weitere Informationen finden Sie auf

[www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung/fuer-medizinisches-assistenzpersonal/diabetesberaterin-diabetesberater-ddg/fit-fuer-die-weiterbildung](http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung/fuer-medizinisches-assistenzpersonal/diabetesberaterin-diabetesberater-ddg/fit-fuer-die-weiterbildung)

## ➔ Diabetesassistent/in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine	Kosten*
100	<b>Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital</b> 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,- €*
25	<b>Diabeteszentrum am Elisabeth-Krankenhaus Essen</b> 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,- €*
9	<b>Diabetes Zentrum Thüringen e.V.</b> 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,- €*
30	<b>Diabeteszentrum Leipzig e.V.</b> Westbad, Marktstr. 2-6, 04177 Leipzig ☎ Tel.: 0341 442 48 51, ☎ Fax: 0341 442 48 52 diabeteszentrum.leipzig@web.de	1. Block: 05.10. – 16.10.2020 2. Block: 11.01. – 22.01.2021	1.475,- €*
11	<b>Medigreif Inselklinik Heringsdorf GmbH – Haus Gothensee</b> Setheweg 11, 17424 Heringsdorf ☎ Tel.: 038378/780-502, ☎ Fax: 038378/780-555 rschiel@medigreif-inselklinikum.de k.kosch@medigreif-inselklinikum.de www.inselklinik.de	1. Block: 09.11. – 20.11.2020 2. Block: 22.02. – 06.03.2021	1.515,- €*
36	<b>Akademie der Kreiskliniken Reutlingen</b> Steinbergstraße 31, 72764 Reutlingen ☎ Tel.: +49 7121 200-3979 schroeder_d@klin-rt.de http://www.kreiskliniken-reutlingen.de	1. Block: 11.01. – 29.01.2021 2. Block: 03.05. – 07.05.2021	1.545,- €*
16	<b>AND Saar</b> Bezirksstr. 122, 66663 Merzig/Besseringen ☎ Tel.: 06861/76061, ☎ Fax: 06861/72244 info@heimes-diabetes.de, www.ddg-saar.de	1. Block: 18.01. – 30.01.2021 2. Block: 08.03. – 19.03.2021	1.300,- €*
101	<b>Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1172, ☎ Fax: 05971 42-1116 v.breulmann@mathias-spital.de, www.afg-rheine.de	1. Block: 12.04. – 23.04.2021 2. Block: 19.07. – 30.07.2021	1.655,- €*
102	<b>Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-1172, ☎ Fax: 05971 42-1116 v.breulmann@mathias-spital.de, www.afg-rheine.de	1. Block: 13.09. – 24.09.2021 2. Block: 29.11. – 10.12.2021	1.655,- €*
49	<b>Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischaekademie-regensburg.de www.katholischaekademie-regensburg.de	1. Block: 15.03. – 26.03.2021 2. Block: 06.09. – 17.09.2021	1.655,- €*

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine	Kosten*
26	<b>Diabeteszentrum am Elisabeth-Krankenhaus Essen</b> Klara-Kopp-Weg 1, 45138 Essen ☎ Tel.: 0208/30542818, ☎ Fax: 0202/897 4592 a.meier@contilia.de; www.contilia.de/karriere/contilia-akademie/aktuelle-lehrgaenge.html	1. Block: 20.09. – 01.10.2021 2. Block: 24.01. – 05.02.2022	1.470,- €

\*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.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung/fuer-medizinisches-assistenzpersonal/diabetesassistentin-ddg/-diabetesassistent-ddg

## ➔ Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
BaQ_CO_05	<b>Veranstaltungsort Klinikum Coburg durchführende Einrichtung REGIOMED-Kliniken Coburg</b> Nicole Freund, Gustav-Hirschfeld-Ring 3, 96450 Coburg ☎ Tel.: 0941/569622, nicole.freund@regiomed-kliniken.de	23.09. + 24.09.2020
BaQ_KO_04	<b>Malteser Krankenhaus St. Hildegardis</b> Elke Breet, Bachemer Str. 29-33, 50931, Köln ☎ Tel.: 0221/40038018, Diabetesberatung.Koeln@malteser.org	28.10. + 29.10.2020
BaQ_BW_02	<b>Asklepios Bildungszentrum Nordhessen</b> 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
BaQ_MK_01	<b>DSP Dr. med. Ulrich Kluger</b> Marktstr. 43, 67487 Maikammer ☎ Tel.: 06321 5680, praxis@mai-med.de	13.11. + 20.11.2020
BaQ_BW_03	<b>Asklepios Bildungszentrum Nordhessen</b> Ort: Asklepios Klinikum Schwalmstadt, Diabetes Schulungsraum Franziska Buchwald, Laustraße 37, 34537 Bad Wildungen ☎ Tel.: 05621/795 24 13, fr.buchwald@asklepios.com	10.03. + 11.03.2021
BaQ_RB_07	<b>Katholische Akademie Regensburg</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de Regensburg	15.06. + 16.06.2021
BaQ_BW_04	<b>Asklepios Bildungszentrum Nordhessen</b> Ort: Asklepios Klinikum Schwalmstadt, Diabetes Schulungsraum Franziska Buchwald, Laustraße 37, 34537 Bad Wildungen ☎ Tel.: 05621/795 24 13, fr.buchwald@asklepios.com	27.10. + 28.10.2021

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

## ➔ Diabetes-Pflegfachkraft DDG (Klinik)

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

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

Hier erhalten Sie auch Auskunft über das Bewerbungsverfahren.

