

## Herzenssache

### Die Vorsorge soll besser werden

**BERLIN.** Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursachen hierzulande ein Drittel aller Sterbefälle, 358.000 pro Jahr. Dagegen will der Bundesgesundheitsminister etwas unternehmen. Seine ersten Ideen zur Prävention überzeugten aber nicht.

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

60 JAHRE DDG

Foto: tommy/gettyimages

Für seine Gesetzesvorhaben musste sich Professor Dr. Karl Lauterbach (SPD) dieses Jahr schon viel Kritik anhören. Beim Aufschlag zum Gesundes-Herz-Gesetz blies ihm der Wind sogar aus fast allen Richtungen ins Gesicht. Denn den vorgesehenen Maßnahmen zur Früherkennung und Prävention fehle es an Evidenz, lautet ein zentraler Kritikpunkt. Auch dass das Ministerium – anstelle des G-BA – Teile der Versorgung selbst konkret regeln will, kommt in der Selbstverwaltung schlecht an. DDG, BVND, DAG und DGE sehen das in einer gemeinsamen Stellungnahme ähnlich. Sie monieren auch, dass die Prinzipien einer „Health in All Policies“ nicht ausreichend umgesetzt würden. Mehr Zustimmung findet dagegen die Absicht des Gesetzgebers, die DMP weiterzuentwickeln und die Krankenkassen zu verpflichten, DMP als Regelversorgung anzubieten. Prof. Lauterbachs Ziel bleibt jedenfalls: Das Gesundes-Herz-Gesetz soll ab 2025 in Kraft treten. **4**

## Offener Brief für weniger Werbung

**BERLIN.** Bundeskanzler Olaf Scholz soll die Pläne für ein Gesetz für Kinderschutz in der Lebensmittelwerbung zur Chefsache machen – das fordert ein Bündnis von mehr als 35 Organisationen. Einen Schritt nach vorn haben neun Bundesländer gemacht: Sie fordern eine Zuckersteuer, durch die der Zuckergehalt in Softdrinks reduziert werden soll. **6**

## Kompetenzen und Grenzen

Rahmenempfehlung: Diese Leistungen können delegiert werden

**BERLIN.** Im Zuge neuer Gesetzgebungen können und sollen Ärzt\*innen künftig mehr Aufgaben an Gesundheitsfachpersonal delegieren. Gemeinsam mit u. a. der DDG hat der Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutsch-

land (VDBD) deshalb eine neue Rahmenempfehlung für delegierbare Leistungen erarbeitet. „Wir haben uns an den Kompetenzen von Diabetesberater\*innen und Diabetesassistent\*innen orientiert, verdeutlichen aber auch die Grenzen dessen,

was delegiert werden kann“, sagt dazu VDBD-Vorsitzende Kathrin Boehm. Die Delegation könne eine deutliche Entlastung des medizinischen Personals möglich machen. VDBD und DDG sprechen sich außerdem dafür aus, die Diabetesberatung in der Ver-

sorgungsplanung zu berücksichtigen. In den derzeitigen Plänen für die Krankenhausreform sind Vorhaltekosten für die Diabetesberatung nicht vorgesehen. Dies führe die Möglichkeit, ärztliche Tätigkeiten zu delegieren, ad absurdum. **10**

## Diabetesstrategie: Seit vier Jahren in der Schublade

**BERLIN.** 2020 wurde die Nationale Diabetesstrategie im Bundestag verabschiedet. Umgesetzt wurde sie bisher nicht. Aber genau das, inklusive einiger Nachbesserungen, fordern DDG und diabetesDE. Ob der Bundesgesundheitsminister die Strategie nun wirklich „ins Rollen“ bringt? **7**

## MedTriX<sup>Group</sup>

## GLP1-RA: Absetzen vor OP (k)eine Option

Kritik aus Diabetologie und Gastroenterologie an den DGAI-Empfehlungen

**WIESBADEN.** GLP1-Rezeptoragonisten können die Magenentleerung verzögern und so das Risiko für eine Aspiration von Mageninhalt während einer Narkose erhö-

hen. Deshalb empfehlen die Fachgesellschaften für Anästhesiologie, Chirurgie und Innere Medizin ein Aussetzen der Medikation vor elektiven Eingriffen. Dagegen regt sich

Widerspruch aus Diabetologie und Gastroenterologie: Besser sei ein deutlich differenzierteres Vorgehen, weil das Absetzen der Medikamente weitreichende Folgen

haben könne. Und noch ein Aspekt sei zu bedenken: die autonome Neuropathie. Derzeit werden von einer internationalen Forschergruppe neue Empfehlungen erarbeitet. **23**

### Seite 8/9 Herausragend und ausgezeichnet

**BERLIN.** Verdiente Forschende und Persönlichkeiten aus der Diabetologie wurden während des Diabetes Kongresses ausgezeichnet. Ein Who's Who der Geehrten bringt den Überblick.

### Seite 12 Ernährung unter der Forschungslupe

**NEUHERBERG.** Neue Ergebnisse von DZD-Forschenden zeigen, wie stark die Ernährung unsere Gesundheit beeinflusst. Es geht u. a. um das Bauchfett und um die Leber-Mitochondrien.

### Seite 14 Einsamkeit: die stille Epidemie

**ORLANDO.** Zwischen Einsamkeit und Diabetes gibt es Wechselwirkungen, die z. B. Erkrankungsrisiko, kardiovaskuläre Erkrankungen und Mortalität betreffen. Die Forschung dazu läuft an.



## Mensch oder Banane? Egal!

**ULM.** Eine Smartwatch für weniger als 50 Euro, die neben Schrittzahl und Herzfrequenz auch Blutzuckerwerte misst – damit wird online geworben. Aus der ärztlichen Community kamen dazu viele Nachfragen. Nun hat das Institut für Diabetes-Technologie einen Pilotversuch mit zwei Modellen gemacht. Beim Testen der Blutzucker-Messfunktion am Handgelenk und an einer Banane wurden erstaunliche Ergebnisse erzielt. **24**

# »Dicke Bretter: Die DDG bleibt dran«

Bei vielen gesundheitspolitischen Plänen muss nachgebessert werden

## News & Fakten

Gesundes-Herz-Gesetz: Insuffizienter Plan für gesunde Herzen – Nachbesserungen gefordert; Kleinkinder unzureichend mit AID-Systemen versorgt; Offener Brief an Bundeskanzler Scholz zum Kinderschutz, Neun Bundesländer fordern Zuckersteuer; Meldungen „DDG macht Politik“; Nationale Diabetesstrategie vor vier Jahren beschlossen; Rahmenempfehlung des VDBD zu delegierbaren ärztlichen Leistungen; Gesundheitspolitische Podiumsdiskussion „3. Halbzeit“; Neues aus der Diabetesforschung ..... 5–7, 10–12,

## Kongress aktuell

Diabetes Kongress: Preisträgerinnen und Preisträger; ADA: Wechselwirkung zwischen Diabetes und Einsamkeit; DDG Reisestipendien: Stimmen von Stipendiat\*innen und Bewerbungsfrist ..... 8/9, 14

## Das Interview

VDBD-Vorsitzende Kathrin Boehm: „Eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe ist wichtiger denn je“ ..... 17

## Im Blickpunkt

Ketoazidosen und Diagnosezeitpunkte bei Typ-1-Diabetes; Referierende der DDG Fortbildung Digitalisierung: Das können Teilnehmende erwarten; Nachruf Michael Simonsohn; Gastroparese als OP-Risiko: Kritische Stimmen zum Absetzen von GLP1-RA; Smartwatches mit angeblicher Glukosemessung; Zertifiziertes Zentrum: Rhein-Maas-Klinikum; Steckbrief: DDG Kommission „Gesundheits- & wissenschaftspolitische Fragen“ ..... 16, 18, 23–26

## Medizin & Markt

Berichte aus der Industrie ..... 20–21

## Kurznachrichten

Neu oder rezertifizierte Praxen und Kliniken; Neue Diabetologinnen und Diabetologen; DDG Promotionsförderung ..... 27, 31

## Weiterbildung & Qualifikation

Diabetesedukation DDG (Diabetesberater\*in und Diabetesassistent\*in); Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG; Diabetespflegefachkraft DDG (Langzeit und Klinik); Fuß- und Wundassistent\*in DDG; Diabetescoach DDG; Adipositasberater\*in DAG-DDG; Seminare Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung; Fachpsycholog\*in DDG ..... 28–29

## Job- & Praxenbörse

Stellenangebote, Stellengesuche, Nachfolgesuche ..... 30–31

Buntes ..... 32

Liebe Leserinnen und Leser,

alle, die in der Diabetologie tätig sind, und besonders die DDG sind gefordert, mit den in schneller Folge aufkommenden Initiativen und Plänen aus der Gesundheitspolitik Schritt zu halten. Und mehr noch: Die DDG muss versuchen, diese Vorhaben im Sinne der Menschen mit Diabetes zu beeinflussen.

### »Gesundes-Herz-Gesetz: verbessern«

Das „Gesundes-Herz-Gesetz“ ist dafür ein gutes Beispiel: Durch das Gesetz sollen die DMP sowie die Früherkennung und Versorgung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen gestärkt werden. Das ist zu begrüßen – aber es gibt einige sehr problematische Punkte wie eine reine Kardiozentrierung mit der pauschalen Bevorzugung einer breiten Verordnung von Statinen. Im Gegensatz dazu wird u. a. der Diabetes als Krankheit und Risikofaktor überhaupt nicht berücksichtigt. Die DDG setzt sich zusammen mit anderen für Nachbesserungen ein. Was wir fordern, lesen Sie auf Seite 4.

### »Diabetesstrategie & Kinderschutz: umsetzen«

Wie dick die Bretter sind, an denen gebohrt werden muss, wird auch deutlich an der 2020 beschlossenen, aber noch nicht umgesetzten Nationalen Diabetesstrategie. Jahr um Jahr verstreicht ungenutzt. Und: Wie beim „Gesundes-Herz-Gesetz“ werden auch hier verhältnispräventive Maßnahmen zu wenig beachtet. Mehr dazu steht auf Seite 7. Schon lange setzt sich die DDG zusammen mit anderen für den Kinderschutz in der Lebensmittelwerbung und eine Zuckersteuer ein. Gegen starken Widerstand bemühen wir uns um die Umsetzung dieser wissenschaftlich basierten



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

verhältnispräventiven Maßnahmen – z. B. mit einem offenen Brief an Bundeskanzler Scholz. Alles darüber auf Seite 6.

### »Aufgabenverteilung neu denken«

Die Ressourcen und Kompetenzen derer, die in der Diabetologie arbeiten, sinnvoll zu nutzen, ist wichtig. Das kann auch durch die Delegation ärztlicher Leistungen gelingen. Der VDBD hat zusammen mit weiteren Organisationen – darunter die DDG – Rahmenempfehlungen für delegierbare Leistungen in der Diabetologie erarbeitet. Um was es konkret geht, erfahren Sie auf Seite 10, mehr über die Ziele des VDBD im Interview mit der Vorsitzenden Kathrin Boehm auf Seite 17.

### »GLP1-RA vor einer OP absetzen – oder nicht?«

GLP1-Rezeptoragonisten vor Operationen abzusetzen, wird von den Fachgesellschaften für Anästhesiologie, Chirurgie und Innere Medizin empfohlen, u. a. aus der Diabetologie melden sich kritische Stimmen. Warum neue Empfehlungen in Arbeit sind, steht auf Seite 23.

### »Diabetes Kongress und Diabetes Herbsttagung«

In dieser Ausgabe können Sie sich anschauen, wer beim Kongress ausgezeichnet wurde. Und Sie erfahren, was junge Menschen mit Reisestipendium vom Kongress mitgenommen haben. Übrigens: Die Bewerbungsfrist für Stipendien für die Herbsttagung endet am 29.08. Mehr auf den Seiten 8/9 u. 14.

Ganz herzlich Ihr

Prof. Dr. Andreas Fritsche

**diabetes**  
zeitung

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

Verlag: MedTriX GmbH

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

**CEO:** Oliver Kramer

**Geschäftsführung:** Stephan Kröck, Markus Zobel

**Gesamtreaktionsleitung Deutschland:** Günter Nuber

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

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

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

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

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

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

#### Redaktionsbeirat:

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

#### Vertretung der angrenzenden Fachgebiete:

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

#### Koordination in der DDG Geschäftsstelle:

Franziska Fey

#### Produktionsleitung Deutschland:

Ninette Grabinger

#### Teamleitung Layout:

Andrea Schmuck

#### Layout:

Ramona Achhammer, Christina Mähler, Beate Scholz, Mira Vetter

#### Objekt- und Medialeitung:

Björn Lindenau

#### Verkauf:

Josef Hakam, Lukas Koch, Christiane Schlenger

#### Anzeigen:

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

#### Vertrieb und Abonnentenservice:

E-Mail: mtd-aboservice@medtrix.group

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

#### Bezugsbedingungen:

Jahresabonnement € 47, Studenten € 36,50  
(inkl. Porto und MwSt., Ausland zuzüglich Porto)  
Konto: HVB / UniCredit Bank AG

IBAN: DE12 7002 0270 0015 7644 62, BIC: HYVEDE3333  
ISSN 2367-2579

Erfüllungsort und Gerichtsstand ist Wiesbaden

**Registergericht:** Amtsgericht Wiesbaden

HRB 12 808, UST-IdNr.: DE 206 862 684



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

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

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

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

Dieses Druckerzeugnis wurde mit dem  
Blauen Engel ausgezeichnet



085

# Was hat das Potenzial, die Insulintherapie zu revolutionieren?

## **Awiqli® – das weltweit erste Wocheninsulin.**

Voraussichtlich  
verfügbar ab  
**September  
2024**



Jetzt QR-Code scannen und  
mehr über Awiqli® erfahren.



