



„Diabetes – besser unkompliziert“

Die 14. Diabetes Herbsttagung

ERSTMALS VIRTUELL



STUTTGART. Diabetes ist eine vielschichtige Erkrankung mit zahlreichen Facetten und inzwischen auch vielen Behandlungsmöglichkeiten. Das diesjährige Kongressmotto „Diabetes – besser unkompliziert“ sowie die Schwerpunktthemen Diabeteskomplikationen und Digitalisierung 2020+ hätte Tagungspräsident Professor Dr. Ralf Lobmann wohl kaum passender wählen können. Und so zog sich ein pragmatischer Umgang mit der Coronapandemie durch die Planung der 14. Diabetes Herbsttagung, die vom 6. bis 8. November erstmals rein virtuell stattfand. Die Umgestaltung von einer Präsenz- in eine Digitalveranstaltung meisterte Prof. Lobmann gemeinsam mit dem Kongressorganisationsteam und der DDG Geschäftsstelle – selbst für die Pausen war gesorgt. Die Herbsttagung war ein voller Erfolg, so das Fazit von DDG Präsidentin Professor Dr. Monika Kellerer. Mehr als 3600 Teilnehmende folgten insgesamt 66 Live- und On-demand-Sessions, viele diskutierten live und via Chatfunktion mit 170 Referierenden. „Noch nie haben so viele Teilnehmer – nämlich 1828 – einer Kongresseröffnung der DDG beigezogen, sich am Bildschirm mit den diesjährigen Preisträgern gefreut und beschwingter Musik gelauscht“, so Prof. Kellerer. Einen Eindruck können Sie sich hier machen: **10**

DIABETES HERBSTTAGUNG 2020 DDG

Fotos: © K.I.T. / Foto: Deckbar, DG-Studio – stock.adobe.com

Digitaler Weg zum Diabetologen DDG

BERLIN. Aufgrund der Pandemie bietet die DDG den Kurs „Klinische Diabetologie“ nun auch online an. Viele der Teilnehmer sind von dem neuen Konzept begeistert. Visiten machen, weiterbilden und abends für die Familie da sein – all das ist plötzlich für sie vereinbar. Natürlich kommt auch der virtuelle Austausch mit Kollegen nicht zu kurz. **26**

Eine Lösung für den oGTT

Kommissionen veröffentlichen Hinweise zur sicheren Diagnostik

NEUSS/KREFELD. Der orale Glukosetoleranztest (oGTT) hat eine große Bedeutung für die Diagnostik des Diabetes bzw. Gestationsdiabetes. Um das Risiko einer falschen Diagnose so gering wie möglich zu halten, bedarf es einer qualitätsgesicherten Herstel-

lung der Glukoselösung für die Testung. Die Voraussetzungen dafür und einen mit den Apotheken abgestimmten Vorschlag für eine standardisierte Lösung haben die Kommission Labordiagnostik in der Diabetologie der DDG und DGKL sowie

die Kommission Apotheker in der Diabetologie BAK/DDG in einer gemeinsamen Stellungnahme zusammengetragen. Der Vorschlag ist bereits im „Rezepturenfinder“ für Apotheker und Ärzte der DAC/NRF-Plattform abrufbar. „Pulverabenteuer“

beim – auch haftungsrechtlich relevanten – Herstellen von Glukoselösungen sollte es damit nicht mehr geben, meinen die Autoren. An die Krankenkassen richtet sich der Appell, die Kosten für die vorgeschlagene Fertiglösung zu übernehmen. **4**

Zuckersteuer ist rechtlich machbar

BERLIN. Das Europarecht steht nach Ansicht von Professor Dr. HARALD JATZKE, Vorsitzender Richter am Bundesfinanzhof, einer deutschen Zuckersteuer nicht entgegen. Eine „gesundheitspolitisch motivierte Lenkungssteuer“ gibt es auch längst: die 2004 eingeführte Alkopop-Steuer. Doch wie steht es um den politischen Willen? **6**

„Vereinsarbeit ist Teamwork“

AG Diabetes & Technologie jetzt mit Doppelspitze

NORTHEIM. Rund neunehalb Jahre war Professor Dr. LUTZ HEINEMANN als engagierter Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Diabetes & Technologie der DDG tätig.

Im September gab er das Amt wie angekündigt ab. Jetzt bilden SANDRA SCHLÜTER und Dr. GUIDO FRECKMANN eine Doppelspitze, bis es im Rahmen der DDG Frühjahrsta-

gung im Mai 2021 zu den wegen Corona verschobenen Vorstands-Neuwahlen kommt. „Vereinsarbeit ist immer Teamwork und so praktizieren wir es auch in

der AGDT“, sagt die Diabetologin Schlüter im Interview. An Herausforderungen mangle es in der Diabetes-technologie und -digitalisierung nicht. **17**

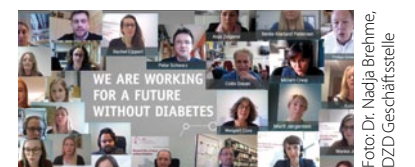


Foto: Dr. Nadja Brehme, DZD Geschäftsstelle

DZD NEXT – aktuelle Forschung virtuell diskutiert

NEUHERBERG. Die diesjährige DZD Research School fand komplett online statt – und zwar als Serie. Nachwuchswissenschaftler hatten die Möglichkeit, den Vorträgen von sechs internationalen Experten zu lauschen und mit ihnen zu diskutieren. Zudem konnten sie eigene Projekte vorstellen. Von dem neuen Format machten 174 Teilnehmer aus 26 Ländern Gebrauch. **18**

Seite 11 Prävention von Gestationsdiabetes

WIEN. Zur Prävention von Typ-2-Diabetes gibt es evidenzbasierte Konzepte. Diese könnten auch bei Gestationsdiabetes wirksam sein – doch für Empfehlungen mangelt es an Daten.

Seite 13 Essen nach der Uhr kann sich lohnen

CHICAGO. In einer Pilotstudie konnten Patienten mit metabolischem Syndrom durch selbst gewählte 10-stündige Essfenster ihre Werte deutlich verbessern – von Gewicht zu LDL-C.

Seite 27 Antidiabetikum bei COVID-19 geprüft

BOCHUM. In zwei kleineren Studien verliefen SARS-CoV-2-Infektionen milder, wenn Diabetespatienten einen DPP4-Hemmer erhielten. Experten warnen vor voreiligen Schlüssen.

News & Fakten

Herausforderungen in der Diabetologie beleuchtet, DDG-Kommissionen veröffentlichen Hinweise zur sicheren Diagnostik mittels oGTT, Fettmasse korreliert in DZD-Studie mit schwerem COVID-19-Verlauf, Zuckersteuer bei Zuckerreduktionsgipfel gefordert, Digitale Eröffnungsveranstaltung zum Welt Diabetesstag 2020 3–7

Kongress aktuell

Eindrücke von der virtuellen Diabetes Herbsttagung 2020, Berichte vom EASD 2020, Berichte vom ADA 2020, Berichte vom Diabetes Update 2020 8–16

Das Interview

Prof. Heinemann und Sandra Schlüter zum Vorstandswechsel bei der AGDT 17

Im Blickpunkt

DZD Research School fand als Online-Reihe statt, Hoher Bedarf an Fachpsychologen/innen DDG, Der digitale Weg zum Diabetologen DDG, Auf digitalem Weg zur Psychotherapie 18, 20, 26, 28

Forum Literatur

Welchen Einfluss hat Sport auf die Blutzuckereinstellung? Kardiovaskulärer Benefit durch Grippeimpfung, Metformin vielleicht doch bei Nierenschäden einsetzbar, Antidiabetikum bei COVID-19 im Test, Geistige Fitness im Alter bewahren 19, 23–24, 27, 31

dz unterwegs

Wie Diabetologe Dr. Alexander Risse mit medizinischem Content zum YouTube-Influencer wurde 22

Medizin & Markt

Berichte aus der Industrie 30

Kurznachrichten

Neu- oder re-zertifizierte Kliniken und Arztpraxen, Neue Diabetologinnen und Diabetologen DDG 33

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 35–36

Job- & Praxenbörse

Stellenangebote, Stellengesuche, Nachfolger gesucht, Famulatur-, PJ- und Hospitationsbörse 38–39

Buntes 40

»Besondere Zeiten erfordern besondere Maßnahmen«

Herbsttagung und politische Veranstaltungen virtuell erfolgreich

Liebe Leserinnen und Leser,

in unruhigen Zeiten blicken wir nun zurück auf eine Konstante in der Diabetologie: Anfang November fand die 14. Diabetes Herbsttagung erfolgreich statt – erstmalig rein digital. Denn: Besondere Zeiten erfordern besondere Maßnahmen. An dieser Stelle möchte ich mich ganz herzlich bei Tagungspräsident Professor Dr. Ralf Lobmann bedanken, der mit der DDG alles darangesetzt hat, die Diabetes Herbsttagung in jedem Fall zu ermöglichen. Er sah sich daher vor die Herausforderung gestellt, das Tagungskonzept völlig in den virtuellen Raum zu verlegen. Besonderer Dank gilt bei dieser Kraftanstrengung auch Marnie Volkmann von der Geschäftsstelle sowie dem gesamten Kongressorganisationsteam. Und auch wenn wir Kollegen und Freunde nicht persönlich treffen konnten – die virtuelle Herbsttagung hat die Diabetologie trotzdem zusammengebracht (Seite 10). Vom umfangreichen Programm, das Prof. Lobmann unter das Motto „Diabetes – besser unkompliziert“ gestellt hat, können wir auch weiterhin profitieren. Denn die Sessions stehen für ein ganzes Jahr zur Verfügung – somit besteht die Option zur Fortbildung und der Erlangung von CME-Punkten weiter: <https://bit.ly/DiabetesHerbsttagung2020>

»Viel Austausch zu aktuellen Themen«

Auch außerhalb der Herbsttagung befasst sich die Diabetologie mit aktuellen Themen. So wird am Deutschen Zentrum für Diabetesforschung intensiv zu den Zusammenhängen zwischen COVID-19 und Diabetes geforscht (Seite 5). Intensiver Austausch findet auch zwischen den DDG-Gremien statt. Hierzu bot traditionell der Strategietag im Vorfeld der Herbsttagung Gremien, Regionalgesellschaften und dem Vorstand viel Gelegenheit zu anregenden Diskussionen (Seite 8/9). So hat beispielsweise die Kommission „Labordia-



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

gnostik“ der DDG gemeinsam mit der Kommission „Apotheker in der Diabetologie“ ein wichtiges Positionspapier veröffentlicht, das mit Hinweisen zur qualitätsgesicherten Herstellung einer oGTT-Lösung für mehr Sicherheit in der Diabetesdiagnostik sorgt (Seite 4). Ferner stellten „neue Köpfe“ aus vier Gremien ihre Pläne und Ziele vor, darunter Sandra Schlüter und Dr. Guido Freckmann die künftigen Projekte der AGDT.

»Zuckersteuer nicht nur diskutieren«

Auch der diesjährige Zuckerreduktionsgipfel mit rund 800 Teilnehmern fand digital statt – mit frischen Impulsen an die Adresse der Politik. AOK, Kinderärzte und Grüne

fordern gemeinsam mit der DDG endlich politische Eingriffe, um den Zuckergehalt von Softdrinks zu senken. Das Fazit macht Hoffnung: Eine Zuckersteuer wäre aus juristischer und steuerrechtlicher Sicht problemlos innerhalb von zwei Jahren machbar. Gefragt ist also politischer Wille (Seite 6).

Es steht uns ein harter Winter bevor. Zu befürchten ist, dass sich das Szenario der ersten Welle wiederholt: Medizinische Kapazitäten werden von der Pandemie absorbiert und Arzt- und Krankenhausbesuche aus anderen Gründen unterbleiben weitgehend. Folgeerkrankungen des Diabetes etwa werden verschleppt und verschlimmern sich. Immerhin können wir im neuen Jahr auf einen Impfstoff hoffen. Nun wünsche ich Ihnen eine anregende Lektüre in der Hoffnung auf eine baldige Normalisierung der Versorgungssituation.

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 Schmuack

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: HYVEDEMMXXX

ISSN 2367-2579



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

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

Beilage: Berlin-Chemie

www.blauer-engel.de/uz195

Dieses Druckerzeugnis wurde mit dem

Blauen Engel ausgezeichnet



Wir helfen, Desaster zu vermeiden

Diabetologie steht vor großen Herausforderungen

BERLIN. Im Vorfeld der diesjährigen Herbsttagung der DDG berichteten Diabetesexperten über die Herausforderungen im Fachgebiet. Digitalisierung und neue Diabetes-Technologien spielen eine wichtige Rolle, aber auch neue Schulungsformate, Prävention, eine leitliniengerechte Diabetestherapie sowie Corona.



Dr. rer. medic. Nicola Haller
Vorsitzende des Verbandes der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland
Foto: VDBD



Prof. Dr. Diana Rubin
Leiterin des Zentrums für Ernährungsmedizin am Vivantes Klinikum und Humboldt-Klinikum Berlin
Foto: Werner Popp

Warum das Thema des Herbstkongresses „Diabetes – besser unkompliziert“ lautete, erläuterte Tagungspräsident Professor Dr. RALF LOBMANN, Ärztlicher Direktor der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Geriatrie am Klinikum Stuttgart – Krankenhaus Bad Cannstatt, am Beispiel des Diabetischen Fußes. Ein Patient habe die Verantwortung, auf seine Füße zu achten und sich frühzeitig an den Hausarzt zu wenden, „um ein Desaster, sprich eine Amputation, zu vermeiden“. Die tägliche Kontrolle der Füße sei unkompliziert. Diabetischer Fuß, Erblindung, Herzinfarkt, Schlaganfall – all das seien Themen,

die Diabetespatienten bewegten. Diese Erkrankungen würden tief in die Lebenswirklichkeit eingreifen. „Das wollen wir vermeiden.“

Künftig die Schulung in der Praxis und online anbieten

Dr. rer. medic. NICOLA HALLER, Vorsitzende des Verbandes der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland (VDBD), erinnerte an den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 27. März, der die Patientenschulungen in den DMP als Präsenzangebot stoppte. Der VDBD habe umgehend zur Prüfung von Onlinealternativen aufgefordert. Konkret hieß es: „Wir empfehlen, dafür die durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) zertifizierten Videosprechstundenanbieter zu nutzen, damit eine End-zu-End-Verschlüsselung gewährleistet ist, die Datenschutzgrundverordnung eingehalten wird

und die Patienten ihre Einwilligung im Vorfeld geben.“

Bei so vielen Schulungsmöglichkeiten sei zu differenzieren, auch bei den Erstattungsmöglichkeiten, so Dr. Haller. Sog. synchrone Ange-

bote, die den Austausch mit einer Diabetesberaterin bieten, seien eine sinnvolle Alternative zur Präsenzschulung. „Die Vorbereitungszeit für solche Schulungen ist jedoch lang“, sagte Dr. Haller. Alles müsse technisch gut vorbereitet werden und es bedürfe der Bereitschaft von Patienten und Behandelnden. Dieser Mehraufwand müsse ebenfalls vergütet werden, mahnte die VDBD-Vorsitzende. Für die Zukunft kann sie sich vorstellen, dass Praxen Parallelangebote vorhalten und je nach Fallkonstellation die Schulung in der Praxis oder online anbieten werden.

Bessere Rahmenbedingungen für die Ernährungsberatung forderte Professor Dr. DIANA RUBIN, Leiterin des Zentrums für Ernährungsmedizin am Vivantes Klinikum Spandau und Humboldt-Klinikum Berlin. „Eine konsequente Lebensstilumstellung mit dem Ziel der Körpergewichtsreduktion ist für Menschen mit Übergewicht unerlässlich“, sagte die Chefarztin. Allerdings würden nur 10 bis 15 % der Menschen dauerhaft eine Lebensstiländerung durchhalten.

Forderungen aufgegriffen in der Adipositasstrategie

„Es geht deshalb um individuelle Konzepte, nicht um Ernährungsdogmen, denn der Mensch muss die Maßnahmen ja auch akzeptieren.“ In Einzelfällen würden Versicherten 50 bis 80 % der Ernährungsberatungskosten von Krankenkassen zurückerstattet, eine gesetzliche Leistung sei es nicht. Eine diesbezügliche Forderung der Fachgesellschaften wäre aber in der Nationalen Adipositasstrategie aufgegriffen worden. Nun müsse dies noch in einem multimodalen Konzept der Krankenkassen umgesetzt werden. Prof. Rubin betonte zudem, dass Verhaltensprävention und Verhältnisprävention eine Einheit bilden müssten. kol

Online-Pressekonferenz der DDG



Foto: AndreyPopov – stock.adobe.com

»Fußkontrolle ist unkompliziert«



Trulicity®&: Stärkste Evidenz unter den GLP-1-RA in der Primärprävention kardiovaskulärer Ereignisse^{1,§,°}

trulicity®
dulaglutid 1x wöchentlich

& 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.²

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

° MACE-3 (major adverse cardiovascular event): Kardiovaskulärer Tod, nicht-tödlicher Myokardinfarkt, oder nicht-tödlicher Schlaganfall.

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

Trulicity® 0,75 mg Injektionslösung in einem Fertipen, Trulicity® 1,5 mg Injektionslösung in einem Fertipen. Wirkstoff: Dulaglutid. Zusammensetzung: Jeder Fertipen enthält 0,75 mg bzw. 1,5 mg Dulaglutid in 0,5 ml Lösung. Sonstige Bestandteile: Natriumcitrat, Zitronensäure, Mannitol, Polysorbit 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, Glimepirid, Metformin oder Metformin plus Glimepirid), 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.; Papendorpweg 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
www.lilly-diabetes.de

Lilly

»Pulverabenteurer« sollte es nicht mehr geben

DDG Kommissionen veröffentlichen Hinweise zur sicheren Diagnostik mittels oGTT

NEUSS/KREFELD. Die beiden Kommissionen Labordiagnostik bzw. Apotheker in der Diabetologie haben ihr gemeinsames Positionspapier zur Herstellung einer oGTT-Lösung für die Diagnose eines Diabetes/Gestationsdiabetes um eine Analyse samt Vorschlägen zur Herstellung der Glukoselösung ergänzt. Die Kommissionsvertreter Professor Dr. Lutz Heinemann und Manfred Krüger fassen die wesentlichen Aussagen zusammen.

Um das Risiko einer falschen Diagnose so gering wie möglich zu halten, ist die definierte, qualitätsgesicherte Herstellung der Glukose-Lösung für den oralen Glukosetoleranztest (oGTT) von erheblicher Bedeutung. Im „Gemeinsamen Positionspapier der Kommission Labordiagnostik in der Diabetologie der DDG und DGKL (KLD) sowie der Kommission Apotheker in der Diabetologie BAK/DDG zur Herstellung einer oGTT-Lösung für die Diagnose eines Diabetes einschließlich eines Gestationsdiabetes“ werden die Voraussetzungen dafür analysiert und ein mit den Apotheken abgestimmter Vorschlag für eine standardisierte Lösung vorgestellt.

Verpflichtendes Screening auf Gestationsdiabetes

Im März 2012 wurde das Screening auf Gestationsdiabetes mellitus (GDM) verpflichtend bei der Betreuung jeder Schwangeren in die Mutterschaftsrichtlinien aufgenommen. Bei diesem zweistufigen Verfahren wird im ersten Schritt ein Screening-Test in den Schwangerschaftswochen 24 – 28 durchgeführt. Die Frauen trinken bei diesem „glucose challenge test“ (GCT) eine Lösung mit 50 g Glukose zu einem beliebigen Zeitpunkt, dann wird die venöse Plasma-Glukosekonzentration gemessen. Im Fall eines pathologischen Ergebnisses wird anschließend nüchtern unter standardisierten Bedingungen ein oGTT mit einer Lösung mit 75 g Glukose durchgeführt.

Fertigarzneimittel wird nicht länger vertrieben

Aufgrund des angekündigten Vertriebsstopps des letzten Fertigarzneimittels mit Einzelzulassung in Deutschland (Accu-Chek Dextrose O.G.T. Lösung von Roche Diabetes Care) gilt es, eine sichere Versorgung mit einer qualitätsgesicherten Glukoselösung dringend sicherzustellen. Aktuell werden sowohl per Rezep-

turverordnung bzw. -anforderung in Apotheken hergestellte Glukose-Lösungen eingesetzt sowie auch in den Praxen abgewogener Traubenzucker zur Rekonstitution mit Trinkwasser für den oGTT verwendet.

In Praxen und Kliniken wird die zuvor in der Apotheke abgefüllte Glukose für den oGTT aufgelöst.

Dabei liegen keine systematischen Untersuchungen vor, welche Glukose-Lösungen tatsächlich verwendet werden und wie und mit welcher Qualität diese hergestellt werden. Schon 2019 hat die DDG in einer Pressemitteilung von dieser Praxis ausdrücklich abgeraten, weil diese ein Risiko für Ungenauigkeiten und Verunreinigungen birgt und so zu falschen Testergebnissen führen kann.

In Kürze dargestellt sind die Kernprobleme aus unserer Sicht:

- die Verwendung von reiner Glukose vs. Glukose-Monohydrat,
- Löslichkeit und Stabilität nur bei definierter Temperatur,

- Bedeutung der richtigen Wassermenge zum Auflösen,
- Zeitdruck in der Praxis bei der frischen Zubereitung,
- Nutzen-Risiko bei nicht erkanntem GDM.

Das Flüssigkeitsvolumen muss präzise abgemessen werden, um das Mischverhältnis nicht zu verfälschen. Zudem ist reine Glukose schwer löslich und muss einige Minuten gerührt werden, was bei mehreren gleichzeitig durchzuführenden oGTTs eine Herausforderung darstellt.

Trotz aller Mühen und optimaler Bedingungen kommt es immer wieder dazu, dass Glukosereste im Behältnis verbleiben, die sich nicht auflösen und so zu einer falsch negativen Interpretation des Tests führen können. Zudem stehen in Praxen häufig keine Räume zur Verfügung, die den Hygieneanforderungen für die Herstellung der Glukoselösung entsprechen, was zu Verunreinigungen führen kann.

Ärzte werden mit der Produkthaftung konfrontiert

Gemäß Produkthaftungsgesetz können behandelnde Ärztinnen und Ärzte dafür haften, wenn Probleme bei den in der Praxis hergestellten Glukoselösungen auftreten. Sie sind in diesen Fällen rechtlich als Hersteller eines Arzneimittels anzusehen. Dies führt zu der klaren Forderung, nur qualitätsgesichert hergestellte Glukoselösungen zu verwenden. Es war zunächst erforderlich, eine Analyse der bisher verwendeten

»Einheitliche Regelung zur Erstattung der Kosten durch die Kassen ist anzustreben«

Rezeptur- und Defekturformeln (Defektor: Anfertigung eines Arzneimittels im Voraus) durchzuführen, die eine Bewertung der Verfügbarkeit und Sinnhaftigkeit der verwendeten Grund- und Hilfsstoffe umfasste.

Addendum zum Positionspapier liefert Detailinformationen

Dabei wurde deutlich, dass eine Aktualisierung der Standardzulassungsmonographie für die Glukoselösung sowie neue Informationen und Vorgaben für Rezepturarzneimittel und Defekturarzneimittel nach § 21 Abs. 2 Nr. 1 AMG notwendig sind. Die Details dieser Analyse sind im „Addendum“ zu dem Positionspapier hinterlegt, welches in der nächsten Ausgabe des Journals Diabetes und Stoffwechsel veröffentlicht wird.

Die Anpassung der Standardzulassungsmonographie ist nun durch das DAC/NRF (Deutscher Arzneimittel-Codex / Neues Rezeptur-Formularium) erfolgt, sodass zeitnah eine standardisierte Herstellung dieser Glukose-Lösung in Apotheken nach dieser neuen Vorschrift bundesweit möglich ist. NRF 13.8 ist ab sofort auf „Rezepturenfinder“ für Apotheker und Ärzte auf der DAC/NRF-Plattform kostenlos (Doc-

Check) abrufbar. Hiermit liegt eine standardisierte Rezepturvorschrift nach neuesten Erkenntnissen (Lieferfähigkeit, Sicherheit der Inhaltsstoffe, Verträglichkeit, auch der Hilfsstoffe) mit einer definierten Zusammensetzung vor.

In Anbetracht der Häufigkeit mit der oGTTs in Deutschland durchgeführt werden und der Bedeutung einer optimalen Diabetes-Diagnostik für die Patientinnen sollte es keine „Pulverabenteurer“ bei der Herstellung der Glukoselösung mehr geben! Weiterhin sollten die Krankenkassen die Kosten für die vorgeschlagene Fertiglösung übernehmen, damit die Qualität dieses diagnostischen Tests gesichert ist. Idealerweise wird eine bundeseinheitliche Regelung zur Erstattung durch alle Krankenkassen angestrebt. Der Deutsche Apothekerverband ist aufgefordert, eine Übernahme in die Hilfstaxe mit einem marktgerechten und kostendeckenden Preis zu vereinbaren.

Prof. Dr. Lutz Heinemann, AG Diabetes & Technologie Kommission Labordiagnostik in der Diabetologie der DDG & DGKL Apotheker Manfred Krüger, Kommission Apotheker in der Diabetologie (BAK/DDG)

Stellungnahme als PDF zum Download: bit.ly/DDG_oGTT



Foto: Jérôme Rommé – stock.adobe.com

SCHWANGERSCHAFT

oGTT

»Bundesweit standardisierte Herstellung der Glukose-Lösung in den Apotheken«

Extrakilos mit ungünstiger Prognose assoziiert

Doppelt so viele schwere COVID-19-Verläufe bei Übergewicht

MÜNCHEN. Nur einer von acht analysierten Lebensstilfaktoren korrelierte in einer aktuellen DZD-Studie mit schweren COVID-19-Verläufen: Übergewicht. Das könnte daran liegen, dass bestimmte Signale des Fettgewebes die Virusabwehr schwächen.

Mithilfe der Online-Befragung „Life & Covid“ unter 204 ehemaligen COVID-19-Patienten werteten Forschende des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung (DZD) den Einfluss verschiedener Lebensstilfaktoren auf den Schweregrad des Krankheitsverlaufs aus. Symptome einer Lungenentzündung und die Notwendigkeit von Sauerstoffzufuhr oder künstlicher Beatmung betrachtete das Team unter Leitung von Privatdozent Dr. ANDREAS LECHNER vom Studienzentrum Diabetes des Klinikums der Ludwig-Maximilians-Universität München, einer klinischen Kooperationsgruppe des DZD-Partners Helmholtz Zentrum München, als Kriterien für einen schweren Verlauf.

Die Wissenschaftler befragten die Betroffenen zu vier Lebensgewohnheiten mit potenziell negativem Einfluss:

- Übergewicht/Fettleibigkeit
 - ungünstige Fettverteilung
 - Rauchen
 - regelmäßiger Alkoholkonsum
- Auch vier möglicherweise schützende Faktoren wurden untersucht:
- regelmäßiger Sport
 - gesunde Ernährung
 - erholsamer Schlaf
 - häufiger Kontakt zu Kindern (und damit zu Atemwegsviren)

Die Forscher erhoben zudem demografische Daten sowie Informationen über Vorerkrankungen und eingenommene Medikamente. 36 der 204 vorwiegend ambulant behandelten Studienteilnehmer hatten ihre Diagnose erst retrospektiv anhand eines Antikörpertests erhalten.

Mehr Lungenentzündungen, häufiger Beatmung nötig

In der Analyse korrelierte einzig der Lebensstilfaktor Übergewicht/Fettleibigkeit signifikant mit dem Auftreten einer Lungenentzündung – selbst wenn die nachträglichen Diagnosen einbezogen wurden. Symptome eines schweren Verlaufs traten bei Übergewichtigen etwa doppelt so häufig auf wie bei Normalgewichtigen. Auch die Rate derer, die Sauerstoff erhielten oder künstlich beatmet werden mussten, war in dieser Personengruppe erhöht. Das betraf nicht

nur Adipöse mit einem Body-Mass-Index (BMI) von 30 kg/m² oder mehr, sondern bereits Übergewichtige mit einem BMI ab 25 kg/m². Ursprünglich vermuteten die Studienautoren das metabolische Syndrom als Verbindung zwischen Übergewicht und der COVID-19-Erkrankungsschwere, wie die Autoren in einer Veröffentlichung schreiben.¹ Da es keine Korrelation mit der Fettverteilung oder Bewegung gab, scheine die Fettmasse an sich eine Rolle zu spielen. Die Wissenschaftler vermuten, dass ein vom Fettgewebe ausgehendes Si-



Fotos: iStock/RyanKing999, Kokhanchikov – stock.adobe.com

gnal die Immunantwort hemmt. Das Hormon Leptin etwa wird bei zunehmender Fettmasse vermehrt produziert und kann einen bestimmten Abwehrmechanismus bei Virus-

infektionen vermindern, der auch bei SARS-CoV-2-Infektionen relevant zu sein scheint.

Pressemitteilung des DZD
1. Sacco V et al. PLOS ONE (in press)

DAS LEBEN STECKT VOLLER ÜBERRASCHUNGEN.

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



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



Gute Gründe für Fiasp® bei Typ 2 Diabetes:

Schneller Wirkeintritt^{1,2}

Effektive Blutzuckerkontrolle³

Flexible Anwendung^{1#}

Kostengleich mit Humaninsulin*



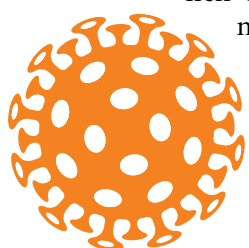
Zugelassen für Kinder ab 1 Jahr¹

¹ Injektion bis zu 2 Minuten vor oder bis zu 20 Minuten nach Beginn der Mahlzeit möglich. Für Jugendliche und Kinder ab 1 Jahr gelten abweichende Empfehlungen.
² Für Typ 2 Diabetes wurden mit 100% aller gesetzlichen Krankenversicherungen Mehrkostenabläsverträge geschlossen. Somit entstehen bei Typ 2 Diabetes keine Mehrkosten im Vergleich zu Humaninsulin.
³ Bowering K et al. Diabetes Care 2017;40:951–957

Fiasp® 100 Einheiten/ml FlexTouch®, Injektionslösung in einem Fertigpen. Fiasp® 100 Einheiten/ml Penfill®, Injektionslösung in einer Patrone. Fiasp® 100 Einheiten/ml, Injektionslösung in einer Durchstechflasche. Fiasp® 100 Einheiten/ml PumpCart®, Injektionslösung in einer Patrone. Wirkstoff: Insulin aspart. Zusammensetzung: Arzneilich wirksamer Bestandteil: 100 Einheiten/ml Insulin aspart, gentechnisch hergestellt mithilfe rekombinanter DNS. Sonstige Bestandteile: Phenol, Metacresol, Glycerol, Zinkacetat, Natriummonohydrogenphosphat-Dihydrat, Argininhydrochlorid, Nicotinamid (Vitamin B₃), Salzsäure (zur Einstellung des pH-Wertes), Natriumhydroxid (zur Einstellung des pH-Wertes), Wasser für Injektionszwecke. Anwendungsgebiete: Diabetes mellitus bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab dem Alter von 1 Jahr. Art der Anwendung: Zur s.c. Injektion (Abdomen, Oberarme). Nur Fiasp® aus der Durchstechflasche und Fiasp® PumpCart® können in Insulininfusionspumpen zur kontinuierlichen subkutanen Insulininfusion (CSII) verwendet werden. Fiasp® PumpCart® ist nur für die Verwendung mit geeigneten Insulininfusions-Pumpensystemen wie Accu-Chek® Insight oder Ypsopump® vorgesehen. Falls notwendig, kann Fiasp® aus der Durchstechflasche durch medizinisches Fachpersonal intravenös verabreicht werden. Fiasp® FlexTouch® und Penfill® sind nur für subkutane Injektionen geeignet; falls die Anwendung einer Spritze oder intravenösen Injektion notwendig ist, sollte Fiasp® aus der Durchstechflasche verwendet werden. Fiasp® kann während der Schwangerschaft angewendet werden. Bei geplanter oder vorliegender Schwangerschaft und während der Stillzeit sind möglicherweise Dosisanpassungen notwendig. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen Insulin aspart oder einen der sonstigen Bestandteile. Vorsicht bei der Kombination mit Pioglitazon (Spontanmeldungen von Herzinsuffizienz). Warnhinweise: Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. Verwenden Sie nur klare, farblose Lösung, Nadeln, Fertigpens, Patronen und Spritzen dürfen nur von einer Person verwendet werden. Fiasp® FlexTouch® ist zur Verwendung mit NovoFine® Plus, NovoFine® oder NovoTwist® Einwegnadeln mit einer Länge von bis zu 8 mm vorgesehen. Nebenwirkungen: Sehr häufig: Hypoglykämie; häufig: Allergische Hautreaktionen, Reaktionen an der Injektions-/Infusionsstelle; gelegentlich: Überempfindlichkeit, Lipodystrophie; Häufigkeit nicht bekannt: Anaphylaktische Reaktionen, kutane Amyloidose. Verschreibungspflichtig. Novo Nordisk A/S, Novo Allé, 2880 Bagsværd, Dänemark. Stand: September 2020

DZD05FPO0109

Fiasp®, FlexTouch®, NovoFine®, NovoTwist®, Penfill® und PumpCart® sind eingetragene Marken der Novo Nordisk A/S, Dänemark. Accu-Chek® ist eine eingetragene Marke der Roche Diabetes Care Deutschland GmbH. mylife® Ypsopump® ist ein Markenzeichen der Ypsomed Gruppe.



»Keine Korrelation mit der Fettverteilung«

Zuckersteuer wäre binnen zwei Jahren machbar

AOK, DDG, Kinderärzte und Grüne fordern politische Eingriffe bei Softdrinks

BERLIN. Eine Hauptkenntnis hat der diesjährige (digitale) Zuckerreduktionsgipfel gebracht: Eine Zuckersteuer ist kein Hexenwerk. Das wurde durch die Ausführungen eines Vorsitzenden Richters am Bundesfinanzhof klar.

Anlässlich des Zuckergipfels fordert nun auch der AOK-Bundesverband eine Zuckersteuer auf Softdrinks, gemeinsam mit der DDG und dem Berufsverband der Kinderärzte. „Wir wissen, dass drei von fünf Menschen übergewichtig sind“, sagte AOK-Vorstand MARTIN LITSCH. „Die krankheitsbedingten Kosten für die Solidargemeinschaft gehen über 60 Milliarden.“ Unter anderem deshalb „müssen wir uns darum kümmern“.

EU-Recht steht einer Zuckersteuer nicht entgegen

Vor allem der hohe Konsum von Softdrinks durch Kinder – ein halber Liter pro Tag – macht der AOK Sorge. Litsch mahnte deshalb: „Es braucht ein höheres Maß an Verbindlichkeit.“ Rechtlich wäre eine Zuckersteuer relativ problemlos möglich, erläuterte Professor Dr. HARALD JATZKE, Vorsitzender Richter am Bundesfinanzhof. Bis 1992 gab es schon einmal eine Steuer auf Zucker in Deutschland, damals 6 D-Mark pro 100 Kilo.