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

## ➔ Podologe/Podologin DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine	Kosten
7	<b>Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital</b> 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.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung/fuer-medizinisches-assistenzpersonal/podologin-podologe-ddg-1

## ➔ Wundassistent/in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
45	<b>CID Centrum für integrierte Diabetesversorgung</b> 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	<b>Diabetes Zentrum Thüringen e.V.</b> (Universitätsklinikum Jena, Klinik für Innere Medizin III, FB Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen) Am Klinikum 1, Gebäude A, 07743 Jena ☎ Tel.: 03641/9324346, ☎ Fax: 03641/9324342 nadine.kuniss@med.uni-jena.de, www.diabetes-thueringen.de	1. Block: 07.10. – 09.10.2020 2. Block: 14.10. – 15.10.2020
44	<b>Deutsches Institut für Wundheilung</b> Kursort: Radolfzell, Fritz-Reichle-Ring, 78315 Radolfzell ☎ Tel.: 07732/9391525 info@deutsches-wundinstitut.de, www.deutsches-wundinstitut.de	26.10. – 30.10.2020
55	<b>Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Rheine</b> Frankenburgstr. 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/421101, ☎ Fax: 05971/421116 r.ricklin@mathias-spital.de, www.afg-rheine.de	02.11. – 07.11.2020

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
16	<b>Karl Borromäus Schule am Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen</b> Feldstraße 16, 54290 Trier ☎ Tel.: 0651 947-0, ☎ Fax: 0651 947-2205 schule@mutterhaus.de, www.mutterhaus.de	16.11. – 20.11.2020
7	<b>Diabetes-Akademie Bad Mergentheim</b> Theodor-Klotzbücher-Str. 12, 97980 Bad Mergentheim ☎ Tel.: 07931/8015, ☎ Fax: 07931/7750 diabetes.akademie@diabetes-zentrum.de, www.diabetes-akademie.de	23.11. – 27.11.2020
45	<b>Deutsches Institut für Wundheilung</b> Kursort: Radolfzell, Fritz-Reichle-Ring 2, 78315 Radolfzell ☎ Tel.: 07732/9391525 info@deutsches-wundinstitut.de www.deutsches-wundinstitut.de	15.03. – 19.03.2021
24	<b>Diabetes Zentrum Thüringen e.V.</b> (Universitätsklinikum Jena, Klinik für Innere Medizin III, FB Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen) Am Klinikum 1, Gebäude A, 07743 Jena ☎ Tel.: 03641 9324346, ☎ Fax: 03641 9324342 nadine.kuniss@med.uni-jena.de, www.diabetes-thueringen.de	1. Block: 19.05. – 21.05.2021 2. Block: 26.05. – 28.05.2021
15	<b>Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de, www.katholischeakademie-regensburg.de	07.06. – 11.06.2021
46	<b>Deutsches Institut für Wundheilung</b> Kursort: Radolfzell, Fritz-Reichle-Ring 2, 78315 Radolfzell ☎ Tel.: 07732/9391525 info@deutsches-wundinstitut.de, www.deutsches-wundinstitut.de	11.10. – 15.10.2021

Ab hier finden Sie NEUE KURSE FÜR 2021

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

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

Hier erhalten Sie auch Auskunft über das Bewerbungsverfahren.

**Weitere Termine und Infos finden Sie auf** www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung/fuer-medizinisches-assistenzpersonal/wundassistentin/-wundassistent-ddg