DE24AWQ00129

**Awiqli® 700 Einheiten/ml Injektionslösung im Fertigpen.** *Wirkstoff:* Insulin icodec. **Zusammensetzung:** *Arzneilich wirksamer Bestandteil:* 700 Einheiten/ml Insulin icodec, hergestellt durch rekombinante DNS-Technologie in *Saccharomyces cerevisiae*. *Sonstige Bestandteile:* Glycerol, Metacresol, Phenol, Zinkacetat, Natriumchlorid, Salzsäure (zur Einstellung des pH-Werts), Natriumhydroxid (zur Einstellung des pH-Werts), Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Behandlung des Diabetes mellitus bei Erwachsenen. **Art der Anwendung:** Awiqli® ist ein Basalinsulin zur einmal wöchentlichen Verabreichung. Die Verabreichung sollte immer am gleichen Wochentag erfolgen. Zur subkutanen Injektion in das Abdomen, den Oberschenkel oder den Oberarm. Awiqli® darf nicht intravenös angewendet werden, da dies zu schweren Hypoglykämien führen kann. Awiqli® darf nicht intramuskulär angewendet werden, da sich dadurch die Resorption verändern kann. Awiqli® darf nicht aus der Patrone des Fertigpens in eine Spritze aufgezogen werden. Bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 muss dieses Arzneimittel mit Bolusinsulin kombiniert werden. Bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 kann dieses Arzneimittel sowohl allein als auch in jeder Kombination mit oralen Antidiabetika, GLP-1-Rezeptoragonisten und Bolusinsulin angewendet werden. Wenn Insulin icodec zusätzlich zu Sulfonylharnstoffen angewendet wird, sollte eine Beendigung der Therapie mit Sulfonylharnstoffen oder eine Reduktion der Sulfonylharnstoff-Dosis in Betracht gezogen werden. Awiqli® ist nicht für Patienten geeignet, die neu mit Typ 1 Diabetes diagnostiziert wurden. Patienten mit Typ 2 Diabetes: Die empfohlene Anfangsdosis beträgt 70 Einheiten, gefolgt von einer individuellen Dosisanpassung. Bei der Umstellung von täglich verabreichtem Basalinsulin entspricht die empfohlene Dosis Awiqli® der täglichen Basalinsulin-Gesamtdosis multipliziert mit 7. Für die erste Injektion (Dosis in Woche 1) wird eine zusätzliche einmalige Aufsättigungsdosis von 50% Awiqli® empfohlen, falls ein schnelleres Erreichen der Blutzuckerkontrolle angestrebt wird. Für Patienten mit Typ 1 Diabetes wird diese Dosis immer empfohlen (nur für die erste Injektion). Die einmalige Aufsättigungsdosis darf ab der zweiten Injektion nicht mehr gegeben werden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Insulin icodec oder einen der sonstigen Bestandteile. Vorsicht bei der Kombination mit Pioglitazon (Spontanmeldungen von Herzinsuffizienz). Nicht während der Schwangerschaft und Stillzeit anwenden. **Warnhinweise:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. Verwenden Sie nur klare, farblose Lösung. Darf nur von einer Person verwendet werden. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Hypoglykämie. Häufig: Reaktionen an der Injektionsstelle (blaue Flecken, Blutungen, Schmerzen oder Unbehagen, Rötungen, Schwellungen oder Juckreiz; Peripheres Ödem (Schwellungen aufgrund von Flüssigkeitseinlagerungen). Gelegentlich: Überempfindlichkeitsreaktionen (Unwohlsein, Atembeschwerden, Herzrasen, Schwindelgefühl, Übelkeit, Erbrechen, lokale Reaktionen, Schwitzen, Bewusstlosigkeit. Selten: Lipodystrophie (Lipoatrophie, Lipohypertrophie, kutane Amyloidose). **Verschreibungspflichtig.** Novo Nordisk A/S, Novo Allé, 2880 Bagsværd, Dänemark. **Stand:** Mai 2024

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



1x PRO  
WOCHEN **Awiqli®**  
Insulin icodec  
Injektion 700 E/ml

# Insuffizienter Plan für gesunde Herzen

Ampel muss in puncto Früherkennung und DMP gesetzgeberisch nachbessern

**BERLIN.** Mit seinem Entwurf für ein Gesetz zur Stärkung der Herzgesundheit erntet der Bundesgesundheitsminister in der Fachwelt vor allem eines: Widerspruch. Dieser bezieht sich insbesondere auf geplante Präventionsmaßnahmen und die Rolle des BMG. Allerdings sind auch Verbesserungen bei den DMP vorgesehen.

Mitte Juli fand eine Fachanhörung im Bundesgesundheitsministerium (BMG) zum geplanten Gesundes-Herz-Gesetz (GHG) statt. In einer gemeinsamen Stellungnahme äußerten sich DDG, BVND, Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) und Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) überwiegend kritisch. Die Ziele, die DMP zu stärken sowie die Früherkennung und Versorgung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu verbessern, seien begrüßenswert, schreiben die vier Organisationen. Doch es gebe „äußerst problematische Punkte“, die vor einer Gesetzesverabschiedung unbedingt noch geändert werden müssten.

## Weiterhin die Expertise der Selbstverwaltung nutzen

Als ersten Kritikpunkt führen DDG, BVND, DAG und DGE den beabsichtigten Eingriff in der Selbstverwaltung an. Denn das BMG möchte unter Beteiligung von Sachverständigen per Rechtsverordnung selbst Versorgungsinhalte und Vergütungsvorgaben festlegen. Das betrifft etwa Gesundheitsuntersuchungen zur **Früherkennung** von Herz-Kreislauf-Erkrankungen im 25., 35. und 50. Lebensjahr sowie die Früherken-

nung einer Fettstoffwechselstörung bei Kinder und Jugendlichen ab dem 12. Lebensjahr. DDG, BVND, DAG und DGE wenden sich – im Gleichklang mit G-BA, Krankenkassen, Bundesärztekammer und KBV – gegen diese „Ermächtigung in Richtung Staatsmedizin“: „Die fachliche Expertise zur Weiterentwicklung und Umsetzung guter evidenzbasierter Versorgung muss aus unserer Sicht in den Händen der Selbstverwaltung unter enger Beratung mit den Fachgesellschaften für die Festlegung des medizinischen Standards und der Etablierung von Leitlinien bleiben.“ Die vier Vereinigungen monieren, dass der Referentenentwurf die diversen Risikofaktoren und Begleiterkrankungen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nicht ausreichend berücksichtige (den Kabinettsentwurf kündigte das BMG für den 21.8. an). Folglich würden die vorgesehenen Maßnahmen nicht zu den gewünschten Ergebnissen führen. Unterstützt wird die Forderung der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie, ein **Screening** auf eine chronische Nierenerkrankung bei Risikofaktoren wie Bluthochdruck, anderen Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes schon ab dem Check-up 25 einzuführen. Bei den durch **Lebensstil beeinflussbaren Risikofaktoren** seien die avisierten Maßnahmen zu Rauchstopp, gesunder Ernährung und gesundem Bewegungsverhalten unzureichend.

Die Prinzipien einer „Health in All Policies“ würden nicht ausreichend umgesetzt, monieren DDG & Co. Es gehe darum, Selbstmanagement-Kompetenzen zu stärken und gesundheitsfördernde Lebenswelten im Alltag zu schaffen.

## Kein Verständnis für eine „Gießkannen-Versorgung“

Die vorgesehene pauschale Bevorzugung einer breiten Verordnung von **Statinen** sehen DDG, BVND, DAG und DGE kritisch. Diese Fokussierung greife zu kurz. Es erscheine auch nicht sinnvoll, sich gesetzlich auf eine Substanzklasse festzulegen. „Das Vorhaben des BMG, Gelder für Präventionsangebote zugunsten einer Gießkannen-Versorgung mit Statinen umzuschichten, basiert auf keinerlei Evidenz. Eine vorsorgliche Versorgung mit Medikamenten ist

geradezu fahrlässig“, kommentiert Dr. JENS KRÖGER, Vorstandsvorsitzender diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe, in einer Pressemitteilung mit der DDG den GHG-Entwurf. Die Geschäftsführerin von diabetesDE, NICOLE MATTIG-FABIAN, ergänzt: „Es fehlt schon jetzt an ausreichender Ernährungs- und Bewegungsberatung, von der besonders Menschen mit Diabetes profitieren. Diese Angebote zu reduzieren, läuft am Ziel vorbei, da es die Notwendigkeit von Verhaltensprävention konterkariert.“ Dr. Kröger mahnt: „Menschen sterben meist nicht, weil das Herz einfach versagt, sondern weil

es eine Eskalationskaskade hin zu Herz-Kreislauf-Komplikationen gibt. Die muss vorzeitig unterbunden werden.“ Bei Herz-Check-ups sei das Kind dann oft schon in den Brunnen gefallen. DDG und diabetesDE fordern deshalb ein Diabetesregister.

Im Fall des Screenings auf die häufige genetische Erkrankung **familiäre Hypercholesterinämie** plädieren die DDG, BVND, DAG und DGE sowie die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung von Fettstoffwechselstörungen und ihren Folgeerkrankungen (Lipid-Liga) für die U9 statt der J1 als Screening-Zeitpunkt.

Das BMG möchte die **pharmazeutischen Dienstleistungen** in Apotheken um Maßnahmen zur Prävention und Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes erweitern. Die dafür geplanten Gutscheine halten DDG, BVND, DAG und DGE für „teure, nicht evaluierte Parallelangebote“ zu den ärztlichen Einrichtungen.

Die Absicht des BMG, **DMP** weiterzuentwickeln und die Kassen zu verpflichten, DMP als Regelversorgung anzubieten, wird begrüßt. Vergütungsbestandteile für das Erreichen mindestens dreier Qualitätsziele in den DMP-Verträgen für Diabetes Typ 1 und 2 sowie KHK festzulegen, könne sinnvoll sein. Es sollte jedoch ebenfalls geregelt werden, dass ärztliche Leistungen auch dann bezahlt werden, wenn die/der Versicherte aus einem ärztlicherseits nicht zu vertretenden Grund rückwirkend ausgeschrieben wird oder keine wirksame Einschreibung vorliegt.

Zum **Bürokratieabbau** würde beitragen, wenn es statt ungezählter regionaler Verträge bundesweite DMP-Abkommen gäbe, schlagen DDG, BVND, DAG und DGE vor. Auch die Evaluation der DMP sollte bundesweit erfolgen. „Wenn Menschen ohne manifeste Erkrankung, aber mit erhöhtem Risiko mit in die DMP aufgenommen werden sollen, dann betrifft das deutlich mehr als 50 % der erwachsenen Bevölkerung.“ Jedoch seien geeignete Medikamente vielfach nicht für eine Primärprävention ohne Diagnose einer manifesten Erkrankung zugelassen, sie unterlägen nicht der Leistungspflicht der GKV. Synergien, z. B. in Therapieprogrammen zwischen den Diabetes-DMP und dem DMP Adipositas, seien zu nutzen.

DDG, BVND, DAG und DGE vermissen Maßnahmen der frühen Verhaltens- und Verhältnisprävention, z. B. in Kindergärten und Schulen, sowie zur Angleichung der Lebensverhältnisse und Reduktion sozialer Ungleichheit. „Wir appellieren daher gemeinsam, den vorliegenden Gesetzentwurf entsprechend der oben genannten Punkte zu ändern und gründlich zu überarbeiten.“ Die eigene Expertise bringe man hierbei gerne mit ein. *Michael Reischmann*

Es gibt Zweifel, dass das „Gesundes-Herz-Gesetz“ seinen hohen Anspruch erfüllen kann.

Fotos: CurvaBezier/gettyimages, Misha Shutke/gettyimages

»Kompetenzen fürs Selbstmanagement sind zu stärken«

## Appell zum BIPAM-Aufbau: Die Analyse von Gesundheitsdaten auch hurtig in wirksame Strategien und Maßnahmen umsetzen!

Mitte Juli hat das Bundeskabinett den Entwurf des „Gesetzes zur Stärkung der Öffentlichen Gesundheit“ beschlossen. Dieses setzt den Rahmen für das neue Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM). Als selbstständige Bundesoberbehörde mit Sitz in Köln und einer Außenstelle in Berlin soll das BIPAM die Aufgaben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und in Teilen des Robert Koch-Instituts (RKI) übernehmen. Starttermin ist der 1. Januar 2025. Laut Bundesgesundheitsministerium (BMG) wechseln 334 Beschäftigte der BZgA und 180 des RKI zum BIPAM. Zu den Aufgaben des Instituts gehört es, Daten zum Gesundheitszustand der Bevölkerung, zu den gesundheitlichen Auswirkungen durch Klima und Umwelt sowie zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen zu erheben und auszuwerten. Die Erkenntnisse können für politische und strategische Entscheidungen sowie zielgruppenspezifische Präventionsangebote genutzt werden. Die Behörde hat einen „einfachen und schnellen

Zugang zu gut verständlichen Gesundheitsinformationen“ anzubieten. Sie entwickelt „Maßnahmen zur Verhaltens- und Verhältnisprävention, einschließlich der Vorsorge und Früherkennung von Krankheiten und unterstützt deren Umsetzung“, so das BMG.

Dieses verstärkte Engagement für die Themen Prävention und Public Health wird von der DDG, der Deutschen Adipositas-Gesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention, diabetesDE und der Deutschen Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK) in einer gemeinsamen Stellungnahme begrüßt. Allerdings seien reine Aufklärungsinitiativen nicht ausreichend, um bildungsferne und sozial benachteiligte Schichten, die am stärksten von nichtübertragbaren Krankheiten und deren Risikofaktoren betroffen sind, zu erreichen. Die Or-

ganisationen empfehlen deshalb dem Gesetzgeber, den Auftrag des BIPAM explizit um Maßnahmen der Verhältnisprävention zu erweitern, die direkt auf ein verbessertes Lebensumfeld abzielen und einen gesunden Lebensstil für alle leichter machen.

Es sei auch entscheidend, dass bereits vorhandene Daten jetzt zur Implementierung konkreter Aktivitäten führten. Die KiGGS-Studie müsse fortgeführt werden, da sie Daten über den Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen liefere, die für das Entwickeln wirksamer Präventionsmaßnahmen unverzichtbar seien.

Kritisch bewerten die Autor\*innen der Stellungnahme, dass das BIPAM dem BMG unterstellt ist. „Das BMG hat keine Weisungsbefugnis gegenüber anderen Ministerien, was die Umsetzung eines ganzheitlichen ‚Health in All Policies‘-Ansatzes limitiert“, heißt es in dem Papier. Eine ministerienübergreifende Zusammenarbeit sei aber für effektive Präventionsmaßnahmen unerlässlich. Deshalb wird vorgeschlagen, eine übergeordnete, unabhängige Institution zu schaffen, die zwischen Ministerien wie Bildung, Umwelt, Finanzen und Ernährung koordiniert, – oder diesen Bereich beim RKI zu belassen und auszubauen. Zumal mit der Übertragung von Aufgaben und Personal vom RKI aufs BIPAM die Zerschlagung etablierter Strukturen sowie Ressourcenverluste drohen.



# Wann hat das Warten ein Ende?

Kleinkinder mit Diabetes haben den größten Bedarf, sind aber noch unzureichend mit AID-Systemen versorgt

**BERLIN.** AID-Systeme sind ein Game-Changer in der Diabetestherapie. Doch für Kleinkinder stehen diese Systeme nur eingeschränkt zur Verfügung, denn für diese Altersgruppe sind nur wenige Systeme zugelassen oder praktikabel.

Dabei ist gerade für kleine Kinder mit Diabetes ein gutes, technisch unterstütztes Therapieangebot enorm wichtig – und deshalb fordert die DDG einen leichteren und schnelleren Zugang zu modernen Systemen wie automatisierten Insulin-Dosierungssystemen (AID-Systeme).