Auch eine „gesundheitspolitisch motivierte Lenkungssteuer“ gibt es bereits: die 2004 eingeführte Alkopop-Steuer. „Der Gesetzgeber hat die Steuer bewusst eingeführt, um Jugendliche vom Konsum dieser alkoholhaltigen Süßgetränke abzuhalten“, sagte Prof. Jatzke. Ähnliches sei auch für Softdrinks möglich. Etliche EU-Mitgliedsländer hätten bereits Steuern auf Softdrinks oder auch andere Süßwaren.

Das Europarecht stehe einer deutschen Zuckersteuer nicht entgegen. Lediglich wenn es um alkoholische Getränke geht, müsste sie zusätzlich begründet werden. Ein gesundheitlicher Lenkungseffekt sei aber eine solche Begründung.

Mit Softdrinks anfangen und bei anderen Waren nachziehen

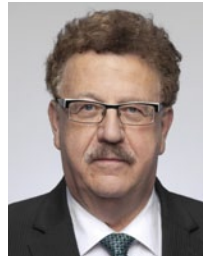
Ein möglicher Einstieg könnte eine Verbrauchssteuer auf Softdrinks sein, später könne man diese dann ausweiten auf andere Waren. „Der Charme ist, dass es damit eine breite Palette von Möglichkeiten gäbe, die Steuersätze auszugestalten“, sagt Prof. Jatzke. Der Steuersatz könnte etwa mit dem Zuckergehalt steigen. Aus diesem Grund favorisiert der Jurist weniger die Mehrwertsteuer

er als Instrument – diese darf laut EU-Recht nicht beliebig oft gestaffelt werden, eine Verbrauchssteuer dagegen schon. So könne man den Herstellern Anreize bieten, den Zuckergehalt schrittweise zu senken. Eine solche Zuckersteuer zu entwerfen und einzuführen, sei innerhalb von ein bis zwei Jahren möglich, betonte Prof. Jatzke. Er sieht da keine großen rechtlichen Hindernisse: „Das ist alles kein Hexenwerk.“ Es hänge vom politischen Willen ab.

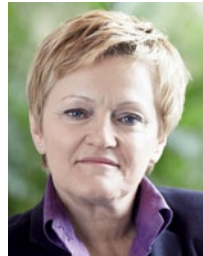
Doch bisher setzt die Politik auf Freiwilligkeit, unter anderem mit der Nationalen Reduktionsstrategie. Das Ernährungsministerium war auf dem Gipfel durch ein Grußwort von Staatssekretär Dr. HANS-JOACHIM FUCHTEL (CDU) vertreten. „Sich ungesund zu ernähren, ist leider einfach“, räumte er ein, „überall sind die Angebote.“ Krankheiten wie Diabetes Typ 2 oder Bluthochdruck seien heute ein Massenphänomen: „Diesen Zustand müssen wir dringend ändern.“ Wo notwendig, müsse die Politik auch „regulierend eingreifen, um Verbraucher zu schützen“. Mit der Reduktionsstrategie habe man aber bereits viel erreicht.

Deutliche Reduktion bisher nur bei einigen Produkten

Professor Dr. PABLO STEINBERG, Präsident des Max-Rubner-Instituts, stellte dazu Daten vor. Bei den Kinderjoghurts sei der Zuckergehalt tatsächlich um 20 % gesunken



Hans-Joachim Fuchtel
Parlamentarischer Staatssekretär BMEL
Foto: Thomas Imo/ photothek.net



Renate Künast
MdB Bündnis 90/ Die Grünen
Foto: gruene-bundestag.de



Martin Litsch
Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes
Foto: AOK-Mediendienst

(von 2016 bis 2019). Bei Cola und regulären Limonaden hingegen nur um 1,5 bzw. 2,2 %, bei Kindergetränken um 35,1 % (von 2018 bis 2019). Bei den oft überzuckerten Frühstücksflocken sind die

Ergebnisse sehr gemischt. Gar keinen Zuckerrückgang gab es etwa bei „Knusprigen Getreideerzeugnissen Schoko ohne Kinderoptik“, mit Kinderoptik waren es 17 % weniger – wobei der Gehalt im Durchschnitt immer noch 24 pro 100 Gramm beträgt.

Litsch zeigte sich mit diesen Ergebnissen insgesamt nicht zufrieden, vor allem mit der geringen Senkung bei regulären Limonaden um durchschnittlich nur 0,16 Gramm Zucker auf 100 Milliliter (von 9,08 auf 8,92 Gramm). „Wir sprechen hier in der Breite über Reduktionen im homöopathischen Bereich. Erforderlich ist eine Senkung um mehrere Gramm, nicht Milligramm.“ In Großbritannien sei das mit der verpflichtenden Herstellerabgabe auf zu hohe Zuckersätze gelungen.

Fuchtel kündigte an, dass die Reduktionsstrategie ausgeweitet werden soll auf weitere Kinderprodukte sowie auf die Außer-Haus-Verpflegung.

Interessenausgleich ist in der Selbstverwaltung herzustellen

Für RENATE KÜNAST, Sprecherin für Ernährungspolitik bei der Bundestagsfraktion der Grünen, leben wir im Augenblick in einer Zwangssituation: „Überall kommt einem Werbung entgegen für Lebensmittel, die

»In Wahrheit keine Mittel zum Leben«

in Wahrheit nicht Mittel zum Leben sind, sondern Snacks und Süßigkeiten.“

Ihr gehe es daher gerade um mehr Freiheit von solchen Einflüssen. Als größtes Problem sieht auch Künast die Softdrinks, gerade für Kinder. Nötig sei ein „Werkzeugkasten“ mit verschiedenen, verpflichtenden Maßnahmen: verpflichtende Reduktionsziele auf wissenschaftlicher Basis, ein Kinderwerbverbot für ungesunde Produkte, ein verpflichtender Nutri-Score, kostenloses Schulesen nach DGE-Standards und eine Zuckersteuer. „Zucker ist der neue Tabak.“

„Wer steht da auf der Bremse?“, fragte Moderator ARMIN HIMMELRATH den AOK-Vorstand. Die Antwort: „Alle, die davon profitieren.“ Zucker sei nun einmal ein billiger Inhaltsstoff, und der Kampf auf dem Lebensmittelmarkt zuweilen hart. „Das darf aber nicht unser einziges Kriterium sein“, sagte Litsch. Auch im AOK-Aufsichtsrat gebe es von der Arbeitgeberseite noch Vorbehalte etwa gegenüber einer Zuckersteuer. „Es ist aber ein großer Gewinn der Selbstverwaltung, dass dieser Interessenausgleich hergestellt werden muss und hergestellt wird.“ Das müsse man austragen.

Heike Dierbach

3. Zuckerreduktionsgipfel

„ZUCKER IST DER

NEUE TABAK“

Kritikpunkte der DDG wurden „mehr als bestätigt“

BERLIN. In einer gemeinsamen Presseerklärung fordern der AOK-Bundesverband, der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) und die Deutsche Diabetes Gesellschaft eine Abgabe auf gezuckerte Softdrinks sowie ein Werbeverbot für überzuckerte und hochkalorische Kinderlebensmittel.

Die Zwischenergebnisse der Nationalen Reduktionsstrategie seien deutlich hinter den Erwartungen zurückgeblieben, freiwillige Vereinbarungen mit Industrie und Handel reichten nicht mehr aus, schreiben die drei Organisationen. „Diese Befürchtung haben wir bereits zu Beginn des Prozesses vor zwei Jahren geäußert“, erinnert DDG-Präsidentin Professor Dr. MONIKA KELLERER, „leider wurden unsere Kritikpunkte seinerzeit nicht ernst genommen. Nun haben

sie sich mehr als bestätigt“. Die DDG war seinerzeit aus dem wissenschaftlichen Beirat für die Reduktionsstrategie ausgetreten.

Die Vizepräsidentin des BVKJ, Dr. SIGRID PETER, betont, dass Deutschland beim Softdrinkkonsum von Kindern europaweit auf dem dritten Platz liegt. „Das ist erschreckend, vor allem, wenn man die gesundheitlichen Folgen sieht, mit denen wir Pädiater tagtäglich in unseren Praxen konfrontiert sind.“ Die Einnahmen aus der Steuer könnten in den Schulsport oder in eine gesunde Gemeinschaftsverpflegung in Kitas und Schulen investiert werden.

Auch die Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK) forderte anlässlich des Zuckergipfels verbindliche Maßnahmen. „Freiwillige Vereinbarungen zeigen bei Soft-

drinks eine zu geringe Wirkung“, sagt DANK-Sprecherin BARBARA BITZER, „es braucht daher eine Abgabe, um die Hersteller zu mehr Innovation zu bewegen.“

Bedeutsam sei auch nicht nur der Durchschnittswert des Zuckergehalts bei Getränken, sondern welches Angebot den Kunden zur Verfügung gestellt und was tatsächlich gekauft wird. Beides verbessere sich nachweislich durch eine Zuckersteuer. So ist in Portugal durch eine Steuer das Angebot an stark gezuckerten Produkten von zuvor 60,9 % auf 36,8 % aller Softdrinks gesunken. In Großbritannien hat sich der Absatz von mittel und stark gezuckerten Getränken durch die Softdrinksteuer halbiert. Zugleich ist der Verkauf von Wasser und zuckerarmen Getränken um 40 % gestiegen.

HD

»Homöopathische Reduktion«

Digital die Menschen mitnehmen

Erfolgreiche Eröffnungsveranstaltung zum Weltdiabetestag 2020 – diesmal online

BERLIN. Seit 2009 richtet die gemeinnützige Organisation diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe unter der Schirmherrschaft des Bundesgesundheitsministeriums die zentrale Patientenveranstaltung zum Weltdiabetestag aus. In diesem Jahr war die Veranstaltung durch die Pandemie eine besondere Herausforderung.

Eigentlich war in diesem Jahr die Fortsetzung des 2019 umgesetzten neuen Konzepts für die Patientenveranstaltung geplant. Dessen Ziel ist „mehr unter die Menschen zu gehen“, wie Dr. JENS KRÖGER,

ersten Lockdown aus Angst vor Corona der Versorgung ferngeblieben, hätten sich z.T. keine Medikamente geholt. In der Folge habe er noch nie so viele Neuüberweisungen mit völligen Entgleisungen des Diabetes gesehen wie in den letzten Monaten. Es sei ihm deutlich geworden, wie wichtig es ist, die Menschen über die Digitalisierung aufzuklären und ggf. kontinuierlich zu begleiten mit zertifizierter Videosprechstunde, digitalen Gesundheitsanwendun-

gen (Apps) und bei Nutzung der kontinuierlicher Glukosemessgeräte. Nicht alle Patienten seien digital aufgestellt, aber man müsse alle Möglichkeiten zur Verbesserung der Stoffwechsellage anbieten.

„Im nächsten Jahr wollen wir die zentrale Eröffnungsveranstaltung wieder live machen“, sagt Dr. Kröger. Die Chancen dafür seien Ende nächsten Jahres – konkret am 14. November – wahrscheinlich günstiger als in diesem Jahr. kol



Dr. Jens Kröger
Internist, Diabetologe
Hamburg
Foto: © DDG/Dirk M. Deckbar,
Ludwig Niethammer

Vorstandsvorsitzender diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe und ärztlicher Leiter des ambulanten Zentrums für Diabetologie Hamburg-Bergedorf, erläutert. So hatte diabetesDE 2019 am Potsdamer Platz in Berlin nicht nur zahlreiche wissenschaftliche Vorträge in einem Kinosaal geboten, sondern nach dem Motto „Raus aus dem Konferenzsaal, rein in die Stadt“ auch in vielen persönlichen Gesprächen mit Interessierten über Diabetes, Risiken und Prävention gesprochen.

In diesem Jahr machte die Pandemie die Fortsetzung des neuen Programms unmöglich. Trotzdem stellte diabetesDE ein breites Angebot zusammen – zwangsläufig online.

Die Pandemie zeigt, wie wichtig digitale Begleitung ist

Die zentrale Eröffnungsveranstaltung umfasste wie immer viele Themen. Hier einige Beispiele: „Chancen für alle: Sensortechnik. CGM, FGM“, „Achten Sie auf Ihr Herz!“, „Diabetisches Fußsyndrom vermeiden“, „Zuckerfrei leben – so geht’s“ oder „Diabetes & Fettleber: ich trinke doch gar keinen Alkohol!“ sowie „Hilfe, mein Kind hat Diabetes!“. Videobeiträge thematisierten „Hülsenfrüchte – Food of the future“, „Sexuelle Funktionsstörungen bei Diabetes“ oder auch „300 ist nicht schlecht, nur hoch! Jugendliche mit Diabetes“.

Auch die zunehmende Digitalisierung war Anlass für Diskussionen. Die Pandemie habe gezeigt, wie wichtig digitale Konzepte für die Versorgung seien, betont Dr. Kröger. Er berichtete dazu aus seiner eigenen Praxis. Manche Patienten seien im

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

www.ozempic.de



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

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

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

1. Gemeinsamer Bundesausschuss. Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage XII – Beschlüsse über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V – Semaglutid

https://www.g-ba.de/downloads/40-268-5724/2019-05-02_AM-RL-XII_Semaglutid_D-404_TrG.pdf (abgerufen am 29.09.2020)

2. Fachinformation Ozempic®, aktueller Stand

Ozempic® 0,25 mg Injektionslösung in einem Fertigpen. Ozempic® 0,5 mg Injektionslösung in einem Fertigpen. Ozempic® 1 mg Injektionslösung in einem Fertigpen. Wirkstoff: Semaglutid. **Zusammensetzung:** Arzneilich wirksamer Bestandteil: 0,25/0,5/1 mg Semaglutid. Analogon zu humanem Glucagon-like peptide-1 (GLP-1), gentechnisch hergestellt durch rekombinante DNS-Technologie in *Saccharomyces cerevisiae* Zellen. **Sonstige Bestandteile:** Natriummonohydrogenphosphat-Dihydrat, Propylenglycol, Phenol, Salzsäure (zur Einstellung des pH-Wertes), Natriumhydroxid (zur Einstellung des pH-Wertes), Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Behandlung des unzureichend kontrollierten Diabetes mellitus Typ 2 bei Erwachsenen als Zusatz zu Diät und körperlicher Aktivität. Als Monotherapie, wenn die Anwendung von Metformin aufgrund einer Unverträglichkeit oder Kontraindikationen ungeeignet ist. Zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung des Diabetes mellitus. Für Studienergebnisse hinsichtlich Kombinationen, Auswirkungen auf die glykämische Kontrolle und kardiovaskuläre Ereignisse, sowie untersuchte Populationen, siehe Abschnitte 4.4, 4.5 und 5.1 der Fachinformation. **Art der Anwendung:** Zur subkutanen Injektion in das Abdomen, den Oberschenkel oder den Oberarm. Ozempic® darf nicht intravenös oder intramuskulär angewendet werden. Einmal wöchentlich zu einem beliebigen Zeitpunkt zu oder unabhängig von den Mahlzeiten. Tag der wöchentlichen Anwendung kann bei Bedarf gewechselt werden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Semaglutid oder einen der sonstigen Bestandteile. Nicht während der Schwangerschaft und Stillzeit anwenden. **Warnhinweise:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. Nicht mit aufgeschraubter Nadel aufbewahren. Darf nur von einer Person verwendet werden. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Übelkeit, Durchfall. Häufig: Erbrechen, Hypoglykämie, Verdauungsstörung, Magenschleimhautentzündung („Gastritis“), Sodbrennen („gastroösophageale Refluxkrankheit“ (GERD)), Magenschmerzen, aufgeblähter Bauch, Verstopfung, Aufstoßen, Gallensteine, Schwindel, Müdigkeit, Gewichtsverlust, geringerer Appetit, Blähungen (Flatulenz), Erhöhung von Pankreasenzymen (wie Lipase und Amylase). Gelegentlich: Änderungen des Geschmacksempfindens, schneller Puls, Reaktionen an der Injektionsstelle (z. B. Ausschlag, Hautreizung). Schwerwiegend: Komplikationen bei diabetischer Retinopathie (häufig), akute Pankreatitis (gelegentlich), anaphylaktische Reaktionen (selten). **Verschreibungspflichtig. Novo Nordisk A/S, Novo Allé, 2880 Bagsvaerd, Dänemark.** Stand: März 2020

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

DE2002M00379

»2021 werden wir hoffentlich live dabei sein«



1x pro Woche
OZEMPIC®
Semaglutid Injektion

Vor der Herbsttagung treffen sich die Vertreter des Vorstandes und der Gremien der DDG beim Strategietag.

2020 fand das Treffen wegen Corona erstmals rein virtuell statt und wurde per „Graphic Recording“ protokolliert.

Die Ausführungen der Präsidentin wurden ergänzt durch die Berichte aus den Gremien. Ein bisschen Networking ging auch.

Großer Dank an die Gremien + Regionalgesellschaften

DDG steht in engem Austausch mit Politik u. Akteuren im Gesundheitswesen

Staffelübergabe Gremien: Dank an bisherige Leiter Erfolg für die Neu

Nationale Diabetes Strategie } Wir bleiben dran!

Projekte Leitlinien

Forschung im Fokus

AG Nachwuchs

Nachwuchs Hospitation

Prof. Kellerer

Corona als Motor der Digitalisierung

Digitale Mitgliederversammlung

Bericht der Präsidentin

Digitale Herbsttagung

Mitgliederbefragung:

1. Studium
2. Ausbildung
3. Qualifizierung stärken!

Daran arbeiten wir mit umfass. Konzept

NUTRI-Score: Auch ein Erfolg der DDG!

Wir investieren 60.000 € in neue Projekte

Projekt DM Plus

- „Sprechende Medizin“
- Digitaler Ansatz
- Elektronische Diabetes-Akte

Die Zukunftstage waren ein Erfolg!

Vizepräsident Prof. Neu

Diabetes erforschen

Thema Jahrestagung: Mikrovasculäre Komplikationen

Telemedizin als große Herausforderung

AG Psycho-diabetologie sehr aktiv

Think global act local

Prof. Zimmermann

Fortbildungen werden gut angenommen

Neue Projekte bei AG Diabetes

Rheinland-Pfalz

Jubiläums-Jahrestagung gefeiert 25

AG Fuß entwickelt Behandlung weiter

Brauchen schnell digitales „Handwerkszeug“

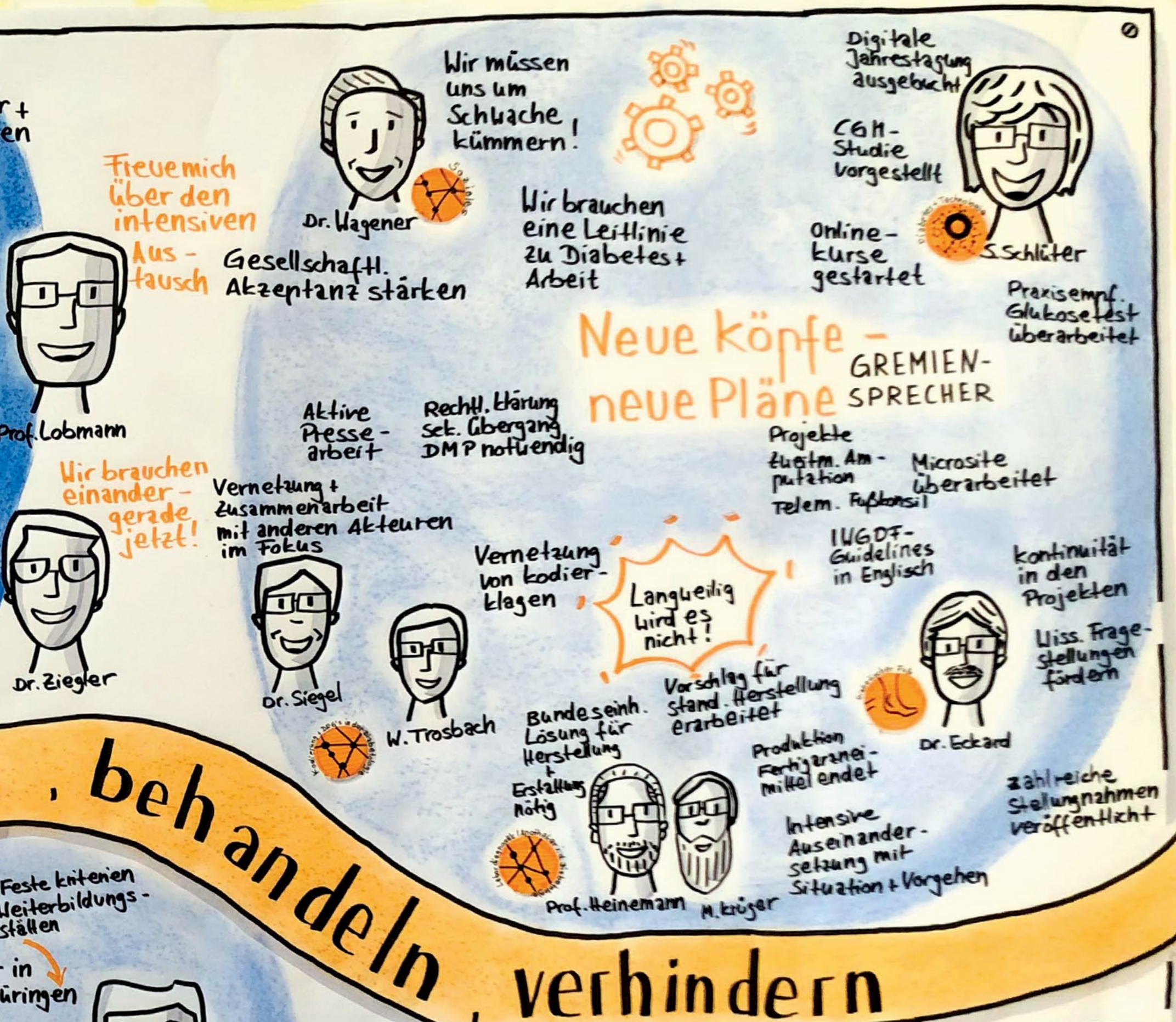
Covid 19

Vergütung muss stimmen

kompetenzen zusammenbringen

Gute Erfahrungen mit Videosprechstunden

Live-Impressionen: storytelling-hausmanns.de



Feste Kriterien Weiterbildungsstellen in Thüringen
Zusatzweiterbildung Diabetologie
muss Einfluss Umsetzung nehmen

Dr. Lundershausen

STRATEGIE

DIGITAL

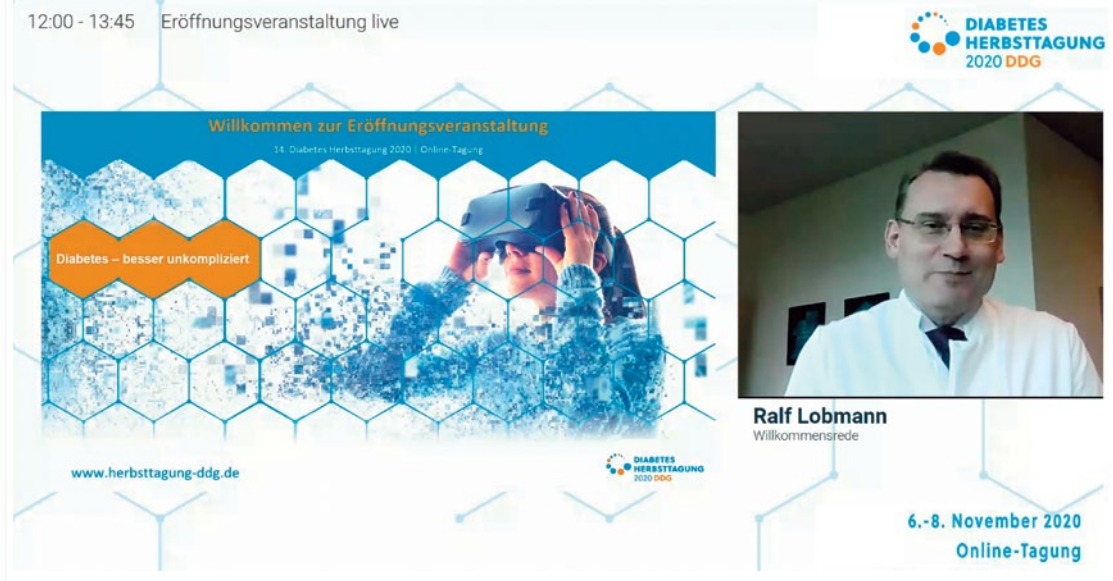
Tag

DDG

2020
5.
November



Mit Abstand – das beste Team. Die DDG Geschäftsstelle war drei Tage lang voll im Einsatz.



Tagungspräsident Prof. Ralph Lobmann eröffnete die erste digitale Diabetes Herbsttagung aus der Klinik in Stuttgart. Mit dabei: über 1800 Teilnehmende – ein Rekord!

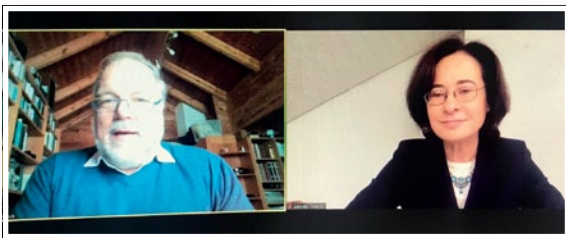


Viel positives Feedback

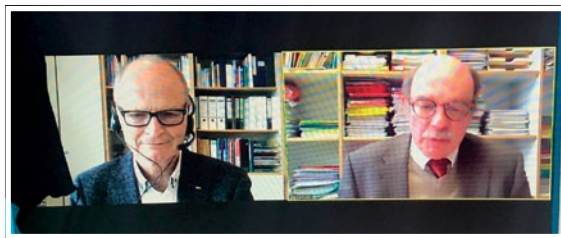
Neben vielen Fragen zu CME-Punkten und kleineren technischen Problemen daheim äußerten sich viele Teilnehmende vor allem zur guten Organisation der ersten rein digitalen Diabetes Herbsttagung.

»Vielen Dank an das Team, welches die Tagung trotz Corona möglich gemacht hat.«

»Vielen Dank! Von den Anmelde-modalitäten im Vorfeld bis zum aktuellen Technisupport tolle Organisation. Gutes Gelingen weiterhin!«



Herausragende Leistungen und besondere Verdienste: Frau Prof. Kordonouri (Hellmut-Otto-Medaille), Frau Berger (Gerhardt-Katsch-Medaille), Herr Prof. Nauck (Ehrendadel in Gold), Herr Prof. Holl (Ehrendadel in Gold), Frau Dr. Toeller-Suchan (Ehrenmitgliedschaft).



DDG Pressesprecher Prof. Baptist Gallwitz verlieh die diesjährigen Medienpreise für herausragende Berichterstattung unter anderem an Dr. Gaby Allrath und Doris Hammerschmidt für den Podcast „Doc2Go“ von DiabetesDE.



DDG Past Präsident Prof. Dirk Müller-Wieland berichtete über das Engagement der DDG bei der elektronischen Patientenakte. Zu Spitzenzeiten waren täglich über 2500 Teilnehmende live dabei.

DIABETES HERBSTTAGUNG 2020 DDG

„Diabetes – besser unkompliziert“

3622 Teilnehmende aus ganz Deutschland
1828 Zuschauende allein bei der Eröffnungsveranstaltung

Highlights waren u.a.:
 Praxisdialog: Medikamentöse Therapiestrategien für den Typ-2-Diabetes in Leitlinien und Konsensus-Statements – 1722 Teilnehmende
 Abenteuer Ernährung – 1409 Teilnehmende
 Update Antidiabetika 2020 – 1358 Teilnehmende
 Praxisdialog: Loopern – 1231 Teilnehmende

<https://bit.ly/DiabetesHerbsttagung2020>



Marnie Volkmann, Kongressreferentin in der DDG Geschäftsstelle hatte die erste digitale Herbsttagung voll unter Kontrolle.

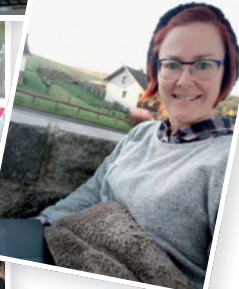
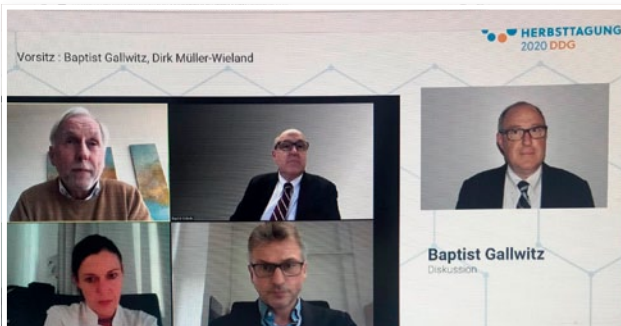
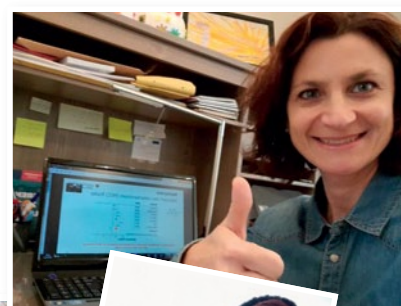


Im Sinne der Prävention – Ex-Olympiasieger und Ernährungsexperte Matthias Steiner, Dietrich Monstadt (CDU), Mitglied des Bundestages und DDG Geschäftsführerin Barbara Bitzer animierten die Teilnehmenden zu bewegten Pausen quer durch Deutschland.



Spannende Diskussionen quer durch Deutschland während der 66 Symposien mit 240 Vorträgen von 170 Referierenden. Am besten besucht war der Praxisdialog: Medikamentöse Therapiestrategien für den Typ-2-Diabetes in Leitlinien und Konsensus-Statements mit 1722 Teilnehmenden. Wir danken den Referierenden und Teilnehmenden auch für den regen Austausch über den Online-Chat.

Die DDG Aktion #DiabetesDigital war ein voller Erfolg: Im Team, in Klinik oder Praxis, zu Hause auf dem Balkon oder dem Familienfrühstückstisch oder unterwegs im Wald – die HT2020 war immer dabei. Zu gewinnen gibt es Tickets für den digitalen Diabetes Kongress 2021. Die Sieger verraten wir Ihnen in der nächsten Ausgabe der dz.



Die **Eröffnungsveranstaltung** mit Musik und Würdigungen sowie alle wissenschaftlichen Vorträge können Sie mit Ihrem Ticket bis zur nächsten Diabetes Herbsttagung 2021 auf unserer **Onlineplattform** weiterhin abrufen und auch weitere Fortbildungspunkte erwerben. Sie konnten an der Tagung nicht teilnehmen? Kein Problem! **Auch jetzt können Sie sich noch registrieren lassen.**



Auf der Suche nach GDM-Präventionsstrategien

Aktuellen Interventionen fehlt es an Evidenzgrundlage

WIEN. Zur Prävention von Typ-2-Diabetes gibt es einige evidenzbasierte Konzepte. Diese könnten auch bei Gestationsdiabetes wirksam sein – doch für Empfehlungen mangelt es an Daten.

Unglücklicherweise wird der Gestationsdiabetes (GDM) immer häufiger, berichtete Professor Dr. FIDELMA DUNNE von der University of Ireland in Galway. Das DALI-Programm weist bei adipösen Frauen (BMI > 29 kg/m²) über die gesamte Schwangerschaft gesehen eine GDM-Prävalenz von fast 40 % aus, wobei die meisten Fälle in einer frühen Phase auftreten.¹ Insgesamt wird der IDF-Statistik von 2017 zufolge jede sechste Schwangerschaft (16,6 %) durch einen Diabetes kompliziert.² Zu knapp 85 % handelt es sich um einen GDM.

Resümee aus 71 Studien: kein eindeutiger Nutzen

Der Entwicklung eines Typ-2-Diabetes bei Frauen vorzubeugen, die einen GDM hatten, scheint bereits möglich: Es gibt gute Evidenz dafür, dass Lebensstiländerungen oder die Gabe von Metformin langfristig protektiv wirken. Daher liegt es laut Expertin nahe zu versuchen, ob mit denselben Maßnahmen der GDM verhindert werden kann. Doch das ist offenbar leichter gesagt als getan. In einem dieses Jahr erschienenen Cochrane Review erfassten Wissenschaftler 71 Studien mit über 23 000 Frauen und den verschiedensten Interventionen, von Diät, körperlicher Aktivität und Nahrungsergänzungsmitteln bis hin zu Arzneimitteln.³ Sie kommen zu einem ernüchternden Fazit, wie Prof. Dunne berichtete: „Keine Intervention war eindeutig von präventivem Nutzen.“

Große Unterschiede im Aufbau der Studien

Diät und Bewegung zusammen, Myo-Inositol, Vitamin D oder Metformin seien möglicherweise hilfreich. Aber keine Studie habe Interventionen vor oder zwischen Schwangerschaften geprüft, so die Referentin. Bei der Vielzahl der ausgewerteten Studien ist leicht nachzuvollziehen, dass diese sich hinsichtlich Teilnehmerinnen, Art und Zeitpunkt der Interventionen, Compliance und Endpunkten stark unterscheiden. Die Evidenz für die vier Maßnahmen mit möglichem Nutzen beschreiben die Autoren als moderat. Dennoch sollte sich die Forschung jetzt auf diese vier Bereiche konzentrieren, so Prof. Dunne.

Fallstricke bei Untersuchungen zur GDM-Prävention liegen nach Ansicht der Referentin etwa darin begründet, dass unterschiedliche Populationen untersucht wurden – sowohl kulturell und genetisch als auch hinsichtlich der Screening- und Einschlusskriterien. Mit Verweis auf ältere Studien betonte sie, speziell diätetische und

Bewegungsinterventionen, aber auch die Vorbeugung mit Metformin, müssten möglicherweise viel früher als bisher stattfinden, um den „metabolischen Lebensweg“ der Frauen nachhaltig zu beeinflussen. Damit künftige Präventionsstudien eine höhere Aussagekraft erhalten, gilt es, unter anderem die



Teilnehmerinnen hinsichtlich ihrer Insulinresistenz bzw. -sekretion zu charakterisieren und personalisierte Ansätze zu entwickeln, so das Fazit von Prof. Dunne. *Manuela Arand*

EASD 2020

1. Egan AM et al. Diabetologia 2017; 60: 1913-1921; doi: 10.1007/s00125-017-4353-9
2. IDF Diabetes Atlas, Eighth Edition 2017
3. Griffith RJ et al. Cochrane Database Syst Rev 2020; doi: 10.1002/14651858.CD012394.pub3

Therapie des Typ-2-Diabetes:

JARDIANCE – EINFACH STARK

SPÜRBAR STARK

Signifikante Senkung von Gewicht, Blutzucker und Blutdruck^{1,a}

LANGFRISTIG STARK

38 % RRR für kardiovaskuläre Mortalität^{1,2,*a}

35 % RRR für Hospitalisierungen aufgrund von Herzinsuffizienz^{1,2,*a}

Jardiance®
(Empagliflozin)

RRR = Relative Risikoreduktion | * EMPA-REG OUTCOME®-Studienpopulation: erwachsene Patienten mit Typ-2-Diabetes und KHK oder pAVK oder vorangegangenen Myokardinfarkt oder Schlaganfall (Ereignis > 2 Monate). | a. Im Rahmen der Therapie des Typ-2-Diabetes. | 1. Fachinformation JARDIANCE® (Empagliflozin), Stand: Oktober 2019. | 2. Zinman B et al. N Engl J Med 2015; 373(22): 2117-28.