## ➔ Seminare Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung in der Diabetologie

Kurs	Termine	Tagungsort	Kosten
<b>Dr. rer. medic. Nicola Haller medipäd</b> Am Bühl 7 1/2, 86199 Augsburg ☎ Tel.: 0175/4004901 dr.nicola.haller@medi-paed.de www.medi-paed.de	25.09. – 28.09.2020 27.11. – 30.11.2020 12.02. – 15.02.2021 23.04. – 26.04.2021 02.07. – 05.07.2021 10.09. – 13.09.2021 26.11. – 29.11.2021	Augsburg, Tagungszentrum Hotel am alten Park, DIAKO (zentral in Bahnhofsnahe)	699,- € inkl. Seminarunterlagen, und Pausengetränken. 31 Fortbildungspunkte für 4 Tage; ab 2021: 710,- €
<b>Dipl.-Psych. Isabel Laß</b> ☎ Tel.: 06081/576 589 (Praxis-Tel. mit AB) www.familien-team.de	Teil 1: 12.09. – 13.09.2020 Teil 2: 17.10. – 18.10.2020	Bürgerhospital, Diabetes-Zentrum Rhein-Main, Nibelungenallee 37, 60148 Frankfurt	840,- € inkl. MwSt., Seminarunterlagen, Getränke und Snacks. Fortbildungspunkte werden beantragt.
<b>willms.coaching</b> Wilhelm-Busch-Str. 19, 37083 Göttingen ☎ Tel.: 0551/7974741 ☎ Fax: 0551/29213514 office@willmscoaching.de www.willmscoaching.de	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 Ärztammer werden erteilt.
<b>Dipl.-Psych. Heinrich Vogel Praxis für Psychotherapie</b> Olvenstedter Straße 10, 39108 Magdeburg ☎ Tel.: 0176 - 40 03 19 11 info@heinrich-vogel.eu	Teil 1: 10.10. – 11.10.2020 Teil 2: 14.11. – 15.11.2020	Magdeburg Praxis für Psychotherapie	600,- € inkl. Pausenbewirtung (gemeinsames Mittagessen kann organisiert werden) Fortbildungspunkte werden beantragt.
<b>Akademie Luftiku(r)s e.V.</b> Iburger Str. 187, 49082 Osnabrück ☎ Tel.: 0174 / 619 38 69 katrin.grautmann@uminfo.de www.akademie-luftikurs.de	23.11. – 26.11.2020	Bischöfliches Priesterseminar, Große Domsfreiheit 5, 49074 Osnabrück	600,- € Bei Anmeldung ab 4 Wochen vor dem Termin 30,- € zusätzlich. Verpflegung und Übernachtung sind nicht im Preis enthalten.

## ➔ 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
<b>Dresden</b> (digitales Angebot) Kursleitung: Prof. Dr. Peter Schwarz	Teil 1: 31.08. – 04.09.2020 Teil 2: 14.09. – 18.09.2020	Dieser Kurs findet digital statt.
<b>Freiburg</b> Prof. Seufert	Nur Anmeldung für Kurswoche 2 möglich: 14.12 – 18.12.2020 (Kurs findet nur statt bei einer Teilnehmerzahl von mind. 75)	
<b>Hamburg</b> Prof. Aberle	Teil 1: 18.10. – 22.10.2021 Teil 2: 22.11. – 26.11.2021 (Kurs findet nur statt bei einer Teilnehmerzahl von mind. 75)	

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



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



# 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.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung/jobborse](http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung/jobborse)

## STELLENANGEBOTE

Minden 12.08.2020

### Facharzt (m/w/d) für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung „Kinder- Endokrinologie und -Diabetologie“ oder Anerkennung als Diabetologe (m/w/d) DDG

- Tätigkeit als: Facharzt (m/w/d) für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung „Kinder- Endokrinologie und -Diabetologie“ oder Anerkennung als Diabetologe (m/w/d) DDG
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit

- Kontakt: Mühlenkreiskliniken AöR, Hans-Nolte-Str. 1, Minden
- E-Mail: [bewerbung@muehlenkreiskliniken.de](mailto:bewerbung@muehlenkreiskliniken.de)

Hamburg 12.08.2020

### Diabetologe/in

- Tätigkeit als: Diabetologe/in
- Arbeitsbeginn: 01.01.2021
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Stellenbeschreibung: Diabetozentrum in Hamburg Ost sucht zum 01.01.2021 in Voll- oder Teilzeit Unterstützung für unser wachsendes Team.

- Kontakt: MVZ Diabetozentrum Dr. Marks, Manshardtstrasse 113, Hamburg
- Telefonnummer: 0174 70 66 731
- E-Mail: [styp@diabetozentrum-marks.de](mailto:styp@diabetozentrum-marks.de)

Forchheim 12.08.2020

### Arzt für Innere Medizin oder Allgemeinmedizin und Diabetologe oder als WB Diabetologie

- Tätigkeit als: Arzt für Innere Medizin oder Allgemeinmedizin und Diabetologe oder als WB Diabetologie
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Stellenbeschreibung: Zertifiziertes Diabetozentrum und zertifizierte Fußambulanz. Gesamtes Spektrum der Diabetologie. Weiterbildungsmöglichkeit zum DDG Diabetologen/in.