Mehr als 60 % der Kinder und Jugendlichen und etwa 40 % der Erwachsenen mit Typ-1-Diabetes nutzen Insulinpumpen. „Ein entscheidender Wendepunkt war 2016 die Verordnungsfähigkeit von kontinuierlichen Glukosemesssystemen“, erklärt Professor Dr. med. ANDREAS NEU, Past-Präsident der DDG und Arzt für Kinder- und Jugendmedizin. „Diese Technologie hat zusammen mit den automatisierten Insulinabgabe-Systemen die Diabetestherapie grundlegend verändert.“

### Zulassungsverfahren vereinfachen und beschleunigen

Besonders Kleinkinder mit Typ-1-Diabetes können von den Fortschritten in der Diabetes-Technologie profitieren. Bei ihnen ist die Glukoseeinstellung häufig schwierig; sie benötigen meist nur eine geringe Insulinmenge und ihr Ess- und Aktivitätsverhalten ist schwer vorhersehbar. Ihre Eltern sind durch die erschwerten Verhältnisse besonders belastet. Deshalb könnten AID-Systeme speziell für diese Zielgruppe sowie ihre Angehörigen von großem Nutzen sein. „Der Zugang für diese Patientengruppe zu den modernen Systemen ist uns daher ein besonderes Anliegen“, so Prof. Neu. „Aber aktuell sind nicht alle Systeme für die Jüngsten zugelassen.“ Eine internationale Studie bestätigt eine hohe Effektivität der Nutzung von AID-Systemen bei Vorschulkindern.

Wie in allen Bereichen der Medizinprodukte und Arzneimittelentwicklung werden die Systeme oft zunächst für Erwachsene oder ältere Kinder und Jugendliche überprüft. Daher gibt es derzeit nur begrenzte Optionen für Kinder unter sieben Jahren. „Es ist daher notwendig, die Zulassungsverfahren zu vereinfachen und zu beschleunigen, damit die jüngsten Patientinnen und Patienten schnellstmöglich am Fortschritt teilhaben können“, fordert Prof. Neu.

### Die Rahmenbedingungen müssen stimmen

Um die neuen Technologien für Menschen mit Diabetes besonders effektiv nutzbar zu machen, müssen die Rahmenbedingungen stimmen: Diabetes-Teams müssen kontinuierlich geschult werden, um mit den sich ständig weiterentwickelnden Systemen Schritt zu halten. Zudem

benötigen Betroffene umfassende Schulungen und Sprachkenntnisse, um die komplexen Technologien zu verstehen und richtig anzuwenden. „Eine gründliche Schulung und regelmäßige Auffrischungen sind entscheidend für den Therapieerfolg“, betont Prof. Neu. „Schließlich sind auch Selektivverträge und unterschiedliche Softwarelösungen der AID-Systeme problematisch. Eine Vereinfachung der bürokratischen Hürden und eine höhere Interope-

rabilität der Systeme wären wünschenswert, um die Versorgungssituation weiter zu verbessern.“ Und an die Kassen gewandt sagte er: „Die Kostenträger müssen die Kosten für alle Systeme übernehmen, sodass individuelle Lösungen möglich sind.“  
DDG/nf

Wadwa, R. P. et al. N Engl J Med 2023; 388: 991–1001; doi: 10.1056/NEJMoa2210834

Gemeinsame Online-Pressekonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)



Oft profitieren Kleinkinder nicht als Erste von neuer Technologie. Eine schnellere Zulassung könnte helfen.

Foto: santima.studio/gettyimages

FÜR IHRE PATIENT:INNEN MIT TYP-2-DIABETES GEHT'S

# HOCH HINAUS

DANK ÜBERRAGENDER ERGEBNISSE.

1 x wöchentlich

## mounjaro®

Tirzepatid

Jetzt verfügbar:  
**Der Mounjaro® KwikPen®**

Auch zur Behandlung von Adipositas zugelassen.<sup>1</sup>

Ein einzelnes Molekül, das sowohl

GIP- als auch GLP-1-

Rezeptoren aktiviert<sup>1</sup>

Überlegene HbA<sub>1c</sub>-Reduktion<sup>1</sup>

Bis zu -2,5%

HbA<sub>1c</sub>-Reduktion mit Mounjaro® 15 mg nach 40 Wochen<sup>1,a</sup>

Überlegene Gewichtsreduktion<sup>1,b</sup>

Bis zu -13%

Gewichtsreduktion mit Mounjaro® 15 mg nach 40 Wochen<sup>2,c</sup>

Jetzt mit Mounjaro® starten.

Mehr Informationen zur Dosierung und Anwendung.

Mounjaro® (Tirzepatid) ist angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen mit unzureichend eingestelltem Typ-2-Diabetes als Ergänzung zu Diät und Bewegung als Monotherapie, wenn die Einnahme von Metformin wegen Unverträglichkeiten oder Kontraindikationen nicht angezeigt ist, zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Diabetes mellitus sowie als Ergänzung zu einer kalorienreduzierten Diät und erhöhter körperlicher Aktivität zum Gewichtsmanagement, einschließlich Gewichtsabnahme und Gewichtserhaltung, bei Erwachsenen mit einem Ausgangs-BMI von  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> (Adipositas) oder  $\geq 27$  kg/m<sup>2</sup> (Übergewicht) bei Vorliegen mindestens einer gewichtsbedingten Begleiterkrankung.

a) Bezogen auf den Ausgangswert. <sup>1</sup> Mittlere HbA<sub>1c</sub>-Reduktion im Vergleich zum Ausgangswert. b) Die Veränderung des Körpergewichts war ein sekundärer Endpunkt in den SURPASS-Studien. <sup>c</sup> Bezogen auf den Ausgangswert. <sup>2</sup> Mittlere Gewichtsreduktion im Vergleich zum Ausgangswert.

1. Fachinformation Mounjaro® (aktueller Stand). 2. Frias JP, et al. N Engl J Med. 2021 Aug 5; 385(6): 503–515.

**Bezeichnung der/s Arzneimittel/s:** Mounjaro® 2,5 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro® 5 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro® 7,5 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro® 10 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro® 12,5 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro® 15 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro® 2,5 mg/Dosis KwikPen® Injektionslösung in einem Fertipen, Mounjaro® 5 mg/Dosis KwikPen® Injektionslösung in einem Fertipen, Mounjaro® 7,5 mg/Dosis KwikPen® Injektionslösung in einem Fertipen, Mounjaro® 10 mg/Dosis KwikPen® Injektionslösung in einem Fertipen, Mounjaro® 12,5 mg/Dosis KwikPen® Injektionslösung in einem Fertipen, Mounjaro® 15 mg/Dosis KwikPen® Injektionslösung in einem Fertipen. **Zusammensetzung:** Durchstechflasche, Einzeldosis; **arzneilich wirksamer Bestandteil:** Jede Durchstechflasche enthält 2,5 mg (5 mg/ml), 5 mg (10 mg/ml), 7,5 mg (15 mg/ml), 10 mg (20 mg/ml), 12,5 mg (25 mg/ml) oder 15 mg (30 mg/ml) Tirzepatid in 0,5 ml Lösung; **sonstige Bestandteile:** Dinatriumhydrogenphosphat 7 H<sub>2</sub>O (E339), Natriumchlorid, Konzentrierte Salzsäure (zur pH-Wert-Einstellung), Natriumhydroxid (zur pH-Wert-Einstellung), Wasser für Injektionszwecke, Fertipen (KwikPen®), Mehrfachdosis; **arzneilich wirksamer Bestandteil:** Jede Dosis enthält 2,5 mg, 5 mg, 7,5 mg, 10 mg, 12,5 mg oder 15 mg Tirzepatid in 0,6 ml Lösung. Jeder Mehrfachdosis-Fertipen enthält 10 mg (4,17 mg/ml), 20 mg (8,33 mg/ml), 30 mg (12,5 mg/ml), 40 mg (16,7 mg/ml), 50 mg (20,8 mg/ml) oder 60 mg (25 mg/ml) Tirzepatid in 2,4 ml. Jeder Pen gibt 4 Dosen zu je 2,5 mg, 5 mg, 7,5 mg, 10 mg, 12,5 mg oder 15 mg ab; **sonstige Bestandteile:** Dinatriumhydrogenphosphat 7 H<sub>2</sub>O (E339), Benzylalkohol (E1519), Glycerin, Phenol, Natriumchlorid, Salzsäure 36% (zur pH-Wert-Einstellung), Natriumhydroxid (zur pH-Wert-Einstellung), Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Typ-2-Diabetes mellitus: Mounjaro ist angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen mit unzureichend eingestelltem Typ-2-Diabetes mellitus als Ergänzung zu Diät und Bewegung als Monotherapie, wenn die Einnahme von Metformin wegen Unverträglichkeiten oder Kontraindikationen nicht angezeigt ist, zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Diabetes mellitus. Studienergebnisse hinsichtlich Kombinationen, Auswirkungen auf die glykämische Kontrolle, sowie auf die untersuchten Populationen, sind in den Abschnitten 4.4, 4.5 und 5.1 der Fachinformation zu finden. **Gewichtsmanagement:** Mounjaro ist angezeigt als Ergänzung zu einer kalorienreduzierten Diät und erhöhter körperlicher Aktivität zum Gewichtsmanagement, einschließlich Gewichtsabnahme und Gewichtserhaltung, bei Erwachsenen mit einem Ausgangs-Body-Mass-Index (BMI) von  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> (Adipositas) oder  $\geq 27$  kg/m<sup>2</sup> (Übergewicht) bei Vorliegen mindestens einer gewichtsbedingten Begleiterkrankung (z. B. Hypertonie, Dyslipidämie, obstruktive Schlafapnoe, Herz-Kreislauf-Erkrankung, Prädiabetes oder Typ-2-Diabetes mellitus). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder gegen einen der genannten sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Hypoglykämie<sup>1</sup> bei Anwendung mit Sulfonharnstoff oder Insulin; Übelkeit, Diarrhoe. *Häufig:* Überempfindlichkeitsreaktionen; Hypoglykämie<sup>1</sup> bei Anwendung mit Metformin und SGLT2-Inhibitoren, verminderter Appetit<sup>1</sup>; Schwindel<sup>1</sup>, Hypotonie<sup>1</sup>, Bauchschmerzen, Erbrechen, Dyspepsie, Verstopfung, Blähungen, Aufstoßen, Flatulenz, gastroösophageale Refluxkrankheit; Harcausfall<sup>1</sup>; Fatigue (umfasst die Begriffe Müdigkeit, Asthenie, Unwohlsein und Lethargie). Reaktionen an der Injektionsstelle; erhöhte Herzfrequenz, erhöhte Lipase- und Amylasewerte. *Gelegentlich:* Hypoglykämie<sup>1</sup> bei Anwendung mit Metformin, Gewichtsverlust<sup>1</sup>; Cholelithiasis, Cholezystitis, akute Pankreatitis, Schmerzen an der Injektionsstelle; erhöhter Calcitonin-Wert. *Selten:* Anaphylaktische Reaktion<sup>1</sup>, Angioödem<sup>1</sup>. <sup>1</sup> Klinisch signifikante Hypoglykämien (Blutzucker  $< 3,0$  mmol/l ( $< 54$  mg/dl)) oder schwere Hypoglykämien (die Hilfe einer anderen Person erfordern); <sup>2</sup> Nebenwirkung, die nur auf Patienten mit Typ-2-Diabetes mellitus (T2DM) zutrifft; <sup>3</sup> Nebenwirkung, die hauptsächlich auf Patienten mit Übergewicht oder Adipositas mit oder ohne T2DM zutrifft. <sup>4</sup> Über Berichte nach Markteinführung. **Warnhinweise:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren, weitere Warnhinweise siehe Fachinformation. **Verschreibungspflichtig.** **Zulassungsinhaber:** Eli Lilly Nederland B.V., Poppendorpsweg 83, 3528 BJ Utrecht, Niederlande; **Ansprechpartner in Deutschland:** Lilly Deutschland GmbH, Werner-Reimers-Str. 2-4, D-61352 Bad Homburg. **Stand der Information:** April 2024



# Politischer Stillstand beim Kinderschutz

Ein offener Brief soll Bundeskanzler Olaf Scholz aufrütteln

**BERLIN.** Vor mehr als einem Jahr wurden Pläne für ein Gesetz für Kinderschutz in der Lebensmittelwerbung vorgestellt. Ein Bündnis aus mehr als 35 Organisationen aus Medizin, Gesundheitsförderung, Wissenschaft, Verbraucher- sowie Kinder- und Jugendschutz appelliert in einem offenen Brief an Kanzler Olaf Scholz, endlich aktiv zu werden. Schon aktiv geworden sind neun Bundesländer: Sie fordern die Zuckersteuer auf Softdrinks.

Der Bundeskanzler wird in dem Schreiben aufgefordert, das Gesetz zur Beschränkung von Werbung für ungesunde Lebensmittel, die sich an Kinder und Jugendliche richtet (KLWG), konsequent und wirkungsvoll umzusetzen. Immerhin ist schon mehr als ein Jahr vergangen, seit Bundesernährungsminister Cem Özdemir die Eckpunkte und einen ersten Referentenentwurf zum Kinderschutz in der Lebensmittelwerbung vorgestellt hat. Nicht vergessen werden darf dabei, dass die Ampel-Koalition im Koalitionsvertrag den klaren Auftrag formuliert hat, den Schutz der Kinder vor Werbung für Lebensmittel mit hohem Zucker-, Fett- und Salzgehalt sicherzustellen.

Laut einer Studie der Universität Hamburg sehen mediennutzende Kinder zwischen drei und 13 Jahren pro Tag im Schnitt 15 Werbespots für ungesunde Lebensmittel. 92 % der gesamten Werbung, die Kinder wahrnehmen, vermarktet ungesunde Lebensmittel wie Fast Food, Snacks oder Süßigkeiten. Um Fehlernährung bei Kindern zu bekämpfen, empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation (WHO), Junkfood-Werbung gesetzlich einzuschränken.

## Eltern müssen gegen eine Milliardenindustrie kämpfen

„Die Regelungen müssen umfassend sein und dort wirken, wo Kinder Werbung ausgesetzt sind – sei es bei TV-Werbung, Außenwerbung oder Influencer-Werbung in den sozialen Medien“, heißt es im offenen Brief. „Die omnipräsente Werbung für ungesunde Lebensmittel hat fatale gesundheitliche Folgen. Eltern müssen tagtäglich gegen eine Milliardenin-

## Mittel- und langfristige Auswirkungen der Zuckersteuer

Wie wird sich die Zuckersteuer mittel- und langfristig auf Karies, Adipositas, Lebenserwartung und Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in England auswirken? Eine aktuelle Modellierung von Forschenden der Universität Cambridge ergab, dass sich vor allem für Kinder und Jugendliche in den am stärksten benachteiligten Gebieten die größten gesundheitlichen Vorteile ergeben werden, aber auch Kinder und Jugendliche in weniger benachteiligten Gebieten vom reduzierten Zuckerkonsum profitieren werden.