Jardiance® 10 mg/25 mg Filmtabletten. Wirkstoff: Empagliflozin. **Zusammensetzung:** Eine Tablette Jardiance® enthält 10 mg bzw. 25 mg Empagliflozin. **Sonstige Bestandteile:** Lactose-Monohydrat, mikrokristalline Cellulose, Hypromellose, Croscarmellose-Natrium, hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat, Hypromellose, Titandioxid (E171), Talkum, Macrogol (400), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172). Jede Tablette enthält weniger als 1 mmol Natrium (23 mg). **Anwendungsgebiete:** Jardiance wird zur Behandlung von Erwachsenen mit nicht ausreichend behandeltem Typ-2-Diabetes mellitus als Ergänzung zu Diät und Bewegung angewendet; als Monotherapie bei Metforminunverträglichkeit u. zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Diabetes. Zu Studienergebnissen im Hinblick auf Kombinationen, die Wirkung auf Blutzuckerkontrolle und kardiovaskuläre Ereignisse sowie die untersuchten Populationen siehe Fachinformation, Abschnitte 4.4, 4.5 und 5.1. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Hypoglykämie (bei Kombination mit Sulfonylharnstoff oder Insulin). Häufig: vaginale Moniliasis, Vulvovaginitis, Balanitis, andere genitale Infektion, Harnwegsinfektion (einschließlich Pyelonephritis und Urosepsis), Pruritus (generalisiert), Hautausschlag, verstärkte Harnausscheidung, Durst, Serumlipide erhöht. Gelegentlich: Urtikaria, Volumenmangel, Dysurie, Kreatinin im Blut erhöht / glomeruläre Filtrationsrate vermindert, Hämatokrit erhöht. Selten: diabetische Ketoazidose. Häufigkeit nicht bekannt: Angioödem, nekrotisierende Faszitis des Perineums (Fournier's Gangrän). **Warnhinweise:** Enthält Lactose. Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. **Weitere Hinweise:** Siehe Fachinformation. Verschreibungspflichtig. Stand: Jan. 2019

Pharmazeutischer Unternehmer: Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG, Binger Str. 173, 55216 Ingelheim am Rhein, Tel.: 0800/77 90 900, Fax: 061 32/72 9999, E-Mail: info@boehringer-ingelheim.com

Boehringer
Ingelheim

Dezember 2019

»Metabolischen Lebensweg beeinflussen«

Boehringer
Ingelheim

Lilly



Eine Änderung des Lebensstils sollte beim Kampf gegen die Pfunde dazugehören.

Wöchentliche Gabe durch Auftitrieren

Für die Phase-3-Studien wurde eine Zieldosis von 2,4 mg subkutan einmal wöchentlich festgelegt. Die einmal wöchentliche Dosierung ermöglicht ähnliche Serumspitzenkonzentrationen wie die tägliche niedrigere dosierte Gabe. Voraussetzung ist allerdings ein langsames Auftitrieren über 16 Wochen beginnend mit 0,25 mg pro Woche, betonte Prof. Davis.

Fotos: Stock/Grapelimages, iStock/gruff

Medikamentöse Hilfe beim Abnehmen

Gewichtssenkende Wirkung von Antidiabetikum umfassend geprüft

WIEN. Unter der Therapie mit GLP1-Rezeptoragonisten verlieren Patienten an Gewicht. Im Rahmen des STEP-Studienprogramms soll geklärt werden, inwieweit sich Semaglutid zum Abnehmen einsetzen lässt – auch bei Patienten ohne Typ-2-Diabetes.

Für die Therapie der Adipositas muss der GLP1-Rezeptoragonist (GLP1-RA) Semaglutid höher dosiert werden als bei Typ-2-Diabetes, erklärte Professor Dr. MELANIE J. DAVIS, Universitätskrankenhaus Leicester, Großbritannien. Bereits in einer Phase-2-Studie mit adipösen Erwachsenen ohne Diabetes führte der GLP1-RA plus eine Beratung zu Ernährung und körperlicher Aktivität in verschiedenen Do-

sierungen zu einer deutlich stärkeren Gewichtsabnahme als Placebo – und war dabei ähnlich gut wirksam und verträglich wie Liraglutid¹, sagte sie.

Mit GLP1-RA purzeln mehr Pfunde als unter Placebo

Das STEP-Programm umfasst verschiedene Phase-3a- und -3b-Studien, an denen adipöse Patienten mit und ohne Typ-2-Diabetes und unterschiedlichen Komorbiditäten aus verschiedenen Altersgruppen und Regionen teilnehmen.

In der STEP-1-Studie mit 1961 erwachsenen Patienten mit Adipositas, aber ohne Typ-2-Diabetes gelang mit Semaglutid nach 16 Wochen Titration und 52 Wochen mit der Dosis 2,4 mg einmal wöchentlich eine Gewichtsreduktion von 14,9 %

gegenüber 2,4 % in der Placebogruppe. 86,4 % der Patienten unter GLP1-RA verloren mindestens 5% Gewicht, unter Placebo erzielten dies 31,5 %. Das seien sehr ermutigende Ergebnisse, so Prof. Davis.

An der STEP-2-Studie nahmen 1210 erwachsene Patienten mit Typ-2-Diabetes und Übergewicht (Body Mass Index ≥ 27 kg/m²) teil. Diese Studie wurde dreiarmlig in einem doppelblinden, doppelt placebokontrollierten Design über insgesamt 68 Wochen durchgeführt. Die Teilnehmer erhielten entweder:

- Semaglutid (1,0 mg) und ein Placebo der 2,4-mg-Dosis,
- Semaglutid in der Dosis 2,4 mg plus das 1,0-mg-Placebo oder
- beide Placebos.

Mit der höchsten GLP1-RA-Dosis erreichten Patienten eine Gewichtsreduktion von 9,6 %, bei der niedrigeren Dosis von 7,0 %, im Vergleich zu 3,4 % unter Placebo. 68,8 % derjenigen unter der 2,4-mg-Dosis verloren mindestens 5 % an Gewicht, im Gegensatz zu Placebo mit 28,5 %. Es sei in vielen Studien so, dass Pati-

»Ermutigende Ergebnisse«

enten mit Diabetes weniger abnehmen als adipöse Patienten ohne Diabetes, erläuterte Prof. Davis.

Kombination aus Medikation und Lebensstiländerung

In der STEP-3-Studie wurde der Effekt von intensiven Lebensstilmaßnahmen zusammen mit Semaglutid (2,4 mg einmal wöchentlich) oder Placebo bei Patienten mit Adipositas oder mit Übergewicht und Komorbidität (Bluthochdruck, Dyslipidämie, Schlafapnoe oder kardiovaskulären Erkrankungen) untersucht. In 30 Beratungssitzungen wurden die Patienten zu körperlicher Aktivität motiviert und wurde eine Gewichtsreduktionsdiät vermittelt. Die Patienten erreichten mit Lebensstiländerung und GLP1-RA nach insgesamt 68 Wochen im Mittel eine 16%ige Gewichtsreduktion (5,7 %

unter Placebo). 86,6 % der Patienten in der Verumgruppe nahmen um mindestens 5 % ab, im Vergleich zu 47,6 % der Kontrollgruppe.

In der STEP-4-Studie nahmen alle 902 adipösen oder übergewichtigen Patienten mit Komorbiditäten an der Titrationphase mit Semaglutid teil und wurden erst danach in eine Semaglutid- und eine Placebogruppe randomisiert, um die Nachhaltigkeit der Therapie bei erreichter Zieldosis zu untersuchen. Patienten mit fortgeführter GLP1-RA-Therapie erreichten eine mittlere Gewichtsreduktion von 7,9 % seit Ende der Titration, Patienten der Kontrollgruppe nahmen nach Randomisierung hingegen um 6,9 % an Gewicht zu. Alle vier Studien zeigen laut Prof. Davis, dass Erwachsene mit Übergewicht oder Adipositas mit Semaglutid in einer Dosierung von 2,4 mg einmal wöchentlich klinisch relevant an Gewicht verlieren können.

Friederike Klein

1. O'Neill PM et al. Lancet 2018; 392: 637-649; doi: 10.1016/S0140-6736(18)31773-2
EASD 2020

»Ähnlich gut wirksam wie Liraglutid«

Die Sinne schärfen

Strategien zur besseren Wahrnehmung schwerer Unterzuckerungen

WIEN. Verlieren Menschen mit Diabetes das Gefühl dafür, dass sie eine Hypoglykämie haben, können Verhaltenstraining und Technologie Abhilfe schaffen.

Trotz moderner Schulung, neuen Insulinen und besserer Technologie, die Hypoglykämien deutlich reduziert haben, bleibt bei einigen Patienten das Risiko erhöht. Wie Professor Dr. PRATIK CHOUDHARY, Universität Leicester, Großbritannien, erklärte, müsse die Prävention von Unterzuckerungen nicht nur die „technische“ Seite berücksichtigen, sondern auch die menschliche.

Der Experte hat einen Praxisratgeber zu problematischen Hypoglykämien¹ veröffentlicht, in dem er einen vierstufigen Algorithmus beschreibt. Als problematisch gelten zwei oder mehr schwere Hypoglykämien pro Jahr mit gestörter Wahrnehmung, massiven Blutzuckerschwankungen, starker Angst und/oder maladaptivem Verhalten. Bei der Hälfte der Patienten reicht die Schulung aus, um Hypoglykämien nachhaltig zu reduzieren, weiteren 25 % gelingt das mit einer Insulinpumpe oder einem System zur kontinuierlichen Glukosemessung (CGM), erläuterte er. Eine absolute Minderheit von Patienten

wird auch mit der Kombination Pumpe/CGM nicht frei von Hypoglykämien und braucht eine Inselzell- oder Pankreastransplantation als Ultima Ratio.

Eine Verhaltensintervention kann jedoch mindestens so effektiv sein wie ein CGM-Gerät, betonte Prof. Choudhary. Das lassen u. a. die Ergebnisse der HypoCompass-Studie

erkennen, in der die Teilnehmer zwar das verfügbare CGM-Gerät nicht einmal zu 50 % nutzten, die Hyporate aber allein aufgrund der Verhaltensinstruktionen dramatisch zurückging. Drei Grundhaltungen gilt es laut Referent anzugehen:

- die Überzeugung, eine symptomlose Hypoglykämie sei harmlos,
- das Ziel, hohe Glukosespiegel um jeden Preis zu senken, und
- die Haltung, Hypoglykämien verlernen an Bedeutung, wenn man sie ignoriert.

Im Hypoglycemia Awareness Restoration Programme (HARPro) werden verschiedene Ansätze auf Ver-

haltens- und Wahrnehmungsebene kombiniert. Zurzeit wird es in einer Studie mit dem schon Anfang der 2000er-Jahre entwickelten BGAT III (Blood Glucose Awareness Training) verglichen. Es wäre jedoch verfehlt zu glauben, dass ein und dieselbe Intervention bei allen Patienten die Hypowahrnehmung optimieren und das Hypoglykämierisiko minimieren kann, betonte Prof. Choudhary: „Die richtige Therapie für den richtigen Patienten zu finden, ist Teil der ärztlichen Kunst.“

ara

1. Choudhary P et al. Diabetes Care 2015; 38: 1016-1029; doi: 10.2337/dc15-0090
EASD 2020

»Teil der ärztlichen Kunst«

Essen im Einklang mit der inneren Uhr

Längere Intervalle ohne Kalorienzufuhr helfen beim Abnehmen

CHICAGO. Adipositas kann auch dadurch entstehen, dass das komplexe Zusammenspiel zirkadianer Rhythmen im Organismus durcheinander gerät. Beim Abspecken kommt es daher nicht nur auf die Menge und Art der Nahrung an, sondern auch auf den Zeitpunkt der Mahlzeit – und die Länge der Phasen ohne Kalorienzufuhr.

Stunde nach dem Aufstehen sollten sie keine Kalorien zu sich nehmen, die letzte Mahlzeit ein bis zwei Stunden vor dem Schlafengehen. Es gab weder Diätvorschriften noch Zusatzinterventionen, der Kontakt zwischen Untersuchern und Teilnehmern fand nur per App statt. Binnen zwölf Wochen sanken Blutdruck,

Gewicht, Taillenumfang, LDL-Cholesterin und HbA_{1c}, die Probanden berichteten außerdem von erholsamerem Schlaf. Die Teilnehmer hatten keine Mahlzeiten ausgelassen, aber zwei Stunden später gefrühstückt und zwei Stunden früher zu Abend gegessen. Insgesamt war das Intervall für Kalorienaufnahme von fast

15 auf gut 10 Stunden geschrumpft: „Zirkadianer Lebensrhythmus lohnt sich, erratischer Rhythmus schadet“, meinte Prof. Panda dazu. Noch kürzere Zeitfenster von sechs bis acht Stunden seien womöglich noch effektiver, könnten

aber an der Akzeptanz für derart einschneidende Veränderungen scheitern.

80th Scientific Sessions der ADA



Foto: iStock/tommy, iStock/Meike Hildebrandt

Etwa die Hälfte der Stoffwechselprozesse im menschlichen Organismus folgt zirkadianen Rhythmen und ändern sich im Tagesverlauf, erklärte Professor Dr. PAOLO SASSONE-CORSI, University of California, Irvine. Als zentraler Schrittmacher bei Säugetieren fungiere der Nucleus suprachiasmaticus, der von einem ganzen Netzwerk peripherer zirkadianer Uhren unterstützt wird, etwa in Leber, Nieren und Herz. Diese reagieren auf Änderungen von Aktivität und Nahrungszufuhr. Tausende von Genen werden von diesem Netzwerk reguliert. Beeinträchtigungen dieser Regulation könnten eine Vielzahl pathologischer Störungen auslösen, betonte Prof. Sassone-Corsi.

Fettreiches Futter macht Mäusen rund um die Uhr Appetit

„Es ist wichtig, was wir essen und wie viel – aber auch wann“, ergänzte SATCHINDANANDA PANDA, Salk Institute San Diego. Aus Versuchen mit Zwillingmäusen wisse man, dass dieselbe Nahrung, zu unterschiedlichen Tageszeiten verzehrt, ganz unterschiedliche Folgen für Stoffwechsel und Gewicht haben kann. Umgekehrt zeigten Experimente mit Mäusen, dass die Art der Ernährung die innere Uhr reprogrammieren kann. So deaktiviert fettreiche Kost viele Gene zur Unzeit und schaltet andere an, die normalerweise nicht zirkadian funktionieren. Zugleich ändert sie das Essverhalten: Mäuse, die fettreiches Futter bekamen, fraßen quasi rund um die Uhr und wurden adipös, während normal ernährte Artgenossen nur nachts fütterten, wie es für nachtaktive Tieren typisch ist. Fütterte man die dicken Mäuse nur noch zu festgelegten Zeiten, drehte das viele der adversen Effekte zurück.

In einer Pilotstudie untersuchte Prof. Panda, ob sich Stoffwechsel und Essrhythmus beim Menschen auch einfach umprogrammieren lassen. Hierfür wurde 19 Teilnehmern mit metabolischem Syndrom empfohlen, die Zeit der Nahrungsaufnahme auf zehn Stunden zu beschränken. Den genauen Zeitraum durften sie frei wählen und auch von Tag zu Tag ändern. Mindestens eine

NEU
Für Erwachsene mit Typ-1- oder Typ-2-Diabetes!

Kein AMNOG

Interesse geweckt?
Erhalten Sie weitere Informationen unter:
www.das-neue-humalog.de

1. Fachinformation Lyumjev® 100 Stand August 2020/Fachinformation Lyumjev® 200 Stand August 2020.
2. Heise T et al. Diabetes Obes Metab. 2020; 22:1789–1798.

Zulassungsinhaber: Eli Lilly Nederland B.V.; Papendorpseweg 83, 3528 BJ Utrecht, Niederlande; Ansprechpartner in Deutschland: Lilly Deutschland GmbH, Werner-Reimers-Str. 2-4, D-61352 Bad Homburg **Bezeichnung der Arzneimittel:** Lyumjev 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Lyumjev 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Patrone, Lyumjev 100 Einheiten/ml KwikPen Injektionslösung im Fertigpen, Lyumjev 100 Einheiten/ml Junior KwikPen Injektionslösung im Fertigpen, Lyumjev 200 Einheiten/ml KwikPen Injektionslösung im Fertigpen, Lyumjev 200 Einheiten/ml KwikPen Injektionslösung im Fertigpen, Lyumjev 100 Einheiten/ml KwikPen Junior Injektionslösung im Fertigpen, Lyumjev 200 Einheiten/ml KwikPen Junior Injektionslösung im Fertigpen. **Zusammensetzung:** arzneilich wirksamer Bestandteil: Lyumjev 100 E/ml Injektionslösung: 1 ml enthält 100 Einheiten (äquivalent zu 3,5 mg) Insulin lispro (aus *E. coli* über rekombinante DNA Technologie hergestellt); Lyumjev 200 Einheiten/ml Injektionslösung: 1 ml enthält 200 Einheiten (äquivalent zu 6,9 mg) Insulin lispro (aus *E. coli* über rekombinante DNA Technologie hergestellt) **Hilfsstoffe:** Glycerol, Magnesiumchlorid-Hexahydrat, Metacresol (Ph. Eur.), Natriumcitrat, Treprostinil-Natrium, Zinkoxid, Wasser für Injektionszwecke, Salzsäure und Natriumhydroxid (für die pH-Wert-Einstellung) **Anwendungsgebiete:** Zur Behandlung von Erwachsenen mit Diabetes mellitus. **Gegenanzeigen:** Hypoglykämie, Überempfindlichkeit gegen Insulin lispro od. einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Hypoglykämien Häufig: Irritationen an der Einstichstelle, Allergische Reaktionen. Gelegentlich: Lipodystrophie, Hautausschlag, Pruritus, Ödeme. Häufigkeit nicht bekannt: Kutane Amyloidose. **Warnhinweise:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. Lyumjev 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Durchstechflasche: Nicht einfrieren. In der Originalverpackung lagern, um den Inhalt vor Licht zu schützen. Vor Gebrauch: Im Kühlschrank lagern. Nach erstmaligem Gebrauch: Nicht über 30 °C lagern. Nach 28 Tagen entsorgen. Lyumjev 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Patrone; Lyumjev 100 Einheiten/ml KwikPen Injektionslösung im Fertigpen, Lyumjev 100 Einheiten/ml Junior KwikPen Injektionslösung im Fertigpen, Lyumjev 200 Einheiten/ml KwikPen Injektionslösung im Fertigpen: Vor Gebrauch: Im Kühlschrank lagern. Nicht einfrieren. In der Originalverpackung lagern, um den Inhalt vor Licht zu schützen. Nach erstmaligem Gebrauch: Nicht über 30 °C lagern. Nicht im Kühlschrank lagern oder einfrieren. Die Pen-Schutzkappe nach Gebrauch wieder auf den Pen setzen, um den Inhalt vor Licht zu schützen. Nach 28 Tagen entsorgen. Weitere Warnhinweise s. Fachinformation. **Verschreibungspflichtig Stand der Information: August 2020**

»Ein erratischer Lebensrhythmus schadet«

Lilly

LYUMJEV
(insulin lispro)

Gezielter gegen Nierenschäden

Raum für individuelle Strategien bei Diagnostik und Therapie

CHICAGO. Bei chronischer Niereninsuffizienz gibt es durch neue Wirkstoffe und entsprechende Studien heute mehr Behandlungsmöglichkeiten. Und in der Diagnostik können moderne Technologien die Versorgung verbessern.

Bei den meisten Patienten schreitet eine chronische Niereninsuffizienz zwar nicht bis zum terminalen Nierenversagen fort oder wird zur Todesursache, betonte Professor Dr. KATHERINE R. TUTTLE, Universität Washington. Doch 90 % der Betroffenen sterben vorher aus anderen Gründen, vor allem kardiovaskulären Komplikationen (etwa 50 %) und Infektionen wie Influenza, Pneumonie und Sepsis (etwa ein Drittel).

Therapeutisch sind ACE-Hemmer oder Angiotensin-Rezeptorblocker (ARB) seit mehr als 15 Jahren der Standard bei Albuminurie – unabhängig davon, ob der Patient hyperten ist oder nicht, erinnerte die Expertin. Die Basis legten Studien wie RENAAL (Losartan) und IDNT (Irbesartan), wobei die Risikoreduktion praktisch ausschließlich renale Endpunkte betraf. „Ein Mortalitätseffekt war nicht erkennbar – das ist definitiv ein Unterschied zu SGLT2-Hemmern und GLP1-Rezeptoragonisten“, so Prof. Tuttle. Aber auch hier gebe es erhebliche Lücken zwischen Empfehlung und Praxis. Selbst bei Diabetes mit Nie-

reninsuffizienz und Bluthochdruck erhält nur jeder Vierte einen RAS-Inhibitor.

Dabei gibt es neue Ansätze, um die Niereninsuffizienz bei Diabetes zu behandeln, betonte die Referentin. Die Liste reicht von antifibrotischen, antiinflammatorischen und antioxidativen Substanzen über Endothelinantagonisten bis hin zu Nahrungsergänzungsmitteln, Diäten und Gewichtsmanagement per bariatrischer Chirurgie. Prof. Tuttle würdigte insbesondere die Effekte, die mit GLP1-RA und mit SGLT2-Inhibitoren bei Patienten mit vorbestehenden Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen erzielt wurden – teils sogar bei Menschen, die gar keinen Diabetes hatten.

Fachwelt erwartet mit Spannung Detailergebnisse der Studie

„Die von FDA und EMA verlangten kardiovaskulären Outcomestudien waren ein echtes Geschenk an Diabetologen, Kardiologen und Nephrologen“, befand die Referentin. Mit Spannung erwartet werden die Detailergebnisse der DAPA-CKD-Studie, die wegen „überwältigender

Ergebnisse“ im März 2020 vorzeitig abgebrochen wurde.

Nach anfänglichen Fehlschlägen könnte die Klasse der Endothelinantagonisten doch noch zum Erfolg kommen. In der SONAR-Studie hatte der Wirkstoff Atrasentan wirksam vor renalen Endpunkten geschützt. Vorausgegangen war eine sorgfältige

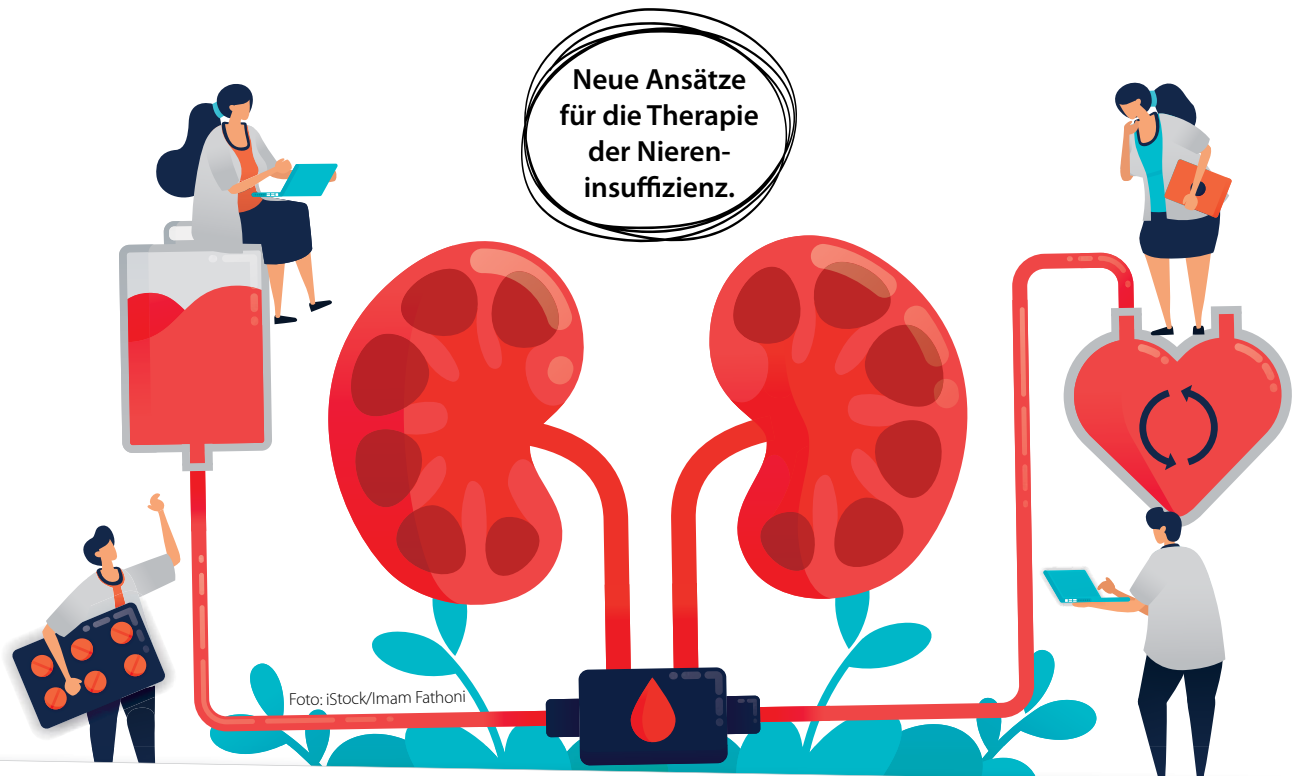
Auswahl der Patienten. Wer Zeichen einer Flüssigkeitsretention entwickelte, wurde von der Teilnahme ausgeschlossen. Dadurch sollte das Risiko einer Herzinsuffizienz reduziert werden. Die Studie ist für Prof. Tuttle ein Beispiel, wie sich per Phänotypisierung jene Patienten finden lassen, die mit höherer Wahr-

rscheinlichkeit von einer Therapie profitieren.

Phänotypisierung tut not, davon ist die Nephrologin überzeugt: „Wir können unseren Patienten nicht Pille auf Pille häufen, sondern müssen genau wissen, wem wir was verordnen sollten.“

ara

80th Scientific Sessions der ADA



Therapiekontrolle überdenken

Auch wenn der HbA_{1c}-Wert bei chronischen diabetesassoziierten Nierenschäden seine Schwächen hat, bleibt er doch Parameter der Wahl für das Stoffwechselmonitoring, so die Einschätzung von Professor Dr. Peter Rossing, Universität Kopenhagen. Kombiniert mit der kontinuierlichen Glukosemessung (CGM) könnte sich künftig der Glukose Management Indikator (GMI) als neuer und genauere Marker durchsetzen.

Der HbA_{1c}-Wert büßt bei fortschreitender Niereninsuffizienz zunehmend Aussagekraft ein, wenn die Lebensdauer der Erythrozyten abnimmt und die Nachproduktion aufgrund verminderter Epo-Synthese nicht ausreicht. Alternative Parameter wie glykosyliertes Albumin, Fructosamin und 1,5-Anhydroglucitol zeigen sich von Anämie unbeeinflusst, werden aber in katabolen Situationen wie beim terminalen Nierenversagen unzuverlässig. „Letztlich sind alle drei nicht besser

als der HbA_{1c}-Wert“, so Prof. Rossing. Die aktuelle Leitlinie der internationalen Initiative KDIGO (Kidney Disease/Improving Global Outcomes) zur diabetischen Nierenerkrankung empfiehlt deshalb weiterhin das HbA_{1c} als Marker der glykämischen Kontrolle – trotz seiner mit abnehmender Nierenfunktion schwindenden Zuverlässigkeit.

Menschen mit Niereninsuffizienz bei Diabetes kann die CGM bei Stoffwechselkontrolle und -monitoring helfen, insbesondere wenn ihre eGFR unter 30 ml/min. beträgt und sie Antidiabetika nehmen, die das Hypoglykämierisiko erhöhen. Anzustreben sind mindestens 70 % Zeit im Zielbereich (Gewebeblutglukose 70–180 mg/dl) bei weniger als 4 % Zeit in Hypoglykämie. Der Abgleich zwischen CGM-Verläufen und HbA_{1c} kann als GMI genutzt werden, um die HbA_{1c}-Werte besser einschätzen zu können.

»Nicht Pille auf Pille häufen«

Stigmatisierung ist Teil des Problems

Adipositas als Erkrankung wahrnehmen und behandeln

MAINZ. Vorurteile gegen Übergewichtige sind weit verbreitet – auch unter den Betroffenen selbst. Das könnte den Erfolg von Therapieansätzen grundsätzlich beeinträchtigen.

Die Ätiopathogenese der Adipositas ist komplex, erinnerte Professor Dr. JENS ABERLE vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Doch in der Öffentlichkeit werden meist Aspekte wie schlechte Ernährung, fehlende Disziplin oder wenig Bewegung als Ursachen gesehen. Dies bestätigen auch die Ergebnisse einer deutschen Studie, in der 692 Bürger einen sogenannten „fatphobia“-Fragebogen beantworteten.¹ „Die Teilnehmer wurden mit vier Fallvignetten konfrontiert: einem übergewichtigen männlichen

oder weiblichen Fall, kombiniert mit einer hohen oder niedrigen Bildungsrate“, erklärte der Referent. Dabei setzten die Befragten viele negative Eigenschaften mit Adipositas in Bezug, darunter Faulheit, wenig Willenskraft, geringe Selbstkontrolle, Inaktivität und ein geringes Selbstbewusstsein. „Am schlechtesten wurde ein niedriger sozioökonomischer Status in Verbindung mit Adipositas bewertet“, so Prof. Aberle. Viele Menschen mit Adipositas neigen dazu, die negativen Attribute

zu internalisieren, und sich selbst so zu sehen, gab der Experte zu bedenken. Der dadurch verursachte psychoemotionale Stress erhöhe oft wiederum die Nahrungsaufnahme. „Insofern ist das Ganze ein Kreislauf, aus dem man ausbrechen sollte. Daher kommt auch die Bestrebung der Fachgesellschaften, diese Stigmatisierung zu durchbrechen“, betonte der Experte. Die deutsche Adipositas-Gesellschaft hat daher einen Medienleitfaden mit Hinweisen veröffentlicht, wie Stigmatisierung in

Vorträgen vermieden werden kann. Auch Awareness-Kampagnen, die Krankheitsaspekte in den Vordergrund stellen, könnten hilfreich sein, so die Einschätzung des Referenten. Die Konsequenzen der Internalisierung von Vorurteilen machte Prof. Aberle an einer internationalen Befragung deutlich, an der Menschen mit Adipositas sowie Healthcare Professionals (in erster Linie Allgemeinmediziner) teilgenommen hatten.²

Als Krankheit wahrgenommen und trotzdem nicht behandelt

Dass Adipositas eine chronische Krankheit ist, der Auffassung waren 88 % der Ärzte, jedoch ein geringerer Teil der Betroffenen (68 %). „Wenn man es auf die einzelnen Facetten herunterbricht, sieht man,

dass tatsächlich viele Menschen mit Adipositas der Meinung sind, die Gewichtsreduktion sei allein ihre Verantwortlichkeit, und nicht die des behandelnden Arztes. Die Internalisierung der Stigmata findet sich also auch hier“, resümierte Prof. Aberle. Die Studie demonstrierte zudem, dass Adipositas in vielen Fällen nicht behandelt wird: Nur bei etwa der Hälfte der Betroffenen war eine Adipositasdiagnose in der Krankenakte vermerkt. Einen ärztlichen Termin um eine Therapiemaßnahme durchzuführen hatten nur 24 % von ihnen.

mg

Diabetes Update 2020

1. Makowski AC et al. BMJ Open 2019; 9: e023389; doi: 10.1136/bmjopen-2018-023389

2. Caterson ID et al. Diabetes Obes Metab. 2019; 21:1914-1924. doi: 10.1111/dom.13752

»Menschen mit Adipositas neigen dazu, negative Attribute zu internalisieren«

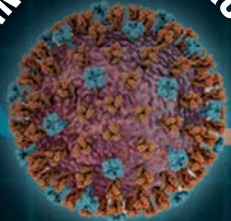
INFLUENZA

EINE GEFAHR AUCH FÜR DAS HERZ

Influenza erhöht das **Risiko** bis zu

- **10-fach** für einen **Herzinfarkt***¹
- **8-fach** für einen **Schlaganfall***¹

INFLUENZA-VIRUS



Impfen Sie Ihre Patienten gegen Influenza, auch um das Risiko einer kardiovaskulären Erkrankung zu senken.¹

* 3 Tage nach einer laborbestätigten Influenza-Infektion im Vergleich zu dem Zeitraum vor einer Influenza-Infektion¹
1. Warren-Gash, C. et al. Eur. Respir. J. 51(3). pii: 1701794 (2018).

Schutz vor Typ-2-Diabetes bei Herzinsuffizienz

Post-hoc-Analyse von DAPA-HF deutet auf Benefit vor allem bei Menschen mit Prädiabetes

CHICAGO. Der SGLT2-Hemmer Dapagliflozin kann offenbar die Manifestation eines Typ-2-Diabetes hinauszögern oder verhindern. In einer explorativen Analyse hatte dies recht eindeutige Effekte auf harte Endpunkte.

Vor dem Hintergrund steigender Fallzahlen bei Typ-2-Diabetes ist die Entwicklung präventiver Strategien von besonderem Interesse – zumal davon auszugehen ist, dass bei Diagnose bereits erste mikro- und makrovaskuläre Schäden vorliegen, die Morbidität, Mortalität und Gesundheitskosten erhöhen. Lebensstilmaßnahmen, aber auch bestimmte Medikamente können die Typ-2-Inzidenz senken. „Es bleibt aber kontrovers diskutiert, ob die Prävention des Diabetes tatsächlich Komplikationen abwendet und das Sterberisiko senkt“, erklärte Professor Dr. SILVIO INZUCCHI, Yale University New Haven.

Risikoreduktion um ein Drittel beobachtet

Er stellte Ergebnisse einer präspezifizierten explorativen Post-hoc-Analyse der Herzinsuffizienzstudie DAPA-HF vor. Darin zeigte sich, dass neue Typ-2-Diabeteserkrankungen bei insgesamt 157 Teilnehmern (6,0 %) auftraten. Davon hatten 150 bereits bei Studienbeginn einen Prädiabetes (HbA_{1c} 5,7–6,4 %). Jene, die am Typ-2-Diabetes erkrankten, hatten – wenig überraschend – einen höheren Body Mass Index, aber auch

»Ergebnisse gelten nur bei HFREF«

eine stärker reduzierte Nierenfunktion. Der Verlauf des HbA_{1c}-Werts unterschied sich dabei nicht wesentlich (Anstieg von 0,4–0,5 % in 18 Monaten).

Dapagliflozin reduzierte das Risiko einer neuen Typ-2-Erkrankung deutlich. 7,1 % der Placebogruppe und 4,9 % der mit dem SGLT2-Hemmer Behandelten entwickelten einen manifesten Diabetes, wobei sich die Kurven bereits nach wenigen Monaten trennten, wie Prof. Inzucchi betonte. Das entspricht einer Risikosenkung um 32 % ($p = 0,019$) und damit der gleichen Größenordnung, wie sie unter Metformin im Diabetes Prevention Program zu beobachten war. Ein besonderer Benefit scheint bei HFREF mit eher niedrigen Spiegeln des Biomarkers NT-proBNP einzutreten, während

Prävention des Diabetes könnte kardiovaskulären Ereignissen vorbeugen.