- Kontakt: Diabetozentrum Forchheim, Bayreuther Str. 6, Forchheim
- Ansprechpartner/in: Dr. med. Iris Lowack
- Telefonnummer: 01712872519
- E-Mail: [iris.lowack@t-online.de](mailto:iris.lowack@t-online.de)

Unna 12.08.2020

### Diabetesberater (m/w/d)

- Tätigkeit als: Diabetesberater (m/w/d)
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit

- Kontakt: Katharinen-Hospital Unna gGmbH, Obere Husemannstr. 2, Unna
- Telefonnummer: 02303 1002298
- E-Mail: [b.eller@hospitalverbund.de](mailto:b.eller@hospitalverbund.de)

Pfaffenhofen an der Ilm 12.08.2020

### Facharzt/ärztin (m/w/d) für Innere Medizin mit Diabetologie DDG oder BLÄK

- Tätigkeit als: Facharzt/ärztin (m/w/d) für Innere Medizin mit Diabetologie DDG oder BLÄK
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Stellenbeschreibung: Wir sind eine Facharztpraxis für Nephrologie und Diabetologie nördlich von München und suchen Unterstützung in der Diabetologie. Vorerst in Anstellung (Voll- oder Teilzeit). Wenn gewünscht auch Einstieg in die BAG als Partner/in ab 2021. Wie decken als Schwerpunktpraxis den gesamten Bereich der Diabetologie ab (Typ 1/2, Gestationsdiabetes, Fußambulanz, Schulungen etc).

- Kontakt: Praxis Dr. Zapf, Ingolstädter Str. 51, Pfaffenhofen an der Ilm
- Ansprechpartner: Dr. med. Zapf
- Telefonnummer: 08441-5000
- E-Mail: [PraxisDrZapf@t-online.de](mailto:PraxisDrZapf@t-online.de)

Hann. Münden 12.08.2020

### Ärztin/Arzt für große DSP im Raum Göttingen/Kassel

- Tätigkeit als: Ärztin/Arzt für große DSP im Raum Göttingen/Kassel
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Stellenbeschreibung: Große und moderne DSP sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n Kollegin/Kollege zur Mitarbeit in der Praxis, gerne auch mit Wunsch der Teilhabe, aber nicht Bedingung. Alle Arbeitsplatzmodelle möglich. Familienfreundlich und ein super engagiertes Team mit 3 DB, 1 DA, 2 WM, alle Arbeitsplätze mit Sono/Duplex/Echo/Doppler Sonden, Lufu/Ergometrie/LZ RR und LZ EKG, VVP und LLR. Sehr gutes Gehalt. Idealerweise mit Zusatzbezeichnung Diabetologie oder mit dem Wunsch der Ausbildung (6 Monate Anerkennung Diabetologie/12 Monate Allgemeinmediziner)

- Kontakt: Diabetologie Hann. Münden, Vogelsang 105, Hann. Münden
- Telefonnummer: 055415565
- E-Mail: [praxishirschler@me.com](mailto:praxishirschler@me.com)

Hann. Münden 12.08.2020

### Diabetesberater/-in/Diabetesassistentin

- Tätigkeit als: Diabetesberater/-in/Diabetesassistentin
- Arbeitsbeginn: 25.10.2020
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Stellenbeschreibung: Für die Diabetologie Hann. Münden am Klinikum Hann. Münden suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt und in Vollzeit oder Teilzeit (50 %) einen Diabetesassistenten (m/w/d) oder Diabetesberater (m/w/d). In dieser Position übernehmen Sie die Einzelberatung für ambulante Patienten, Schulungen für Typ-1 - und Typ-2-Diabetes mit und ohne Insulintherapie und Hypertonieschulungen. Wir sind eine große DSP mit Zertifizierter Wundambulanz, Pumpeneinstellung. Mit moderner Ausstattung (alle Arbeitsplätze mit Monitor/Beamer, komplettes Apple-Betriebssystem mit iPhone-Integration, Whiteboard von Samsung etc.); überdurchschnittliche Bezahlung + Boni.

- Kontakt: Diabetologie Hann. Münden, Vogelsang 105, Hann. Münden
- Telefonnummer: 055415565
- E-Mail: [praxishirschler@icloud.com](mailto:praxishirschler@icloud.com)

Radolfzell 12.08.2020

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

- Tätigkeit als: Diabetesassistent/Diabetesberater (m/w/d)
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Stellenbeschreibung: Für die Innere Medizin am Klinikum Radolfzell mit dem zugehörigen Zentrum für Diabetologie, Gefäßmedizin und Wundmanagement suchen wir in Teilzeit (50 %) und zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen Diabetesassistenten (m/w/d) oder Diabetesberater (m/w/d) für die Einzelberatung der ambulanten und stationären Patienten, die Durchführung von Schulungen sowie die Mitarbeit in der Stoffwechsel- und Fußambulanz. Die ausführliche Stellenausschreibung finden Sie auf unserer Homepage unter [www.glnk.de/karriere](http://www.glnk.de/karriere)

- Kontakt: Hegau-Bodensee-Klinikum Radolfzell, Hausherrenstraße 12, 78315 Radolfzell, Deutschland
- Ansprechpartner: Chefarzt Dr. Klare
- Telefonnummer: 07732 88-500
- E-Mail: [personal.info.radolfzell@glnk.de](mailto:personal.info.radolfzell@glnk.de)
- Webseite: [www.glnk.de](http://www.glnk.de)