Cobiac LJ et al. PLoS Med. 2024 Mar 28; 21(3): e1004371; doi: 10.1371/journal.pmed.1004371

dustrie ankämpfen, die ihre Kinder mit geschickten Marketingtricks lockt. Die Gesundheit der Kinder darf nicht zwischen den Interessen der Industrie zerrieben werden. Die Politik muss den Stillstand beenden und die Gesundheit der Jüngsten in unserer Gesellschaft durch ein starkes Gesetz schützen.“

Das Bündnis fordert den Bundeskanzler eindringlich auf, sich dafür einzusetzen, dass das KLWG als wichtige Maßnahme für mehr Kindergesundheit ohne weitere Verzögerungen und Abschwächungen umgesetzt wird. „Der Schutz der Kindergesundheit muss Vorrang haben vor den wirtschaftlichen Interessen der Werbeindustrie und der Hersteller ungesunder Lebensmittel“, so das abschließende Plädoyer der Verbände. Unterzeichnet wurde der offene Brief von mehr als 35 Verbänden, u. a. von DANK, DDG, VDBD, diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe, Bundesärztekammer, der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin.

## Und was ist mit der Zuckersteuer?

Außer den Werbebeschränkungen setzen sich DANK (Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten) und DDG auch für die Einführung einer Zu-

»Wir brauchen mehr Mut und Willen«

ckersteuer ein. Ein klares Argument für eine solche Besteuerung liefert ein Blick über den Ärmelkanal: In Großbritannien gibt es seit sechs Jahren eine Steuer, die die Hersteller von Softdrinks für stark zuckerhaltige Getränke zahlen müssen. Durch die Staffelung der Besteuerung nach Zuckergehalt ist die Steuer für die Unternehmen ein Anreiz, den Zuckergehalt zu reduzieren – und genau das ist geschehen: 2019 enthielten nur noch 15 % der Softdrinks mehr als 5 g Zucker pro 100 ml, 2015 waren es noch fast 50 %. Im Jahr nach Einführung der Steuer sank der Zuckerkonsum bei Kindern um 5 g, bei Erwachsenen um 11 g pro Tag.

## Kein Verstecken mehr, kein Wegdiskutieren

„Wegdiskutieren und verstecken gilt jetzt nicht mehr: Die Bundesregierung muss die Getränkeproduzenten endlich in die Pflicht nehmen, ihre Rezepturen anzupassen und Zucker in Cola, Limo und Co. zu reduzieren. Die Strategie der freiwilligen Zuckerreduktion ist gescheitert. Die aktuelle und sehr lebhaft debattierte und um die Zuckersteuer beweist einmal mehr, dass wir mehr politischen Mut und Willen brauchen, um verbindliche Maßnahmen anzustoßen, die auch die Produzenten in die Pflicht nehmen. Eine Zuckersteuer wirkt, wenn sie bei den Herstellern ansetzt und sie dazu motiviert, den Zuckergehalt zu reduzieren“, sagt dazu DANK-Sprecherin und DDG Geschäftsführerin BARBARA BITZER.

## Neun Bundesländer fordern eine Zuckersteuer

Umso erfreulicher ist eine Initiative von neun Bundesländern, die Mitte Juni gestartet ist: Aus einem Protokollvermerk der Verbraucherschutzministerkonferenz geht hervor, dass Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Thüringen und das Saarland den Bund auffordern, eine Steuer auf besonders zuckerhaltige Getränke zu prüfen.

Dazu Barbara Bitzer: „Während sich die Bundesregierung hinter einer mutlosen Ernährungsstrategie versteckt, die sich in wirkungslosen Absichtsbekundungen verliert, geht die Mehrheit der Bundesländer wegweisend voran. Hoffentlich nutzt die Bundesregierung die politische Sommerpause, um die Initiative der Bundesländer ernsthaft zu prüfen.“

Nicole Finkenauer

DANK-Pressemitteilung und -Kommentar

QR-Code: Offener Brief an Bundeskanzler Scholz



DDG macht Politik

## Notfalldienste zulasten der hausärztlichen Versorgung helfen nicht weiter

Mit dem Notfallgesetz will die Bundesregierung Rettungsdienste und Krankenhaus-Notaufnahmen entlasten. Künftig sollen „integrierte Notfallzentren“ (INZ) darüber entscheiden, ob Patient\*innen, die in die Notaufnahme kommen, ambulant oder stationär behandelt werden. DDG und BVND haben dazu eine Stellungnahme verfasst. Sie äußern Zweifel, dass eine bundesweite telefonische Leitstelle die Notfallversorgung beschleu-



nigen und verbessern wird. Vor allem würden personelle Ressourcen über die Maßen gebunden und Zusatzkosten verursacht. Die vorgesehene Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, 24/7 eine telemedizinische und aufsuchende Versorgung bereitzustellen, konterkarieren das Prinzip der hausärztlichen Versorgung. Da zusätzliches Personal nicht vorhanden sei, müsste der Umfang der hausärztlichen Sprechstunden um den Aufwand für die Notfallversorgung vermindert werden. Wenn die Akuteitstelle lediglich an geöffnete Praxen mit Terminvermittlung oder an den Rettungsdienst bzw. Notfallzentren verweisen könne, gerate die Patientensicherheit in Gefahr.

## Eine Frage der Patientensicherheit: PTA sind keine Apotheker\*innen

Mit deutlicher Kritik haben der Ausschuss Pharmakotherapie des Diabetes und die Kommission Apotheker in der Diabetologie der DDG auf den Referentenentwurf des Apotheken-Reformgesetzes reagiert. Dieser müsse grundlegend überarbeitet werden. Insbesondere die Idee, PTA mit Videounterstützung Filialapotheken führen zu lassen, kommt schlecht an. In der aktuellen NVL des Typ-2-Diabetes seien explizit Apotheker\*innen und keine PTA eingebunden, um die Therapiesicherheit zu gewährleisten. Die DDG bietet die Qualifikation von Apotheker\*innen

in der interdisziplinären Behandlung von Diabetespatient\*innen an. Grundlage dafür ist eine Approbation. Angesichts des Fachkräftemangels raten die DDG-Gremien dem Staat, mehr Pharmaziestudienplätze einzurichten.



## Hormonaktive Substanzen in Alltagsprodukten strikt regulieren

„Von den rund 100.000 weltweit verwendeten Chemikalien sind etwa 50 als endokrine Disruptoren (ED) klassifiziert und gehören damit zur gleichen Gefahrenklasse wie krebserregende Substanzen. Wir brauchen strengere Regulierungen und ein Verbot der Herstellung und Nutzung dieser gefährlichen Chemikalien“. Das forderte Prof. Dr. rer. nat. JOSEF KÖHRL, ehemaliger Direktor des Instituts für Experimentelle Endokrinologie an der Charité-Universitätsmedizin Berlin,

auf der gemeinsamen Pressekonferenz von DDG und Deutscher Gesellschaft für Endokrinologie. ED wie Bisphenole und Phthalate können das Schilddrüsenhormonsystem verändern, was zu ernsthaften Entwicklungsproblemen führen kann. Besonders besorgniserregend ist die Belastung während der Schwangerschaft, so Prof. Köhrl. ED finden sich überall – von Plastik und Kosmetika über Nahrung und Trinkwasser bis hin zu Alltagsgegenständen und Spielzeug.

## Indikationserweiterung von Empagliflozin für Kinder und Jugendliche mit T2D

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in der Arzneimittel-Richtlinie als neues Anwendungsgebiet für Empagliflozin die Behandlung von 10- bis 17-Jährigen mit Diabetes Typ 2 (T2D) aufgenommen. Der G-BA folgte damit den neuen pädiatrischen S3-Leitlinien und den Argumenten einer Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie (DGPAED) und der DDG. Darin wurde

u. a. auf die schon erfolgte Zulassung von Dapagliflozin hingewiesen sowie auf den Vorteil einer oralen Therapie bei Kindern und Jugendlichen, die zudem nicht wie eine Insulintherapie mit einem Hypoglykämierisiko und dem Risiko einer Gewichtszunahme einhergeht. Auch der zunehmende Stellenwert von SGLT2-Inhibitoren bei T2D wurde betont. Der G-BA hat zwar Empagliflozin keinen Zusatznutzen bescheinigt, ist aber in seinen „Tragenden Gründen“ der Stellungnahme von DGPAED und DDG gefolgt und hat Dapagliflozin als zweckmäßige Vergleichstherapie (zVT) berücksichtigt. Ebenso wurde Dulaglutid als zVT ergänzt.



Beim Sommerempfang der Grünen kam es zu einem kurzen Treffen zwischen Bundeskanzler Olaf Scholz und DDG Geschäftsführerin Barbara Bitzer. Gesprächsthema: die Krankenhausreform. Scholz versicherte, dass Menschen mit Diabetes nicht unter die Räder kommen. Auf die Antwort auf den offenen Brief warten die mehr als 35 Organisationen u. Verbände jedoch noch immer.

Foto: DDG

Foto: MQ-illustrations - stock.adobe.com

Foto: benjaminmolte - stock.adobe.com

Foto: Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

# Pläne sollen endlich raus aus der Schublade

DDG und diabetesDE fordern, die vor vier Jahren beschlossene Nationale Diabetesstrategie umzusetzen

**BERLIN.** Nationale Diabetesstrategie – war da was? Ja, 2020 verabschiedet, wurde die NDS Anfang Juli vier Jahre alt. Seitdem wartet sie auf ihre Umsetzung – und setzt Staub an. DDG und diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe fordern deshalb die sofortige Rückkehr auf die gesundheitspolitische Agenda.

**D**ringend sollte die Nationale Diabetesstrategie wieder aus der Schublade geholt und am besten vollständig in einen nationalen Rahmenplan überführt werden, so DDG und diabetesDE. Dieser müsse eine ganzheitliche gesundheitspolitische Strategie verfolgen, die sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Maßnahmen integriert. Stattdessen verfolge das Bundesgesundheitsministerium (BMG) ungenügende Einzelmaßnahmen wie das „Gesundes-Herz-Gesetz“ (GHG) – ohne ein ganzheitliches Konzept zur Bekämpfung von Volkskrankheiten wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfall, Adipositas und Bluthochdruck (mehr dazu auf Seite 3).

## Jahr um Jahr verstreicht ungenutzt

„Der Jahrestag der Nationalen Diabetesstrategie erinnert daran, dass die Politik bereits seit vier Jahren eine konkrete Anleitung für eine bessere nationale Diabetes- und Gesundheitsprävention in den Schubladen hat, die Gelegenheit zur Umsetzung jedoch Jahr um Jahr verstreichen lässt“, kritisiert DDG Präsident Professor Dr. ANDREAS FRITSCH, TÜBINGEN.

In der Verabschiedung des Bundestages am 3. Juli 2020 wurde die Bundesregierung aufgefordert, die Prävention und Versorgungsforschung zu Diabetes mellitus und Adipositas voranzubringen sowie den Ausbau der entsprechenden Lehrstühle zu fördern. Entgegen dieser Ziele sei die „sprechende Medizin“ weiterhin unterfinanziert, Lehrstühle fehlten sogar zunehmend und die Weiterbildung drohe zu verkümmern. „Auch die aktuelle Krankenhausreform wird diese Misere leider verstärken“, betont Prof. Fritsche.

„Wir begrüßen es, dass sich Karl Lauterbach die Prävention auf die Fahnen geschrieben hat. Sein aktuell geplantes ‚Gesunde-Herz-Gesetz‘ kann den Ansprüchen einer gesamtgesellschaftlichen Präventionsstrategie jedoch nicht gerecht werden“, kritisiert BARBARA BITZER, Geschäftsführerin der DDG und DANK-Sprecherin. „Die darin enthaltenen Aspekte erscheinen als reiner Aktionismus. Sie widersprechen den internationalen Empfehlungen

der WHO und EU, im Sinne eines ‚Health in All Policies‘-Ansatzes, ressortübergreifend zu agieren.“

## Pakt der Gesundheitsminister die NDS doch noch an?

Übrigens: Bereits nach der Verabschiedung der NDS im Bundestag 2020 hatten DDG und diabetesDE darauf hingewiesen, dass im Beschluss das Bekenntnis zu verhältnispräventiven Maßnahmen noch fehle und hier Nachbesserungen

»Nachbesserungen sind nötig«

notwendig seien. Was hat das alles mit einem Spatenstich von Bundesgesundheitsminister Prof. Lauterbach für eine neue Produktionsstätte des Mounjaro®-Herstellers Lilly im April in Alzey (Rheinland-Pfalz) zu tun? Damals ergriff die dz-Redak-

tion die Gelegenheit, den Minister nach der Nationalen Diabetesstrategie zu fragen. Seine Antwort: „Die Diabetesstrategie ist für uns wichtig und wir bringen dies ins Rollen.“ Er verwies zudem darauf, dass es bei den Diabetes-DMP zur Auflage gemacht werden soll, die „Adipositasversorgung schon frühzeitig“ mit anzugehen. Bleibt abzuwarten, ob dies bedeutet, dass die Nationale Diabetesstrategie doch noch umgesetzt wird. DDG/diabetesDE/nf

# LDL-C MACE- REDUKTION? REDUKTION?†

# REDUKTION DER MORTALITÄT?‡

# PATIENTENFREUNDLICH?²

# ODER ALLES IN EINEM?¹,²



# PRALUENT® na klar!

**Praluent®**  
Alirocumab



† „MACE-Plus“, d. h. Tod durch KHK, Myokardinfarkt, ischämischer Schlaganfall und instabile Angina mit erforderlicher Hospitalisierung; ‡ Es wurde auch eine nur nominal statistisch signifikante Reduktion der Gesamtmortalität bei hierarchischer Testung beobachtet (HR 0,85; 95 %-KI: 0,73-0,98).¹

HR = Hazard Ratio; KHK = koronare Herzkrankheit; KI = Konfidenzintervall; LDL-C = Lipoprotein-Cholesterin niederer Dichte; MACE = schwerwiegendes unerwünschtes kardiovaskuläres Ereignis.

¹ Fachinformation Praluent®, Stand 11/2023; ² Frias JP, Koren MJ, Loizeau V et al. Clinical Therapeutics 2020;42(1):94-107.e5.