Patienten mit hohem NT-proBNP-Werten kaum profitierten.

Von besonderem Interesse ist, wie sich Patienten mit und ohne neuen Typ-2-Diabetes bei harten Endpunkten unterschieden. Die Ergebnisse sind, wiewohl explorativ, recht eindeutig: Sowohl die Gesamtmortalität als auch die kardiovaskuläre Sterblichkeit fiel signifikant niedriger aus, wenn die Diabetesmanifestation ausblieb (16,6 versus 7,2 % für Gesamtmortalität, 14,7 versus 5,8 % für Herztod, p für bei-

de = 0,035). Das Ergebnis für Hospitalisierungen wegen Herzinsuffizienz war nach Adjustierung nicht mehr signifikant. Die Ergebnisse gelten aber nur bei Herzinsuffizienz mit verringerter Ejektionsfraktion (HFREF), so Prof. Inzucchi.

Keine Aussagen über Langzeiteffekte möglich

Außerdem wurde die Studie nach 18 Monaten beendet, sodass Aussagen über Langzeiteffekte ebenso wenig möglich sind wie darüber, ob sie auch dann anhalten, wenn die

Vom Antidiabetikum zum Herzmedikament

Die DAPA-HF-Studie ist die von Arzneimittelbehörden für neue Antidiabetika verlangte kardiovaskuläre Sicherheitsstudie mit dem SGLT2-Inhibitor Dapagliflozin. Generell induzieren SGLT2-Hemmer nicht nur eine Glukosurie, sondern verbessern auch Insulinsekretion und -wirkung, ohne das Hypoglykämierisiko zu erhöhen. Vertreter der Klasse können kardiovaskuläre Komplikationen, Hospitalisierungen wegen Herzinsuffizienz und die Progredienz von Nierenschäden reduzieren.

Dapagliflozin konnte bislang jedoch als einziger SGLT2-Hemmer in DAPA-HF das klinische Outcome von Menschen mit Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion (HFREF) mit und ohne Typ-2-Diabetes verbessern. Damit konnte man, bei der Subgruppe ohne Typ-2-Diabetes – 2605 der insgesamt 4744 Studienteilnehmer – prüfen, ob Dapagliflozin die Inzidenz neuer Typ-2-Erkrankungen vermindert. Bei dem primären kardiovaskulären Endpunkt, der um etwa 25 % reduziert wurde, hatte die diabetische Stoffwechsellage bekanntlich keine Rolle gespielt.

Medikation wieder abgesetzt wird. Trotzdem sieht er in der Diabetesprävention einen Zusatzeffekt des SGLT2-Hemmers, den man sich bei Patienten mit HFREF zunutze machen kann, vor allem bei prädiabetischer Stoffwechsellage. Dass es sich nur um einen diabetesmaskierenden Effekt handelt, schließt er weitgehend aus, da Dapagliflozin bei Teilnehmern ohne vorbestehenden Diabetes fast keinen HbA_{1c}-Einfluss hatte.

Manuela Arand

80th Scientific Sessions der ADA

»Diabetesmaskierender Effekt weitgehend ausgeschlossen«

Autoimmunreaktion gezielt ausbremsen

Laborforschung zum Typ-1-Diabetes nimmt jetzt T-Zellen ins Visier

CHICAGO. Im prädiabetischen Stadium des Typ-1-Diabetes könnte es ein Zeitfenster geben, in dem sich das Abwehrsystem manipulieren lässt. Mit dem Ziel, die Angriffe auf die Inselzellen zu unterbinden. Im Zentrum des Interesses stehen aktuell regulatorische T-Zellen.

Wenn beim Typ-1-Diabetes das Immunsystem die insulinproduzierenden Betazellen zerstört, dann haben CD4- und CD8-positive T-Zellen den Anstoß dazu gegeben, erklärte Dr. KAITLIN CARROLL, Universität Cincinnati. Dieser Prozess spielt sich überwiegend stumm ab, bevor die Krankheit klinisch manifest wird. Die meisten Betroffenen haben bei Diagnose noch eine Rest-

funktion der Betazellen, die sich allerdings innerhalb eines Jahres halbiert.

Dr. Carrolls Forschung zielt darauf ab, die verbliebenen funktionstüchtigen Inseln zu schützen, indem man die Zellen abtötet, die sie angreifen. Anders als die langsam reifenden naiven und regulatorischen T-Zellen (T_{reg}) sowie Gedächtniszellen zeigen aktive CD4/CD8-Zellen spontan intrinsische DNA-Schäden. Das Onkogen p53 nimmt dabei eine

Schlüsselstellung ein: Es entscheidet, ob der Erbgutschaden in die Apoptose mündet oder nur den Zellzyklus anhält, damit die DNA repariert werden kann. „Hier anzusetzen, kann das Zellschicksal bestimmen, ohne dass man zytotoxische Wirkstoffe verwenden muss“, berichtete Dr. Carroll. Die Strategie wird als PPCA (p53 Potentiation and Checkpoint Abrogation) bezeichnet und soll selektiv autoreaktive Zellen eliminieren.

Im Tierversuch schützte PPCA die Betazellfunktion, verlängerte die Remissionsphase und ergab eine bessere glykämische Kontrolle. Ein Teil der Mäuse erreichte sogar nie das Stadium des manifesten Diabetes. Möglicherweise lässt sich diese

Technik auch nutzen, um Strategien zum Betazellersatz zu unterstützen, z.B. Toleranz bei auto- oder allogener Transplantation zu erzeugen und den Patienten immunsuppressive Therapien zu ersparen, hofft Dr. Carroll. Sie sieht darin eine echte Hoffnung, den Typ-1-Diabetes heilen zu können.

Erst die Konkurrenz endogener T-Zellen ausschalten

Professor Dr. ALLISON L. BAYER, Universität Miami, beschreibt einen anderen Weg. Sie macht sich die Funktion von T_{reg}-Zellen bei der Entstehung von Immuntoleranz zunutze. Bei Menschen (und Tieren) mit Typ-1-Diabetes scheint speziell die Funktion inselantigen-spezifischer

T_{reg} gestört zu sein. Es bietet sich also an, die eigenen durch Spenderzellen zu ersetzen.

Dazu muss die Konkurrenz der endogenen T_{reg}-Zellen ausgeschaltet werden. Prof. Bayer verwendet in ihren Experimenten hierfür Anti-CD3 – unterstützt durch Cyclophosphamid –, um die Erholung der endogenen T-Zellen zu bremsen. Inselzellantigen-spezifische T_{reg}-Zellen siedeln sich dann gezielt in den Inseln an und induzieren eine stabile Remission für bis zu sechs Monate. Die Anti-CD3-Vortherapie ist Prof. Bayer zufolge essenziell für das gute Ansprechen. Auch hier kommt es offenbar nicht zum Verlust der Immunkompetenz. ara

80th Scientific Sessions der ADA

»Zellschicksal bestimmen«

Neue AGDT-Spitze

Prof. Heinemann gibt Vorsitz ab, Duo Schlüter/Freckmann führt weiter



BERLIN. Auf der Mitgliederversammlung der Arbeitsgemeinschaft Diabetes & Technologie der DDG im September wurde ein Wechsel an der Führungsspitze der AG vollzogen. Wir sprachen darüber mit dem ehemaligen Vorsitzenden Professor Dr. Lutz Heinemann und der neuen Vorstandsvertreterin Sandra Schlüter.

Prof. Heinemann, was sind die Gründe dafür, dass Sie vom Vorstand der AGDT zurückgetreten sind?
Prof. Heinemann: Dies war eigentlich schon für den Mai dieses Jahres geplant. Ich habe diesen Schritt schon vor einem Jahr angekündigt, wegen Corona bin ich aber selbstverständlich im Amt geblieben. Nach gut 9,5 Jahren in dieser Funktion ging es mir vor allem um eine Reduktion meiner Arbeitsbelastung und darum, anderen, jüngeren Menschen Raum zu schaffen.

Was waren die wichtigsten Schwerpunkte in der AGDT-Arbeit in den Jahren mit Ihnen als Vorsitzendem?
Prof. Heinemann: Neben dem Schulungsprogramm SPECTRUM und der Kostenerstattung für rtCGM-Systeme insbesondere die Erstellung einer Praxisleitlinie für Glukosemessung sowie einer Reihe von Stellungnahmen und Publikationen zu diesem Themenbereich.

Sie bleiben mit Ihrem Wissen der Diabetologie aber erhalten?
Prof. Heinemann: Selbstverständlich! Ich werde nicht nur mit meinen Kollegen vom AGDT-Vorstand weiter zusammenarbeiten, im Zusammenhang mit dem DiaTec-Kongress, dem diatec journal und dem DiaTec

weekly ergeben sich vielfältige Anknüpfungspunkte, auch über die Leitung der Kommission Labordiagnostik in der Diabetologie.

Frau Schlüter, Sie werden bis zu den regulären Neuwahlen im Mai 2021 die 1. Vorsitzende sein. Kam die Übertragung der Aufgabe für Sie überraschend?

Sandra Schlüter: Dass Herr Heinemann vom Amt des 1. Vorsitzenden zurücktreten möchte, hat er intern und auch auf der Jahrestagung im letzten Jahr bereits öffentlich angekündigt. Wir hatten eigentlich Neuwahlen für den kompletten Vorstand geplant. Aber die Kongressabsagen haben uns einen Strich durch die Rechnung gemacht. Daher haben wir im Vorstand und Beirat beschlossen, in der Übergangszeit bis zur DDG Frühjahrstagung Mai 2021 die AGDT Vorstandsarbeit mit einer modernen Doppelspitze zu besetzen. Doppelspitze heißt, Dr. Guido Freckmann und ich, als Vorstandsmitglieder, werden uns die Aufgaben in der AGDT bis dahin teilen: Mitgliederinteressen vertreten, Organisation, Kommunikation, Finanzen und was noch so alles anfällt. Um auf Ihre Eingangsfrage zurückzukommen: Der Rücktritt kam für den AGDT-Vorstand nicht überraschend.

INTERVIEW



Prof. Dr. Lutz Heinemann
 Vorsitzender der Kommission Labordiagnostik in der Diabetologie, Science Consulting in Diabetes, Neuss
 Foto: M. Feger



Sandra Schlüter
 Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Diabetes & Technologie Niedergelassene Diabetologin, Northeim
 Foto: DDG/Dirk Deckbar

Bitte stellen Sie sich doch kurz vor. Wo sind Sie tätig?

Sandra Schlüter: Seit 2008 bin ich als Diabetologin in Northeim, Südniedersachsen, niedergelassen und mittlerweile Seniorpartnerin in unserer diabetologischen Schwerpunktpraxis. Ich bin 50 Jahre alt, arbeite gerne mit Menschen zusammen, die etwas bewegen möchten, insbesondere in der Diabetologie. Meine Vision ist es, dass moderne innovative Diabetestherapie allen Menschen mit Diabetes zur Verfügung steht. Dieser Ansatz deckt sich mit der Vision der AGDT, dass alle Menschen mit Diabetes Zugang zu Technologien haben, die sie befähigen, ihre Therapieziele zu erreichen. Ziele erreichen, geht häufig deutlich besser mit Humor, daher lache ich gerne und sehe die Welt positiv. Probleme sind zum Lösen da!

Was sehen Sie als die größten Herausforderungen an, denen sich die Diabetologie bzw. die AGDT hinsichtlich des technologischen Fortschritts stellen muss?

Sandra Schlüter: In Sachen Herausforderungen leben wir momentan in interessanten und lebendigen Zeiten. Herausforderungen gibt es viele in der Diabetologie, insbesondere in der Diabetestechnologie und -digitalisierung. Die größte zu definieren, ist schwierig. Es ist eher das Zusammenspiel aller Herausforderungen, was die Aufgabe selbst zu einer Herausforderung macht. Eine Herausforderung ist es, eine Struktur zu schaffen, um digitale Devices und Netze für alle flächendeckend nutzbar zu machen. Herausfordernd sind auch die Zulassungsstrukturen. Haben wir für alle Technologien adäquate Zulassungskriterien oder ist die technische Entwicklung schneller als die behördliche Zulassungsstelle? Weitere Herausforderungen sind internationale Standards in der Genauigkeit und Sicherheit der Systeme. Oder die Implementierung von Weiterbildung und Fortbildung zum

Thema Diabetestechnik. Nur wer die Technik verstanden hat, kann sie auch in der Patientenschulung richtig vermitteln.

Es gibt also viele politische, wissenschaftliche und weiterbildungsbezogene Herausforderungen, die nicht alle von der AGDT allein gelöst werden können. Hier müssen die Fachgesellschaften und Verbände gemeinsam daran arbeiten, die Diabetologie für die Zukunft fit zu machen.

Der Vorstand der AGDT ist als Team konzipiert? Wer sind Ihre Mitstreiter und wie arbeiten Sie zusammen?

Sandra Schlüter: Vereinsarbeit ist unserer Meinung nach immer Teamwork und so praktizieren wir es auch in der AGDT. Ein Verein lebt von seinen Mitgliedern und vor allem von deren Aktivität. Außerdem wäre es sträflich, die hohe Expertise und Qualität unseres Beirates und der Mitglieder nicht mit in die Prozesse bei Stellungnahmen und in die Entwicklung von Konzepten für die Nutzung von Diabetestechnologie mit einzubinden. Wir haben „Themengruppen-Strukturen“ geschaffen mit den Inhalten Technologie, Mensch und Schulung, Produktqualität sowie Digitalisierung. Es gibt Themengruppenleitungen, die die inhaltliche Arbeit strukturieren und lenken, sowie die Mitglieder der Themengruppe, die gemeinsam die Konzepte umsetzen. Die Themen bilden inhaltlich alles das ab, was die AGDT als wichtig empfindet. Des Weiteren besteht ein enger Kontakt zu anderen Arbeitsgemeinschaften der DDG mit gemeinsamen Projekten. Zuletzt haben wir eine gemeinsame Online-Jahrestagung mit der AG Diabetes und Psychologie durchgeführt. Das Projekt war ein großer Erfolg mit bis zu 500 Teilnehmern im Plenum und ausgebuchten Workshops.

Interview: Cornelia Kolbeck

nachgefragt

»Probleme sind zum Lösen da«

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

Ketoazidose beeinträchtigt Gehirnentwicklung

Aus einer Studie wird deutlich, dass bei Kindern eine schwere diabetische Ketoazidose zu kognitiven Einschränkungen führen kann. Die Forscher fanden Zusammenhänge zwischen der Schwere der Ketoazidose, dem Hirnwachstum und den kognitiven Leistungen.

Quelle: Pressemitteilung DDG



50 %

der Amputationen im Zusammenhang mit dem diabetischen Fußsyndrom sind unnötig und mit flächendeckenden Maßnahmen verhinderbar.

Quelle: Pressemitteilung DDG

Nicht an den Fetten sparen

Fachgesellschaften empfehlen inzwischen keine Low-Fat-Diäten mehr zur Gewichtsreduktion. Gesättigte Fette sind nach aktueller Datenlage nicht mit dem Diabetesrisiko assoziiert.

Quelle: Pressemitteilung DDG



Dank Onlinekonzept war
der internationale
Austausch möglich –
networking inklusive.

Fotos: Julien Eichinger – stockadobe.com;
Dr. Nadja Brehme, DZD Geschäftsstelle

Virtuelle DZD Diabetes Research School

Internationale Diabetes-Experten
in Online-Vortragsreihe
für junge Talente



NEUHERBERG. Mehr als 170 junge Diabetesforschende aus aller Welt nahmen an der virtuellen DZD Diabetes Research School im Herbst teil. In der Online-Vortragsreihe des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung (DZD) gaben sechs internationale Experten einen Überblick zu aktuellen Forschungsthemen: von der Forschung an Stammzellen im Zusammenhang mit genetisch bedingtem Diabetes bis hin zu Immuntherapien, die die Prävention und frühe Behandlung des Typ-1-Diabetes revolutionieren könnten.



DZD
Deutsches Zentrum
für Diabetesforschung

Die DZD Diabetes Research School ist für Doktoranden und Postdocs sowie wissenschaftlich aktive Ärzte im Bereich der Diabetesforschung konzipiert. „Anerkannte Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus Europa und den USA stellen den jungen Talenten in Überblicksvorträgen topaktuelle Ergebnisse und zukunftsweisende Forschungsbereiche vor“, berichtet Professor Dr. Dr. h.c. mult. MARTIN HRABĚ DE ANGELIS, Vorstand des DZD. Die DZD Diabetes Research School (DRS) 2020 fand über drei Wochen (29. September – 15. Oktober) hinweg an insgesamt sechs Nachmittagen statt.

Bedeutung des Fettgewebes für die metabolische Gesundheit

Zum Auftakt der Veranstaltungsreihe berichtete Professor Dr. PHILIPP SCHERER von der University of Dallas unter der Überschrift „The Adipocyte as a Central Pillar of Metabolic Well-Being: The Past 20 Years and the Next 20 Years“ über die besondere Bedeutung des größten endokrinen Organes, dem Fettgewebe. Mit Leptin und Adiponektin stellte er zwei wichtige Botenstoffe von Fettzellen ins Zentrum seines Vortrages,

welche erhebliches therapeutisches Potenzial zur Behandlung von Adipositas haben. Mit seinen Studien konnte er zeigen, dass eine medikamentöse Reduktion eines erhöhten Leptinspiegels in jedem Fall die metabolische Gesundheit fördert. Professor Dr. KATHLEEN PAGE von der University of Southern California brachte in ihrem Vortrag „Brain Regulation of Nutrition“ mit dem Gehirn ein weiteres Organ ins Spiel, das eine zentrale Rolle im Metabolismus spielt. Ihre Daten belegen, dass die Aufnahme von Fruktose versus Glukose völlig unterschiedlich auf das Gehirn wirkt. Fruktose führt zu vermehrtem Appetit.

Die zweite Veranstaltungswoche startete Professor Dr. MIRIAM CNOP, University of Brussels, mit aktuellem Wissen zu genetisch bedingtem Diabetes: Eine neu entdeckte Mutation verursacht Diabetes. Ein gestörter Transport zwischen Golgi-Apparat und endoplasmatischem Retikulum sorgt für eine Ansammlung von Proinsulin, was schlussendlich die Betazellfunktion beeinträchtigt. Professor Dr. MARIT EIKA JØRGENSEN, Epidemiologin am Steno Diabetes Center Copenhagen, gab spannende Einblicke in praxisnahe Forschung

»Austausch war möglich«

in Grönland: „Precision Medicine in Diabetes: Insights from the Inuit Population in Greenland“. Untersuchungen zeigten, dass in der heimischen Bevölkerung ein genetisch bedingtes erhöhtes Diabetesrisiko vorliegt, welches auch auf Grund eines veränderten Lebensstils zu einer drastischen Zunahme der Erkrankungen geführt hat.

Prävention und frühe Behandlung des Typ-1-Diabetes

Professor Dr. BENTE KLARLUND PEDERSEN von der University of Copenhagen stellte mit dem Muskel ein Organ vor, dessen endokrine Bedeutung zunehmend ins Interesse der Forschung rückt. Interessant scheint hier die auf den ersten Blick unklare Rolle von Interleukin 6 (IL6), welches bei Aktivität vermehrt von Muskelzellen freigesetzt wird. Dies hat zahlreiche positive Effekte, wie eine antientzündliche Wirkung oder auch die Reduktion von Fettgewebe durch Muskelaktivität. Zu guter Letzt gab Professor Dr. COLIN DAYAN von der Cardiff University einen vielversprechenden Ausblick auf mögliche immunmodulierende Therapien, die die Prävention bzw. die frühe Behandlung von Typ-1-Diabetes revolutionieren können. Seine Daten

zeigen, dass selbst eine relativ kurze Verzögerung der Krankheitsentwicklung durch bereits entwickelte Therapien, langfristig positive Effekte hat.

Diskussion und Netzwerken im virtuellen Café per Video

Die Teilnehmer konnten sich nicht nur über Aktuelles aus der Diabetesforschung informieren, sondern auch über überraschende wissenschaftliche Karrierewege. Dr. RACHEL LIPPERT vom Deutschen Institut für Ernährungsforschung in Potsdam-Rehbrücke (Dife) erzählte von ihrer Motivation als US-Amerikanerin ihre wissenschaftliche Karriere in Deutschland voranzutreiben. Und Professor Dr. PETER SCHWARZ von der medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus in Dresden wagte als Mediziner mit MBA den Blick über den Tellerrand. Zudem stellten einige Teilnehmer die eigene Arbeit in kurzen Vorträgen mit anschließender Diskussion vor. Sogar der Austausch zwischen den Teilnehmern war möglich: Interessenten konnten sich in einem virtuellen Café treffen und per Videochat treffen und vernetzen.

„Die DZD Diabetes Research School musste in diesem Jahr in neuem Format stattfinden. Statt wie gewohnt in einer Präsenzveranstaltung junge Diabetesforschende aus aller Welt vor dem Annual Meeting der European Association for the Study of Diabetes (EASD) zu versammeln, haben wir eine virtuelle Vorlesungsreihe konzipiert“,

erläutert Dr. BRIGITTE FRÖHLICH, Leiterin des Nachwuchsförderprogrammes DZD NEXT. Das Online-Format hat sich bewährt. „Zwar fällt das Netzwerken online etwas schwerer, aber das virtuelle Format hatte auch große Vorteile. Zum einen konnten mehr Teilnehmer als bei einem Präsenzmeeting die Vorträge hören, zum anderen war es für die Online-Vorlesungen einfacher, sechs hochkarätige, internationale Experten zu gewinnen“, zieht Dr. Fröhlich ein positives Resümee. Und auch bei den Teilnehmern aus 26 verschiedenen Ländern kam die virtuelle DRS gut an, wie das positive Feedback und die rege Diskussion der Vorträge und Postertalks zeigten. Online-Veranstaltungen wie die diesjährige DRS haben sich als zukünftige wertvolle Ergänzung für das DZD Fortbildungsangebot bewährt, aber die DRS soll im nächsten Jahr als Präsenzmeeting im September vor dem EASD-Meeting stattfinden. Dr. Nadja Brehme
Dr. Brigitte Fröhlich
Birgit Niesing

www.dzd-ev.de/dzd-next

Zahlen und Fakten zur virtuellen DZD Research School

- 174 individuelle Registrierungen
- Etwa 100 Teilnehmer pro Veranstaltungstag
- Teilnehmer aus 26 Ländern

»Online-Veranstaltungen haben sich als wertvolle Ergänzung bewährt«

Welchen Einfluss hat Sport?

Die gegenregulatorische Antwort unterscheidet sich je nach Trainingsintensität

MELBOURNE. Etwa 20 % aller Menschen mit Typ-1-Diabetes bemerken Unterzuckerungen nicht rechtzeitig. Auch gegenregulatorische Mechanismen sind bei ihnen gestört. Australische Forscher untersuchten in einer Closed-Loop-Studie, welchen Effekt unterschiedlich intensive Sportprogramme darauf haben.

Diabetes-Patienten mit einer Hypoglykämie-Wahrnehmungsstörung (IAH, impaired awareness of hypoglycemia) erleben sechsmal häufiger schwere Unterzuckerungen, als es bei einer normalen Hypoglykämie-Wahrnehmung der Fall ist. Auch die normale physiologische Gegenregulation scheint bei IAH-Patienten kaum noch zu funktionieren. Aber wie verhält es sich bei körperlicher Bewegung?

Dr. MELISSA LEE von der Universität Melbourne und ihr Team untersuchten diesen Sachverhalt bei Patienten mit Typ-1-Diabetes und gestörter Hypoglykämie-Wahrnehmung. Sie teilten diese in zwei Gruppen ein, in denen Sporteinheiten mit unterschiedlicher Intensität absolviert wurden – moderates Training oder hochintensives Training (HIIT). Alle Teilnehmer wurden für den Zeitraum der Studie erstmals mit einem Hybrid-Closed-Loop ausgestattet und vorab entsprechend geschult.

Laktat und Plasmaglukose steigen bei HIIT schneller

Zwölf erwachsene Patienten beendeten die Studie. Während der Trainingseinheit lagen die Glukosewerte in beiden Gruppen stets im Zielbereich. Unterschiede je nach sportlicher Anstrengung stellten die Wissenschaftler u.a. bei folgenden Parametern fest:

- Tendenzuell stieg die Plasmaglukose bei intensivem Training stärker als bei moderater Anstrengung.
- In der HIIT-Gruppe stiegen die Laktatwerte schneller als bei moderatem Training, mit einem Peak am Ende der Sporteinheit.
- Die Kortisolwerte stiegen beim HIIT stärker als bei moderatem Training. Den Peak gab es 15 Minuten nach dem Training.
- Der Zuwachs der Noradrenalinwerte war unter dem intensiven Training ebenfalls stärker, mit einem maximalen Anstieg am Ende der Sporteinheit.

In einer Post-hoc-Analyse verglichen die Autoren anschließend die Werte der IAH-Kohorte mit den Ergebnissen aus einer früheren Studie, in denen sie Menschen mit Diabetes mit intakter Hypoglykämie-Wahrnehmung untersucht hatten. Pati-

»Kortisolantwort bleibt erhalten«

enten mit IAH zeigten unter dem intensiven Training eine verringerte Adrenalinantwort (150 % vs. 350 %) und unter der moderaten Aktivität eine reduzierte Dopaminantwort.

Die Kortisolantwort auf das Training bleibt bei Patienten, unabhängig von einer Hypoglykämie-Wahrnehmungsstörung, jedoch erhalten, informieren die Forscher. Dies sei eine neue Erkenntnis und lasse auf eine intakte durch Sport bedingte Akti-

vierung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse schließen. Die Studie liefere generell Hinweise auf heterogene Antworten der entsprechenden gegensteuernden Hormone bei Diabetespatienten mit IAH, die sich je nach Trainingsintensität unterscheiden, so die Autoren.

Dr. Miriam Sonnet

Lee MH et al. Diabetes Care 2020; 43: 480-483; doi: 10.2337/dc19-1433



Bei Typ-1-Diabetes löst Sport eine Gegenregulation aus – auch bei IAH?

Photo: mipan – stock.adobe.com

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

Steglujan®
Ertugliflozin/Sitagliptin, MSD

VOLLE KRAFT VORAUSS

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

STEGLUJAN® – EINFACH. WEITER. ORAL.

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



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

Steglujan®

Pankreatitis, Angioödem; Hautausschlag; Urtikaria; kutane Vaskulitis; exfoliative Hauterkr. einschl. SJS; bullöses Pemphigoid, Arthralgie; Myalgie; Rückenschm.; Arthropathie, Nierenfunktionsstör.; akutes Nierenversagen. **Zusätzl. unter Sitagliptin (ungeachtet e. Kausalzusammenh.):** Infekt. d. ob. Atemwege; Nasopharyngitis, Osteoarthritis; Schm. in d. Gliedmaßen. **Hinw.:** Nierenfkt. vor Beginn u. während der Behandl. in regelm. Abständen überprüfen. Zur Blutzuckerkontrolle keine Urintests auf Glucose verw. Überwachung d. Blutzuckerkontrolle mit 1,5-AG Assays nicht empfohlen. **Verschreibungspflichtig.** Stand: 10/2019

Bitte lesen Sie vor Verordnung von Steglujan® die Fachinformation!

Pharmazeutischer Unternehmer:
Merck Sharp & Dohme B.V.
Waarderweg 39
2031 BN Haarlem
Niederlande
Lokaler Ansprechpartner:
MSD SHARP & DOHME GMBH, Lindenplatz 1, 85540 Haar

MSD
Infocenter

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

Hochintensives vs. moderates Training

Die Studienteilnehmer, die dem hochintensiven Intervalltraining (HIIT) zugeteilt wurden, mussten sechsmal vier Minuten mit nahezu maximaler Belastung auf einem Ergometer strampeln. Nach jedem Intervall gab es eine zweiminütige Pause. Zwischen dem 3. und 4. Intervall durften sich die Patienten zusätzliche vier Minuten lang ausruhen.

Patienten, die das moderat intensive Training (MIT) absolvierten, fuhren 40 Minuten auf dem Ergometer mit einer Intensität, die bei 70 % der anaeroben Schwelle lag.

»Qualifizierte psychologische Unterstützung ist unerlässlich«

Bedarf an „Fachpsychologen/innen DDG“ in Klinik und Praxis ist sehr groß

HANNOVER. Absolventen eines psychologischen Hochschulstudiums sowie niedergelassene approbierte Psychologische Psychotherapeuten haben die Möglichkeit, sich zum „Fachpsychologen/in DDG“ weiterzubilden. Rund 200 solcher spezialisierten Kräfte gibt es bundesweit. Doch der Bedarf ist weiterhin sehr groß. Die Diplom-Psychologin Professor Dr. rer. nat. Karin Lange von der Medizinischen Hochschule Hannover und Vorsitzende des Ausschusses „Fachpsychologe/in Diabetes DDG“ erläutert Nutzen und Perspektiven der Weiterbildung.

? Frau Prof. Lange, die Weiterbildung zum „Fachpsychologen/in DDG“ gibt es inzwischen seit rund 20 Jahren. Warum ist dieser Baustein im Diabetes-Management so wichtig?

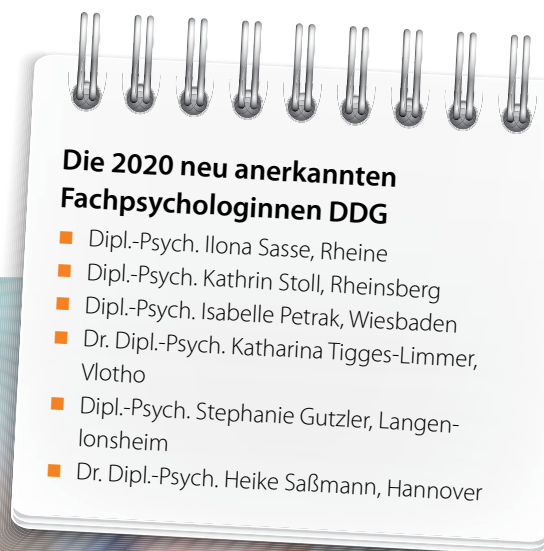
Prof. Lange: Psychische Erkrankungen spielen bei allen Formen des Diabetes mellitus eine große Rolle, da sich das seelische Befinden einer Person massiv auf seinen Diabetes auswirken und die Prognose beeinträchtigen kann. Umgekehrt kann auch die Erkrankung selbst zu psychischen Problemen, wie Depressionen, Angst- und Essstörungen oder auch kognitiven Beeinträchtigungen bis hin zur Demenz, führen. Um erste Anzeichen zu erkennen und den Teufelskreis frühzeitig zu durchbrechen, ist eine qualifizierte psychologische Unterstüt-

zung unerlässlich. In ihrer universitären Ausbildung lernen Psychologen/innen jedoch wenig über die spezifischen Bedürfnisse von Menschen mit Diabetes. Diese Lücke soll die Weiterbildung schließen.

? An wen richtet sich das Weiterbildungsangebot?

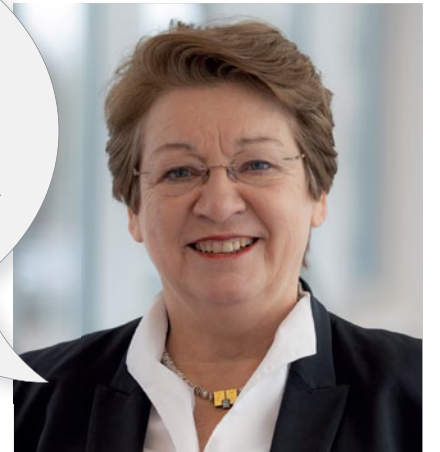
Prof. Lange: Es richtet sich sowohl an Absolventen eines Master- oder Diplom-Studiengangs Psychologie als auch an niedergelassene approbierte Psychologische Psychotherapeuten und ist berufsbegleitend angelegt. Die Teilnehmenden sollten über eine mindestens zweijährige berufliche Erfahrung in einer Diabetes-Einrichtung verfügen oder alternativ seit mindestens fünf Jahren Menschen mit Diabetes ambulant psychotherapeutisch behandeln.

»Das Curriculum wird fortlaufend dem Stand der Forschung angepasst«



In ihrer universitären Ausbildung lernen Psychologinnen und Psychologen wenig über die spezifischen Bedürfnisse von Menschen mit Diabetes. Diese Lücke soll die Weiterbildung schließen.

INTERVIEW

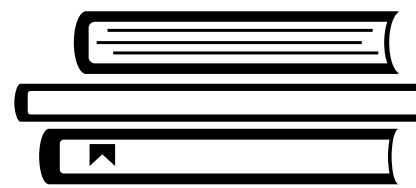


Prof. Dr. rer. nat. Karin Lange
2. Vorsitzende der
AG Diabetes und Psychologie der DDG
Foto: Karin Kaiser

„Das Arbeitsfeld der Fachpsychologen/innen ist es, zu informieren und zu beraten, um seelische Belastungen zu reduzieren, Lebensqualität zu erhalten und eine stabile Stoffwechseleinstellung zu erreichen.“

? Welche Inhalte umfasst das Curriculum?

Prof. Lange: Während der 80-stündigen Weiterbildung erwerben die angehenden Fachpsychologen/innen DDG zum einen Fachwissen über die verschiedenen Diabetestypen, akute und langfristige Komplikationen sowie aktuelle Diabetestherapien. Zum anderen werden diabetes-spezifische psychologische Therapieangebote erarbeitet. Hierfür stehen engagierte, langjährig erfahrene (psycho-)diabetologische Seminarleiter mit unterschiedlichen Schwerpunkten, zum Beispiel aus der Nephrologie, der Pädiatrie oder der Rehabilitation, zur Verfügung. Darüber hinaus erstellen die



Teilnehmenden Falldokumentationen, die in Supervisionen bearbeitet werden, und absolvieren eine zweiwöchige Hospitation in einer Diabeteseinrichtung mit einer/m Fachpsychologen/in Diabetes DDG. Das Curriculum wird fortlaufend leitliniengerecht revidiert und dem aktuellsten Stand der Forschung angepasst.

? Mittlerweile haben rund 200 Psychologen/innen die Weiterbildung zum „Fachpsychologen/in DDG“ abgeschlossen. Reicht das für eine flächendeckende qualifizierte Versorgung?

Prof. Lange: Nein, das reicht bei Weitem nicht. Zwar lässt sich der Bedarf nicht exakt beziffern. Schätzungen zufolge entwickeln aber etwa 10 bis 20 % aller Menschen mit Diabetes im Laufe ihrer Erkrankung eine psychische Komorbidität, die einer Psychotherapie bedarf. Dagegen wünschen die Mehrheit der

Menschen mit Diabetes und auch deren Angehörige niederschwellige psychologische Beratungen dazu, wie die Krankheit in den Alltag integriert, Ängste bewältigt, Motivation zum Beispiel zur Gewichtsreduktion aufgebaut oder das Selbstmanagement gefördert werden kann. Hinzu kommen Fragen zu Schule, Studium, Beruf oder Partnerschaft mit Diabetes. Dies ist das Arbeitsfeld der Fachpsychologen/innen, die informieren und beraten, um seelische Belastungen zu reduzieren, Lebensqualität zu erhalten und eine stabile Stoffwechseleinstellung zu erreichen. Doch insbesondere in diesem niedrigschwelligen präventiven Bereich ist die Lücke an einer qualifizierten fachpsychologischen Versorgung noch groß, unter anderem deshalb, weil hierfür keine adäquate Finanzierung im Gesundheitssystem vorgesehen ist.