## HOSPITATION

### Klinikum Westfalen GmbH Klinik am Park Brechtenerstr. 57, 44536 Lünen

- Ansprechpartner: Ilknur Bostanci
- Telefonnummer: 0231/8787859
- E-Mail-Adresse: [ilknur.bostanci@klinikum-westfalen.de](mailto:ilknur.bostanci@klinikum-westfalen.de)
- Merkmale: Fußbehandlung (DDG Zertifikat)
- Wir bieten an: Hospitation

### Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. Mariana Gärtner Fritz-Ritter-Str. 40, 07747 Jena

- Ansprechpartner: Franz/Schw. Peggy
- Telefonnummer: 03641/635450
- E-Mail-Adresse: [kontakt@praxis-mueller-gaertner.de](mailto:kontakt@praxis-mueller-gaertner.de)
- Merkmale: Diabetologikum (DDG Zertifikat), Fußbehandlung (DDG Zertifikat)
- Wir bieten an: Hospitation

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](http://www.ddg.info/job-und-praxenboerse.html) unter der jeweiligen Kategorie das Formular aus.

### Ihre Ansprechpartnerin in der DDG Geschäftsstelle ist:

Daniela Wilberg  
Tel.: 030 / 311 69 37 24  
Fax: 030 / 311 69 37 20  
E-Mail: [wilberg@ddg.de](mailto:wilberg@ddg.de)

Foto: Brad Pict - stockadobe.com

Düsseldorf 03.08.2020

### Wundmanager/Diabetes Ass. Berater/in Düsseldorf in Vollzeit, Teilzeit, ab sofort

- Tätigkeit als: Wundmanager/Diabetes Ass. Berater/in Düsseldorf
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit, Teilzeit
- Stellenbeschreibung: Wir suchen Verstärkung.
- Arbeitszeit: weniger als üblich
- Gehalt: mehr als üblich
- Grundvoraussetzungen: Achtung, Menschlichkeit und Humor

- Kontakt: SSP Schröer/Wulff & Kollegen  
Gladbacher Str. 26  
40219 Düsseldorf
- Ansprechpartner: Oliver Schröer
- Telefonnummer: 0178-29 31 654
- E-Mail: [o-schroer@web.de](mailto:o-schroer@web.de)

Aschaffenburg 02.08.2020

### Diabetesberater/-in in Vollzeit, Teilzeit, ab dem 01.09.2020

- Tätigkeit als: Diabetesberater/-in
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit, Teilzeit
- Stellenbeschreibung: Wir sind eine große diabetologische Schwerpunktpraxis (Diabetologikum DDG) mit zertifizierter Fußambulanz. Ihre Stelle umfasst die typischen Aufgaben der Diabetesberatung und -schulung. Die Praxis hat eine sehr gute Verkehrsbindung durch die Nähe zum Hauptbahnhof. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung.

- Kontakt: Diabetozentrum Sommer/Milnik  
Frohsinnstrasse 20  
63739 Aschaffenburg
- Ansprechpartner: Dr.Sommer/Milnik
- Telefonnummer: 0602127103
- E-Mail: [milnik@sommer-milnik.de](mailto:milnik@sommer-milnik.de)
- Webseite: [www.sommer-milnik.de](http://www.sommer-milnik.de)

Frankfurt am Main 02.08.2020

### Ärztin/Arzt in Vollzeit, ab sofort

- Tätigkeit als: Ärztin/Arzt
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Stellenbeschreibung: Wir suchen zur Erweiterung unseres Teams eine Ärztin/einen Arzt mit Interesse an der Weiterbildung zur/m Diabetologen/in DDG und/oder Zusatzbezeichnung der Landesärztekammer oder eine Diabetologin/Diabetologen mit Wunsch nach einer langfristigen Perspektive im Team einer Klinik.

- Kontakt: Klinik für Diabetologie am Bürgerhospital Frankfurt  
Nibelungenallee 37-41,  
60318 Frankfurt am Main
- Ansprechpartner: Christian-Dominik Möller
- E-Mail: [bergis@diamedicum.de](mailto:bergis@diamedicum.de)
- Webseite: [www.buergerhospital-ffm.de](http://www.buergerhospital-ffm.de)



Weitere Angebote unter:

[www.ddg.info/job-und-praxenboerse.html](http://www.ddg.info/job-und-praxenboerse.html)