**Praluent®** 75 mg Injektionslösung im Fertigpen • **Praluent®** 150 mg Injektionslösung im Fertigpen • **Praluent®** 75 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze • **Praluent®** 150 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze • **Praluent®** 300 mg Injektionslösung im Fertigpen

**Wirkstoff:** Alirocumab. **Zusammens.**: Arzneil. wirks. Bestand.: Fertigpen/-spritze mit 75/150 mg Alirocumab in 1 ml Lösung; Fertigpen mit 300 mg Alirocumab in 2 ml Lösung. **Sonst. Bestand.:** Histidin, Saccharose, Polysorbat 20, H<sub>2</sub>O f. Injektionszw. **Anw.-geb.:** Primäre Hypercholesterinämie u. gemischte Dyslipidämie: Begleitend zu einer Diät b. Erw. mit primärer Hypercholesterinämie o. gemischter Dyslipidämie u. b. Kindern u. Jugendl. im Alter von 8 J. u. älter mit heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie in Komb. m. Statin od. Statin u. ander. lipidsenk. Therapien b. Pat., die m. Statinther. LDL-C-Zielwerte nicht erreich. od. als Monotherapie od. in Komb. m. lipidsenk. Therapien b. Pat. mit Statin-Unverträgl. od. bei Statin-Kontraindik. **Bestehende atherosklerotische kardiovaskuläre Erkrankung:** Bei Erw. mit bestehender atherosklerotischer kardiovaskulärer Erkrank. zur Reduktion des kardiovaskulären Risikos durch Verringerung der LDL-C-Werte zusätzlich zur Korrektur anderer Risikofakt.: in Komb. m. einer max. verträgl. Statin-Therapie mit od. ohne ander. lipidsenk. Therapieprinzipien od. als Monotherapie od. in Komb. mit ander. lipidsenk. Therapieprinzipien bei Pat. mit einer Statin-Unverträgl. od. wenn Statine kontraindiziert sind. **Gegenanz.:** Überempf. geg. Wirkstoff od. sonst. Bestand. **Nebenw.:** Immunsyst.: Selten: Überempf. Hypersensibilitätsvaskulitis. **Atemw./Brust/Mediast.:** Häufig: klin. Zeichen u. Sympt. i. Bereich d. oberen Atemwege. **Haut/Unterhautgew.:** Häufig: Pruritus; selten: Urtikaria, nummul. Ekzem; nicht bek.: Angioödem. **Allgem./ Beschw. a. Verabreichungsort:** Häufig: Reakt. a. d. Injektionsstelle; nicht bek.: grippeartige Erkr. **Verschreibungspflichtig.** Pharmazeutischer Unternehmer: **Sanofi Winthrop Industrie**, 82 avenue Raspail, 94250 Gentilly, Frankreich. Örtlicher Vertreter d. Zulassungsinhabers: **Sanofi-Aventis Deutschland GmbH**, D-65926 Frankfurt am Main. **Stand:** November 2023

MAT-DE-2400071-2.0-02/2024

Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, Lützowstr. 107, 10785 Berlin

**sanofi**



Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach kurz vor dem Spatenstich in Alzey. Ob er auch bald die Nationale Diabetesstrategie anpackt?

# Herausragende Leistungen für die Diabetologie

Die Preisträgerinnen und Preisträger 2024 bringen das Fachgebiet voran

**BERLIN.** Der Diabetes Kongress ist die Jahrestagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft – und bietet somit einen würdigen Rahmen für die Preisverleihungen der Fachgesellschaft. Während der Paul-Langerhans-Vorlesung werden traditionell viele Preisträgerinnen und Preisträger geehrt – in diesem Jahr erstmals

auch die Posterpreisträger\*innen –, aber auch einige Symposien bieten die Gelegenheit, verdiente Forscherinnen und Forscher auszuzeichnen. Viele Ehrungen sind mit Preisgeldern verbunden, die von der DDG und oft von Sponsoren aus der Industrie kommen, die so die Diabetesforschung unterstützen.



## Paul-Langerhans-Medaille

**Professor Dr. med. Anette-Gabriele Ziegler**

*Institut für Diabetesforschung, Helmholtz Munich,  
Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt; Deutsches Zentrum für Diabetesforschung*

Die Paul-Langerhans-Medaille wird seit 1972 an führende Persönlichkeiten in der Diabetologie verliehen – 2024 zum zweiten Mal an eine Frau. Die Forschungsschwerpunkte von Prof. Ziegler sind die Pathogenese des Typ-1-Diabetes und seine Prädiagnostik und Prävention. Die Laudatorin, Prof. Dr. Annette Schürmann, betonte, dass Prof. Ziegler „mit ihrer Arbeit ganz maßgebliche Ergebnisse zur Prävention und auch zum ursächlichen Verständnis des Typ-1-Diabetes geliefert hat“. Sie habe nicht nur Grundlagenforschung betrieben, sondern auch zur besseren Diagnostik und Behandlung von Menschen mit Typ-1-Diabetes beigetragen.

## Hellmut-Otto-Medaille

**Professor Dr. med. Stefan Bornstein**

*Zentrum für Innere Medizin sowie Medizinische Klinik und Poliklinik III am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden; transCampus King's College, London/TU Dresden; DZD*

In seiner Laudatio würdigte Prof. Dr. Martin Hrabě de Angelis (l.) Prof. Stefan Bornstein als Brückenbauer, der z. B. die transCampus-Partnerschaft zwischen dem King's College in London und der TU Dresden initiiert hat. Der Laudator hob außerdem Prof. Bornsteins Beitrag zur Inselzelltransplantation hervor. Zu den Forschungsschwerpunkten des Preisträgers gehören zudem die Wechselbeziehung von Diabetes mit Infektionen, die Nebennieren und die Stressregulation. Auch Prof. Gallwitz (r.) gratulierte.



## Ehrenmitgliedschaft

**Professor Dr. med. Klaus-Dieter Palitzsch**

*Zuletzt tätig an der München Klinik Neuperlach, Klinik für Endokrinologie, Diabetologie,  
Angiologie und Innere Medizin, Tagesklinik*



Prof. Palitzsch war lange Jahre der Vorsitzende des Ausschusses Qualitätssicherung, Schulung & Weiterbildung (QSW) der DDG und hat die Zertifikate der DDG maßgeblich vorangetrieben. Zudem war er vier Jahre lang Mitglied des Vorstandes der DDG. Laudator Prof. Dr. Baptist Gallwitz hob besonders die Fähigkeit von Prof. Palitzsch hervor, trotz allen Spezialwissens im Bereich der Inneren Medizin den Überblick zu behalten – und auf diese Weise auch den Blick über den Tellerrand hinaus zu ermöglichen.

## Ehrennadel in Gold

**Professor Dr. med. Peter Hürter**

*Ehemals Kinderkrankenhaus Auf der Bult, Hannover*



Prof. Hürter ist der Autor des Standardwerks „Diabetes bei Kindern und Jugendlichen“ – oft auch nur „der Hürter“ oder später „der Hürter – Lange – Danne“ genannt. „Dieses Werk und die damit verbundene Haltung hat Generationen geprägt – unter anderem auch mich“, so Laudator Prof. Dr. Andreas Neu, denn im Mittelpunkt stehe „das Streben nach Selbstbestimmung und Unabhängigkeit“. Zusammen mit der Psychologin Prof. Dr. Karin Lange hat Prof. Hürter zudem „Schulungskonzepte entwickelt, die den Besonderheiten Heranwachsender gerecht werden und die Eigenheiten des Entwicklungsprozesses berücksichtigen“. Die Schulungsprogramme, so Prof. Neu, hätten zum internationalen Renommee der deutschen Kinderdiabetologie beigetragen. Prof. Hürter war einer der Gründer der AGPD und ihr erster Sprecher. Er ist seit 1971 Mitglied der DDG und hat u. a. 2004 die Paul-Langerhans-Medaille erhalten.

## Adam-Heller-Projektförderung

**PD Dr. med. Friederike Weschenfelder**

*Klinik für Geburtsmedizin, Kompetenzzentrum Diabetes &  
Schwangerschaft, Universitätsmedizin Jena*

PD Dr. Weschenfelder (M.) erhält die Förderung für das Projekt „Prospektive randomisierte Pilotstudie zur Verbesserung der Behandlungszufriedenheit und Therapieadhärenz von Gestationsdiabetikerinnen durch Nutzung von FGM-Systemen“. Die Daten aus der Pilotstudie sollen zur Planung einer Multicenter-Studie mit 100 Frauen mit Gestationsdiabetes genutzt werden, erklärte Laudatorin



Dr. Heinke Adamczewski. Verliehen wird die Adam-Heller-Projektförderung von der DDG; die Förderungssumme von 20.000 Euro stiftet die Abbott GmbH. Dr. Matthias Axel Schweitzer, Medical Director DACH bei Abbott, gratulierte.

## Hans-Christian-Hagedorn-Projektförderung

**Dr. med. Zoltán Kender**

*Klinik f. Endokrinologie, Diabetologie, Stoffwechselkrankheiten u. Klinische  
Chemie, Zentr. f. Innere Medizin, Universitätsklinikum Heidelberg; DZD*

Wie Laudatorin Prof. Dr. Julia Szendrői ausführte, besteht die Arbeit von Dr. Kender aus einer Trias aus Versorgung (endokrine Tumoren), Lehre (interdisziplinäre Lehrkonzepte zusammen mit Wundassistent\*innen) und Forschung (Polyneuropathie). In seiner zukünftigen Forschung möchte Dr. Kender u. a. die unterschiedlichen sensorischen Phänotypen bei Menschen mit Diabetes und Prädiabetes genauer charakterisieren und verstehen, wie diese Phänotypen die Entwicklung der diabetischen sensorischen Polyneuropathie beeinflussen.



Die Projektförderung in Höhe von 25.000 Euro wurde gestiftet von der Novo Nordisk Pharma GmbH. Auf dem Bild v. l. n. r.: Prof. Szenrői, Dr. Zoltán Kender, Dr. Frank Ratter (Novo Nordisk).

## Hellmut-Mehnert-Projektförderung

**Dr. rer. nat Thilo Speckmann**

*Deutsches Institut für Ernährungsforschung  
Potsdam-Rehbrücke, Experimentelle Diabetologie; DZD*

Die Förderung erhielt Dr. Speckmann für das Projekt „Die Rolle des Transkriptionsfaktors TCF 4 in Inselzellen und bei der Typ-2-Diabetes-Pathogenese“. Seine Forschungsschwerpunkte sind die Inselzellbiologie und die genetischen Ursachen des Typ-2-Diabetes. Für ihn ist der Preis eine besondere Motivation, weil damit auch die diabetologische Grundlagenforschung ausgezeichnet wird. Die Förderung – 2024 eine Summe von 25.000 Euro – wird von der DDG für den am besten bewerteten Projektförderantrag vergeben. Die Laudatio hielt Prof. Dr. Martina Düfer (rechts im Bild).





### Young Investigator Award

**Professor Dr. med. Thomas Ebert**

*Klinik und Poliklinik für Endokrinologie, Nephrologie, Rheumatologie am Universitätsklinikum Leipzig*

Die Forschungsschwerpunkte von Prof. Ebert (2. v. r.) sind mikrovaskuläre Komplikationen des Diabetes und der Adipositas. Laudator Prof. Dr. Jochen Seufert (2. v. l.) betonte, dass Prof. Ebert nicht nur grundlagenwissenschaftlich arbeitet, sondern auch eine Verbindung schafft zwischen translationaler Arbeit und klinischer Forschung. Er habe maßgebliche Beiträge zum Wesen der Gefäßveränderungen bei Menschen mit Nephropathie geleistet. Prof. Ebert engagiert sich zudem in der AG Diabetes & Niere der DDG. Das Preisgeld in Höhe von 20.000 Euro wurde gestiftet von der Roche Diabetes Care Deutschland GmbH, auch Dr. Marc Oliver Hergel (r.) als Vertreter des Unternehmens gratulierte, ebenso Prof. Gallwitz.



### Informationen zu den DDG-Forschungspreisen und das Booklet „Preisträger und Preisträgerinnen 2024 der DDG:

[www.ddg.info/forschung/forschungspreise](http://www.ddg.info/forschung/forschungspreise)



### Ehrenmedaille der DDG

**Ulrike Thurm**

*u. a. Institut für Sportwissenschaft, Exercise Physiologie and Metabolism an der Universität Bayreuth*

Seit mehreren Jahrzehnten engagiert sich die Diabetesberaterin, Sportlehrerin und Sportlerin Ulrike Thurm für Menschen mit Diabetes – und hier ganz besonders im Bereich Diabetes und Sport. In seiner Laudatio betonte Prof. Dr. Andreas Fritsche (l.), wie viel er aus den Büchern von Ulrike Thurm gelernt hat. Sie sei wie ein Marathonläufer an ihrem Thema drangeblieben – genauso, wie auch das Leben mit Diabetes ein Marathonlauf sei. „Und dabei haben Sie vielen Patientinnen und Patienten geholfen“, so Prof. Fritsche. Die Preisträgerin selbst sieht die Auszeichnung als besondere Motivation, „weil damit die Bedeutung des Sports in der Betreuung von Menschen mit Diabetes ungemein aufgewertet wird“.

### Paul-Kimmelstiel-Projektpreis der AG Diabetes & Niere

**Ahmed Elwakiel**

*Inst. f. Laboratoriumsmedizin, Klin. Chemie und Molekulare Diagnostik, Universitätsklinikum Leipzig*

Ahmed Elwakiel erhält den Preis für sein Projekt „Regulation der tubulären Seneszenz und der renalen Regeneration durch die Gerinnungsprotease FXII im Kontext der diabetischen Nierenerkrankung“. Das Preisgeld (10.000 Euro) stiftet die Diabetes-Allianz Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG und Lilly Deutschland GmbH. V.l.n.r.: Marcel Tiebe (Lilly), Prof. Dr. Guthoff, Dr. Merker (beide AG Diabetes & Niere), Ahmed Elwakiel, Dr. Heiko Raffius (Boehringer Ingelheim).



### Werner-Creutzfeldt-Preis

**Professor Dr. med. Robert Wagner**

*Klinik für Endokrinologie und Diabetologie, Universitätsklinikum Düsseldorf; DZD*

Prof. Wagner (2. v. r.) erhält den Preis für seine klinisch translationalen Arbeiten zur Erforschung der Pathogenese des Typ-2-Diabetes und seiner Komplikationen unter Einbeziehung der Sekretion von und des Ansprechens auf Inkretinhormone. Laudator Prof. Dr. Michael Nauck (l.) betonte, dass Prof. Wagners Arbeiten außerdem „zu wichtigen Erkenntnissen über die Heterogenität des prädiabetischen Stoffwechsels und zur Identifikation von sechs Clustern des Prädiabetes“ geführt haben. Der Preisträger schloss in seiner Dankesrede alle Kolleginnen und Kollegen ein, die mit ihrer Arbeit zum Erfolge beigetragen haben. Der Preis ist mit 10.000 Euro dotiert; das Preisgeld wurde gestiftet vom Unternehmen Lilly Deutschland GmbH. Für Lilly gratulierte Dr. Nicole Langwieser.



### Silvia-King-Preis

**Dr. Martin Schön**

*Leibniz-Zentrum für Diabetesforschung an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Inst. f. Klinische Diabetologie, Deutsches Diabetes-Zentrum; DZD*

Dr. Schön erhielt den Preis für die Publikation „Analysis of type 2 diabetes heterogeneity with a tree-like representation: insights from the prospective German Diabetes Study and the LURIC cohort“. Es gratulierten: Prof. Dr. Michael Roden (l.) und Prof. Dr. Martin Hrabě de Angelis (r.). Den von der DDG mit 2.500 Euro dotierten Preis bekommen Nachwuchsforschende für eine Publikation auf dem Gebiet der klin. Diabetologie.