? Wie und wo werden die Fachkräfte in das Diabetesmanagement eingebunden?

Prof. Lange: Fachpsychologen/innen können sowohl im stationären als auch im niedergelassenen Bereich arbeiten, sei es in Anstellung oder in Kooperation mit anderen Institutionen. Die meisten Reha- und Diabetes-Kinderkliniken sowie spezialisierte Einrichtungen für die Behandlung von Erwachsenen mit Diabetes beschäftigen inzwischen entsprechend weitergebildete Psychologen/innen in ihren Diabetesteamen. Im ambulanten Bereich dagegen, wie zum Beispiel in diabetologischen Schwerpunktpraxen, fehlt es oft noch an einer qualifizierten psychologischen Betreuung. Es wäre schön, wenn wir mit unserer Weiterbildung dazu beitragen könnten, diese Lücke in der Versorgung zu schließen.

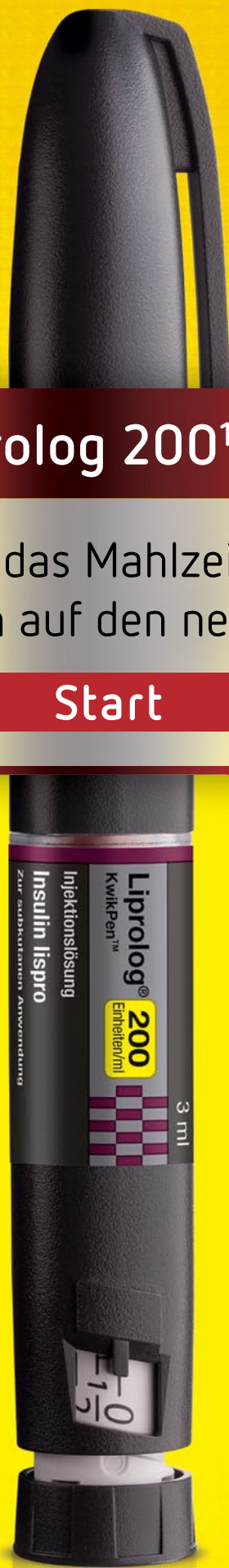
Interview: Petra Spielberg

www.diabetes-psychologie.de/
Weiterbildung-Fachpsychologen(in)-DDG

Auf Liprolog 200¹ setzen

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

Start



Liprolog[®] 200
KwikPen

Halbes Volumen² | Weniger Spritzlast² | Mehr Patientenzufriedenheit³

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

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

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

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



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

Der Diabetes-Influencer und Markenbotschafter aus Dortmund

Videos in den sozialen Medien statt langweiliger Imagebroschüren

DORTMUND. Wie wird man vom Diabetologen zum YouTube-Influencer? Das weiß niemand besser als Dr. Alexander Risse vom Klinikum Dortmund. Der Chef des Diabeteszentrums hat mit ungewöhnlichen Themen wie der Madentherapie bei chronischen Wunden oder dem Leibesinselschwund beim Diabetischen Fußsyndrom eine große Fangemeinde erobert.

Eine gewöhnliche Handykamera und zwei Lichtquellen sind das einzige technische Equipment, das der Leiter der Unternehmenskommunikation, MARC RASCHKE, und Dr. ALEXANDER RISSE für ihre Drehs benötigen. Als Kulisse dient das Büro des Diabetologen mit einem vollgepackten Bücherregal im Hintergrund und – auch wenn das der Klinikleitung nicht so gut gefällt – gelegentlich mal einem Gläschen Wein oder Feierabendbier auf dem Schreibtisch.

Das Muster für die Filme ist simpel: Der Kliniksprecher sitzt als Moderator neben dem Arzt und filmt gleichzeitig das Geschehen. Die Videos, mit denen er die Kanäle YouTube, Facebook, Instagram und TikTok bespielt, zeigen einen meist etwas zerzausten Dr. Risse, der über den Rand seiner Halbbrand-Lesebrille ins Publikum schaut, diabetologische Fragestellungen erörtert und Fachaufsätze oder Fotoausdrucke in die Kamera hält.

Die Idee für das Format kam Raschke 2016 bei einem Kommunikationskongress in Berlin. „Da saß ein junger Influencer von Anfang 20 auf der Bühne. Er hatte keine Inhalte zu bieten, trat aber trotzdem sehr breitbeinig auf und hatte eine enorme Reichweite“, erinnert sich der Kommunikationschef des Klinikums.

Videos setzen auf relevante Inhalte statt auf Mode

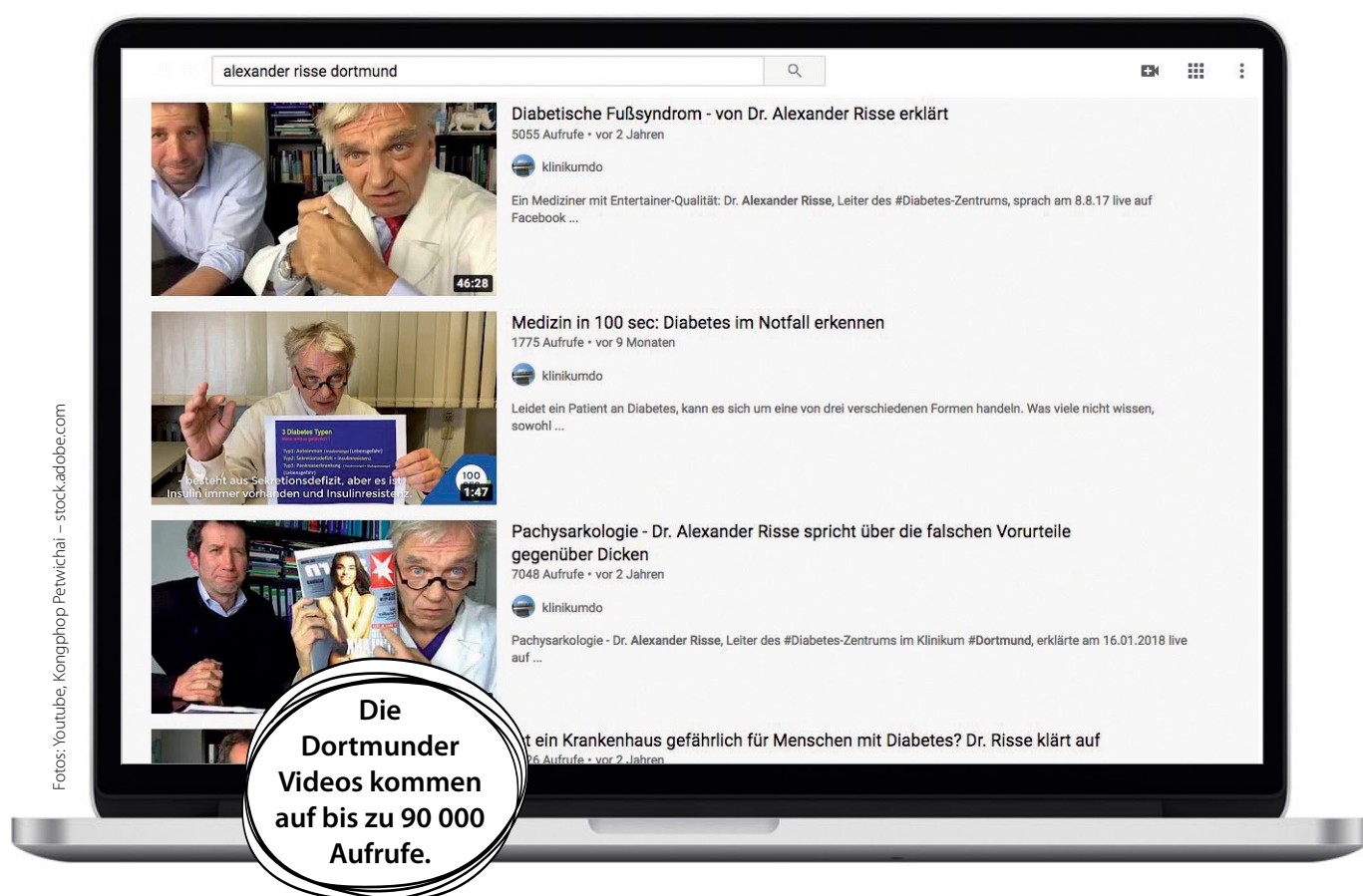
„Und ich dachte mir, wie es wohl wäre, solche Kanäle statt mit Kosmetik und Mode mal mit echtem Content zu bespielen.“ Zurück in Dortmund, machte sich Raschke in verschiedenen Fachabteilungen auf die Suche nach potenziellen Klinik-Influencern für Social-Media-Filme. Und einer von ihnen war eben Dr. Risse.

Der Leiter des Diabeteszentrums besteht bis heute darauf, er sei damals nicht wirklich gefragt worden und immer noch nicht begeistert von der ihm zugeordneten Rolle. Doch er spielte mit und sprach bei der Videopremiere im Frühjahr 2017 wunschgemäß über die Madentherapie bei chronischen Wunden. Es folgten etliche weitere Filme, etwa zu der Frage, ob Krankenhäuser generell gefährlich für Menschen mit Diabetes sind oder warum Diabetespatienten mit Polyneuropathie bei einem diabetischen Fußsyndrom besser keinen Vorfußentlastungsschuh tragen sollten. Mit seinen Auftritten avancierte der Diabetologe binnen kurzer Zeit zum Social-Media-Star.

Dient der Diabetesaufklärung und dem Klinikmarketing

So schauten bei den ersten Live-Übertragungen im Schnitt 500 bis 2000 Zuschauer zu, inzwischen kommen einzelne Videos über alle Kanäle verteilt auf bis zu 90 000 Aufrufe. Das dient der Diabetesaufklärung ebenso wie dem Marketing des Klinikums, findet der Kliniksprecher. Denn mit seinen Videos gibt der Diabetologe der Klinik unverkennbar ein Gesicht. „Kein Patient lässt sich von einem Krankenhaus, einem Logo oder einem Gebäude behandeln, sondern von Ärzten und Behandlungsteams, von Menschen“, erklärt Raschke.

Ähnliches gelte für die Personalakquise: „Wir haben eine Schule für Gesundheitsberufe, die jedes Jahr 500 Ausbildungsplätze zu besetzen hat. Wenn Bewerber gefragt werden, wie sie auf uns aufmerksam geworden sind, dann nennen sie oft die sozialen Medien und unsere Filme mit Menschen wie Alexander Risse.“ Als Corporate Influencer, der die Marke des Klinikums Dortmund



repräsentiert, ziert dessen überlebensgroßes Gesicht sogar ein Baustellenschild, mit dem das Klinikum auf seinen geplanten Neubau hinweist. Die Prominenz bleibt nicht ohne Folgen: Längst wird Dr. Risse auf Kongressen oder im Taxi zum Bahnhof um Selfies, Autogramme und ärztlichen Rat gebeten. Dabei verlangt der Diabetologe seinem Online-Publikum fachlich wie zeitlich einiges ab. 25 bis 60 Minuten sind seine Videos im Schnitt lang, und bisweilen tauchen bereits in den Titeln Begriffe auf, die man nicht einmal im Psyhyrembel findet. So etwa ein Beitrag über Pachysarkologie, in dem es um Vorurteile gegenüber Menschen mit Übergewicht geht. „Die obsessive Beschäftigung mit dem Gewicht gehört zum Arzt wie das Zuspätkommen und das unleserliche Schreiben“, sagt Dr. Risse dazu. Es sind Sätze wie diese, mit denen er bei vielen Menschen Sympathiepunkte sammelt.

Systematisches Denken bleibt im Klinikalltag auf der Strecke

Der Arzt nimmt aber auch kein Blatt vor den Mund, wenn es um die Auswirkungen der DRG auf die Arbeit in renditeorientierten Krankenhäusern geht: „Da werden Patienten abgefertigt wie im Bordellbetrieb: Du musst den Kunden anlocken, und wenn er da ist, musst du sehen, dass er möglichst schnell fertig wird.“ Auf der Strecke bleibe dabei auch

das systematische Denken, an dem man bei Indikationen wie etwa dem diabetischen Fußsyndrom einfach nicht vorbeikomme.

In seinen Videos kann Dr. Risse systematische Überlegungen ausführlicher darstellen, als es im Klinikalltag möglich ist – für Fachkollegen ebenso wie für Patienten. Neben seiner menschlichen Haltung ist es auch die fachliche Expertise, die Zuschauer in ihren Bann zieht: „Was er erzählt, ist sehr verständlich und sehr dicht“, meint Raschke.

Echte Risse-Fans schrecken deshalb auch nicht vor einem halbstündigen Referat über das Konzept des Leibesinselschwunds im Zusammenhang mit dem diabetischen Fußsyndrom zurück. Das entsprechende Video wurde auf YouTube beinahe 6000 Mal angeschaut. Der Kliniksprecher ergänzt: „In einem anderen Film haben wir sogar einfach sehr ausgiebig einen Teil der Bibliothek im Hintergrund gefilmt und über die Bücher gesprochen. Da sind Strecken, die Zuschauer erst einmal mitmachen müssen, wir muten ihnen da einiges zu. Aber die Leute bleiben, denn sie wollen Risse genau so erleben.“

Auch wenn er mit seinem Status als Influencer hadert, weiß der Diabetologe die Vorzüge der Kommunikation via Social Media mittlerweile zu schätzen. Er kann sich gut vorstellen, dass auch Diabetespraxen davon profitieren könnten: „Wenn eine Praxis sich so präsentiert, ist das wesentlich konkreter als das meiste, das man sonst auf Homepages sieht. Da stehen nämlich normalerweise lauter Leute in weißen Kitteln aufgereiht und grinsen einen an. Irgendwo heißt es auch: ‚Im Mittelpunkt steht der Mensch.‘ Damit kann man doch eigentlich nichts anfangen“, sagt Dr. Risse. Ein YouTube-Kanal

mit Videos, in denen der Arzt und sein Team über die Diabetestherapie in ihrer Praxis sprechen, sage viel mehr aus: „Da kann man als Patient gleich sehen: Kann der was? Passt der zu mir? Ich finde, Praxen sollten das ruhig für sich nutzen.“

Um ihn selbst ist es auf YouTube aktuell zwar etwas ruhiger geworden. Wegen der Coronapandemie hat sich der thematische Fokus in der Klinikkommunikation verschoben. Auch Distanzregeln und Kontaktbeschränkungen erschweren die Arbeit im bisherigen Format. Doch die Ideen für weitere Videos sind Dr. Risse noch lange nicht ausgegangen.

Antje Thiel

Das Klinikum

Mit 25 Kliniken und fünf Instituten ist das Klinikum Dortmund das größte kommunale Krankenhaus in Nordrhein-Westfalen. Anders als in anderen Kliniken gibt es hier noch immer ein eigenständiges Diabeteszentrum, das auch eine bettenführende Abteilung mit 29 Betten unterhält. 2019 zählte das Klinikum Dortmund in einer Studie des Magazins „Stern“ neben Firmen wie Adidas, Airbus und BMW zu „Deutschlands Unternehmen mit Zukunft“.

Die Personen

Dr. Alexander Risse (Jahrgang 1955) ist Facharzt für Innere Medizin und Angiologie und Diabetologe DDG. Seit 2007 leitet er das Diabeteszentrum am Klinikum Dortmund. Seine Spezialgebiete sind das diabetische Fußsyndrom und psychosomatische Erkrankungsbilder.

Marc Raschke (Jahrgang 1976) ist PR-Prof. Seit 2013 leitet er die Unternehmenskommunikation des Klinikums Dortmund. Seine Videos, die er in den sozialen Medien verbreitet, erzielen hohe Reichweiten und haben ihm zig PR-Preise eingebracht.



Dr. Risse gibt der Klinik ein Gesicht. Sogar auf einem Bauplatz spielte man mit seinem Namen.

»Leute wollen Risse genau so erleben«

Was bringt die Grippeimpfung bei Diabetes?

Registerstudie zeigt kardiovaskulären Benefit

HELLERUP. Eine Influenzainfektion kann das Risiko für akute atherosklerotische Ereignisse wie einen Myokardinfarkt oder Schlaganfall erhöhen. Menschen mit Diabetes scheinen jedoch vom schützenden Effekt einer Grippeimpfung zu profitieren.

Diabetestypen haben ein erhöhtes Risiko für atherosklerotische Herz-Kreislauf-Erkrankungen und sterben überproportional häufiger als Stoffwechselgesunde an einem Herzinfarkt oder Schlaganfall. Zudem sind sie anfälliger für Infektionen wie die Influenza – eine unter Umständen tödliche Kombination. Forscher um DANIEL MODIN von der Universität Kopenhagen untersuchten daher, ob Menschen mit Diabetes unter kardiovaskulären Gesichtspunkten von einer Grippeimpfung profitieren.

Wie entwickelt sich Mortalität mit und ohne Grippeimpfung?

Hierfür werteten sie mithilfe verschiedener dänischer Register die Daten von 241 551 Menschen mit Diabetes aus, die in den vorausgegangenen sechs Monaten blutzuckersenkende Medikamente erhalten hatten. Der Studienzeitraum umfasste neun aufeinanderfolgende Influenzasaisons (jeweils 1. Dezember bis 1. April des Folgejahres) zwischen 2007 und 2016. Patienten mit schweren Vorerkrankungen (ischämische Herzkrankung, Herzinsuffizienz, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, maligne Erkrankungen, zerebrovaskuläre Erkrankungen) schlossen die Forscher aus. Sie prüften, wie viele Diabetestypen innerhalb von vier Monaten vor Beginn der jeweiligen Influenzasaison eine Grippeimpfung erhalten hatten. Anschließend untersuchten sie, wie viele Patienten während der folgenden Influenzasaison insgesamt verstarben und schlüsselten die Todesfälle nach Ursachen wie kardiovaskulärer Erkrankung, Myokardinfarkt oder Schlaganfall auf. Weitere Endpunkte waren stationär behandlungsbedürftige Diabeteskomplikationen (Ketoazidose, Hypoglykämie, Koma) sowie die Hospitalisation infolge von Influenza oder Pneumonie.

Die Studienteilnehmer wurden im Median über vier Influenzasaisons beobachtet. Sie waren im Schnitt 59 Jahre alt, wobei die Impferfahrenen signifikant älter waren als jene, die zuvor noch nie geimpft worden waren (64 vs. 52 Jahre). Insgesamt flossen mehr als 425 000 Personennjahre in die Analyse ein. In den verschiedenen Influenzasaisons variierte die Impfquote zwischen 24 und 36 %. Während der Nachbeobachtungszeit starben 3,4 % der Patienten aufgrund jeglicher Ur-

sachen, 1,7 % verstarben wegen einer Herz-Kreislauf-Erkrankung, 0,6 % verstarben infolge eines akuten Myokardinfarkts oder Schlaganfalls. Ferner wurden 2,4 % der Patienten aufgrund einer Diabeteskomplikation und 3,2 % aufgrund einer Influenza oder Pneumonie stationär behandelt. Nach Herausrechnen verschiedener potenzieller Störvariablen zeigte sich: In der Gruppe, die gegen Influenza geimpft war, san-

ken sowohl die Gesamtmortalität (-17 %) als auch die kardiovaskuläre Mortalität (-16 %) und das Risiko, an einem Myokardinfarkt oder Schlaganfall zu sterben (-15 %). Bei ihnen traten auch 11 % weniger stationär behandlungsbedürftige Diabeteskomplikationen auf. Zudem mussten auch weniger von ihnen aufgrund einer Influenzainfektion bzw. Pneumonie im Krankenhaus aufgenommen werden (-6 %).

Die Ergebnisse lassen laut den Autoren darauf schließen, dass Menschen mit Diabetes insbesondere mit Blick auf das kardiovaskuläre Outcome klar von einer Grippeimpfung profitieren.

Dr. Judith Lorenz

Modin D et al. Diabetes Care 2020; 43: 2226-2233; doi: 10.2337/dc20-0229

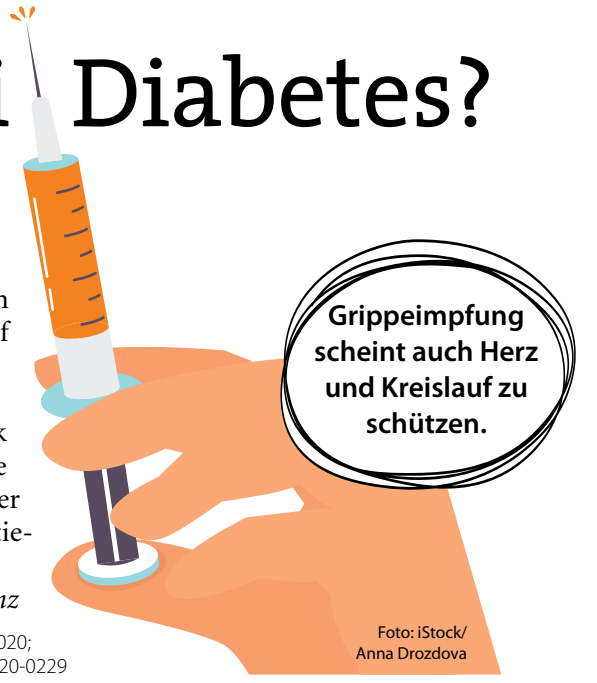


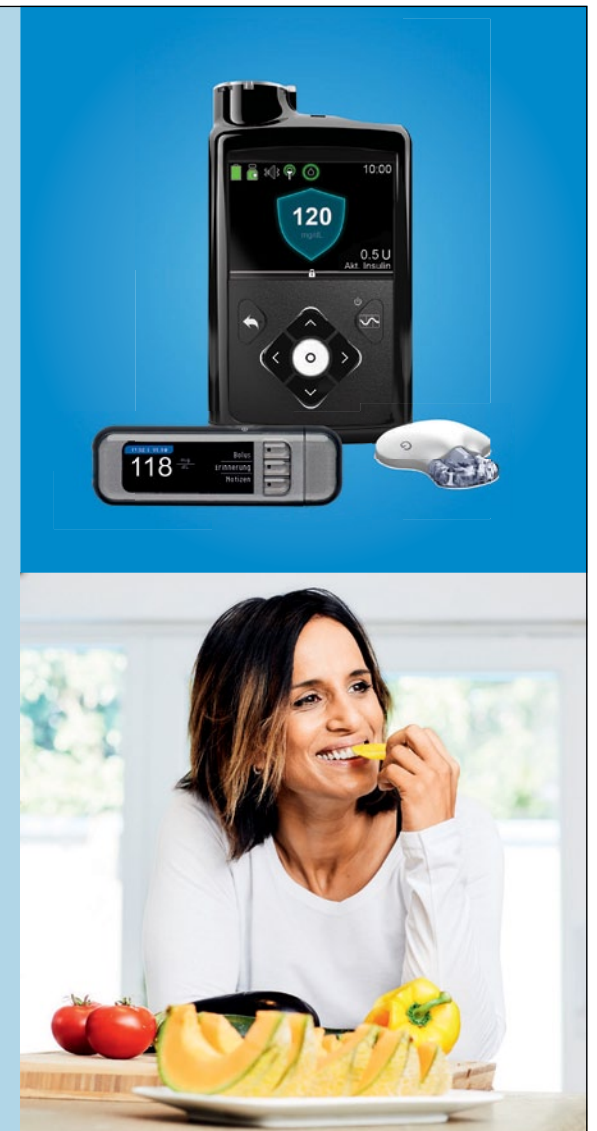
Foto: iStock/Anna Drozdova

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

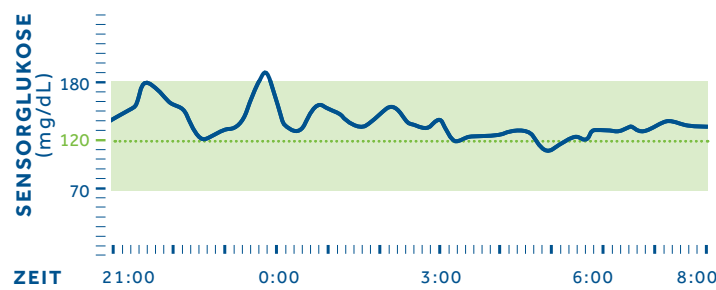
Die weltweit erste zugelassene Insulinpumpe, die automatisch die basale Insulinabgabe reguliert – dank SmartGuard™ Auto-Modus.^{1,2,3}

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

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



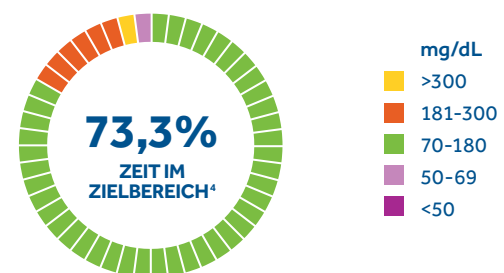
SMARTGUARD™ AUTO-MODUS AUTOMATISCHE INSULINANPASSUNG



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

SMARTGUARD™ AUTO-MODUS⁴ IM VERGLEICH ZUM MANUAL-MODUS

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



ANWENDUNG IM ALLTAG

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

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

Medtronic
Further. Together

»Tödliche Kombination«

Risiko für Laktatazidosen scheint nicht wesentlich anzusteigen

Verbesserte Überlebensprognose bei Nephropathie spricht für Metformin

SEOUL. Bei Menschen mit Typ-2-Diabetes und eingeschränkter Nierenfunktion wird oft von Metformin abgesehen. Grund ist ein erhöhtes Risiko für Laktatazidosen – eine retrospektive Studie stellt dies nun infrage.

Die gefürchtete Komplikation der Laktatazidose tritt unter Metformin insgesamt nur sehr selten auf. Ob dies auch für Menschen mit Typ-2-Diabetes und diabetischer Nephropathie gilt, untersuchten Forscher um SOYE KWON an der Universität Seoul im Rahmen einer retrospektiven Kohortenstudie. Sie werteten die Daten von 10 862 Patienten aus, die zwischen 2001 und 2016 an zwei nephrologischen Zen-

tren in Seoul betreut worden waren. 4597 von ihnen hatten in diesem Zeitraum über mindestens drei Monate Metformin angewendet. Studienendpunkte waren die Gesamtmortalität, die Progression der diabetischen Nephropathie zur terminalen Niereninsuffizienz sowie die Inzidenz der medikamenteninduzierten Laktatazidose.

Insgesamt starben rund 14 % der Metforminanwender und 27 % der Patienten der Vergleichsgruppe. Dies entsprach einer Risikoreduktion durch Metformin um 42 %. Auch bezüglich der renalen Prognose waren die Metforminanwen-

der im Vorteil: Bei 11 % von ihnen schritt die Niereninsuffizienz voran, demgegenüber bei 25 % in der Kontrollgruppe. Da sich die beiden



Patientenkollektive deutlich bezüglich der Basischarakteristika unterschieden – die Metforminanwender hatten einen höheren Body Mass Index und HbA_{1c}-Wert sowie initial eine bessere geschätzte glomeruläre Filtrationsrate –, verglichen die Wissenschaftler je 2704 Metformin- und Nicht-Metforminanwender mittels Propensity-Score-Matching (PSM) miteinander. Die Auswertung der PSM-Daten bestätigte die Gesamtanalyse: Metforminanwender waren bezüglich der Gesamtmortalität und bei der Progression der renalen Einschränkungen signifikant im Vorteil. Insgesamt traten im Studienkollektiv bei 228 Patienten 249 Laktatazidosen auf – allerdings nur in einem Fall infolge der Metformingabe. Weder im Gesamt- noch im gematchten Kollektiv

erhöhte Metformin das allgemeine Laktatazidoserisiko signifikant. Zum Vergleich: Bei Insulintherapie stieg das Laktatazidoserisiko um mehr als das Fünffache.

Vorsichtige Schlussfolgerung bietet Stoff für künftige Studien

Menschen mit Typ-2-Diabetes mit fortgeschrittener Niereninsuffizienz profitieren möglicherweise hinsichtlich der Überlebensprognose sowie der Progression der renalen Problematik von einer Behandlung mit Metformin, ohne dass dabei das Risiko für eine Laktatazidose wesentlich steigt, so die vorsichtige Schlussfolgerung der Experten. Sollten sich diese Beobachtungen in prospektiven, randomisierten Studien bestätigen, könnte das die Therapie des Typ-2-Diabetes nachhaltig verändern. JL

Kwon S et al. Diabetes Care 2020; 43: 948-955; doi: 10.2337/dc19-0936

»Gefürchtete Komplikation«

DER FRÜHE VOGEL FÄNGT DEN WURM.

Jetzt handeln!

Prävention und Therapie bei Diabetes trotz Corona weiterführen

Mit individualisierter Betreuung gegen Bewegungsmangel und steigendes Körpergewicht

BERLIN. Die Pandemie könnte dazu führen, dass mehr Menschen Typ-2-Diabetes entwickeln. Denn laut Befragungen gehen körperliche Aktivität und Bewegung derzeit zurück. Individuelles Coaching und Diabetestechnologie könnten Abhilfe schaffen.

Im Vorfeld des 14. Weltdiabetestages warnt diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe vor möglichen Langzeitfolgen der durch SARS-CoV-2 her-

vorgerufenen Pandemie. Bereits im April ergab eine Umfrage des Meinungsforschungsinstituts YouGov im Auftrag der Deutschen Presse-Agentur, dass sich 38 % der Erwachsenen in Deutschland aufgrund der Maßnahmen zur Kontaktbeschränkung weniger bewegen. 19 % hätten infolge ihrer veränderten Gewohnheiten zugenommen. Dabei haben Menschen mit Diabetes Typ 1 oder 2 bei einer instabilen

Stoffwechsellage und zusätzlichen Begleiterkrankungen wie Adipositas oder kardiovaskulären Erkrankungen ein erhöhtes Risiko für einen schweren COVID-19-Verlauf, beton-

»Individuelles Coaching«

te Dr. JENS KRÖGER, Vorstandsvorsitzender von DiabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe.

Derzeit fallen wieder Sportangebote und soziale Kontakte weg, Betroffene sollten daher gerade jetzt intensiv betreut und unterstützt werden, so der Experte. Die Rolle der Selbsterfahrung im Rahmen eines individualisierten Ernährungs- und Bewegungcoachings mit Systemen zur kontinuierlichen Glukosemessung

könnte ein Ansatz zur Motivationssteigerung sein. „Viele Patienten sind motivierter, wenn sie anhand der Daten sehen, wie ihr Glukosespiegel z.B. nach 30 Minuten Walken oder bei Alltagsaktivitäten sinken kann“, berichtete Dr. Kröger. Auch mit standardisierten Mahlzeitentests lassen sich individuelle Ernährungsempfehlungen treffen. dz

Pressekonferenz diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**



XELEVIA® VELMETIA®

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



¹ Als Add-on zu Metformin.