## STELLENGESUCHE

Solingen und Umgebung 12.08.2020

### Diätassistentin mit Weiterbildungsmöglichkeit zur Diabetesberaterin in Vollzeit, ab 01.08.2020

- Stellengesuch als: Diätassistentin mit Weiterbildungsmöglichkeit zur Diabetesberaterin in Vollzeit
- Ausbildung: Diätassistentin
- Möglicher Arbeitsbeginn: ab sofort
- Gewünschter Vertrag: unbefristet
- Gewünschte Arbeitszeit: Vollzeit
- Bisherige Tätigkeit(en): Abgeschlossene Ausbildung zur Diätassistentin im Jahr 2019.
- Praktika in der Ernährungsberatung:
  - 6 Wochen in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis
  - 6 Wochen in einer Rehaklinik mit dem Schwerpunkt Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Fähigkeiten/Kenntnisse: Ich würde gerne in das Praktische Berufsleben starten. Auf der Suche nach neuen Möglichkeiten und Perspektiven, öffnet mir die Weiterbildung zur Diabetesberaterin DDG neue Türen. Bereits während meiner Ausbildung zur Diätassistentin habe ich mich besonders für den Bereich Diabetes und Diabetestherapie interessiert, da dieser sehr vielseitig und abwechslungsreich ist. Für entstandene Probleme effektiv Lösungen zu finden und den Menschen ein gutes Gefühl zu vermitteln, ist mir ein wichtiges Anliegen. Durch mein mehrwöchiges Praktikum in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis bringe ich Vorkenntnisse mit.
- Telefonnummer: 015782484765

Fürstfeldbruck 12.08.2020

### Diabetesberaterin DDG, Minijob, Fürstfeldbruck und Umgebung

- Stellengesuch als: Diabetesberaterin DDG, Minijob, Fürstfeldbruck und Umgebung
- Ausbildung: Diätassistentin, Diabetesberaterin DDG
- Möglicher Arbeitsbeginn: 14.09.2020
- Gewünschter Einsatzort: Fürstfeldbruck und Umgebung
- Bisherige Tätigkeit(en): Diätassistentin, Verpflegungsmanager DGE, Study nurse, Adipositas Tagesklinik, Diabetesberaterin DDG
- E-Mail: boehm.corina@web.de

Nürnberg und Umgebung 30.07.2020

### Diabetesberaterin DDG in Vollzeit, Teilzeit, ab sofort

- Stellengesuch als: Diabetesberaterin DDG
- Ausbildung: Diätassistentin, Master of Science Diabetes Care
- Möglicher Arbeitsbeginn: ab sofort
- Gewünschter Vertrag: unbefristet
- Gewünschte Arbeitszeit: Vollzeit, Teilzeit
- Gewünschter Einsatzort: Nürnberg und Umgebung
- Berufserfahrung in Jahren: 18
- Bisherige Tätigkeit(en): Leitung Schwerpunktpraxis Diabetes
- Fähigkeiten/Kenntnisse: Behandlung und Schulung aller Diabetesformen, insbesondere Insulinpumpen- und CGM-Patienten, und alle weiteren Tätigkeiten, die im Tätigkeitsfeld der niedergelassenen Diabetologie erforderlich sind.
- E-Mail: kessi@cafe-tornante.de

Oldenburg und Umgebung 29.07.2020

### Diabetesberaterin DDG in Vollzeit, Teilzeit, ab 01.02.2021

- Stellengesuch als: Diabetesberaterin DDG
- Ausbildung: Krankenschwester
- Möglicher Arbeitsbeginn: 01.02.2021
- Gewünschter Vertrag: unbefristet, befristet
- Gewünschte Arbeitszeit: Vollzeit, Teilzeit
- Gewünschter Einsatzort: Oldenburg und Umgebung
- Berufserfahrung in Jahren: 4 Jahre
- Bisherige Tätigkeit(en): Diabetologische Schwerpunktpraxis, Kinderdiabetologie
- Kontakt: Frau Oltmanns
- E-Mail: ddgdiabetesberaterin@web.de

Süddeutschland 29.07.2020

### Diabetologe/Internist in Vollzeit, ab 01.10.2020

- Stellengesuch als: Diabetologe/Internist
- Möglicher Arbeitsbeginn: 01.10.2020
- Gewünschte Arbeitszeit: Vollzeit
- Gewünschter Einsatzort: Süddeutschland
- Berufserfahrung in Jahren: 14
- Fähigkeiten/Kenntnisse: Suche Einstieg in Praxis/MVZ bzw. Praxis zur Übernahme bevorzugt in Süddeutschland
- E-Mail: praxis-gesucht@gmx.de

## NACHFOLGER GESUCHT

Immenstadt 15.07.2020

### Nachfolger für Diabetologie, fachärztlich oder hausärztlich möglich

- Fachrichtung: Diabetologie, fachärztlich oder hausärztlich möglich
- Beschreibung: In Immenstadt im schönen Oberallgäu suchen wir für unsere etablierte diabetologische Schwerpunktpraxis eine/einen Nachfolgerin/Nachfolger (m/w/d). Sowohl Anstellung als auch Einstieg sind möglich. Vorab-Info über [www.ifapi.de](http://www.ifapi.de)
- Kontakt: Internistische Facharztpraxis Immenstadt, Im Stillen 4 1/2, 87509 Immenstadt, Bayern
- Ansprechpartner: Dr. Hans-Peter Schweikart
- Telefonnummer: 08323/96390
- E-Mail: [praxis@ifapi.de](mailto:praxis@ifapi.de)