### Friedrich-Arnold-Gries-Preis

**Professor Dr. med. Martin Heni**

*Klinik für Innere Medizin I/Sektion für Endokrinologie und Diabetologie/Klinische Diabetes- und Stoffwechselforschung, Universitätsklinikum Ulm*

Für herausragende translationale Arbeiten, die Grundlagenforschung und Klinik miteinander verbinden, erhält Prof. Heni (2. v. r.) den Friedrich-Arnold-Gries-Preis, Laudator war Prof. Gallwitz (2. v. l.). Die Forschungsschwerpunkte von Prof. Heni sind die zentralnervöse Kontrolle des menschlichen Stoffwechsels und die Pathogenese von Prädiabetes und Typ-2-Diabetes. Den Preis sieht Prof. Heni als eine großartige Inspiration, weiterhin innovative Forschung zu betreiben. Das Preisgeld von 10.000 Euro stiftete die Diabetes-Allianz Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG und Lilly Deutschland GmbH – auch die Firmenvertreter gratulierten.



### Ernst-Friedrich-Pfeiffer-Preis

**Dr. med. Joachim Rosenbauer**

*Leibniz-Zentrum für Diabetesforschung an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Institut für Biometrie und Epidemiologie, Deutsches Diabetes-Zentrum; DZD*

Dr. Rosenbauer wurde für seine Arbeiten zur Epidemiologie und Versorgungsforschung des Typ-1-Diabetes im jungen Alter ausgezeichnet. Laudatorin Prof. Dr. Olga Kordonouri hob seine Verdienste bei der Erschaffung und Etablierung des DDZ-Inzidenzregisters hervor. Der Ernst-Friedrich-Pfeiffer-Preis ehrt wissenschaftliche Leistungen zur Behandlung des Typ-1-Diabetes. Auch Dr. Jürgen Bäumler von der Lilly Deutschland GmbH gratulierte. Lilly stiftete das Preisgeld in Höhe von 10.000 Euro.



### DDG Promotionspreise

**Dr. med. Kilian Rüter**

*Charité – Universitätsmedizin, Berlin; Thema: „Untersuchung der durch Fasten induzierten Remission von Typ-2-Diabetes mit Fokus auf das Verhalten von Zellen des angeborenen Immunsystems“*

**Dr. med. Julia Hummel**

*Universitätsklinikum Ulm; Thema: „Menschlicher Energiestoffwechsel in der Pathogenese und Prävention von Typ-2-Diabetes sowie der Interaktion von Sexualhormonen im Nervensystem“*

**Dr. oec. troph. Nathalie Rohmann**

*Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel; Thema: „Stoffwechsel-Immunsystem-Interaktion bei Menschen, die mit einer Adipositas und assoziierten Folgeerkrankungen leben“*

Die drei Promotionspreise der DDG werden für herausragende Dissertationen auf dem Gebiet der Diabetologie vergeben. Die Höhe des Preisgeldes beträgt jeweils 5.000 Euro; Stifter der Preisgelder ist seit 2010 das Unternehmen Sanofi-Aventis Deutschland GmbH.

### Posterpreise der AG Diabetes & Niere

**Sameen Fatima**, *Institut für Laboratoriumsmedizin, Klinische Chemie und Molekulare Diagnostik, Medizinische Fakultät, Universitätsklinikum Leipzig; Thema: „Differential effects of direct oral anticoagulants on experimental diabetic kidney“*

**Dr. med. Robin Schürfeld**, *Klinik und Poliklinik für Endokrinologie, Nephrologie, Rheumatologie, Universitätsklinikum Leipzig; Thema: „Evaluation of cardiovascular-kidney-metabolic risk scores in a cohort with chronic kidney disease“*

Das Preisgeld in Höhe von jeweils 600 Euro wird gestiftet von der Bayer Vital GmbH.

### Posterpreise

Kongresspräsident Prof. Dr. Baptist Gallwitz und Kongresssekretärin Prof. Dr. Cora Weigert zeichneten aus:

**Dr. biol. hum. Annette Baumstark**, Ulm; **Prof. Dr. med. Claudia Eberle**, Fulda; **Michél Fiedler**, Jena; **Ann-Kathrin Fischer**, Neubrandenburg; **PD Dr. med. Martin Fuchtenbusch**, München; **PD Dr. oec. troph. Corinna Geisler**, Kiel; **Lara Hausdorf**, Jena; **Sarah Katzenstein**, Tübingen; **Prof. Dr. med. Stephan Martin**, Düsseldorf; **Prof. Dr. Sci. Othmar Moser**, Bayreuth; **Aleksandra Nikolic**, Düsseldorf; **Lea Prengemann**, Leipzig; **Sebastian Rummeny**, Dresden; **Dipl.-Psych Dr. Andreas Schmitt**, Bad Mergentheim; **Dr. med. Dilvin Semo**, Münster

# Aufgabenverteilung neu gedacht

VDBD veröffentlicht Rahmenempfehlung zu delegierbaren Leistungen in der Diabetologie

**BERLIN.** Im Zuge neuer Gesetzgebungen können und sollen Ärzt\*innen künftig mehr Aufgaben an Gesundheitsfachpersonal delegieren. Gemeinsam mit Partnerorganisationen wie der DDG hat der Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland (VDBD) deshalb eine neue Rahmenempfehlung für delegierbare Leistungen erarbeitet und nun veröffentlicht.

Die Rahmenbedingungen für Gesundheitsfachberufe haben sich 2023 verändert: Aspekte aus dem Pflegestudienstärkungsgesetz und die Erweiterung von Kompetenzen in der Pflegeausbildung betreffen auch den Tätigkeitsbereich der Diabetesberater\*innen und Diabetesassistent\*innen. „Hierdurch ergab sich ein besonderer Bedarf, die Aufgaben der Diabetesfachkräfte hervorzuheben und alle Leistungen transparent zu machen“, so VDBD-Vorstandsvorsitzende KATHRIN BOEHM (s. auch Interview Seite 16). Deshalb hat der VDBD Rahmenempfehlungen zur interprofessionellen Diabetesversorgung erstellt. Diese geben eine Übersicht über die Möglichkeiten der Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten gemäß dem

Rahmenvertrag zu den Modellvorhaben nach § 64d des Sozialgesetzbuchs V. Die Empfehlungen hat der VDBD mit Unterstützung der Bundesverbände Niedergelassener Diabetologen (BVND), Klinischer Diabeteseinrichtungen (BVKD) und Diabetologen in Kliniken (BVDK) sowie der DDG erstellt.

## Kompetenzen und Grenzen werden klar definiert

„Wir haben uns an den Kompetenzen von Diabetesberater\*innen und Diabetesassistent\*innen orientiert, verdeutlichen aber auch die Grenzen dessen, was delegiert werden kann“, erklärt Boehm. So reicht das Aufgabengebiet von differenzialdiagnostischer Einschätzung und Verlaufsdokumentation über Präventionsmaßnahmen, Diabetesmanagement und Umgang mit Diabetestechnologie bis hin zu Schulung, Beratung, Patientenaufklärung und Notfallmanagement. „Zu nicht übertragbaren Leistungen zählen die Diagnosestellung, die

Therapiefestlegung, die Verordnung von Medikamenten, Hilfsmitteln und DiGA sowie ein Medikamentenwechsel“, ergänzt Dr. TOBIAS WIESNER, Diabetologe, stellvertretender Vorsitzender des BVND und Vorstandsmitglied der DDG, der an der Erstellung der Rahmenempfehlung beteiligt war.

## Im Fokus: Diabetestechnologie und Telemedizin

„Wir haben in der Rahmenempfehlung ein besonderes Augenmerk auf das Themenfeld ‚Diabetestechnologie und Digitalisierung‘ gelegt“, so Boehm. Denn: Technische Geräte werden für das Diabetesmanagement immer relevanter. Das bedeutet auch eine besondere Herausforderung für die fachliche Begleitung der Betroffenen. Die Autor\*innen der Rahmenempfehlung haben zudem diejenigen

Durch die Delegation besteht die Chance, die Kompetenzen der Diabetesberatung besser zu nutzen.

Fotos: Julien Eichinger – stock.adobe.com

Versorgungsstrukturen in den Blick genommen, die mit Telemedizin und Videoschulung abgedeckt werden können.

„Diabetesberater\*innen wären aufgrund ihrer Kenntnisse im Falle einer sektorenübergreifenden Versorgung prädestiniert für eine telemedizinische

Betreuung von Menschen mit Diabetes Typ 1 und Insulinpumpe“, betont Boehm. Auch hier bestünde die Möglichkeit einer deutlichen Entlastung des medizinischen Personals. Diese Kompetenz würde den künftigen Plänen der Krankenhausreform zur Zentralisierung von Leistungen in die Hände spielen.

Pressemitteilung VDBD

Alle Informationen auf [vdbd.de](https://www.vdbd.de)

Direkt zu den Rahmenempfehlungen:

Direkt zum VDBD-Positionspapier:



»Beteiligt waren auch die DDG und weitere Verbände«

## „Bedarf vor Beruf“: Diabetesberatung stärken – nicht schwächen

Der VDBD weist auf die Bedeutung der Diabetesberatung in Klinik und Praxis hin: „Wir begrüßen die aktuelle Entwicklung, Gesundheitsfachberufe in ihrer Kompetenz zu stärken und ihnen damit mehr Verantwortung zuzusprechen. Gleichzeitig wünschen wir uns aber auch, dass bereits bestehende, funktionierende Strukturen bei der künftigen Versorgungsplanung berücksichtigt werden. Mit den Diabetesberater\*innen und Diabetesassistent\*innen gibt es bereits hochkompetentes Fachpersonal, das mehr genutzt und gefördert werden sollte“, erklärt VDBD-Geschäftsführerin Dr. GOTTLÖBE FABISCH. „Dem Druck durch Personalmangel in Klinik und

Praxis können wir nur entgegenwirken, wenn die Verantwortung auf mehrere Berufsgruppen verteilt wird – also weg vom berufsorientierten hin zum bedarfsorientierten Denken!“, ergänzt Dr. Wiesner. Doch in den derzeitigen Entwürfen zur Krankenhausreform werde die Diabetesberatung immer noch nicht berücksichtigt. „Solange dieses Berufsfeld nicht in die Leistungsgruppe ‚Komplexe Endokrinologie/Diabetologie‘ aufgenommen wird und auch keine Vorhaltekosten dafür vorgesehen sind, wird die Möglichkeit für Ärzt\*innen, Leistungen zu delegieren, ad absurdum geführt. Angesichts des Fachkräftemangels ist es umso wichtiger, vorhandene Ressourcen und die Expertise von Diabetesfachkräften anzuerkennen und gegenzufinanzieren“, mahnt Fabisch.

# Holt sich Özdemirs Ernährungsstrategie den Sieg?

Diabetesexperten hoffen auf einen Volltreffer bei den Präventionsmaßnahmen

**BERLIN.** Gesundes Essen als Gamechanger? Das steht bei Bundesernährungsminister Cem Özdemir (Grüne) längst auf dem Spielplan. Gegen seine Ernährungsstrategie feuert die Koalition jedoch immer wieder. Vor allem beim Werbeverbot für Kinderlebensmittel erweist sich die FDP als Gegner, wie schon bei der Zuckersteuer.

Das zeigte sich auch wieder bei der „Dritten Halbzeit“, einer gesundheitspolitischen Podiumsdiskussion, die von der Organisation diabetesDE regelmäßig – dieses Mal mitten im EM-Fieber – im Anschluss an ein Fußballmatch zwischen Vertreter\*innen der Diabetesszene und des Bundestages veranstaltet wird. Thema: „Welche Maßnahmen einer Ernährungsstrategie können

bei der Prävention des Typ-2-Diabetes helfen?“ Inklusiv Dunkelziffer dürften hierzulande etwa elf Mio. Menschen mit Diabetes leben, Tendenz steigend. Als vorbeugende Maßnahmen fordert die Deutsche Diabetes Gesellschaft seit Langem mehr Kinderschutz in der Lebensmittelwerbung, eine „gesunde Mehrwertsteuer“ und eine verbindliche Ernährungsstrategie. Ein Update zur Umsetzung gab es bei der „Dritten Halbzeit“. „Gutes Essen für Deutschland“ heißt die Strategie der Regierung, die der Bundestag im April beraten hat. Sie will es den Menschen leichter machen, auf gutes Essen statt auf ungesundes Fastfood zu setzen. Bis 2050 soll dieses Ziel erreicht sein.

Zu den Maßnahmen zählen u. a. die Vorgabe verbindlicher Qualitätsstandards für Essen in Kitas, Schulen und weiteren Gemeinschaftseinrichtungen. Knapp 17 Mio. Menschen,

darunter sechs Mio. Kinder und Jugendliche, essen täglich in solchen Einrichtungen, so der Minister. Die Ernährungsstrategie sieht er hier als „Riesenchance“. Allerdings wünscht sich Özdemir „etwas mehr Einigkeit“ in der Koalition, was die legislativen Maßnahmen wie die Regulierung der an

Kinder gerichteten Werbung angeht. „Wir sind dran. Ich hoffe, dass ich bald Vollzug melden kann.“ Gegen den Entwurf des sog. Kinderlebensmittelwerbegesetzes, aber auch gegen die sog. Zuckersteuer sprach sich der FDP-Abgeordnete Dr. GERO HOCKER aus. „Wir setzen auf Ernährungsbildung und mehr

Bewegung im Alltag, anstatt eine Zuckersteuer zu erheben.“ Mehr Verbindlichkeit für die Lebensmittelindustrie forderte hingegen DIETRICH MONSTADT, MdB der CDU. Er geht davon aus, dass eine Selbstverpflichtung für eine Zuckerreduktion nicht ausreicht. Bei der Ernährungsstrategie wünscht sich Dr. JENS KRÖGER, Vorstandsvorsitzender von diabetesDE, „noch viel mehr Verhältnisprävention und konkrete Maßnahmen“. „Aber ich habe das Gefühl, irgendjemand in der Ampelkoalition bremst hier ständig“, sagte der Diabetologe.

Beim geplanten „Gesundes-Herz-Gesetz“ fand er besonders klare Worte: Er sei „geradezu entsetzt über das Verschieben von Prävention auf Abstellgleis“. Dies nannte er „unverantwortlich“. Man müsse „die Menschen mitnehmen mit gesunden Ernährungs- und Bewegungsangeboten, auch hier steht jemand auf der Bremse“. Den Menschen mit Diabetes laufe jedoch die Zeit davon.

Angela Monecke



Vor dem Polit-Talk „Dritte Halbzeit“ – einer der Diskutanten war Minister Özdemir – landete der FC Diabetologie einen 4:1-Sieg gegen den FC Bundestag. Ein Tor erzielte Profi-Fußballerin Sandra Starke (hier mit Mario Grobys, Mitarbeiter des Parl. Staatssekretärs Mahmut Özdemir (Kapitän FC Bundestag)). Fotos: diabetesDE/Dirk Deckbar

»Ernährung als Riesenchance«

1x pro Woche

**wegovy**<sup>®</sup>

Semaglutid Injektion **2,4 mg**



Jetzt Code scannen und mehr über die Behandlung von Adipositas erfahren!