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

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

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

Velmetia® ist auch bei Patienten, die bereits mit der Kombination von Sitagliptin und Metformin behandelt werden, indiziert. Wenn Sitagliptin als Add-on zu Metformin gegeben wurde, war die Inzidenz von Hypoglykämien ähnlich der unter Placebo. Patienten mit einer Kombination Sulfonylharnstoff plus Xelevia® oder Velmetia® bzw. Patienten mit einer Kombination Xelevia® oder Velmetia® plus Insulin können ein erhöhtes Risiko für Hypoglykämien haben, eine Reduktion der Sulfonylharnstoff- bzw. Insulin-Dosierung kann nötig sein. Fachinformation Xelevia®, Stand 05/2020; Fachinformation Velmetia®, Stand 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.: Arznei. wirts. Bestandt.:** XELEVIA®: 1 Tbl. enth. Sitagliptinphosphat-Monohydrat, entspr. 25 mg, 50 mg od. 100 mg Sitagliptin. VELMETIA® 50 mg/850 mg Filmtabletten bzw. VELMETIA® 50 mg/1000 mg Filmtabletten: Jede Tbl. enth. Sitagliptinphosphat 1 H₂O, entspr. 50 mg Sitagliptin, u. 850 mg bzw. 1000 mg Metforminhydrochlorid. **Sonst. Bestandt.:** XELEVIA® Mikrokristalline Cellulose (E 460), Calciumhydrogenphosphat (E 341), Croscarmellose-Natrium (E 468), Magnesiumstearat (Ph.Eur.) (E 470b), Natriumstearylfumarat (Ph.Eur.), Poly(vinylalkohol), Macrogol (3350), Talkum (E 553b), Titandioxid (E 171), Eisen(III)-oxid (E 172), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E 172). VELMETIA® 50 mg/850 mg Filmtabletten bzw. VELMETIA® 50 mg/1000 mg Filmtabletten: Mikrokristalline Cellulose (E 460), Povidon K29/32 (E 1201), Natriumdodecylsulfat, Natriumstearylfumarat, Poly(vinylalkohol), Macrogol 3350, Talkum (E 553b), Titandioxid (E 171), Eisen(III)-oxid (E 172), Eisen(II,III)-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 orale 2-Fachther. in Komb. mit Metformin, wenn Diät u. Beweg. plus e. Monother. mit Metformin d. Blutzucker nicht ausreichend senken; e. Sulfonylharnstoff, wenn Diät u. Beweg. plus e. Monother. mit e. Sulfonylharnstoff in d. höchsten vertragenen Dosis d. Blutzucker nicht ausreichend senken u. wenn Metformin aufgr. v. Gegenanz. od. Unverträglichk. nicht geeignet ist; e. PPARγ-Agonisten (d. h. e. Thiazolidindion), wenn d. Anw. e. PPARγ-Agonisten angebracht ist u. Diät u. Beweg. plus Monother. mit e. PPARγ-Agonisten d. Blutzucker nicht ausreichend senken. **Als orale 3-Fachther. in Komb. mit e. Sulfonylharnstoff u. Metformin, wenn Diät u. Bewegung plus e. 2-Fachther. mit diesen Arzneim. d. Blutzucker nicht ausreichend senken; e. PPARγ-Agonisten u. Metformin, wenn d. Anw. e. PPARγ-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 Insulindosis 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 behandelt werden; in Komb. mit e. Sulfonylharnstoff (z. B. als 3-Fachther.) od. e. PPARγ-Agonisten (d. h. e. Thiazolidindion) b. Pat., b. denen eine Komb. aus jeweils höchster vertragenen Dosis Metformin u. e. Sulfonylharnstoffs bzw. PPARγ-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. Bestandt. **Zusätzl. für VELMETIA®:** Jede Art v. akut. metabol. 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, intravas. Gabe v. jodhalt. Kontrastmitteln); akute od. chron. Erkrank., d. e. Gewebhypoxie verursachen können (wie Herz- od. Lungeninsuff., kürztl. erlittener Myokardinfarkt, Schock); Leberfunkt.-stör.; akute Alkoholvergiftung,****

Alkoholismus. Stillzeit. **Vors. bei:** Pankreatitis in d. Vorgeschichte. Gleichz. Anw. von Sulfonylharnstoff od. Insulin. **Nicht anv.:** Typ-1-Diabetiker, Schwangersch. **Zusätzl. b. XELEVIA®:** Pat. mit schwerer Leberfunkt.-stör., Pat. mit Nierenfunkt.-stör. (GFR < 45 ml/min), Pat. mit einer Nierenerkr. im Endstadium (GFR < 15 ml/min), einschl. derer d. Hämo- od. Peritonealdialyse benötigen. **Nicht anv.:** diabet. Ketoazidose, Stillzeit. **Zusätzl. b. VELMETIA®:** Älteren Pat. Pat. mit Risikofakt. f. Laktatazidose (wie Verschlech. der Nierenfunkt., überm. Alkoholkonsum, Leberfunkt.-stör., schlecht eingest. Diabetes, Ketose, langes Fasten, m. Hypoxie assoziierte Erkrank., Komb. m. Arzneim., die Laktatazidose verursachen können). Komb. m. Arzneim., die die Nierenfunkt. akut beeinträchtigen können. Operationen. **Nebenw.:** XELEVIA®: Häufig: Hypoglykämie. Kopfschm. **Gelegentl.:** Schwindel. Obstipation. Pruritus. **Selten:** Thrombozytopenie. **Häufigkeit nicht bekannt:** Überempf.-reakt. einschl. anaphylaktischer Reakt. Interstit. Lungenkrankh. Erbr.; akute Pankreatitis; let./nicht let. hämorrhag. u. nekrotisierende Pankreatitis. Angioödem; Hautausschlag; Urtikaria; kut. Vaskulitis; exfoliat. Hauterkr. einschl. SJS; bullöse Pemphigoid. Arthralgie; Myalgie; Rückenschm.; Arthropathie. Nierenfunkt.-stör.; akutes Nierenversagen. **Zusätzl. ungeachtet e. Kausalszusammenh.:** Infekt. d. oberen Atemwege; Nasopharyngitis. Osteoarthritis. Schm. in d. Gliedmaßen. **Zusätzl. häufiger in Studien mit Kombinationsther.:** Hypoglykämien (sehr häufig mit Sulfonylharnstoffen u. Metformin); Influenza (häufig mit Insulin [mit od. ohne Metformin]); Übelk. u. Erbr. (häufig mit Metformin); Flatulenz (häufig mit Metformin od. Pioglitazon); Obstipation (häufig mit Sulfonylharnstoffen u. Metformin); periph. Ödeme (häufig mit Pioglitazon od. d. Komb. v. Pioglitazon u. Metformin); Somnolenz u. Diarrhö (gelegentl. mit Metformin), Mundtrockenh. (gelegentl. mit Insulin [mit od. ohne Metformin]). VELMETIA®: Häufig: Hypoglykämie. Übelk.; Flatulenz; Erbr. **Gelegentl.:** Somnolenz. Diarrhö; Obstipation; Schm. im Oberbauch. Pruritus. **Selten:** Thrombozytopenie. **Häufigkeit nicht bekannt:** Überempf.-reakt. einschl. anaphylaktischer Reakt. Interstitielle Lungenkrankheit. Akute Pankreatitis; letale u. nicht letale hämorrhagische u. nekrotisierende Pankreatitis. Angioödem; Hautausschlag; Urtikaria; kutane Vaskulitis; exfoliative Hauterkrank. einschl. SJS; bullöse Pemphigoid. Arthralgie; Myalgie; Schm. in d. Extremitäten; Rückenschm.; Arthropathie. Nierenfunkt.-stör.; akutes Nierenversagen. **Zusätzl. in Studien in Komb. mit anderen Antidiabetika:** Hypoglykämien (sehr häufig mit Sulfonylharnstoffen od. Insulin), Obstipation (häufig mit Sulfonylharnstoffen), periphere Ödeme (häufig mit Pioglitazon), Kopfschm. u. Mundtrockenh. (gelegentl. mit Insulin). **Zusätzl. in klin. Studien mit Sitagliptin-Monother.:** Kopfschm., Hypoglykämie, Obstipation, Schwindel, ungewohnt e. Kausalszusammenh.: Infekt. d. oberen Atemwege; Nasopharyngitis; Osteoarthritis, Schm. in d. Extremitäten. **Zusätzl. in klin. Studien u. nach Markteinführung mit Metformin-Monother.:** Sehr häufig: Gastrointest. Symptome (wie Übelk., Erbr., Diarrhö, Schm. im Oberbauch, Appetitverlust). Häufig: metallischer Geschmack. **Sehr selten:** Laktatazidose; Leberfunkt.-stör.; Hepatitis; Urtikaria; Erythem; Pruritus. Vitamin-B₁₂-Mangel (z. B. megaloblastäre Anämie). **Hinw.:** Vor Behandl.-beginn u. in regelm. Abständen GFR ermitteln. **Verschreibungspflichtig.** Stand: 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

Der digitale Weg zum Diabetologen DDG

Online-Version des Kurses „Klinische Diabetologie“ kam gut an

DRESDEN. Dieses Jahr mussten einige angehende Diabetologen DDG ihre Weiterbildung digital absolvieren. Dabei stellte sich heraus: Das Format hat sogar gewisse Vorteile gegenüber einer Vor-Ort-Veranstaltung, insbesondere bei der Kommunikation.

Zu Hause arbeitet es sich um einiges bequemer.



Foto: Tierney – stock.adobe.com

Im Februar fanden die ersten Blöcke der Weiterbildung zur Diabetologin DDG/zum Diabetologen DDG noch in großen Sälen statt, dann vereitelte die Coronapandemie auch diese Präsenzveranstaltung. Die DDG und einige Kursleiter haben deshalb ein digitales Konzept für dieses Angebot entwickelt.

Der Kurs Klinische Diabetologie, den Ärzte absolvieren müssen, die die Zusatzbezeichnung erwerben möchten, wurde mittlerweile sowohl als Mischform von Vor-Ort- und Online-Unterricht als auch als reiner Digitalkurs durchgeführt. Die Hybridform wurde beispielsweise von Professor Dr. Jochen Seufert und Professor Dr. Matthias Weber erprobt. Sie veranstalteten den ersten Teil ihrer Kurse Anfang des Jahres noch vor Ort, die zweite Hälfte im Herbst hielten sie online ab.

Konzept für reine Online-Version der Weiterbildung entwickelt

Den ersten vollständig digitalen Kurs Klinische Diabetologie leitete Professor Dr. PETER SCHWARZ aus Dresden. Unterstützt wurde er dabei von ANDREA HAMM, Referentin für Datenanalyse im Team „Wissenschaft, Versorgung & Zertifizierung“ der Geschäftsstelle der DDG.

»Der Chat wurde zum Renner«



Prof. Dr. Peter Schwarz
Professor für die Prävention des Diabetes mellitus, Uniklinik Dresden
Foto: privat

Anfangs gab es Bedenken gegen das digitale Format, insbesondere hinsichtlich des Datenschutzes und der technischen Affinität von Referenten und Teilnehmern. Doch die Online-Veranstaltung kam bei allen Beteiligten gut an. „Der Onlinekurs stand einer Präsenzveranstaltung in nichts nach“, freut sich Prof. Schwarz. „Die Teilnehmenden haben uns sehr gute Rückmeldungen gegeben.“

Die technischen Tools hielt man schlicht: Über ein Videokonferenzsystem folgten die Teilnehmenden den Vorträgen, ihre eigene Kamera blieb ausgeschaltet. Die Kommunikation erfolgte über einen Chat. Da die Teilnehmerzahl online nicht begrenzt ist, konnten rund 150 Personen den Kurs absolvieren. Bei einer Vor-Ort-Veranstaltung hätte das Limit etwa bei 100 gelegen, berichtet Hamm. Zudem entfielen Reisekosten. Für die Referenten war es zunächst ungewohnt, mit einem Bildschirm zu sprechen. Wenn Prof. Schwarz merkte, dass sie unsicher wurden, unterstützte er sie im Hintergrund: „Ich habe dann kurz einige der Teilnehmerfragen dazwischengeschoben. So haben die Referenten ge-



Andrea Hamm
Referentin für Datenanalyse, Geschäftsstelle der DDG
Foto: DDG

merkt, dass sie vor echten Personen sprechen, auch wenn sie diese nicht sehen.“

Kleine technische Pannen wirkten eher sympathisch

Einige Dozenten entschieden sich dazu, eigens an die Universität Dresden zu reisen. Dort konnten sie ihren Vortrag in einem Nachbarzimmer von Prof. Schwarz halten und fühlten sich sicherer, auch für den Fall einer technischen Panne. Kleine technische Fehler traten zwar gelegentlich auf, erwiesen sich aber als nicht dramatisch. Im Gegenteil: „Sie haben den Teilnehmern eher die

»Eine unglaublich gute, strukturierte, fachlich wahnsinnig fundierte und noch dazu maßlos praxisrelevante Vorstellung. Bitte nichts verändern!«

Teilnehmerkommentar

Ängste vor eigenen Fehlern genommen“, berichtet Hamm.

An allen Veranstaltungstagen wurde die Chatfunktion rege genutzt. „Sie ist zum echten Renner geworden“, erzählt Hamm. „Die Atmosphäre war wirklich angenehm, manchmal geradezu herzlich.“

Zudem hätten sich über den Chat auch regionale Kleingruppen gefunden, die sich künftig vor Ort verabreden wollen. Solche Gelegenheiten ergaben sich etwa, wenn Teilnehmende Dinge schrieben wie: „Guten Morgen. Ist hier noch jemand aus ...“

Fragen zu stellen fiel einigen der angehenden Diabetologen schriftlich leichter, als es bei einer Präsenzveranstaltung der Fall gewesen wäre. Vor Ort werden üblicherweise etwa 25 Fragen pro Tag gestellt, sagt Prof. Schwarz. Online seien es nun bis zu 300 am Tag gewesen. Auch bei sprachlichen Hürden erleichterte der Chat die Kommunikation. „Ein Teilnehmer mit nicht ganz perfekten Deutschkenntnissen hat zum Beispiel berichtet, dass er sich in einem vollen Hörsaal nicht getraut hätte, seine Frage zu stellen.“

Teilnehmende schätzten die flexible Pausengestaltung

Natürlich kam den Teilnehmern auch die flexible Zeitgestaltung entgegen. Da eine Anfahrt entfiel, konnte der Kurs von Ärztinnen und Ärzten besucht werden, denen dies sonst aus familiären oder beruflichen Gründen nicht möglich

gewesen wäre. So hätten einige von ihnen in der Pause Visiten machen müssen, berichtet Prof. Schwarz. Andere freuten sich dagegen über die Möglichkeit, Sport zu treiben oder zu kochen.

»Sehr informativ und entspannter als im Hörsaal. Pausen können besser genutzt werden, das Familienleben klappt besser. Als Mutter wirklich vorteilhaft!«

Teilnehmerkommentar (gekürzt)

Normalerweise umfasst der Kurs Klinische Diabetologie auch Workshops und Teamarbeiten. Diese konnten in der Online-Version natürlich nicht stattfinden. Dafür wandelten die Dozenten entsprechende Inhalte in besonders praxisnahe Vorträge um. Auch Prüfungen und Lernerfolgskontrollen wurden digitalisiert: Prof. Schwarz versendete die Aufgaben per E-Mail, die Teilnehmenden hatten dann eine Frist, um ihre Antworten zurückzusenden. Trotz des ungewohnten Prüfungsformats waren alle hochzufrieden, dass sie der Qualifizierung als Diabetologen DDG durch den erfolgreichen Abschluss des Kurses einen großen Schritt näher gekommen sind. Isabel Aulehla

Wohltätigkeit durch Pandemie nicht zu stoppen

DiabetesDE sammelt auch dieses Jahr Spenden für zwei Diabetes-Projekte

BERLIN. Auf eine Charity-Gala vor Ort muss der gemeinnützige Verein „DiabetesDE“ diesen Herbst verzichten. Stattdessen werden zwei ausgewählte Projekte online vorgestellt. Sie können mit Spenden unterstützt werden.

Die Diabetes-Charity-Gala des Vereins „diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe“ kann diesmal aufgrund der Pandemie nicht stattfinden. Zwei innovative Projekte möchte man dennoch wie jedes Jahr unterstützen. DiabetesDE hat daher zwei Initiativen ausgewählt und stellt sie per Video auf der Homepage vor (s. Link). Wer spen-

den möchte, kann dies auf digitalem Weg tun. Auch zahlreiche weitere Inhalte der Gala sind online zu finden, unter anderem die Grußworte des Vorstandsvorsitzenden Dr. JENS KRÖGER und der Geschäftsführerin NICOLE MATTIG-FABIAN. „Corona mag Events absagen, aber eben nicht soziale Projekte“, bekräftigten sie.

Im Fokus des ersten diesjährigen Spendenprojekts steht das Wohl von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes. Sie haben in Schulen und Kitas manchmal mit sozialer Ausgrenzung zu kämpfen, an Klassenfahrten oder dem Schulsport können sie nur bedingt teilnehmen. Das liegt auch

daran, dass Lehrer und Erzieher im Umgang mit den Kindern und Jugendlichen oft unsicher sind. Hier setzt das Pilotprojekt „Diabetes in der Schule“ an. In Seminaren lernen Lehrer und Erzieher, ihre Unsicherheiten zu überwinden. Hinter dem Projekt stehen der Landesverband NRW der Selbsthilfeorganisation „Deutsche Diabetes Hilfe – Men-

»85 000 Euro gesammelt«

schen mit Diabetes“ sowie die Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Diabetologie der DDG. Die Schulungen werden derzeit nur in NRW angeboten, künftig sollen sie auch andernorts umgesetzt werden.

Die Öffentlichkeit auf das Anliegen aufmerksam machen

Das zweite Spendenprojekt soll eine größere politische Aufmerksamkeit für die Belange von Menschen mit Diabetes schaffen. „Diabetes-Stimme“ wurde von der „Digitalen Allianz Typ 2“ initiiert, einem Zusammenschluss von 17 Verbänden, Organisationen, Verlagen und

Fachgesellschaften, auch die DDG ist vertreten. Das Ziel ist es, vor allem Menschen mit Typ-2-Diabetes stärker zu vernetzen und ihre Anliegen zu bündeln. Dafür melden sich auch Prominente als sogenannte „Lautsprecher“ zu Wort – etwa der Moderator Harry Wijnvoord. Die Gala verläuft offenbar auch in ihrer Online-Version erfolgreich: Bereits im Oktober gingen durch die Großspenden einiger Pharmaunternehmen 85 000 Euro bei diabetesDE für die beiden Projekte ein. Isa

bit.ly/diabetes-charity-gala

Antidiabetikum bei COVID-19 im Test

Grundsatzfragen zum wissenschaftlichen Austausch in Zeiten der Pandemie

BOCHUM. Laut zwei italienischen Studien ging die Gabe eines DPP4-Hemmers mit milderem COVID-19-Verläufen bei Patienten mit Typ-2-Diabetes einher. Experten ordnen die vorläufigen Ergebnisse ein.

In einer retrospektiven Fall-Kontroll-Studie fand ein Forscherteam um Dr. SEBASTIANO SOLERTE, Universität Pavia, bei COVID-19-infizierten Patienten mit Typ-2-Diabetes unter Sitagliptin eine um mehr als die Hälfte reduzierte Sterblichkeit.¹ Und in einer von Wissenschaftlern um Dr. MARCO MIRANI, Humanitas Clinical and Research Center, Milan, vorgelegten Studie deuten die Ergebnisse auf eine Wirksamkeit von DPP4-Inhibitoren hin.² Doch in dieser Studie wurden nur 11 Diabetes-Typ-2-Patienten DPP4-Inhibitoren behandelt. Von diesen starb einer, während von den 79 nicht mit DPP4-Inhibitoren behandelten Studienteilnehmern 37 starben. Eine vorbestehende Insulintherapie war mit einer dreifach höheren Sterblichkeit verbunden. Angesichts der dramatischen Ausmaße der COVID-19-Pandemie und des Mangels an effektiven Therapien stellen Professor Dr. MICHAEL NAUCK und Professor Dr. JURIS MEIER, Ruhr Universität Bochum, in



Künstliche Beatmung war unter DPP4-Hemmung wohl seltener nötig.

Foto: Morsa Images – stock.adobe.com

einem Kommentar die Frage ob es gerechtfertigt ist, DPP4-Inhibitoren auf der Basis dieser Studien bereits jetzt in aktuelle Behandlungskonzepte zu integrieren.³ Der in den beiden italienischen Studien dokumentierte Benefit bewegte sich in einer Größenordnung, die alle bisher verfügbaren Therapieoptionen übertrifft, betonen die Autoren. Andererseits entsprechen die Untersuchungen nicht den methodischen Anforderungen. Nicht nur fehlen in der Studie von Solerte et al. Randomisierung, Verblindung und Placebovergleich, auch die Maßgaben für eine retrospektive Daten-

analyse seien nicht voll erfüllt. Auch seien Zweifel angebracht, ob die beiden Behandlungsgruppen tatsächlich vergleichbar waren, betonen die Autoren. Dasselbe gelte für die Studie von Mirani et al. – die wenigen mit DPP4-Inhibitoren behandelten Patienten wiesen u.a. niedrigere Entzündungswerte und eine geringere Komorbidität auf.

»Zweifel angebracht«

Für einen positiven Effekt von DPP4-Inhibitoren in der COVID-19-Therapie spricht deren Wirkmechanismus. Solerte et al. argumentieren mit experimentellen Studien, denen zufolge das Virus beim Entern der Wirtszellen an das Oberflächenprotein DPP4 andockt. Laut Experten ist ein solcher Mechanismus allerdings spekulativ. Sie verweisen auf einen potenziellen Wirkmechanismus, der auf einer Interaktion des viralen Spikeproteins und DPP4 beruhen könnte: Denn unter DPP4-Inhibitoren steigt – in Mausversuchen – die Konzentration von löslichem DPP4 im Blut, wodurch Viren möglicherweise frühzeitig abgefangen werden.

In ihrem Kommentar thematisieren die Experten die Grundsatzfrage, ob die Pandemie, verursacht durch eine bis dato nicht vollständig entschlüsselte Erkrankung, es rechtfertigt, die wissenschaftlichen Standards zu senken. Dafür spricht: Ein schneller wissenschaftlicher Austausch, auch von vorläufigen Ergebnissen, kann die Entwicklung von Behandlungsstrategien beschleunigen – und Leben retten. Doch die frühe Veröffentlichung von medizinischen Beobachtungen, bevor diese einer gründlichen wissenschaftlichen Beurteilung unterzogen wurden, kann

Mortalität mehr als halbiert

In einer retrospektiven Fall-Kontroll-Studie wurde bei 338 COVID-19-Patienten mit Typ-2-Diabetes nach stationärer Einweisung die bestehende antidiabetische Therapie abgesetzt und auf Insulin umgestellt.¹ 169 Patienten erhielten zusätzlich Sitagliptin (einmal täglich 100 bzw. 50 mg bei reduzierter eGFR). 169 laut Forschern ähnliche Kontrollpatienten wurden nicht mit dem DPP4-Inhibitor behandelt. Alle Patienten litten an Pneumonie, die Sauerstoffsättigung lag unter 95%. In der Sitagliptin-Gruppe starben 31 Patienten (18%) im Vergleich zu 63 Patienten (37%) in der Kontrollgruppe (HR 0,44). Intensivmedizinische Betreuung sowie künstliche Beatmung waren zudem unter Sitagliptin seltener erforderlich (HR 0,51 bzw. 0,27). Innerhalb von 30 Tagen konnten 120 der mit Sitagliptin behandelten Patienten die Klinik verlassen, bei den Kontrollpatienten waren es dagegen 89.

zu falschen Therapieentscheidungen führen – wie bei Hydroxychloroquin. Es gelte daher nun, die Daten in kontrollierten Studien zu prüfen. Und zu klären, ob auch COVID-19-Patienten ohne Diabetes von DPP4-Hemmern profitieren. *via*

1. Solerte SB et al. Diabetes Care 2020; doi: 10.2337/dc20-1521; 2. Mirani M et al. Diabetes Care 2020; doi: 10.2337/dc20-1340; 3. Nauck MA, Meier JJ. Diabetes Care 2020; doi: 10.2337/dci20-0062

ECHT* WAHRGENOMMEN

Nachweislich weniger Hypoglykämien¹



-72%



-50%

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

dexcom.com/fachpersonal

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

dexcomG6

- HOHE MESSGENAUIGKEIT ÜBER ALLE GLUKOSEBEREICHE²
- INDIVIDUELLE WARNUNGEN, HYPO³-VORWARNUNG (ULS), HYPOSICHERHEITSALARM
- AUTOMATISCHE GLUKOSEWERTE UND WARNUNGEN KONTINUIERLICH MIT BIS ZU 5 FOLLOWERN TEILEN⁴



INTEROPERABEL:
ERSTES SYSTEM, DAS DIE
FDA-ANFORDERUNGEN ALS ICGM ERFÜLLT⁵

Smartphone/Smartwatch nicht im Lieferumfang enthalten
◇ Wenn die Warnungen zu den Gewebuglukosewerten und die Messwerte auf dem G6-System nicht den Symptomen oder Erwartungen entsprechen, sollte der Patient ein Blutzuckermessgerät verwenden, um Behandlungsentscheidungen zu seinem Diabetes zu treffen. | 1 Heine mann et al. Lancet. 2018;391(10128):1367–1377. (rtCGM ggü. SMBG, Ergebnisse ggü. Baseline, p < 0,0001) | 2 Shah et al. Diabetes Technol Ther. 2018;20(6):428–433 | 3 Hypo = Hypoglykämie | 4 Zur Übertragung von Daten ist eine Internetverbindung erforderlich. Zum Folgen ist die Verwendung der Follow App erforderlich. 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 | 5 Food and Drug Administration (FDA) www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-authorizes-first-fully-interoperable-continuous-glucose-monitoring-system-streamlines-review | Dexcom, Dexcom G6, Dexcom Follow, Dexcom Share sowie Dexcom CLARITY sind eingetragene Marken von Dexcom, Inc. in den USA und können in anderen Ländern eingetragen sein. © 2020 Dexcom, Inc. Alle Rechte vorbehalten. | www.dexcom.com | +1.858.200.0200 | Dexcom, Inc. 6340 Sequence Drive San Diego, CA 92121 USA | MDSS GmbH, Schiffgraben 41, 30175 Hannover, Germany

Auf dem Weg zur digitalen Psychotherapie?

Noch sind begleitete Interventionen reinen Selbsthilfeangeboten vorzuziehen

WÜRZBURG. Internet- und appbasierte Angebote für psychische Störungen sind auf dem Vormarsch. Es gibt viel Potenzial, aber auch noch deutliche Einschränkungen, wie Dr. Dipl.-Psych. Severin Hennemann bei der Tagung der Arbeitsgemeinschaften Diabetes und Psychologie sowie Diabetes und Technologie aufzeigte.

DR. HENNEMANN arbeitet in der Abteilung für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Experimentelle Psychopathologie der Johannes Gutenberg-Universität Mainz. Die Digitalisierung lässt sich insbesondere an zwei aktuellen Entwicklungen beobachten, sagt der Psychologische Psychotherapeut. Erstens: Wegen der COVID-19-Pandemie haben Psychotherapeuten vielfach von Präsenzkontakten auf Videosprechstunden umgestellt. Eine Umfrage der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung unter knapp 4500 Psychotherapeutinnen und -therapeuten im April 2020 ergab allerdings, dass 73 % die Videosprechstunde für „weniger wirksam“ als die direkte Therapie erachteten. Die Hälfte fand sie „anstrengend“. Immerhin meinten 57 %, sie würden die Videosprechstunde künftig weiter nutzen.

Nachgewiesene Wirksamkeit von Internetinterventionen

Zweitens: Mit den sog. Digitalen Gesundheitsanwendungen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte geprüft und seit Oktober für die Verordnung auf Kassenrezept gelistet werden, wird



Dr. Severin Hennemann
Psychologisches Institut
Universität Mainz
Foto: Jan Becker

im deutschen Gesundheitswesen Neuland betreten. Welchen nachhaltigen Effekt das für die Versorgung psychischer Störungen haben wird, bleibt abzuwarten.

Internetinterventionen sind dahingegen nicht neu und für fast alle psychischen Störungen untersucht worden, vor allem als begleitete Selbsthilfe, berichtet Dr. Hennemann. Die Studien zeigten überwiegend positive Wirksamkeitsnachweise dieser Programme. Die Begleitung erfolge häufig asynchron, d.h. über Textnachrichten oder therapeutisches Feedback, und sei eher als Zusatzangebot mit dem Ziel der Förderung der Adhärenz bzw. des Selbstmanagements der Nutzer zu verstehen.

Der Wissenschaftler nannte in seinem Online-Vortrag bei der Tagung der beiden AGs Beispiele für digitale

Angebote. So könne etwa bei leichter bis mittelgradiger Depression die begleitete Selbsthilfe „iFightDepression“ empfohlen werden, „gerade da diese von Ärzten und Psychotherapeuten betreut sein muss“. Sie basiert auf Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie und ist kostenlos in zwölf Sprachen verfügbar.

Online-Interventionen können ähnlich effektiv sein wie bekannte Formate der Einzel- und Gruppentherapie, sagt Dr. Hennemann. Und auch die therapeutische Allianz sei bei begleiteten Angeboten hierzu vergleichbar. Der Psychotherapeut schränkt jedoch ein: „Nicht für alle Phasen der Versorgung haben wir belastbare Evidenz, etwa für den Einsatz zur Überbrückung der Wartezeit, in Verzahnung mit der Präsenztherapie oder als Nachsorgemaßnahmen.“

Als eines der wenigen Beispiele für eine sowohl in RCTs wie auch in der Routineversorgung untersuchte unbegleitete Intervention zur präventiven Selbsthilfe bzw. Symptomreduktion bei Depression stellte Dr. Hennemann moodgym.de vor. Das frei verfügbare Angebot basiert ebenfalls auf kognitiver Verhal-

»Forschungsprojekte landen wieder in der Schublade«

»Kombination mit IT-Tools«

tenstherapie und ist anonym durchführbar. Stiftung Warentest befand es „empfehlenswert“.

Kaum befragt sei die wachsende Anzahl an Apps für psychische Probleme. Diese seien für Nutzer attraktiv aufgrund ihrer Verfügbarkeit und Flexibilität. Zwei von drei Smartphone-Besitzern nutzen bereits Gesundheits-Apps aus verschiedenen Bereichen. In systematischen Übersichtsarbeiten zu chronischem Schmerz, Depression und Angststörungen konnten jedoch bislang fast keine wissenschaftlich evaluierten oder mit Fachleuten entwickelten Apps identifiziert werden.

Korrekte Diagnosen mithilfe von Chatbots und Algorithmen?

Auch Apps zu diagnostischen Zwecken sind im Kommen. Diese nutzen z.B. Chatbots, die dem Nutzer Fragen stellen; ein Algorithmus versucht, die Antworten entlang eines diagnostischen Pfades in diagnostische Empfehlungen zu übertragen. Wie gut kann eine solche App psychische Störungen erkennen? Das sei vom Benutzer und von der Diagnose abhängig, sagt Dr. Hennemann. In der Mainzer Therapieambulanz laufen dazu Untersuchungen. „Derzeit deuten zumindest unsere Studien darauf hin, dass eine Gesundheits-App, bei der Patienten Symptome eingeben und sich erhoffen, mit hoher Sicherheit eine korrekte Diagnose zu bekommen, im Bereich psychischer Störungen vielleicht noch nicht so weit ist.“

Es sei durchaus denkbar, dass künstliche Intelligenz künftig nicht nur zur Diagnostik, sondern auch für therapeutische Funktionen und Entscheidungsprozesse genutzt werden könne. Bis zur Praxistauglichkeit

dieser Technologien sei aber noch ein Weg zu gehen.

Unbegleitete Programme und Apps hätten zudem oft hohe Abbruchraten, was bei Nutzern Frustration und Gefühle der Hilflosigkeit verstärken könne. Ein weiteres Problem sei ein unzureichender Datenschutz. Die Vertrauenswürdigkeit von Gesundheits-Apps sei deshalb oft eingeschränkt. Vieles deute daher darauf hin, dass begleitete Interventionen unbegleiteten, d.h. reinen Selbsthilfeangeboten, noch vorzuziehen sind. Programme aus Forschungsprojekten sind bisher kaum bis gar nicht in der Regelversorgung angekommen, möglicherweise weil der Fokus vor allem auf Wirksamkeits- und weniger auf Effektivitätsstudien lag. Ein Fazit von Dr. Hennemann lautet daher: „Was gut befragt ist, findet kaum den Weg in die Praxis, viele Forschungsprojekte landen wieder in der Schublade. Was für die Praxis angeboten wird, ist dagegen kaum gut befragt.“

Vielversprechend für die Versorgungsrealität sei die Kombination von digitalen Tools mit Therapie-sitzungen vor Ort, sog. Blended Psychotherapie. Bei einer Umfrage der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz gab nur jeder vierte Therapeut an, digitale Tools – selten bis häufig – zu nutzen. 65 % können sich allerdings eine künftige Nutzung „vorstellen“.

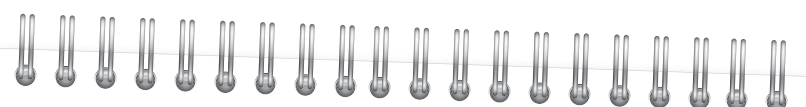
Kompetenzerwerb in Sachen Digitalisierung ist zu fördern

Wichtig sei es, dass Patienten und Behandler auf Basis ihrer Erfahrungen und Erfordernisse die Digitalisierung aktiv mitgestalten. Dazu gehöre auch, deren Digitalkompetenzen zu fördern, damit sie Indikation, Qualität und Anwendung von digitalen Angeboten beurteilen und sich in diesem wachsenden Markt orientieren können. REI

Videomitschnitt von der Tagung „Mensch und Technik“ 25.–27.9.2020



Foto: Abdul Qaiyoom – stock.adobe.com



Gemeinsame virtuelle Tagung

Erstmals veranstalteten die Arbeitsgemeinschaften „Diabetes und Psychologie“ und „Diabetes und Technologie“ Ende September eine gemeinsame Tagung. Unter dem Leitthema „Mensch und Technik: Den Diabetes gemeinsam gestalten“ fand die Veranstaltung digital statt. „Die Tagung war ein schöner Erfolg“, berichtet Professor Dr. Bernhard Kulzer, 1. Vorsitzender der AG Diabetes und Psychologie. „Wir hatten mehr als 500 Zuhörer und die fünf Workshops am Sonntag waren mit jeweils 25 Teilnehmern alle ausgebucht.“ Das Interesse spreche dafür, dass es sich bei der Schnittstelle „Mensch und Technik“ um ein wichtiges Thema handelt. Die AGs würden sich freuen, wenn das Interesse an einer solchen Tagung auch künftig besteht. Auf der Tagung verabschiedete sich der langjährige Vorsitzende der AGDT, Professor Dr. Lutz Heinemann. Die Vorstandsmitglieder Sandra Schlüter und Dr. Guido Freckmann führen die Vorstandsarbeit weiter (siehe S. 17). Die AGs bedanken sich bei den Referentinnen und Referenten für ihr Engagement sowie bei den Sponsoren, die die Tagung unterstützt haben.

Einfach Toujeo®

Insulintherapie mit
starkem Sicherheitsprofil^{1,2}

5 JAHRE
Toujeo®




EINFACH STABIL

Flacheres Wirkprofil³ für einen gleichmäßigeren Blutzuckerspiegel über den ganzen Tag vs. LANTUS®⁴

EINFACH SICHERER

Geringeres Hypoglykämierisiko bei Typ-2-Diabetespatienten vs. LANTUS®¹

Einfach von Anfang an!


Toujeo®
Insulin glargin 300 E/ml

1 Ritzel R et al. Diabetes Obes Metab 2015; 9: 859-67; 2 Danne T et al. Diabetes Obes Metab 2020; doi: 10.1111/dom.14109; 3 Toujeo® Fachinformation, Stand Januar 2020; 4 Bergenstal RM et al. Diabetes Care 2017; 40: 554-60.

Toujeo® 300 Einheiten/ml SoloStar®, Injektionslösung in einem Fertigpen - Toujeo® 300 Einheiten/ml DoubleStar™, Injektionslösung in einem Fertigpen

Wirkstoff: Insulin glargin. **Zusammensetzung:** 300 Einheiten Insulin glargin/ml (entsprechend 10,91 mg) SoloStar-Pen: Ein Pen enthält 1,5 ml Injektionslösung, entsprechend 450 Einheiten. DoubleStar-Pen: Ein Pen enthält 3 ml Injektionslösung, entsprechend 900 Einheiten. **Sonst. Bestandt.:** Zinkchlorid, Metacresol (Ph. Eur.), Glycerol, Salzsäure, Natriumhydroxid, Wasser für Injektionszwecke. **Anw.-Geb.:** Diabetes mellitus bei Erwachsenen, Jugendlichen u. Kindern ab 6 Jahren. **Gegenanz.:** Überempfindlich, gegen d. Wirkstoff/sonstige Bestandf. **Warnhinw. u. Vorsichtsm.:** Bei diabet. Ketoazidose Empfehl. von Normalinsulin i. v. Verstärkte Überwach. d. Blutzuckers b. Hypoglykämie b. Risiko kardialer oder zerebraler Komplikationen sowie proliferativer Retinopathie. Stoffwechselüberwachung b. interkurrenten Erkrank. B. Komb. m. Pioglitazon Anzeich. u. Symptome v. Herzinsuff., Gewichtszunahme u. Ödemen müssen beobachtet werden. Bei Verschlechterung d. kard. Symp. Pioglitazon absetzen. **Wechselwirk.:** Dosisanpassung bei antihyperglykämischen Arzneimitteln, Angiotensin-Converting-Enzym (ACE)-Hemmern, Disopyramid, Fibraten, Fluoxetin, Monoaminoxidase (MAO)-Hemmern, Pentoxifyllin, Propoxyphen, Salicylaten u. Sulfonamid-Antibiotika, Kortikosteroiden, Danazol, Diazoxid, Diuretika, Glukagon, Isoniazid, Östrogenen und Progestagenen, Phenothiazin-Abkömmlingen, Somatropin, Sympathomimetika (z. B. Epinephrin [Adrenalin], Salbutamol, Terbutalin), Schilddrüsenhormonen, atypischen Antipsychotika (z. B. Clozapin u. Olanzapin) u. Proteaseinhibitoren. Fehlende o. abgeschw. Symptome d. adrenergen Gegenregulation bei Betablockern, Clonidin, Guanethidin und Reserpin. Verstärk. od. Abschw. d. blutzuckersenk. Wirkung d. Betablocker, Clonidin, Lithiumsalze od. Alkohol. **Fertilität, Schwangersch. u. Stillz.:** Kann i. d. Schwangersch. angewen. werden, wenn notwendig. Bei Stillenden Anpassung d. Dosis u. d. Ernährung. **Nebenwirk.:** Seltene allerg. Reaktionen. **Stoffwechsel/Ernährungsstör.:** Sehr häufig Hypoglykämie. **Nervensyst.:** Sehr selten Geschmacksstör. **Augen:** Seltene Sehstörungen, Retinopathie. **Haut/Unterhautzellgeweb.:** Häufig Lipohypertrophie, gelegentl. Lipodystrophie, nicht bekannt kutane Amyloidose. **Skelettmusk./Bindegew./Knochen:** Sehr selten Myalgie. **Allg./Verabr.ort:** Häufig Reakt. a. d. Einstichstelle, selten Ödeme. **Verschreibungspflichtig.** Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, D 65926 Frankfurt am Main, Deutschland. **Stand:** Januar 2020 (SADE.TJO.20.02.0376).