Leinzell 25.06.2020

### Nachfolger für Allgemeinmedizin

- Fachrichtung: Allgemeinmedizin
- Beschreibung: Hausärztliche Allgemeinmedizin. Diabetischer Fuß. BAG Anteil abzugeben. Fördergebiet der KVBW (Schwäbischer Wald). Auch Anstellung möglich.
- Kontakt: Gemeinschaftspraxis, Hardtstr. 9, 73575 Leinzell
- Ansprechpartner: Brigitte Ohla-Fiedler
- E-Mail: [brigitte@ohla-fiedler.de](mailto:brigitte@ohla-fiedler.de)

**JETZT NEU!**

**76,- €**  
zum Vorzugspreis\*  
bestellen!

**MEDICAL TRIBUNE**



Mit allen Änderungen Stand 1.4.2020!

## Gebühren-Handbuch 2020

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

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

Die aktualisierte Neuauflage bildet den Stand des EBM zum 1.4.2020 ab mit Neuerungen und Änderungen u.a. mit: Konkretisierungen und Ergänzung der Allgemeinen Bestimmungen, Anpassung der Bewertungen und Angaben zu Kalkulations- und Prüfzeiten, Regelungen zur Abrechnung der Behandlungen, die aufgrund einer Terminvermittlung durch die Terminservicestelle (TSS) erfolgen, Integration von Videosprechstunden in die Vergütungssystematik, Informationen zur extrabudgetären Abrechnung zu Covid-19, Aufnahme neuer Methoden der vertragsärztlichen Versorgung, Änderungen aufgrund von Richtlinien-Änderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme, Versorgungsbereich Kinder- und Jugendmedizin, Zweitmeinungsverfahren, ambulante spezialfachärztliche Versorgung, Änderungen bei Labordiagnostik und Humangenetik, Änderungen bei Gebührenordnungspositionen für einzelne Fachgruppen und viele weitere Änderungen bei Leistungsinhalten, Anmerkungen, Ausschlüssen, Präambeln.

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

\*Vorzugspreis von € 76 gilt bis 30.9.2020

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

Bestellungen online unter:  
<https://shop.medical-tribune.de/gbh2020>  
E-Mail: [abo-service@medical-tribune.de](mailto:abo-service@medical-tribune.de)  
Fax: 06 11 97 46 228 oder per Post



- Ja, ich bestelle — Ex. Gebühren-Handbuch 2020 zum einmaligen Vorzugspreis von nur € 76,- (gültig bis 30.9.2020) statt € 86,- inkl. Porto/Verpackung gegen Rechnung, zahlbar nach Erhalt. (ISBN-Nr.: 978-3-938748-21-3)

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

DDG 7-8/2020

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

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

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

Weitere Famulatur-, PJ-, und Hospitationsplätze jetzt online finden:

[www.ddg.info/famulatur-pj-und-hospitationsboerse.html](http://www.ddg.info/famulatur-pj-und-hospitationsboerse.html)

## BUNTES

# Erfolgreicher Testlauf für die Diabetes Herbsttagung

Insgesamt positives Fazit aus virtueller ADA-Teilnahme

**STUTTGART.** Ob Telemedizin oder digitales Meeting, in der Diabetologie hat sich vieles auf Onlinelösungen verlagert. Ist das auch eine Option für mehrtägige Kongresse? Prof. Lobmann hat von seinem digitalen ADA-Besuch viel für die Diabetes Herbsttagung mitgenommen.

Coronabedingt fand der Kongress der American Diabetes Association (ADA) dieses Jahr komplett als Onlineveranstaltung statt. Für Professor Dr. RALF LOBMAN, Tagungspräsident der Diabetes Herbsttagung 2020, war die virtuelle Teilnahme auch eine Art Testlauf. Denn die Diabetes Herbsttagung 2020 wird digitalisiert durchgeführt.

Für ihn ist das ein logischer Schritt: „Die Diabetologie war hinsichtlich der Digitalisierung in der Medizin immer ein Vorreiter. Da ist es eigentlich eine Paraderolle, den Kongress jetzt auch digital zu gestalten!“ Ein wichtiger Vorteil

»Anreiz für ein Digitalticket zur Herbsttagung«

ist, dass Teilnehmer sich die Anreisezeit sparen. Es ist zudem deutlich flexibler, sich Vorträge dann anzuhören, wenn Zeit ist – im Büro, zu Hause oder sogar im Garten. Und man könne Themen gezielter auswählen, denn die Entscheidung zwischen zwei oder drei spannenden Parallelsessions fällt weg, so Prof. Lobmann.

Dem kompletten Kongress digital zu folgen, sei zwar nicht machbar, die Fülle an Vorträgen in kurzer Zeit ist seiner Erfahrung nach anstrengender als im Vortragsaal. „Das ist aber eine Gewohnheitssache“, so die Einschätzung von Prof. Lobmann. Und: Man kann sich die Beiträge, wenn sie im Nachhinein verfügbar sind, zeitversetzt anschauen – eine gute Möglichkeit, die Fülle an Vorträgen zu entzerren.