# Endlich echte Veränderung

mit einer nachhaltigen Gewichtsreduktion\*

In Apotheken erhältlich

**17%\***

15–17% durchschnittliche Gewichtsreduktion über **68 Wochen**\*



**Signifikante Verbesserungen** von kardiometabolischen Risikofaktoren und der Lebensqualität\*\*<sup>1</sup>

**1x pro Woche**<sup>1</sup>

Der erste und einzige 1x wöchentliche GLP-1-Rezeptoragonist zur Gewichtsreduktion ab einem **Alter von 12 Jahren**<sup>1</sup>



Fiktives Patient:innenbeispiel

\* In den Studien STEP-1 (ab Baseline) und STEP-4 (ab Woche 0, supportiver sekundärer Endpunkt) konnten Patient:innen einen durchschnittlichen Gewichtsverlust von 14,9% (STEP-1) bis 17,4% (STEP-4) erzielen und über die Dauer der Studie (bis Woche 68) halten.<sup>1,2</sup> Wegovy<sup>®</sup> wird als Ergänzung zu einer kalorienreduzierten Ernährung und verstärkter körperlicher Aktivität angewendet.<sup>1</sup> Die mögliche Gewichtsreduktion sowie der weitere Gewichtsverlauf nach Ende der Anwendung hängen vom Einzelfall ab und können von Patient:in zu Patient:in variieren. \*\* Physische Gesundheit (Lebensqualität) bewertet anhand von SF-36- sowie adipositaspezifischen IWQOL-Lite-CT-Fragebögen. <sup>1</sup> Fachinformation Wegovy<sup>®</sup>, aktueller Stand. <sup>2</sup> Wilding JPH, Batterham RL, Calanna S et al. Once-weekly semaglutide in adults with overweight or obesity. N Engl J Med 2021;384(11):989–1002. <sup>3</sup> Rubino D, Abrahamsson N, Davies M et al. Effect of continued weekly subcutaneous semaglutide vs placebo on weight loss maintenance in adults with overweight or obesity. The STEP-4 randomized clinical trial. JAMA 2021;325(14):1414–1425.

**Wegovy<sup>®</sup> 0,25 mg FlexTouch<sup>®</sup> Injektionslösung im Fertigpen, Wegovy<sup>®</sup> 0,5 mg FlexTouch<sup>®</sup> Injektionslösung im Fertigpen, Wegovy<sup>®</sup> 1 mg FlexTouch<sup>®</sup> Injektionslösung im Fertigpen, Wegovy<sup>®</sup> 1,7 mg FlexTouch<sup>®</sup> Injektionslösung im Fertigpen, Wegovy<sup>®</sup> 2,4 mg FlexTouch<sup>®</sup> Injektionslösung im Fertigpen.** Wirkstoff: Semaglutid. **Zusammensetzung:** Arzneilich wirksamer Bestandteil: 0,25/0,5/1/1,7/2,4 mg Semaglutid. Analogon zu humanem Glucagon-like peptide-1 (GLP-1), gentechnisch hergestellt durch rekombinante DNS-Technologie in *Saccharomyces cerevisiae*. Sonstige Bestandteile: Natriummonohydrogenphosphat-Dihydrat (Ph.Eur.), Propylenglycol, Phenol, Salzsäure (zur Einstellung des pH-Wertes), Natriumhydroxid (zur Einstellung des pH-Wertes), Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Wegovy<sup>®</sup> ist ein Arzneimittel zur Gewichtsregulierung als Ergänzung zu einer kalorienreduzierten Ernährung und verstärkter körperlicher Aktivität, bei Erwachsenen mit einem Ausgangs-BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> oder  $\geq 27$  kg/m<sup>2</sup> bis  $< 30$  kg/m<sup>2</sup> mit mindestens einer gewichtsbedingten Begleiterkrankung, sowie bei Jugendlichen im Alter von 12 Jahren oder älter mit Adipositas und einem Körpergewicht über 60 kg. Die Behandlung mit Wegovy<sup>®</sup> sollte abgebrochen und neu bewertet werden, wenn die jugendlichen Patienten ihren BMI nach 12 Wochen mit 2,4 mg oder der maximal vertragenen Dosis nicht um mindestens 5 % gesenkt haben. **Art der Anwendung:** Zur subkutanen Injektion in das Abdomen, den Oberschenkel oder den Oberarm. Wegovy<sup>®</sup> darf nicht intravenös oder intramuskulär angewendet werden. Einmal wöchentlich zu einem beliebigen Zeitpunkt zu oder unabhängig von den Mahlzeiten. Der 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. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Verstopfung, Bauchschmerzen, Schwächegefühl oder Müdigkeit. Häufig: Schwindelgefühl, Magenverstimmung oder Verdauungsstörung, Aufstoßen, Blähungen (Flatulenz), aufgeblähter Bauch, Magenschleimhautentzündung („Gastritis“), Reflux oder Sodbrennen („gastroösophageale Refluxkrankheit“), Gallensteine, Haarausfall, Reaktionen an der Injektionsstelle, Veränderung des Geschmacks von Speisen oder Getränken, Hypoglykämie bei Patienten mit Typ 2 Diabetes. Gelegentlich: Niedriger Blutdruck, Schwindelgefühl oder Benommenheit beim Aufstehen oder Aufsitzen durch einen Abfall des Blutdrucks, Herzrasen, Erhöhung der Bauchspeicheldrüsenenzyme (wie Lipase und Amylase), Verzögerung der Magenentleerung. Schwerwiegend: Komplikationen einer diabetischen Retinopathie (häufig), akute Pankreatitis (gelegentlich), anaphylaktische Reaktionen (selten), Angioödem (selten), Darmverschluss (Häufigkeit nicht bekannt). **Verschreibungspflichtig. Novo Nordisk A/S, Novo Allé, 2880 Bagsvaerd, Dänemark. Stand: März 2024**

DE245EM000210

Wegovy<sup>®</sup> ist eine eingetragene Marke von Novo Nordisk A/S.  
Novo Nordisk ist eine eingetragene Marke von Novo Nordisk A/S.  
2024 © Novo Nordisk Pharma GmbH Mainz



# Ernährung unter der Lupe

„Du bist, was du isst“ – ein wissenschaftlicher Blick auf die Ernährung

**NEUHERBERG.** Immer deutlicher tritt durch neue Forschungsergebnisse zutage, wie stark der Einfluss der Ernährung auf unsere Gesundheit ist: Ein Ernährungsmuster mit einem hohen Anteil an mehrfach ungesättigten Fettsäuren reduziert das viszerale Fettgewebe. Eine Gewichtsabnahme plus Remission des Prädiabetes schützt vor Typ-2-Diabetes. Mitochondrien in der Leber reagieren noch vor der Nahrungsaufnahme auf Anblick und Geruch einer Mahlzeit. Diese faszinierenden Ergebnisse von DZD-Forschenden zeigen, wie viel durch eine gesunde Ernährung erreicht werden kann. Und es geht weiter: Neue Forschungsmöglichkeiten ergeben sich durch zwei metabolische Kammern, die in Leipzig eingerichtet wurden.

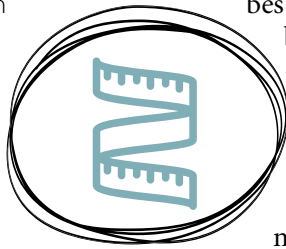


**DZD**  
Deutsches Zentrum  
für Diabetesforschung

## Mit mehrfach ungesättigten Fettsäuren gegen Bauchfett

Forschende des DZD-Partners Deutsches Institut für Ernährungsforschung (DIFE) und der Charité – Universitätsmedizin Berlin innerhalb des Kompetenzclusters der Ernährungsforschung „NutriAct“ haben untersucht, wie sich ein spezielles Ernährungsmusters mit ungesättigten Fettsäuren auswirkt.

Für die dreijährige NutriAct-Ernährungsstudie wurden 502 Männer und Frauen im Alter von 50 bis 80 Jahren per Zufallsprinzip einer Interventions- oder einer Kontrollgruppe zugeordnet. Die Interventionsgruppe folgte dem NutriAct-Ernährungsmuster mit einem hohen Anteil an einfach- und mehrfach ungesättigten Fettsäuren, vorwiegend pflanzlichen Proteinen und Ballaststoffen. Sie erhielten speziell hergestellte Lebensmittel und nahmen an Kleingruppensitzungen inkl. Ernährungs-, Koch- und Lebensstilberatung teil. Die Kontrollgruppe ernährte sich nach den Standard-Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung und erhielt drei Ernährungsberatungen.



Zur Analyse des viszeralen Fettgewebes wurde bei 300 Proband\*innen zu Beginn und nach zwölfmonatiger Ernährungsintervention eine MRT-Untersuchung durchgeführt. Es zeigte sich eine signifikante Reduktion des viszeralen Fettgewebes bei der Interventionsgruppe;

bei der Kontrollgruppe gab es keine Veränderungen. „Diese Reduktion wurde maßgeblich durch die erhöhte Aufnahme von mehrfach ungesättigten Fettsäuren vermittelt und ging mit einer Verbesserung des kardiometabolischen

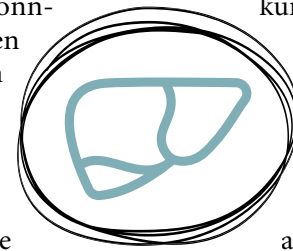
Risikomarkers LDL-Cholesterin einher. Die veränderte Aufnahme von einfach ungesättigten Fettsäuren, Proteinen und Ballaststoffen scheint hier nicht der wesentliche Treiber für den Effekt auf das viszerale Fettgewebe gewesen zu sein“, sagt Professor Dr. KNUT MAI (DIFE). „Die Ergebnisse sind besonders relevant für ältere Menschen, die ein erhöhtes Risiko für kardiometabolische Erkrankungen haben“, erklärt Erstautorin NINA MEYER. *DIFE*

Meyer NMT et al. 2024 Apr 4;16 (7): 1057; doi: 10.3390/nu16071057

## Essen in Sicht? Die Leber ist schon aktiv

Was passiert, wenn wir hungrig sind und Essen sehen und riechen? Forschende des Max-Planck-Instituts für Stoffwechselforschung konnten im Mausmodell zeigen, dass nach wenigen Minuten Anpassungen in Mitochondrien der Leber stattfinden.

Die hungrigen Mäuse konnten das Futter nur sehen und riechen. Nach wenigen Minuten untersuchten die Forschenden die Mitochondrien der Leber und stellten fest, dass dort Prozesse aktiviert werden, die normalerweise durch die Nahrungsaufnahme angeregt werden – die Mitochondrien in den Leberzellen verändern sich. Dies wird durch eine bisher nicht charakterisierte Phosphorylierung in einem Protein der Mitochondrien vermittelt. Die Forschenden konnten weiterhin zeigen, dass diese Phosphorylierung sich auch auf die Sensitivität der Leber für



Insulin auswirkt. Damit haben sie einen neuen Signalweg entdeckt, der die Insulinsensitivität im Körper reguliert.

Den Effekt an die Leber vermittelt eine Gruppe von Nervenzellen (POMC-Neuronen), die durch den Geruch und Anblick von Nahrung innerhalb von Sekunden aktiviert werden und der Leber signalisieren, sich auf die ankommenden Nährstoffe vorzubereiten. Allein die Aktivierung der POMC-Neuronen reicht aus, um Mitochondrien in der Leber anzupassen, selbst wenn keine Nahrung da ist.

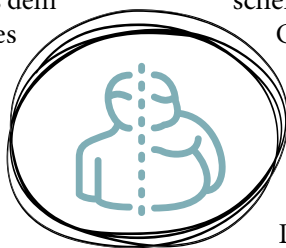
Studienleiter Jens Brüning, Direktor am Max-Planck-Institut für Stoffwechselforschung: „Das Verständnis dieser Mechanismen ist auch daher wichtig, da bei dem Diabetes mellitus Typ 2 die Insulinempfindlichkeit gestört ist.“ *DZD*

Henschke S et al. Science. 2024 Apr 26; 384 (6694): 438-446; doi: 10.1126/science.adk1005

## Optimal: Gewichtsabnahme plus Prädiabetes-Remission

Forschende des Instituts für Diabetesforschung und Metabolische Erkrankungen von Helmholtz Munich an der Universität Tübingen – eines DZD-Partners – konnten gemeinsam mit US-Kollegen im „Diabetes Prevention Program“ (DPP) erstmals zeigen, dass Menschen den besten Schutz vor Typ-2-Diabetes erreichen, wenn sie ihr Gewicht reduzieren und zugleich die Blutzuckerregulation normalisieren.

Um zu verhindern, dass aus dem Prädiabetes ein Diabetes wird, wird betroffenen Menschen geraten, ihr Gewicht zu reduzieren. Leitlinien der ADA empfehlen z. B., das Körpergewicht um mindestens 7 % zu senken. Die Grundlage dieser Empfehlung ist die DPP-Studie. Das Forschungsteam untersuchte, ob diese Gewichtsabnahme ausreicht oder ob es zur Vorbeugung von Diabetes nicht besser ist, zudem die Blutzuckerwerte so zu redu-



zieren, dass der Prädiabetes in Remission geht. Analysiert wurden Daten von 480 Menschen mit Prädiabetes, die am DPP teilgenommen und durch eine einjährige Lebensstilintervention mindestens 7 % ihres Körpergewichts verloren hatten. Bei 114 von ihnen ging im Rahmen der Intervention auch der Prädiabetes in Remission. Bei der Mehrheit (366 Personen) hatte sich jedoch die Blutzuckerregulation nicht wesentlich verbessert. Die Forschenden stellten fest, dass in der

Gruppe, die abgenommen und eine Prädiabetes-Remission erreicht hatte, deutlich weniger Menschen im weiteren Verlauf einen manifesten Diabetes entwickelten. Die zusätzliche Remission des Prädiabetes erbrachte eine relative

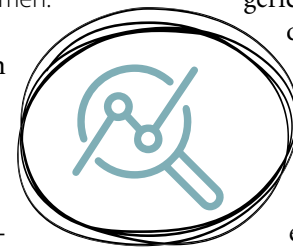
Risikoreduktion für die Diabetesentwicklung von 76 %. Die absolute Risikoreduktion war höher als 10 %. *DZD*

Jumpertz von Schwartzberg R et al. Diabetologia. 2024 May 23; doi: 10.1007/s00125-024-06178-5

## Metabolische Kammern am HI-MAG eröffnet

Am Helmholtz-Institut für Metabolismus-, Adipositas- und Gefäßforschung (HI-MAG) in Leipzig wurden im Juni 2024 zwei metabolische Kammern für Menschen eingerichtet, um den Einfluss von Adipositas und anderen metabolischen Erkrankungen auf den Energiestoffwechsel zu bestimmen.