Lantus® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Patrone - Lantus® SoloStar® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einem Fertigpen - Lantus® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Durchstechflasche

Wirkstoff: Insulin glargin. **Zusammensetzung:** 1 ml enthält 100 Einheiten Insulin glargin (entsprechend 3,64 mg). Sonstige Bestandteile: Zinkchlorid, m-Cresol, Glycerol, Salzsäure, Natriumhydroxid, Wasser für Injektionszwecke, (Durchstechflasche 10 ml Polysorbat 20). **Anwendungsgebiete:** Zur Behandlung von Diabetes mellitus bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern im Alter von 2 Jahren und älter. **Dosierung, Art und Dauer der Anwendung:** Lantus® enthält Insulin glargin, ein Insulinanalogon mit einer lang anhaltenden Wirkdauer. Lantus® sollte einmal täglich zu einer beliebigen Zeit, jedoch jeden Tag zur gleichen Zeit, verabreicht werden. Dosierung und Zeitpunkt der Verabreichung von Lantus® sollten individuell festgelegt werden. Bei Patienten mit Typ-2-Diabetes kann Lantus® auch zusammen mit oralen Antidiabetika gegeben werden. Lantus® wird subkutan verabreicht. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder einem der sonstigen Bestandteile. **Warnhinweise/Vorsichtsmaßnahmen:** Nicht das Insulin der Wahl bei diabetischer Ketoazidose. Umstellung auf anderen Insulintyp/-marke/-ursprung nur unter strenger ärztlicher Überwachung. Bei Kombination mit Pioglitazon Herzinsuffizienz möglich, besonders bei Patienten mit Risikofaktoren. Bei Verschlechterung der kardialen Symptomatik Pioglitazon absetzen. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Hypoglykämie. Häufig: Reaktionen an der Einstichstelle, Lipohypertrophie. Gelegentlich: Lipodystrophie, nicht bekannt kutane Amyloidose. Seltene: Allergische Reaktionen, Ödeme, Sehstörungen, Retinopathie. Sehr selten: Myalgie, Geschmacksstörung. Im Allgemeinen ist das Sicherheitsprofil bei Kindern und Jugendlichen (< 18 Jahre) ähnlich dem bei Erwachsenen. **Verschreibungspflichtig.** Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, D-65926 Frankfurt am Main, Deutschland. **Stand:** Januar 2020 (SADE.GLA.20.02.0477).

SANOFI 

Medizin & Markt



Foto: iStock/AzmanJaka

Gegensätzliche Empfehlungen

Diabetestherapie nach aktuellem Wissensstand

➔ Virtuelles Meet-the-Expert – Boehringer Ingelheim & Lilly

INGELHEIM. Nach anerkanntem fachlichen Standard zu behandeln, bedeutet bei Diabetes Typ 2, aus unterschiedlichen Leitlinien die richtige auszuwählen. Hausärzte sollten sich dabei derzeit an den Empfehlungen von diabetologischen Fachgesellschaften orientieren.

Dass sich Leitlinienempfehlungen mitunter nicht ohne weiteres befolgen lassen, verdeutlichte Dr. PETRA SANDOW, Allgemeinmedizinerin aus Berlin, am Beispiel des Typ-2-Diabetes. Wer die Stoffwechselerkrankung als Hausarzt regelgerecht behandeln will, sitzt schnell zwischen den Stühlen, so die Referentin. Da ist nämlich die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), für die nach Metformin

nur Insulin und Sulfonylharnstoffe infrage kommen – ein Vorgehen, das so von keiner diabetologischen Fachgesellschaft geteilt wird. Europäer, Amerikaner und die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) empfehlen übereinstimmend, die Behandlung am Risikoprofil des Patienten auszurichten. Sie haben vor allem die SGLT2-Inhibitoren und GLP1-Rezeptoragonisten aufgewertet. Patienten mit hohem kardiovaskulärem Risiko sollen einen dieser Wirkstoffe in der Zweitlinie bekommen, wobei speziell für Patienten mit Nierenschäden oder Herzinsuffizienz SGLT2-Inhibitoren die erste Wahl darstellen.

Das stützt sich vor allem auf die Ergebnisse der EMPA-REG-Outcome-Untersuchung, in der Empagliflozin (Jardiance®) zusätzlich zur üblichen kardiovaskulären und antidiabetischen Therapie das Risiko für Herz-

tod und Hospitalisierung wegen Herzinsuffizienz signifikant gesenkt hat, berichtete Professor Dr. MARCEL ROOS vom Diabeteszentrum Bogenhausen in München. Inzwischen liegt mit EMPRISE auch eine Real-World-Studie vor, die zeigt, dass sich diese Ergebnisse im Praxisalltag widerspiegeln. Die European Society for Cardiology (ESC) geht in ihrer Diabetesleitlinie noch einen Schritt weiter und empfiehlt Empagliflozin bzw. den GLP1-Rezeptoragonisten Liraglutid aufgrund des deutlichen Nutzens bereits für therapienaive Patienten mit hohem bis sehr hohem kardiovaskulärem Risiko. In diesem Punkt entspricht die Leitlinie nicht der Indikation laut Fachinformation, merkte Dr. Sandow an. Was also tun angesichts widersprüchlicher Empfehlungen? Dr. Sandow riet den hausärztlichen Kollegen eindringlich davon ab, sich nach der Devise „ist ja meine Fachgesellschaft“ an die DEGAM-Leitlinie zu halten. Denn deren Vorgabe entspreche nicht mehr dem aktuellen Wissensstand. Ihr zu folgen, stehe im Widerspruch zu geltendem Recht, stellte die Referentin klar. *ara*

Virtuelles Meet-the-Expert, Glyxambi® als Mitglied der Jardiance®-Familie: Was bringt die orale Fixkombination für die Diabetestherapie?; Veranstalter: Boehringer Ingelheim und Lilly

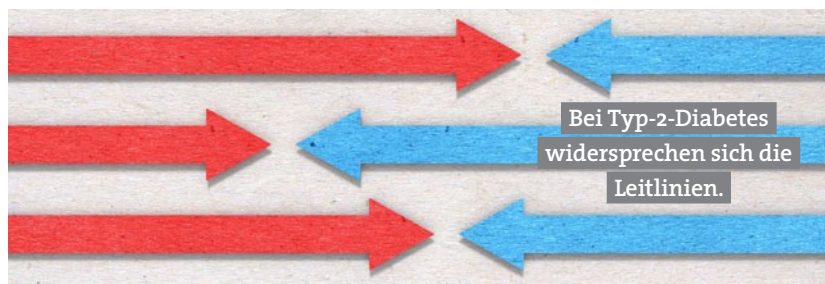


Foto: bht2000 – stock.adobe.com

Diabetes telemedizinisch behandeln

Echtzeit-Glukosemessung auch in der Schwangerschaft

➔ Symposium – Dexcom

MAINZ. Die kontinuierliche Blutzuckerkontrolle bietet viele Möglichkeiten im Stoffwechselmanagement bei Typ-1-Diabetes. Das gilt auch und besonders für die Zeit der Coronapandemie.

Die interstitielle Glukosemessung mit real-time-Systemen zum kontinuierlichen Monitoring (rtCGM) wie dem Dexcom G6 samt zugehöriger Software ermöglicht es, dass Diabetespatienten wie Behandlungsteam jederzeit einen umfassenden Überblick über die Stoffwechsellage haben können. Die Software Dexcom CLARITY® etwa stellt nicht nur den ständigen Zugriff auf die Blutzuckerwerte her. Die Veränderungen im Stoffwechsel werden mit dem webbasierten Programm auch grafisch aufbereitet.

Nach den Erfahrungen von Dr. OLIVER SCHUBERT-OLESEN aus Buxtehude sind diese Diagramme für den Patienten gut verständlich und sehr hilfreich, wenn es darum geht, Schwachpunkte in der glykämischen Kontrolle aufzuspüren. Muster und Trends werden offensichtlich, so der Diabetologe. Bewährt habe es sich auch, einen „besonders guten Tag“ auszuwählen und mit dem Patienten zu diskutieren, was während dieser Zeit besser gelaufen ist als sonst. Dies alles sei auch sehr gut in Videosprechstunden möglich, so Dr. Schubert-Olesen. Und die hätten seinem Eindruck nach viele Patienten während der Coronapandemie zu schätzen gelernt. Besonders Schwangere können von CGM-Systemen profitieren, sagte Professor Dr. MICHAEL HUMMEL, niedergelassener Diabetologe aus

Rosenheim. Er hob die Bedeutung eines HbA_{1c}-Wertes < 7,0 % schon vor Beginn der Schwangerschaft hervor, besser seien < 6,5 %. Denn die fetale Fehlbildungsrate korrelierte mit dem perikonzeptionellen HbA_{1c}. In vielen Studien ist nachgewiesen worden, dass die kontinuierliche Glukosemessung das HbA_{1c} bei Schwangeren stärker senken kann als die herkömmliche Blutzuckerkontrolle, und dass werdende Mütter mit CGM länger im Glukosezielbereich liegen. Verkürzen sich diese Phasen auch nur um 5 %, steigt das Risiko, dass die Kinder bei Geburt zu groß sind. Die Neugeborenen müssen dann auch öfter intensivmedizinisch betreut werden, und sie zeigen häufiger neonatale Hypoglykämien. Bei Frauen mit Typ-1-Diabetes mit Kinderwunsch werden die Kosten für die CGM in der Regel problemlos von den Krankenkassen übernommen, wusste der Diabetologe zu berichten. Beginnen sollte man die kontinuierliche Messung nach Möglichkeit schon vor der Konzeption. *MW*

Digitales Symposium „Update 2020: Echt* Interoperabel – iCGM-Strategie ist jetzt Realität“; Veranstalter: Dexcom

NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

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

Dreifach gegen Diabetes

Kardiovaskulärer Schutz durch GLP1-RA

➔ Online-Presskonferenz – Novo Nordisk MAINZ. In der SUSTAIN-6-Studie sank mit Semaglutid das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse bei Patienten mit Typ-2-Diabetes. Hierfür sprach der G-BA dem Präparat einen Zusatznutzen aus.

Seit Anfang 2020 steht mit Semaglutid (Ozempic®) ein GLP1-Rezeptoragonist (GLP1-RA) zur Verfügung, der neben der Senkung von Blutzucker und Körpergewicht auch Vorteile mit Blick auf das Herz-Kreislauf-Risiko hat, erläuterte Professor Dr. MICHAEL NAUCK, Ruhr-Universität Bochum. Im direkten Vergleich senkte Semaglutid 1 mg das HbA_{1c} deutlicher als Dulaglutid 1,5 mg, und mehr Patienten erreichten einen HbA_{1c}-Wert unter 7 %, berichtete der Diabetologe. Auch bei der Gewichtsabnahme zeigte sich Semaglutid dem Vergleichspräparat signifikant überlegen (minus 6,5 kg vs. minus 3 kg).

Laut Leitlinien soll der Typ-2-Diabetes heute wesentlich differenzierter angegangen werden, legte der Referent dar. So sind bei manifesten arterio-

sklerotischen Erkrankungen oder hohem kardiovaskulärem Risiko Substanzen wie GLP1-Rezeptoragonisten oder SGLT2-Inhibitoren indiziert, für die eine Senkung des Herz-Kreislauf-Risikos belegt ist.

Für Semaglutid konnten solche Schutzeffekte in der SUSTAIN-6-Studie gezeigt werden. Im Vergleich zu Placebo, zusätzlich zur Standardtherapie, reduzierte das Antidiabetikum die Wahrscheinlichkeit für schwere kardiovaskuläre Ereignisse (Dreipunkt-MACE) um 26 %. Zudem verbesserte sich die glykämische Kontrolle und das Körpergewicht sank. Nur 45 Patienten müssten über zwei Jahre mit Semaglutid behandelt werden, um einen kardiovaskulären Todesfall, einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu verhindern, erklärte Prof. Nauck. Aufgrund dieser Ergebnisse beschienigte der Gemeinsame Bundesausschuss dem Wirkstoff einen kardiovaskulären Zusatznutzen. *MW*

Online-Presskonferenz „Novo Nordisk-Symposium: Typ-2-Diabetes – wegweisend und vorausschauend therapieren“; Veranstalter: Novo Nordisk

Besondere Unterstützung für Ältere

➔ Pressemitteilung – Berlin-Chemie

BERLIN. Der SilverStar-Förderpreis der Firma Berlin-Chemie wurde zum neunten Mal vergeben, für herausragende Projekte und Personen, die ältere Menschen mit Diabetes in besonderer Weise unterstützen. Professor Dr. Katrin Singler wird ausgezeichnet für ihr geplantes Forschungsprojekt zur Identifizierung von Prädiktoren für ein erhöhtes Sturzrisiko. Dr. Michael Müller wird geehrt für das DIABETOMOBIL, ein speziell ausgestattetes Fahrzeug, das in München nicht-mobile Diabetespatienten eine fachärztlich-diabetologische Betreuung ermöglicht. Für sein langjähriges Engagement für Diabetespatienten erhält Dr. Wolf-Rüdiger Klare den Ehrenpreis für sein DiSKo-Schulungsmodul.

Antidiabetikum ohne Diabetes zugelassen

➔ Pressemitteilung – AstraZeneca

WEDEL. Erstmals hat ein SGLT2-Inhibitor von der EU-Kommission die Zulassung zur Behandlung bei symptomatischer chronischer Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion (HFrEF) bei Erwachsenen ohne Diabetesdiagnose erhalten, wie das Unternehmen berichtet. Der SGLT2-Hemmer Dapagliflozin (Forxiga®) kann nun bei Patienten mit und ohne Diabetes Typ 2 zum Einsatz kommen. Die Zulassungserweiterung beruht auf Daten der DAPA-HF-Studie, in der Dapagliflozin zusätzlich zur Standardtherapie gegenüber Placebo das Risiko des kombinierten primären Endpunkts (kardiovaskulär bedingter Tod oder Verschlechterung der Herzinsuffizienz) signifikant um 26 % verringerte.

RNA-basiert die Blutfette senken

➔ Pressemitteilung – Novartis

NÜRNBERG. In den klinischen Studien ORION-9, ORION-10 und ORION-11 ließ sich mit Gabe der small interfering RNA (siRNA) KJX839 (Inclisiran) zusätzlich zur maximal tolerierbaren Statintherapie eine Senkung des LDL-C-Spiegels um bis zu 52 % erreichen, teilte das Unternehmen mit. Das Präparat wurde nun zur Zulassung in Europa empfohlen, und zwar zur Behandlung bei erwachsenen Patienten mit primärer Hypercholinesterinämie (heterozygot familiär und nicht-familiär) oder gemischter Dyslipidämie zusätzlich zu diätetischer Therapie. In den Zulassungsstudien war der Wirkstoff in der Erhaltungphase zweimal pro Jahr subkutan injiziert worden.

Geistige Fitness im Alter bewahren

GLP1-Rezeptoragonist als Schutz vor kognitiven Defiziten

TEL AVIV. Bei Menschen mit Diabetes kommt es im Vergleich zu Stoffwechselfgesunden deutlich häufiger zu Demenzerkrankungen. Im Rahmen der REWIND-Studie beugte die Langzeitbehandlung mit Dulaglutid dem Nachlassen der geistigen Funktionen wohl vor.

Rund 13 % der über 65-jährigen und nahezu jeder vierte der über 75-jährigen Menschen mit Diabetes weisen kognitive Defizite auf, erläutern Wissenschaftler um Dr. TAL CUKIERMAN-YAFFE von der Universität Tel Aviv. Sie vermuten einen Zusammenhang zwischen kardiovaskulären Diabeteskomplikationen und dem Nachlassen der kognitiven Funktionen. Im Umkehrschluss müssten Herz-Kreislauf-protective Diabetesmedikamente demnach auch vor kognitiven Einschränkungen schützen. Ihre Hypothese überprüften sie im Rahmen einer Explorativanalyse der REWIND-Studie.

Studienteilnehmer mit kardiovaskulärer Vorbelastung

An dieser in 24 Ländern durchgeführten randomisierten Doppelblindstudie nahmen 9901 Menschen mit Typ-2-Diabetes im Alter über 50 Jahre teil, welche mit maximal zwei oralen Antidiabetika mit/ohne Basalinsulin behandelt wurden. Alle Patienten waren kardiovaskulär vorbelastet (vorangegangener Myokardinfarkt oder Schlaganfall, bekannte Mykardischämie, Hypertonie oder renale Funktionsstörung). Je etwa die Hälfte der Studienteilnehmer spritzten einmal pro Woche Dulaglutid bzw. Placebo. Bezüglich des primären Studienendpunkts, des kombinierten kardiovaskulären Outcomes (Myokardinfarkt, Schlaganfall, Tod), erwies sich der GLP1-Rezeptoragonist gegenüber Placebo bereits als signifikant überlegen.

In der aktuellen Analyse prüften die Forscher die Auswirkungen der medikamentösen Behandlung auf die kognitiven Leistungen der Studienteilnehmer. Gemäß Protokoll hatten alle Patienten vor Studienbeginn, nach zwei und fünf Jahren sowie bei Studienende jeweils zwei validierte Tests absolviert: den Montreal Cognitive Assessment (MoCA) sowie den Digit Symbol Substitution Test (DSST). Primärer Explorativendpunkt war das erstmalige Auftreten einer substanziellen kognitiven Beeinträchtigung, welche die Wissenschaftler als Abweichung von mindestens 1,5 Score-Punkten gegenüber Baseline-Durchschnitt definierten.

Nach einer medianen Nachbeobachtungszeit von 5,4 Jahren lagen von 4456 der mit Dulaglutid behandel-

»Zwei validierte Tests absolviert«

ten Patienten sowie von 4372 Teilnehmern unter Placebo Daten zum kognitiven Status vor. Berücksichtigten die Forscher den jeweils individuellen standardisierten MoCa- bzw. DSST-Basisscore, errechnete sich in der Dulaglutid-Gruppe ein signifikant um 14 % geringeres Risiko für kognitive Einschränkungen.



Kardiovaskuläre Komplikationen könnten ein Puzzlestein sein, um den Verlust kognitiver Funktionen bei Typ-2-Diabetes zu erklären.

Foto: iStock/IMrSquid

Die Ergebnisse deuten erstmals auf eine kognitiv-protective Wirkung eines GLP1-Rezeptoragonisten bei älteren, kardiovaskulär vorbelasteten Menschen mit Typ-2-Diabetes hin, so die Wissenschaftler. Weitere

randomisierte Studien müssen nun klären, ob dieser Effekt auch für weitere Wirkstoffe derselben Substanzgruppe gilt. JL

Cukierman-Yaffe T et al. Lancet Neurol 2020; 19: 582-590; doi:10.1016/S1474-4422(20)30173-3

MEDICAL TRIBUNE

JETZT NEU!

86,- €

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.

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
 Fax: 06 11 97 46 228 oder per Post



Ja, ich bestelle — Ex. Gebühren-Handbuch 2020 zum Preis von € 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 11/2020

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. Verantwortliche Stelle im Sinne der DSGVO ist: Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH, Unter den Eichen 5, 65195 Wiesbaden. Datenschutzerklärung unter www.medical-tribune.de/datenschutzbestimmungen/

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

»Kognitiv-protective Wirkung«

DIABETES KONGRESS 2021

Präzisionsmedizin – Eine Reise in die Zukunft der Diabetologie

12. – 15. Mai 2021, Online-Kongress

**JETZT
ANMELDEN!**

**Patientenorientierte
Diabetes-Technologien**

**Prävention:
Adipositas,
Prä-Diabetes,
Diabetes und
Komplikationen**

**Innovative
Therapiestrategien**

**Personalisierung: Genetik,
Biomarker, Big Data & Klinik**

www.diabeteskongress.de

**DIABETES
KONGRESS
2021 DDG**

Neu- oder re-zertifizierte Kliniken und Arztpraxen

(im Zeitraum 01.10. bis 29.10.2020)

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 4		
Klinikum Dortmund gGmbH, Klinikzentrum Mitte, Klinik für Geriatrie, Station E12	44137 Dortmund	Zert. Diabeteszentrum DDG
Praxis Dr. med. A. Krüger & Dr. med. K. Wellner-Wielowiejski	44534 Lünen	Fußbehandlung (ambulant)
St. Vincenz-Krankenhaus Datteln	45711 Datteln	Nebendiagnose Diabetes
Marien-Hospital Wesel, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	46483 Wesel	Zert. Diabeteszentrum DDG
Malteser Kliniken Rhein-Ruhr, St. Johannisstift Duisburg, Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie und Diabetologie	47198 Duisburg	Zert. Diabeteszentrum DDG
PLZ 5		
St. Katharinen Hospital Frechen GmbH	50226 Frechen	Nebendiagnose Diabetes

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 5		
Malteser Krankenhaus Seliger Gerhard, Bonn/Rhein-Sieg, Allgemeine Innere Medizin	53123 Bonn	Zert. Diabeteszentrum DDG
Agaplesion Allgemeines Krankenhaus Hagen, Klinik für Innere Medizin	58095 Hagen	Zert. Diabeteszentrum DDG
Diabetes Zentrum Hemer Maria Pollok / Regina Chmielewski	58675 Hemer	Zert. Diabeteszentrum DDG
PLZ 8		
RoMed Klinikum Rosenheim, Medizinische Klinik II	83022 Rosenheim	Zert. Diabeteszentrum Diabetologikum DDG
PLZ 9		
Internistische Gemeinschaftspraxis „Am Pflögler“, Schwerpunkt Diabetologie, Gastroenterologie und Kardiologie	94469 Deggendorf	Fußbehandlung (ambulant)
Ärztgemeinschaft Bad Staffelstein	96231 Bad Staffelstein	Zert. Diabeteszentrum DDG

Alle Beiträge unter: <https://bit.ly/Medienpreise2020>

Die DDG Medienpreise 2020

Herausragende journalistische Arbeiten ausgezeichnet

BERLIN. Wie gut oder schlecht werden Menschen mit Diabetes hierzulande versorgt? Wie wird Diabetes als Erkrankung wahrgenommen? Die drei Beiträge, die mit dem diesjährigen Medienpreis der DDG ausgezeichnet wurden, zeigen unter anderem, dass Diabetesprävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist.

Bereits zum siebten Mal hat die DDG ihre Medienpreise für herausragende journalistische Beiträge zum Thema Diabetes vergeben. Die Preise wurden im Rahmen der digitalen Diabetes Herbsttagung überreicht. Aus 32 Einreichungen wählte die Jury fünf Preisträgerinnen und Preisträger aus. Das Thema der diesjährigen Ausschreibung lautete „Diabetes in unserer Gesellschaft“. Es sollte Medienschaffende ermuntern, „sich intensiv mit der Volkskrankheit zu beschäftigen“, erklärte Professor Dr. BAPTIST GALLWITZ, DDG Mediensprecher und Vorsitzender der fünfköpfigen Jury. „Sowohl Betroffene als auch die gesamte Gesellschaft profitieren von gut recherchierten journalistischen Beiträgen – denn so werden sie für den Umgang mit der Erkrankung sensibilisiert.“

➔ Kategorie Fernsehen – Christine Seidemann und Ute Jurkovic

Ein Ort mitten in Schleswig-Holstein. Ort eines Experiments, das überall so stattfinden könnte. Drei Monate soll die Dorfgemeinschaft auf Zucker verzichten. In ihrem 45-minütigen TV-Beitrag „Tschüss Zucker – ein Dorf auf Entzug“ begleiten CHRISTINE SEIDEMANN und UTE JURKOVIC die Bewohner, von denen einzelne bereits mit Typ-2-Diabetes, andere mit Übergewicht oder auffälligen Blutwerten leben. Von den 65 Anfangsteilnehmern halten etwas mehr als die Hälfte bis zum Schluss durch. Viele von ihnen nehmen im Verlauf der drei Monate ab. Manche fühlen sich fitter, andere zumindest nicht schlechter als ohne Süßigkeiten. Der Zuckerverzicht schweißst die Dorfgemeinschaft zusammen. Der Fernsehfilm wurde am 2. September 2019 im Norddeutschen Fernsehen ausgestrahlt. Besonders anerkennend hebt die Jury hervor, dass der

gesellschaftliche Zusammenhang und die Relevanz des Themas Übergewicht und Typ-2-Diabetes gleich zu Beginn aufgegriffen und eingeordnet werden.

➔ **Kategorie Print – Stefan Scheytt**
Um „geteilte Verantwortung“ geht es im gleichnamigen Beitrag von STEFAN SCHEYTT. Am Beispiel zweier Teenager mit Typ-2-Diabetes zeigt der Autor, dass der Kampf gegen Diabetes neben einem anderen Verhalten der Betroffenen gleichzeitig auch anderer Verhältnisse bedarf. Scheytt erklärt anschaulich, warum Experten Steuern auf süße Getränke, eine bessere Lebensmittelkennzeichnung und weniger an Kinder und Jugendliche gerichtete Werbung für Süßigkeiten fordern. Der Beitrag wurde in „Gesundheit in Zahlen 2019“ veröffentlicht, den das Magazin brand eins im Auftrag der IKK classic herausgibt. „Der Artikel ist journalistisch sehr gut aufbereitet. Zudem werden viele seriöse Quellen einbezogen und es kommen zwei Betroffene sowie zahlreiche Experten zu Wort“, so die Begründung der Jury.

➔ Kategorie Online – Dr. Gaby Allrath und Doris Hammerschmidt

Den Preis in der Kategorie Online erhalten DR. GABY ALLRATH und DORIS HAMMERSCHMIDT für die seit Juli 2020 laufende Podcastreihe „Doc2Go – Dein Diabetes-Podcast zum Mitlaufen“, produziert im Auftrag von DiabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe. Hintergrund ist die Coronakrise, die bei vielen Menschen zu Bewegungsmangel führt. Um die Motivation für Bewegung im Freien zu fördern, gehen in jeder 30-minütigen Podcastfolge jeweils ein Arzt und ein Patient virtuell miteinander spazieren und sprechen über Bewegung, Ernährung und Diabetestherapie. Abonnenten des Kanals können beim Zuhören selbst spazieren gehen. „Die Idee der Podcastreihe ist sehr originell“, erklärte Prof. Gallwitz, „zudem werden zahlreiche Bezüge zu aktuellen Themen – wie zur Corona-Pandemie – und zu neuen Diabetestechnologien hergestellt.“ dz

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

Dr. med. Ioana Ruxandra Agaftei, Magdeburg
Antoneta Diana Cartis, Schwerte
Dr. med. Fabian Sibbersen, Harrislee
Ferdinand von Wnuck-Lipinski, Münster
Dr. med. Jana Buschmann, Bergkamen
Eriola Lau, Mönchengladbach
Ioannis Sfakianakis, Osnabrück
Ratibah Thaher, Düsseldorf
Dr. med. Ali Halboos, Wuppertal
Dr. med. Uli Mohren, Bernried
Dr. med. Denis A. Biró, Tübingen
Dr. med. David Scholten, Herdecke
Peter Everding, Ladbergen

Noch kein DDG-Mitglied?

Überzeugen Sie sich von den Vorteilen!



Foto: iStock/Infadel

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

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

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

Mitglieds-
Antrag
auch
online



Ihr Ansprechpartner in der Geschäftsstelle ist:

Steffi Rudloff

Tel.: 030 / 3 11 69 37 15

Fax: 030 / 3 11 69 37 20

E-Mail: rudloff@ddg.info

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



Foto: iStock/Pykhodov

Versand zweiwöchentlich

DiabetesLetter für Fachärzte

Medical Tribune hält Sie auf dem Laufenden!

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

Wohin bewegt sich die Diabetologie?

Der DiabetesLetter für Haus- und Fachärzte informiert Sie über:

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

Bestellcoupon

Einfach ausfüllen und **per Post**
oder **per Fax** an **0611 9746 480-288**
senden.

Bitte vergessen Sie nicht Ihre E-Mail Adresse anzugeben!

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

DDG 11/2020

Ja, ich abonniere kostenlos
den zweiwöchentlichen DiabetesLetter

Des weiteren möchte ich folgende kostenlose Newsletter abonnieren:

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> PraxisLetter | <input type="checkbox"/> KardioLetter | <input type="checkbox"/> InfoLetter mit Cartoon |
| <input type="checkbox"/> OnkoLetter | <input type="checkbox"/> GastroLetter | <input type="checkbox"/> HonorarLetter |
| <input type="checkbox"/> NeuroLetter | <input type="checkbox"/> RheumaLetter | <input type="checkbox"/> CMELetter |
| <input type="checkbox"/> PneumoLetter | <input type="checkbox"/> DermaLetter | (bitte ankreuzen) |

E-Mail Adresse

Name

Fachrichtung

Datum, Unterschrift

Angebote zur DDG Weiterbildung

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

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



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

Diabetesberater/in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
220	Diabeteszentrum Thüringen 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	Mutterhaus der Borromäerinnen e.V. OA Feldstraße 16, 54290 Trier Tel: 0651 947-3160 Fax: 0651 947-2205 schule@mutterhaus.de www.mutterhaus.de	1. Block: 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	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. (Aufbauqualifikation) Ostengasse 27, 93047 Regensburg Tel: 0941/5696-22 Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	<i>Aufbauqualifikation</i> 1. Block: 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	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine Tel: 05971 42-1172 Fax: 05971 42-1116 v.breulmann@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 15.02. – 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	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine Tel: 05971 42-1172 Fax: 05971 42-1116 v.breulmann@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 06.04. – 17.04.2021 2. Block: 07.06. – 18.06.2021 3. Block: 02.08. – 13.08.2021 4. Block: 04.10. – 15.10.2021 5. Block: 03.01. – 14.01.2022 6. Block: 21.03. – 01.04.2022
225	Diabetes-Akademie Südostbayern Bürgerwaldstr. 1, 83278 Traunstein Tel: 0861 20401041 Fax: 0861 909807 68 info@diabetesakademie.net www.diabetesakademie.net	1. Block: 23.07. – 07.08.2021 2. Block: 20.09. – 02.10.2021 3. Block: 29.11. – 06.12.2021 4. Block: 07.02. – 19.02.2022 5. Block: 02.05. – 14.05.2022 6. Block: 11.07. – 16.07.2022
226	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. (Aufbauqualifikation), Ostengasse 27, 93047 Regensburg Tel: 0941/5696-22 Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	<i>Aufbauqualifikation</i> 1. Block: 04.10. – 15.10.2021 2. Block: 17.01. – 29.01.2022 3. Block: 28.03. – 08.04.2022 4. Block: 09.05. – 20.05.2022 5. Block: 27.06. – 08.07.2022 6. Block: 19.09. – 30.09.2022
227	Wannsee-Akademie Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin Tel: 030 80686-040 Fax: 030 80686-404 akademie@wannseeschule.de www.wannseeakademie.de	1. Block: 25.10. – 05.11.2021 2. Block: 17.01. – 28.01.2022 3. Block: 14.03. – 25.03.2022 4. Block: 13.06. – 01.07.2022 5. Block: 05.09. – 16.09.2022 6. Block: 28.11. – 09.12.2022
228	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine Tel: 05971 42-1172 Fax: 05971 42-1116 v.breulmann@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	<i>Aufbauqualifikation</i> 1. Block: 02.11. – 13.11.2021 2. Block: 07.03. – 18.03.2022 3. Block: 20.06. – 01.07.2022 4. Block: 26.09. – 07.10.2022
229	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine Tel: 05971 42-1172 Fax: 05971 42-1116 v.breulmann@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 15.11. – 26.11.2021 2. Block: 24.01. – 04.02.2022 3. Block: 19.04. – 30.04.2022 4. Block: 07.06. – 18.06.2022 5. Block: 22.08. – 02.09.2022 6. Block: 07.11. – 18.11.2022

Letzte Plätze für den Jahresbeginn

Letzte Plätze für den Jahresbeginn

Achtung Terminänderung

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
NN	Diabetes-Akademie Bad Mergentheim e.V. Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim Tel: 07931/594 165, Fax: 07931/77 50 boehm@diabetes-zentrum.de, www.diabetes-akademie.de	nächster Kursstart 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

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

Fit für die Weiterbildung – Vorbereitungsseminar des VDBD

Weiterbildungsort	ACHTUNG Online-Angebot	Kurstermine	Kosten
VDBD AKADEMIE Habersaathstr. 31, 10115 Berlin Tel: 030 847122-492 fortbildung@vdbd-akademie.de, www.vdbd-akademie.de		09.01.2021 10.04.2021 03.07.2021 02.10.2021	VDBD Mitglieder: 85,- € Nicht Mitglieder: 170,- €

Weitere Informationen finden Sie auf

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

Diabetesassistent/in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine	Kosten*
36	Akademie der Kreiskliniken Reutlingen Steinenbergstraße 31, 72764 Reutlingen Tel: +49 7121 200-3979 schroeder_d@klin-rt.de www.kreiskliniken-reutlingen.de	1. Block: 11.01. – 29.01.2021 2. Block: 03.05. – 07.05.2021	1.545,- €
16	AND Saar 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,- €
26	Diabeteszentrum Sinsheim Hauptstr. 71, 74889 Sinsheim Tel: 07261-92440 Fax: 07261 - 8668 g.buchholz@daikeler.de www.daikeler.de	Neue Daten: 1. Block: 01.02. – 06.02.2021 2. Block: 08.03. – 12.03.2021 3. Block: 12.04. – 17.04.2021 4. Block: 16.04. – 30.04.2021	1.300,- € zzgl. MwSt.
49	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg Tel: 0941/5696-22 Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	1. Block: 15.03. – 26.03.2021 2. Block: 06.09. – 17.09.2021	1.655,- €
101	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine Tel: 05971 42-1172 Fax: 05971 42-1116 v.breulmann@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 12.04. – 23.04.2021 2. Block: 19.07. – 30.07.2021	1.655,- €
10	Diabetes Zentrum Thüringen e.V. c/o Universitätsklinikum Jena Am Klinikum 1, Gebäude A, 07740 Jena Tel: 03641/9324346 Fax: 03641/9324347 nadine.kuniss@med.uni-jena.de www.diabetes-thueringen.de	1. Block 31.05. – 11.06.2021 2. Block 29.11. – 10.12.2021	1.300,- €
102	Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine Tel: 05971 42-1172 Fax: 05971 42-1116 v.breulmann@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	1. Block: 13.09. – 24.09.2021 2. Block: 29.11. – 10.12.2021	1.655,- €
26	Diabeteszentrum am Elisabeth-Krankenhaus Essen Klara-Kopp-Weg 1, 45138 Essen Tel: 0208/30542818 Fax: 0202/897 4592 a.meier@contilia.de www.contilia.de/karriere/contilia-akademie/aktuelle-lehrgaenge.html	1. Block: 20.09. – 01.10.2021 2. Block: 24.01. – 05.02.2022	1.470,- €

*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

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

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
6	Diabetes Kongress 2021 City Cube Berlin	in Abstimmung

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

➔ Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
BaQ_BW_03	Asklepios Bildungszentrum Nordhessen Ort: Asklepios Klinikum Schwalmstadt, Diabetes Schulungsraum Franziska Buchwald Laustraße 37, 34537 Bad Wildungen ☎ Tel.: 05621/795 24 13 fr.buchwald@asklepios.com	10.03. + 11.03.2021
BaQ_RB_07	Katholische Akademie Regensburg Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22 ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	15.06. + 16.06.2021
BaQ_BL_03	Diabeteszentrum Bad Lauterberg Dr. Thomas Werner, Kirchberg 21, 37431 Bad Lauterberg sekretariat@diabeteszentrum.de	18.06. + 19.06.2021
BaQ_BW_04	Asklepios Bildungszentrum Nordhessen Ort: Asklepios Klinikum Schwalmstadt, Diabetes Schulungsraum Franziska Buchwald, Laustraße 37, 34537 Bad Wildungen ☎ Tel.: 05621/795 24 13 fr.buchwald@asklepios.com	27.10. + 28.10.2021

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

➔ Diabetes-Pflegfachkraft DDG (Klinik)

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

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

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

➔ Podologe/Podologin DDG

Weiterbildungsort	Kurstermine	Kosten
Neue Termine werden sobald als möglich bekannt gegeben.		