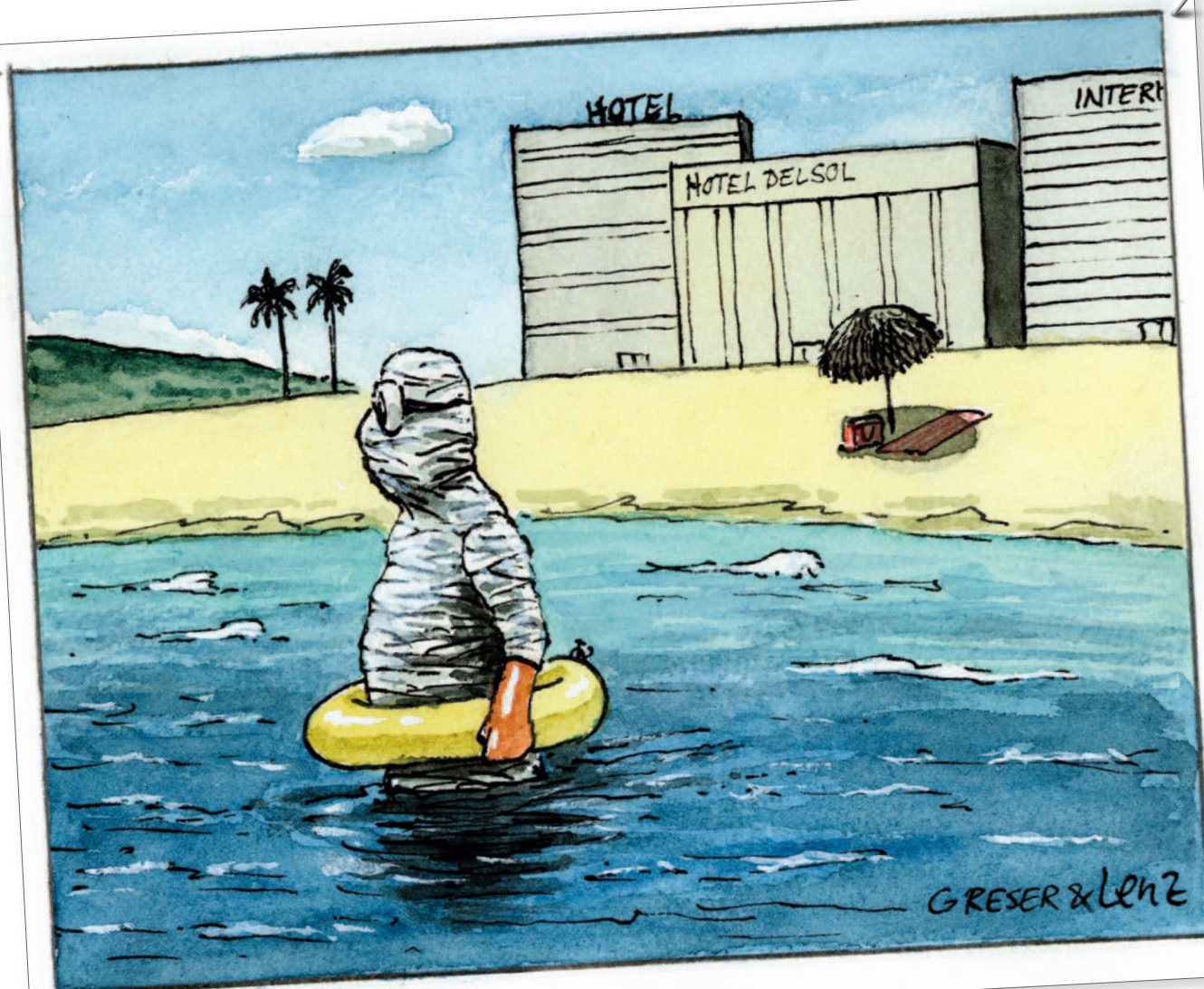
Was fehlt, ist der persönliche Kontakt und Austausch, räumt der Experte ein. Doch gerade im Bereich der Fortbildung sind digitale Lösungen nicht mehr wegzudenken.

»Eine Paraderolle für die Diabetologie«



Prof. Lobmann konnte den Vorträgen teils im Freien lauschen – im Herbst wäre dazu vermutlich ein Heizpilz nötig.

Viele wollen sich fortbilden, befürchten aber ein hohes Arbeitsaufkommen nach dem Lockdown oder fortbestehende Einschränkungen im Herbst. Hier ist das Digitalticket für die Herbsttagung ein Anreiz, hofft der Tagungspräsident.



Mittendrin und digital – jetzt anmelden!

DIABETES HERBSTTAGUNG 2020 DDG

6. – 8. November 2020

„Diabetes – besser unkompliziert“  
www.herbsttagung-ddg.de

+++ Die nächste Ausgabe der diabetes zeitung erscheint am 23. September +++