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
46	CID Centrum für integrierte Diabetesversorgung Kursort: St. Vinzenz-Hospital Merheimer Str. 221-223, 50733 Köln ☎ Tel.: 0221/9349461 schulung@cid-direct.de www.cid-direct.de	08.03. – 12.03.2021
45	Deutsches Institut für Wundheilung Kursort: Radolfzell Fritz-Reichle-Ring 2, 78315 Radolfzell ☎ Tel.: 07732/9391525 info@deutsches-wundinstitut.de www.deutsches-wundinstitut.de	15.03. – 19.03.2021
24	Diabetes Zentrum Thüringen e.V. (Universitätsklinikum Jena, Klinik für Innere Medizin III, FB Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen) Am Klinikum 1, Gebäude A, 07743 Jena ☎ Tel.: 03641 9324346 ☎ Fax: 03641 9324342 nadine.kuniss@med.uni-jena.de www.diabetes-thueringen.de	17.05. – 21.05.2021
47	CID Centrum für integrierte Diabetesversorgung Kursort: St. Vinzenz-Hospital Merheimer Str. 221-223, 50733 Köln ☎ Tel.: 0221/9349461 schulung@cid-direct.de www.cid-direct.de	07.06. – 11.06.2021

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
15	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22 ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	07.06. – 11.06.2021
46	Deutsches Institut für Wundheilung Kursort: Radolfzell Fritz-Reichle-Ring 2, 78315 Radolfzell ☎ Tel.: 07732/9391525 info@deutsches-wundinstitut.de www.deutsches-wundinstitut.de	11.10. – 15.10.2021
25	Diabetes Zentrum Thüringen e.V. (Universitätsklinikum Jena, Klinik für Innere Medizin III, FB Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen) Am Klinikum 1, Gebäude A, 07743 Jena ☎ Tel.: 03641 9324346 ☎ Fax: 03641 9324342 nadine.kuniss@med.uni-jena.de www.diabetes-thueringen.de	1. Block 13.10. – 15.10.2021 2. Block 20.10. – 22.10.2021
8	Diabetes-Akademie Bad Mergentheim Theodor-Klotzbücher-Str. 12, 97980 Bad Mergentheim ☎ Tel.: 07931/8015 ☎ Fax: 07931/7750 diabetes.akademie@diabetes-zentrum.de www.diabetes-akademie.de	22.11. – 26.11.2021
48	CID Centrum für integrierte Diabetesversorgung Kursort: St. Vinzenz-Hospital Merheimer Str. 221-223, 50733 Köln Anmeldung: ☎ Tel.: 0221/9349461 schulung@cid-direct.de www.cid-direct.de	06.09. – 10.09.2021

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
willms.coaching Wilhelm-Busch-Str. 19, 37083 Göttingen ☎ Tel.: 0551/7974741, ☎ Fax: 0551/29213514 office@willmscoaching.de www.willmscoaching.de	08.12. – 11.12.2020 21.01. – 24.01.2021 23.06. – 26.06.2021 03.11. – 06.11.2021 19./20.02. + 05./06.03.2021 03./04.06. + 08./09.07.2021 30.09./01.10. + 14./15.10.2021	Göttingen, Eden Hotel	720,- € inkl. Pausenbewirtung und Mittagessen Frühbucherrabatt bei Zahlungseingang 60 Tage vor Seminarbeginn. Fortbildungspunkte der Ärztekammer werden erteilt.
Dr. rer. medic. Nicola Haller medipäd Am Bühl 7 1/2, 86199 Augsburg ☎ Tel.: 0175/4004901 dr.nicola.haller@medi-paed.de www.medi-paed.de	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 Bahnhofsnähe)	2020: 699,- € inkl. Seminarunterlagen, und Pausengetränken, ab 2021: 710,- € Anfahrt und Unterkunft werden selbst organisiert und sind nicht enthalten. 31 Fortbildungspunkte
Dipl. Psych. Susan Clever Psychol. Psychotherapeutin/ Psychodiabetologie Fachpsychologin (DDG) Med. Psych. Consultancy Palmaille 35, 22767 Hamburg ☎ Tel.: 01709/226067 Info und Anmeldung per E-Mail: susan9woods@aol.com	Teil 1: 05.12. – 06.12.2020 Teil 2: 09.01. – 10.01.2021	Diabetespraxis Blankenese Blankeneser Bahnhofstrasse 23 22587 Hamburg	720,- € (exkl. MwSt.) Einschließlich Seminarunterlagen und Pausenbewirtung (außer Mittagessen)
Dipl.-Psych. Heinrich Vogel Praxis für Psychotherapie Olvenstedter Straße 10, 39108 Magdeburg ☎ Tel.: 0176/40031911 info@heinrich-vogel.eu	Teil 1: 13.02. – 14.02.2021 Teil 2: 13.03. – 14.03.2021	Magdeburg Praxis für Psychotherapie	600,- € inkl. Pausenbewirtung (gemeinsames Mittagessen kann organisiert werden) Fortbildungspunkte werden beantragt.

➔ 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
Freiburg Prof. Seufert	Nur Anmeldung für Kurswoche 2 möglich: 14.12. – 18.12.2020	Online-Kurs
Hamburg 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:

<https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/qualifizierung/fuer-medizinisches-assistenzpersonal>



8
CME Punkte
und 5 Fortbildungspunkte der VDBD
AKADEMIE

DDG Deutsche Diabetes Gesellschaft

Fortbildung Digitalisierung

Fortbildung DDG

Digitalisierung und Diabetestechnologie

Auch 2020 will die DDG Sie und Ihr Team unterstützen, die digitale Technologie herstellerneutral über die Chancen, aber auch Risiken zu informieren.

Wie sieht die digitale Praxis aus? Welche Rolle spielen Datenschutzexperten? Praktische DDG – eDA, Videosprechstunde, Künstliche Intelligenz

Ein besonderer Fokus liegt auf der digitalen Therapiebegleitung.

Informieren Sie

über folgenden Themen:

Wie habe ich dazu an den digitalen Diabetes- elektronische Diabetes- hilfen, Closed Loop,

**#WirBleibenZuhause
und bilden uns fort!**

Webinar am 2.12. ab 16.30h

Foto: Song_about_summer – stock.adobe.com

Tagungsprogramm

16:30 Begrüßung durch Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland

Einführung Digitalisierung

durch Dr. med. Winfried Keuthage

(45min)

Datenschutz und Datensicherheit:

Dr. jur. Thorsten Thaysen im Dialog mit

Dr. med. Winfried Keuthage

(45min)

Die digitale Praxis in Zeiten von COVID-19

(Videosprechstunde, ePA, E-Rezept):

Dr. med. Winfried Keuthage

(45min)

Strukturierte Datenanalyse und digitale Therapieoptionen:

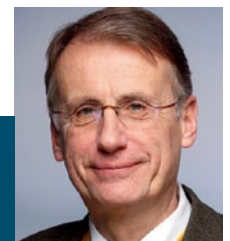
Dr. med. Winfried Keuthage

Steffen Lauckner, Diabetesberater VDBD, Münster

(45min)

Referenten

Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland,
Past-Präsident der DDG
Aachen



Dr. med. Winfried Keuthage,
Facharzt für Allgemeinmedizin,
Diabetologe DDG,
Ernährungsmediziner,
Diabetologische Schwerpunktpraxis für Diabetes
Münster



Dr. jur. Thorsten Thaysen,
Rechtsanwalt
München



Weitere Informationen und Anmeldung unter
medical-tribune.de/ddg-fortbildung-webinar



Organisation:

**MEDICAL
TRIBUNE**

Mit freundlicher Unterstützung:

 **BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

dexcom

 **novo nordisk**

 **Abbott**

Die DDG Job- und Praxenbörse

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

STELLENANGEBOTE

St. Peter-Ording 07.11.2020

Diabetesassistent (m/w/d), ab sofort

- Tätigkeit als: Diabetesassistent (m/w/d)
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Stellenbeschreibung/Aufgabengebiet: Das Nordsee-Internat ist das führende norddeutsche Internat (auch) für Schüler mit chronischen Krankheiten. Zur Verstärkung unseres Diabetes-Teams suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine engagierte Diabetesassistentin (m/w/d). Sie wollen Jugendliche mit Diabetes auf ihrem Weg zu selbstständigen Persönlichkeiten und zum eigenverantwortlichen Umgang mit ihrer Erkrankung begleiten? Und das alles in einer besonders familiären Atmosphäre und direkt am Meer? Dann sollten wir uns kennenlernen!
- Darauf können Sie sich freuen:
 - Unbefristeter, sicherer Arbeitsplatz
 - Angenehmes Arbeitsumfeld
 - Urlaubs- und Weihnachtsgeld
 - Vergünstigte Mahlzeiten in unserer Mensa/Kostenfreie Getränke
 - Nach Verfügbarkeit: preisgünstige Mitarbeiterwohnung/-WG direkt in SPO
 - Mitarbeiter-Events (Sommergrillen, Weihnachtsfeier, Ausflüge uvm.)
- Medizinische Aufgaben:
 - Messungen des Bz-Wertes, Korrektur beaufsichtigen und begleiten
 - Hilfestellung geben beim Umgang mit Pumpe oder Pen
 - Notfall-Versorgung, Ausflüge begleiten und HbA_{1c}-Werte bestimmen
- Gute Voraussetzungen:
 - Abgeschlossene medizinische Ausbildung und Know-how im Bereich Diabetes Typ 1
 - Erfahrung im Umgang mit Jugendlichen
 - Ein gesundes Maß an Humor, Gelassenheit und Konsequenz
 - Kommunikationsstärke im Umgang mit Schülern, Diabetologen, Pädagogen, Eltern und Apothekern

Sie mögen Arbeitszeiten in den Nachmittags- und Abendstunden? Nach Wunsch und Qualifikation können Sie als gleichberechtigtes Teammitglied mit einem Umfang zwischen 50 und 100 % einsteigen. Nach entsprechender Einarbeitung besteht die Option auf Übernahme der Leitung unseres Diabetesbereiches. Ihre Unterlagen, mit Angabe Ihrer Gehaltsvorstellung, schicken Sie bitte an das Nordsee-Internat. Interesse geweckt? Jetzt bewerben!

- Kontakt: Praxis/Klinik Nordsee-Internat St. Peter-Ording e.V., Pestalozzistraße 72, 25826 St. Peter-Ording
- Ansprechpartner: Frau Gaby Stecher-Wohlert, Personalabteilung
- Telefonnummer: +49 (0)4863 47 11-11 20
- E-Mail: gaby.stecher-wohlert@nsi-spo.de
- Webseite: www.nordsee-internat.de

Daaden 06.11.2020

Tätigkeit als Diabetesberater/in, ab 01.01.2021

- Tätigkeit als: Diabetesberaterin/Diabetesberater
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Kontakt: GP Dr. Hadem/Spreda, Betzdorfer Str. 59, 57567 Daaden
- Ansprechpartner: Frank Spreda
- Telefonnummer: 02743/2007
- E-Mail: spreda@dspp-daaden.de

Botrop 04.11.2020

Wundassistent/in DDG in Vollzeit/Teilzeit, ab sofort

- Tätigkeit als: Wundassistent(in) DDG in VZ/TZ
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Stellenbeschreibung/Aufgabengebiet: Wir sind eine hausärztliche Praxis mit dem Schwerpunkt Diabetologie im Herzen von Bottrop. Ein modernes, dynamisches Team mit mehreren Ärztinnen und Mitarbeiterinnen decken den Bereich DSP und hausärztliche Versorgung ab. Im Zuge der Expansion benötigen wir weitere Unterstützung für unsere Praxis/Fußambulanz und suchen Sie als Wundassistent DDG (m/w/d) ab sofort.
- Wir bieten: eigenverantwortliches Arbeiten mit abwechslungsreichen Tätigkeiten modernsten Arbeitsplatz mit High-End-Geräten ausgestattet - keine Notdienste, keine Wochenenddienste - familienfreundliches Arbeitsumfeld, flexible Arbeitszeiten Förderung durch qualifizierte Fort- und Weiterbildungen - eine attraktive Vergütung
- Ihr Aufgaben sind:
 - eigenständige Betreuung und Beratung von Patienten (Diabetes Fußpatienten)
 - Planung und Durchführung von Wunddokumentation sowie Erstellen der Wundanamnese Bestmögliche Wundprophylaxe, Fuß-Screening, Vermeidung oder Minimierung der Schmerzbelastung Zusammenarbeit und Unterstützung behandelnder Ärzte (Intern - Extern)
 - Sie unterstützen unsere Patienten bei der Integration der Wunde im Alltag
 - Kompetenz in der Fußambulanz mit Durchführung von Fuß-Screening

- Kontakt: DIADOCTO Diabetes Schwerpunktpraxis, Hochstr. 48, 46236 Bottrop
- Telefonnummer: 0173-7281496
- E-Mail: a.acevit@diadocto.de
- Website: www.diadocto.de

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

Ihre Ansprechpartnerin in der DDG Geschäftsstelle ist:

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

Foto: Brad Pict - stockadobe.com

Wiesbaden 06.11.2020

Diabetesberater/in, ab sofort

- Tätigkeit als: Diabetesberater/in
 - Voraussichtliche Dauer: unbefristet
 - Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
 - Stellenbeschreibung/Aufgabengebiet: Wir sind ein modern ausgestattetes, katholisches Akutkrankenhaus der Schwerpunktversorgung. Unser Haus umfasst 13 Fachdisziplinen und rd. 500 Betten. Jährlich werden mehr als 25.500 Patienten von 1.650 Mitarbeiter/innen stationär versorgt. Angeschlossen ist ein Ärztehaus (Facharztzentrum Medicum) mit 16 eigenständigen Facharztpraxen und einem Ambulanten Operationszentrum. Die Abteilung der Diabetologie wurde durch die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) offiziell als Zertifiziertes Diabeteszentrum ausgezeichnet sowie dieses Jahr als „Klinik für Diabetespatienten geeignet“. Als geprüfte Einrichtung verfügt die Abteilung über ein erweitertes, hohes Qualitätsniveau mit diabetespezifischem Qualitätsmanagement zur umfassenden Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus. Zur Ergänzung suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen Diabetesberater (m/w/d) in Voll- oder Teilzeit.
 - Ihr Profil:
 - Sie bringen eine abgeschlossene Ausbildung zur Diabetesberater/in DDG mit.
 - Sie verfügen über hohes Fachwissen und die Bereitschaft zur kontinuierlichen Erweiterung ihrer Fachkompetenz.
 - Selbstständige, kooperative Arbeitsweise sowie die Fähigkeit zum teamorientierten Arbeiten ist für Sie selbstverständlich.
 - Sie können eine ausgeprägte soziale und kommunikative Kompetenz sowie pädagogisches Geschick vorweisen.
 - Flexibilität und Aufgeschlossenheit für Veränderungsprozesse sowie aktives Herangehen an neue Herausforderungen gehört zu Ihren Stärken.
 - Ihre Aufgaben:
 - Betreuung und Koordination der interdisziplinären Versorgung von diabeteserkrankten Patienten im St. Josefs-Hospital Wiesbaden.
 - Anleitung und Beratung von ambulanten und stationären Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und 2 sowie weiteren Diabetesformen.
 - Durchführung von strukturierten Einzel- und Gruppenschulungen mit diabetesassoziierten Schulungsthemen.
 - Fortbildungstätigkeit in unserer innerbetrieblichen Fortbildung für die hausinternen Mitarbeiter.
- Die attraktive Vergütung erfolgt nach AVR/Caritas. Individuelle Berufserfahrung sowie spezielle Kenntnisse finden Berücksichtigung. Eine betriebliche Altersversorgung sowie die Möglichkeiten der zusätzlichen privaten Rentenvorsorge werden geboten.
- Für einen ersten Kontakt steht Ihnen OÄ Frau Dr. Christiane Froelich, Diabetologin, Ernährungsmedizinerin, Gastroenterologin zur Verfügung.
0611-1774262 oder cfroelich@joho.de
Fühlen Sie sich durch dieses Anforderungsprofil angesprochen?
Können Sie sich zudem mit den Leitlinien eines modernen, christlichen Krankenhauses identifizieren?

Ihre Unterlagen richten Sie bitte an:

- Kontakt: St. Josefs-Hospital Wiesbaden GmbH, Personalabteilung, Beethovenstraße 20, 65189 Wiesbaden
- Ansprechpartner: OÄ Frau Dr. Christiane Froelich
- E-Mail: bewerbung@joho.de
- Webseite: www.joho.de



Weitere Angebote unter:

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

Botrop 04.11.2020

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

- Tätigkeit als: Diabetesberater/in DDG (m/w/d) VZ/TZ
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Stellenbeschreibung/Aufgabengebiet: Wir sind eine hausärztliche Praxis mit dem Schwerpunkt Diabetologie im Herzen von Bottrop. Ein modernes, dynamisches Team mit mehreren Ärztinnen und Mitarbeiterinnen decken den Bereich DSP und hausärztliche Versorgung ab. Im Zuge der Expansion benötigen wir weitere Unterstützung für unsere Praxis und suchen Sie als Diabetesberater DDG (m/w/d) ab sofort.
- Wir bieten:
 - selbstständiges, eigenverantwortliches Arbeiten mit vielfältigen, abwechslungsreichen Tätigkeiten
 - modernsten Arbeitsplatz mit High-End-Geräten ausgestattet (eigenes Beratungszimmer) weitreichende Möglichkeit zur Mitgestaltung der Arbeitsabläufe
 - keine Notdienste, keine Wochenenddienste
 - familienfreundliches Arbeitsumfeld, flexible Arbeitszeiten
 - Förderung durch qualifizierte Fort- und Weiterbildungen
 - eine attraktive Vergütung
- Ihr Aufgaben sind:
 - selbstständige Betreuung und Beratung von Patienten (Diabetes- und Ernährungsberatung) Einzelberatungen und Gruppenschulungen (Typ 1, Typ 2, Gestationsdiabetes, etc.) Einstellung und Anpassung der Insulintherapie und Insulinpumpentherapie
 - Einweisung und Auswertung von BZ-Messgeräten/CGM/FGM
 - Kenntnisse i. d. Abrechnung EBM und GOÄ/IGEL (v. Vorteil)
 - Kompetenz in der Fußambulanz mit Durchführung von Fuß-Screening (wünschenswert)
- Ihr Profil:
 - abgeschlossene Ausbildung zum Diabetesberater DDG (m/w/d)
 - Nachweisführung der vorgeschriebenen Qualifikation für Diabetesberater (m/w/d)
 - Fachkenntnisse in strukturierten Schulungsprogrammen und kontinuierlichen Glukosemesssystemen. Freundliches Wesen – engagiert – flexibel
 - Ausgeprägte soziale und kommunikative Kompetenz und pädagogisches Geschick mit chronisch kranken Patienten
 - gute Kenntnisse mit MEDISTAR (von Vorteil) und Office-Anwendungen
- Kontakt: DIADOCTO Diabetes Schwerpunktpraxis, Hochstr. 48, 46236 Bottrop
- Telefonnummer: 0173-7281496
- E-Mail: a.acevit@diadocto.de
- Website: www.diadocto.de

Dortmund 04.11.2020

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

- Tätigkeit als: Diabetesberater/in (m/w/d) DDG
 - Voraussichtliche Dauer: befristet
 - Arbeitszeit: Vollzeit
 - Stellenbeschreibung/Aufgabengebiet: Sie möchten zum nächstmöglichen Zeitpunkt als Diabetesberater (m/w/d) nach DDG zunächst in Vollzeit arbeiten (50 % unbefristet & 50 % befristet bis zum 01.01.2022 aufgrund einer Elternzeitvertretung)? Dann bewerben Sie sich jetzt!
 - Sie sind:
 - examinierte/r Gesundheits- und Krankenpfleger/in oder medizinische/r Fachangestellte/r oder Diätassistent/in mit abgeschlossener Ausbildung zur Diabetesberatung (DDG)?
 - motiviert, durch bspw. beratende Tätigkeiten die Pflegequalität in unserem Unternehmen zu gewährleisten?
 - an den Aufgabenfeldern innerhalb des Fachbereichs des Ernährungsmanagements interessiert?
 - teamfähig und aufgeschlossen?
 - Und möchten:
 - nach Tarif (TVöD-P) entlohnt werden?
 - eine betriebliche Altersvorsorge erhalten?
 - sich kontinuierlich fort- und weiterbilden?
 - entsprechend ihrer Qualifikation eine adäquate Einarbeitung genießen?
- Dann bewerben Sie sich jetzt für unseren Standort in Lünen!
Wir leben Diversität und schätzen Vielfalt. Wir bieten ein Arbeitsumfeld, das unabhängig von Alter, Geschlecht, sexueller Identität, Behinderung, Herkunft oder Religion gleiche Chancen ermöglicht. Wir streben ausdrücklich eine Erhöhung des Anteils von Frauen in Führungspositionen an; gleiches gilt im Falle einer Unterrepräsentation eines Geschlechts im ausschreibenden Bereich. Die Inklusion von Menschen mit Behinderung entspricht unserem Selbstverständnis und wir begrüßen daher ihre Bewerbung.
Ihre Bewerbung senden Sie bitte bis zum 30.11.2020, vorzugsweise über unser Karriereportal www.klinikum-westfalen.de oder per Post.

- Kontakt: Klinikum Westfalen GmbH, Knappschaftskrankenhaus Dortmund, z.H. Klaus Böckmann – Pflegedirektor, Am Knappschaftskrankenhaus 1, 44309 Dortmund
- Ansprechpartner: Für weitergehende Informationen steht Ihnen Herr Klaus Böckmann (Pflegedirektor) vorab gerne zur Verfügung.
- WhatsApp: 0152-27705150
- Telefon: 0231 922-1722
- E-Mail: klaus.boeckmann@klinikum-westfalen.de

STELLENANGEBOTE

Mainz 03.11.2020

Diabetesassistent/in, ab sofort

- Tätigkeit als: Diabetesassistent/in
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Stellenbeschreibung/Aufgabengebiet: Diabetesassistent/in (m/w/d) zum 1. Dezember 2020 oder 1. Januar 2021 in Voll- oder Teilzeit gesucht. Wir sind eine moderne internistisch/allgemeinärztliche Gemeinschaftspraxis in Mainz. Sie finden in uns ein herzliches, kollegiales und patientenorientiertes Team aller Altersgruppen. Wir sind drei Ärzte, die allgemeinmedizinisch, diabetologisch, ernährungsmedizinisch, geriatrisch, palliativmedizinisch und reisemedizinisch tätig sind.
- Ihr Profil: Ihr Interesse ist der Mensch als Ganzes, der an Diabetes erkrankt ist, sowie die schwangere Frau, die einen Gestationsdiabetes entwickelt hat. Beiden versuchen Sie die Angst vor der Krankheit zu nehmen und führen Sie auf den sicheren Weg der kontrollierten Erkrankung mit dem Verständnis für die eigene Erkrankung und damit einer sicheren Therapie. Sie betreuen Diabetiker (Typ 1 und Typ 2) in Einzelberatung sowie Gruppen-Schulungen (Medias 2ICT, Medias 2 BOT, ICT, Primas sowie Input-Schulungen) zum Thema Diabetes und Hypertonie. In Zusammenarbeit mit unserem Diabetologen und Hypertensiologen agieren Sie in der Alltagsprechstunde sowie Insulinsprechstunde als vertrauensvolle/r Ansprechpartner/in. Zuletzt überzeugen Sie mit Kommunikationsstärke, pädagogischem Know-how und einer selbstständigen Arbeitsweise.
- Unser Angebot: freuen Sie sich auf eine anspruchsvolle, abwechslungsreiche Tätigkeit in einem offenen und kollegialen Betriebsklima. Das Gehalt ist gut dotiert (unterbreiten Sie uns Ihre Gehaltsvorstellungen), Sie haben eine geregelte Arbeitszeit. Wir unterstützen Sie mit einer strukturierten Einarbeitung sowie vielfältigen Weiterbildungsangeboten. Überzeugen Sie sich auf unserer Website von der geschmackvollen und hochwertigen Ausstattung.
- Kontakt: Gemeinschaftspraxis Dr. Christoph Lembens, Elvira Maria Lembens, Dr. Christopher Aignherr (angestellt. Arzt), Fachärzte für Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Palliativmedizin, Diabetologie, Hypertensiologie, Geriatrie, Ernährungsmedizin, Holzhofstraße 5, 55116 Mainz
- Ansprechpartner: Elvira Maria Lembens
- Telefonnummer: 061312883232
- E-Mail: e.lembens@t-online.de
- Webseite: www.Hausärzte-Mainz.de

Hamburg 03.11.2020

Diabetesassistent/ Diabetesberater (m/w/d), ab sofort

- Tätigkeit als: Diabetesassistent/Diabetesberater (m/w/d)
 - Voraussichtliche Dauer: unbefristet
 - Arbeitszeit: Vollzeit
 - Stellenbeschreibung/Aufgabengebiet: Zur Unterstützung unseres Teams suchen wir eine Diabetesassistent/Diabetesberater DDG (m/w/d)
 - Ihre Aufgaben:
 - Einzelberatung bei Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2
 - Ernährungsberatung
 - Insulindosisanpassung
 - Medias2-Schulung
 - ICT/CT Schulung
 - Beratung bei Gestationsdiabetes
 - CGM/FGM Schulung
 - CSII Schulung
 - Wir bieten:
 - zuverlässige Arbeitszeiten
 - ein tolles Team
- Bei unseren Stellenangeboten suchen wir motivierte, selbstständige, einsatzfreudige, freundliche, teamfähige und kommunikative Bewerber und bieten dafür Voll- wie Teilzeitbeschäftigung, gute Arbeitsbedingungen und eine über tarifliche Vergütung.
- Kontakt: Diabetes Zentrum Wandsbek, Wandsbeker Marktstr. 73, 22041 Hamburg
 - Ansprechpartner: Regina Ohland
 - Telefonnummer: 040 24424980
 - E-Mail: r.ohland@hamburg-diabetes.de
 - Website: www.hamburg-diabetes.de

Bremen 01.11.2020

Diabetesberater/in, ab 15.11.2020

- Tätigkeit als: Diabetesberater/in
- Voraussichtliche Dauer: befristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Stellenbeschreibung/Aufgabengebiet: Wir sind eine endokrinologisch, diabetologische Schwerpunktpraxis und suchen eine motivierte Diabetesberaterin/Diabetesberater mit Freude und Erfahrung in moderner Diabetestechnologie (Pumpen und CGM) zur Erweiterung unseres Teams. Wir freuen uns auf IHRE Bewerbung.
- Kontakt: Endokrinologie Bremen, Gerold-Janssen Str. 2A, 28359 Bremen
- Ansprechpartner: Dr. med. Iris van de Loo
- Telefonnummer: 0421-6969300
- E-Mail: i-vdloo@t-online.de

Köln 31.10.2020

Diabetesberater/in, ab sofort

- Tätigkeit als: Diabetesberater/in
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Stellenbeschreibung/Aufgabengebiet: **Gründer** punktprix in Köln sucht Verstärkung für die Diabetes-Sprechstunde/Diagnostik, Schulung und Betreuung bei Gestationsdiabetes und Diabetes Typ 1 und Typ 2 in der Schwangerschaft/Durchführung aller Schulungen für Menschen mit jeder Diabetesform mit und ohne Insulintherapie/Schulung und Betreuung bei Verwendung von CGM und Insulinpumpen. Wir freuen uns auf Sie!
- Kontakt: Diabetes Praxis Köln Ost, Rolshover Strasse 99, 51105 Köln
- Ansprechpartner: Frau Stephanie Becher, Praxismanagerin
- E-Mail: s.becher@diabetes-praxis-koeln-ost.de
- Telefonnummer: 0221 9331900
- Webseite: www.diabetes-praxis-koeln-ost.de

Bad Lauterberg im Harz 28.10.2020

Diabetologe (m/w/d) oder FA mit Interesse an der Diabetologie, ab sofort

- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Stellenbeschreibung/Aufgabengebiet: Wir, das Diabetozentrum Bad Lauterberg und das MVZ PRIMEDUS Schwerpunkt Diabetologie, planen, an den Standorten Bad Lauterberg im Harz und Osterode am Harz unsere sektorübergreifende Patientenversorgung im Bereich Diabetes weiter auszubauen. Wir suchen Sie für unsere Standorte als Verstärkung unserer ärztlichen Teams!
- Kontakt: PRIMEDUS Schwerpunkt Diabetologie GmbH, Kirchberg 21, 37431 Bad Lauterberg im Harz
- Ansprechpartner: Jana Henße
- E-Mail: hense@primedus-sd.de
- Webseite: www.primedus-sd.de



Jetzt abonnieren!

diabetes zeitung

Der ansprechende Fachtitel – herausgegeben von der Deutschen Diabetes Gesellschaft in Kooperation mit Medical Tribune. Es erwartet Sie ein breites inhaltliches Spektrum zum Thema „Diabetes mellitus“, visuell ansprechend verpackt im bewährten Medical-Tribune-Zeitungsformat.

Sichern Sie sich jetzt Ihr persönliches Exemplar im Jahresabonnement.

diabetes zeitung

- Ja, ich abonniere „diabetes zeitung“ für 1 Jahr (10 Ausgaben) inkl. Zustellung in Deutschland und MwSt.**
 - für Ärzte € 45,00 p.a.
 - für Stud. med. € 35,00 p.a. (Nachweis anbei)

Das Abonnement gilt zunächst für ein Jahr und verlängert sich um ein weiteres Jahr, falls es nicht sechs Wochen vor Ablauf des Bezugszeitraumes schriftlich gekündigt wird.

Bestellungen bitte per Fax: 0611 9746 480-288
E-Mail: abo-service@medical-tribune.de oder per Post

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

DDG 11/2020

Name, Vorname _____
 Fachrichtung _____
 Straße/Hausnummer _____ PLZ/Ort _____
 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 datenschutz@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/datenschutzbestimmungen/

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

BUNTES



Mit Frischluft gegen Aerosole

Von einer landestypischen Eigenheit zum
Stützpfeiler des Hygienekonzepts

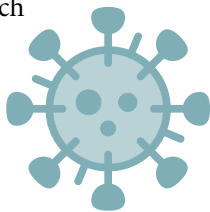
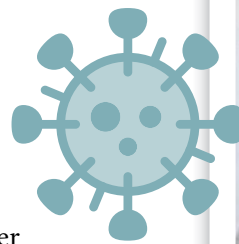
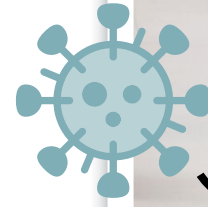
FRANKFURT. Neben der Empfehlung, Masken zu tragen, gilt auch ein weiterer Aspekt der deutschen Hygienemaßnahmen als emotional aufgeladenes Thema: Lüften. Im Ausland ist man amüsiert.

Angesichts stark gesteigener Infektionszahlen gab es schon vor dem „Lockdown light“ eine Ergänzung der allseits bekannten AHA-Regel: Neben „C“ wie Coronawarn-App spielt auch „L“ wie Lüften eine wichtige Rolle im Infektionsschutz. Der Hintergedanke bedarf kaum Erklärung: Neben abgestandener Luft verlassen auch Aerosole, die Viruspartikel enthalten, so den Raum. Aber wann, wie oft und wie lange soll gelüftet werden? Schon vor Corona stellten individuell ausdiskutierte Lüftungskonzepte den Bürofrieden sicher. Derartige Kompromisse gilt es nun neu auszutariieren – Empfehlungen der Bundesregierung sehen als Grundformel den Luftaustausch alle 20 Minuten vor. Und zwar für zehn Minuten im Sommer, fünf Minuten in Frühjahr/Herbst und immerhin drei Mi-

nuten im Winter. Angesichts dieser Frequenz läuft selbst Frischluftfanatikern ein kaltes Schaudern den Rücken hinunter. Hierzulande wappnet man sich also dafür, auch in der kalten Jahreszeit das Fenster weit aufzureißen. Und überprüft dicke

Wollpullover, Mäntel und Decken auf deren Tauglichkeit am Arbeitsplatz. Macht den Soundcheck, ob die dicke Mütze die Stimme der Kollegen durchlässt.

In anderen Ländern sorgt diese Diskussion für Staunen. Wie in einer Kolumne in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung lesenswert dargelegt wird, fehlt zum Beispiel in Großbritannien neben dem Verständnis der verschiedenen Lüftungskonzepte (Stoß- vs. Querlüften) auch die entsprechende Fenstertechnik. Die Kippoption wird sogar als „sophisticated“ beschrieben – und englischsprachige Youtuber schildern ihre Begeisterung angesichts von Fenstern, denen sie in Deutschland begegnen. Es bleibt zu hoffen, dass diese zusätzliche, scheinbar kuriose Hygienemaßnahme den erhofften Erfolg bringt. Es ist davon auszugehen, dass wir die Worte „Es zieht!“ auch im Dezember noch häufiger als sonst in der Adventszeit hören.



Fenster auf, Virus raus!
So einfach ist das
Grundprinzip des Lüftens
als Hygienemaßnahme.

„Infektionsschutzgerechtes Lüften“ – Empfehlung der Bundesregierung; Stand September 2020; <https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Thema-Arbeitsschutz/infektionsschutzgerechtes-lueften.html?jsessionid=B2161D3957D1738E52C1A707ACCC329F.delivery2-master>

Diener, Andrea: „Varying degrees of Lüften“ in faz.net; <https://www.faz.net/2.3039/staunen-ueber-deutsche-fenster-lueften-gegen-corona-16981490.html>



+++ Die nächste Ausgabe der diabeteszeitung erscheint am 18. Dezember +++