Metabolische Kammern sind Räume, die zur Messung des Energieumsatzes und des Stoffwechsels von Proband\*innen in klinischen Studien genutzt werden können. Sie ermöglichen die genaue Bestimmung der Stoffwechselrate eines Menschen, tragen so zur besseren Erforschung von Krankheitsmechanismen bei und können helfen, maßgeschneiderte Therapien anzubieten. Die Bestimmung des Energieverbrauchs während verschiedener Tages- und Aktivitätsphasen sowie des vorwiegend verstoffwechselten Substrats findet mittels indirekter Kalorimetrie statt. Hierbei werden der Sauerstoffverbrauch und die Kohlenstoffdioxidproduktion der Testperson innerhalb eines definierten Zeitraums durch eine kontinuierliche Mes-



sung der zugeführten Frischluft sowie der Luft in der Kammer bestimmt. Eine Messung kann über einen Zeitraum von ca. einer Stunde bis hin zu mehreren Tagen durchgeführt werden, da die Kammern wohnlich inklusive sanitärer Anlagen eingerichtet wurden. Die Besonderheit

der Leipziger Kammern besteht darin, dass sie speziell auf Proband\*innen mit Adipositas ausgelegt sind. Dies eröffnet Forschungsmöglichkeiten, die deutschlandweit einzigartig sind. So sollen neue Erkenntnisse zu Stoffwechselstörungen gewonnen werden, die speziell mit Adipositas in Verbindung stehen.

„Die neuen metabolischen Kammern erweitern unsere bisherigen Untersuchungsmethoden zur Bestimmung des Ruheenergieumsatzes erheblich und eröffnen damit vollkommen neue Forschungsansätze“, so Prof. Dr. MATTHIAS BLÜHER, Direktor des HI-MAG. Prof. Dr. MATTHIAS TSCHÖP, CEO von Helmholtz Munich, ergänzt: „Die metabolischen Kammern am HI-MAG sind ein enormer Fortschritt im Kampf gegen die Adipositas-Epidemie.“ *DZD*



**DIABETES  
HERBSTTAGUNG**  
2024 **DDG**

**22. – 23.  
NOV. 2024**

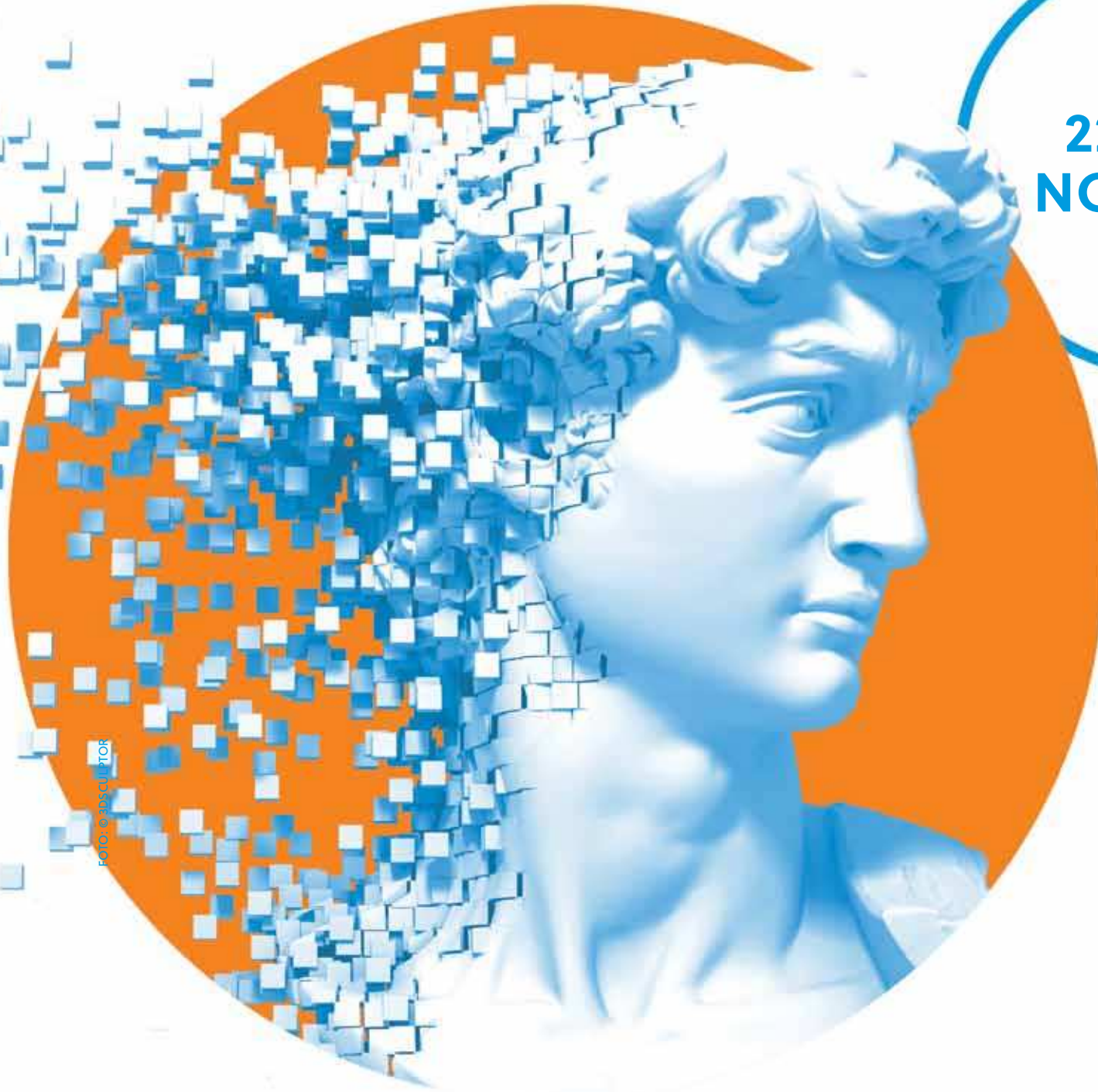


Foto: evo3d/fotok

**HANNOVER CONGRESS CENTRUM**

# **DER MENSCH IM MITTELPUNKT**

**FRÜHANMELDUNG  
ENDET AM 10.09.2024**

**HERBSTTAGUNG-DDG.DE**

## **DIABETES HERBST TAGUNG**

**DIGITALISIERUNG +  
DIABETESTECHNOLOGIE**

**SCHULUNG +  
BERATUNG**

**WISSENSCHAFT +  
FORSCHUNG**

**UNSER KOMPLEXES  
VERSORGUNGSSYSTEM**

**ALLTAG MIT DIABETES**

# Ein echter Herzensbrecher

## Einsamkeit hat weltweit epidemische Ausmaße

**ORLANDO.** Gefühle von Einsamkeit und soziale Isolation haben weitreichende Folgen für viele assoziierte Erkrankungen – auch für Typ-2-Diabetes, dessen Management bzw. Erkrankungsrisiko.

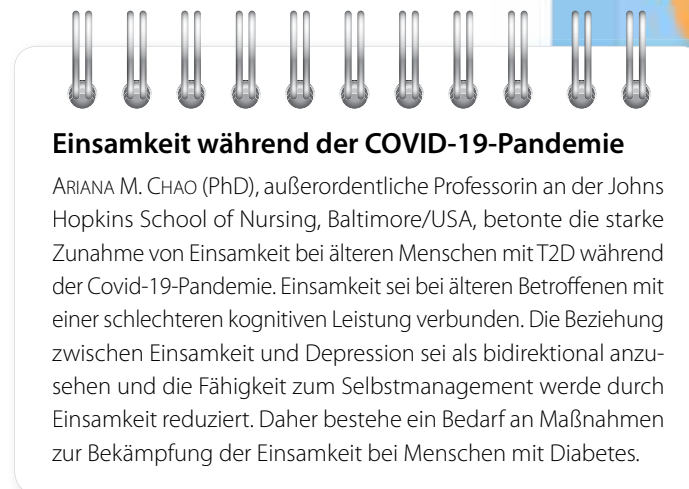
Von der New York Times bis zu US-Fachbuch-Bestsellerautoren – kein Medium kommt mehr am Thema Einsamkeit vorbei. Ein Problem, das auch für diabetologische Fachkräfte zunehmend von Interesse ist, denn für die Zusammenhänge zwischen Einsamkeit und Typ-2-Diabetes (T2D) bzw. dem T2D-Risiko liegen etliche Studiendaten vor. Zunächst klärte Dr. ANNE GAGLIOTI, Cleveland/USA, die Begriffe: Das Ausmaß, in dem eine Person oder Bevölkerungsgruppe die Bedürfnisse nach sozialen Kontakten erreicht, werde als soziale Vernetzung beschrieben. Als sozial isoliert gelten Menschen mit objektiv wenigen sozialen Beziehungen, wenigen sozialen Rollen, fehlender Gruppenzugehörigkeit und seltenen sozialen Interaktionen.

»Einsamkeit erhöht das Risiko für Typ-2-Diabetes«

Dr. Gaglioti warnte jedoch vor Trugschlüssen: Menschen mit vielen Kontakten können einsam sein, während Menschen, die oft allein sind, nicht automatisch Einsamkeit empfinden. Unter Einsamkeit werde eine subjektiv belastende Erfahrung verstanden, die aus einer wahrgenommenen Isolation oder qualitativ inadäquaten Beziehungen resultiert. Letztere sind durch eine Diskrepanz zwischen der gewünschten und der tatsächlichen Erfahrung gekennzeichnet oder ein unbefriedigtes Bedürfnis. Ein hohes Risiko für Einsamkeit weisen u. a. chronisch kranke Menschen auf.

### „Fehlende soziale Vernetztheit gefährlicher als 15 Zigaretten“

Der Trend zu Einsamkeit und sozialer Isolation steige, sagte die US-Amerikanerin. Eine Assoziation zwischen sozialer Isolation und vorzeitiger Mortalität bestehe laut Analysen auch unter Berücksichtigung von Gesundheitsstatus, Alter, sozioökonomischer Position und Gesundheitsverhalten. Metaanalysen hätten gezeigt, dass eine gute soziale Vernetzung Überlebenschancen um 50 % erhöhte. Bereits vor längerer



Chronisch kranke Menschen weisen ein hohes Risiko für Einsamkeit auf.

Foto: Danii Pollehn – stock.adobe.com

### Einsamkeit während der COVID-19-Pandemie

ARIANA M. CHAO (PhD), außerordentliche Professorin an der Johns Hopkins School of Nursing, Baltimore/USA, betonte die starke Zunahme von Einsamkeit bei älteren Menschen mit T2D während der Covid-19-Pandemie. Einsamkeit sei bei älteren Betroffenen mit einer schlechteren kognitiven Leistung verbunden. Die Beziehung zwischen Einsamkeit und Depression sei als bidirektional anzusehen und die Fähigkeit zum Selbstmanagement werde durch Einsamkeit reduziert. Daher bestehe ein Bedarf an Maßnahmen zur Bekämpfung der Einsamkeit bei Menschen mit Diabetes.

Zeit wurde durch die MONICA/KORA-Studien belegt, dass fehlende soziale Vernetzung (bzw. mangelnde strukturelle soziale Unterstützung) mit einem erhöhten Diagnoserisiko für T2D assoziiert ist – auch nach Adjustierung diverser Einflussfaktoren (BMI, Hypertonie, körperliche Aktivität, Depression, familiäre Vorbelastung). Dr. Gaglioti betonte, dass eine bessere soziale Unterstützung von Menschen mit Diabetes mit einem besseren Selbstmanagement verbunden ist. Soziale Vernetzung zu gewährleisten, sei eine wichtige Aufgabe für das Gesundheitswesen und werde auch von der WHO adressiert. Dr. XUAN WANG, New Orleans/USA, sagte, ein höherer Anteil von Men-

schen mit Diabetes als in der Allgemeinbevölkerung fühle sich sowohl einsam als auch sozial isoliert. Das 20-Jahres-Follow-up der HUNT-Studie habe für Individuen, die sich besonders einsam fühlten, ein zweifach erhöhtes Risiko für die T2D-Entwicklung gezeigt. Was hilft? In einer Übersichtsarbeit hätten Haus-tiere und technische Hilfsmittel in der Langzeitpflege große Effektstärken gezeigt. Deren große Heterogenität, die wenigen Studien pro-

Intervention und eine niedrige Evidenzqualität schmälern jedoch die Aussagekraft der Ergebnisse. „Noch ist unklar, ob die Veränderungen in den Interventionsstudien bei Symptomen von Einsamkeit zu langfristigen Ergebnissen führen könnten, also zu Verbesserungen im Hinblick auf kardiovaskuläre Erkrankungen und Mortalität bei Menschen mit Diabetes“, lautete ihr Fazit.

Dr. Karin Kreuel

ADA 2024

## Reisen bildet... und ein Stipendium hilft dabei

Bewerbungsschluss für Reisestipendien für die Diabetes Herbsttagung in Hannover: 29. August

**BERLIN.** 120 junge Menschen mit Interesse an der Diabetologie konnten mithilfe eines Reisestipendiums am Diabetes Kongress teilnehmen. Was sie zu sagen haben, überzeugt – und macht Lust, sich für ein Stipendium für die Herbsttagung zu bewerben.

Bis zum 29. August ist Zeit, sich für ein Reisestipendium für die Diabetes Herbsttagung 2024 vom 22. bis 23. November im Hannover Congress Centrum zu bewerben. Die Stipendien sind nicht nur offen für Medizinstudierende und junge Ärzt\*innen – wer Interesse hat, sollte sich näher informieren, wer alles ein Stipendium bekommen kann. Vergeben werden 60 Stipendien in Höhe von jeweils 300 Euro (Reise- und Übernachtungskostenpauschale) sowie 20 Stipendien in Höhe von 150 Euro als Mobilitätzuschuss. Stipendiat\*innen haben Zugang zum gesamten Tagungsprogramm (inkl. Einführung), außerdem gibt es ein separates Stipendienprogramm. Übrigens: Die DDG bietet auch ein Promotionsförderprogramm an – mehr dazu auf Seite 31.

»Ich konnte wieder viele neue Einblicke in die verschiedenen Aspekte des Diabetes erhalten, die mir letztes Mal entgangen waren. Ich hatte sehr viel Spaß und habe schon begonnen, an der Uni Marburg Werbung für die Herbsttagung und auch den Kongress zu machen.«

Christoph Behr

»Auch dieses Jahr konnte man sich wieder den Ansteckbutton der „Jungen Wilden“ anpinnen. Dadurch habe ich tatsächlich einige Mitstipendiat\*innen kennengelernt, die von derselben Heimatuniversität wie ich stammen. Außerdem kam ich dadurch leicht mit anderen ins Gespräch und konnte gemeinsame Interessen entdecken.«

David Majer

»Auch die Posterausstellung hat mir sehr gut gefallen. Sie hat nicht nur die Möglichkeit geboten, in aktuelle Forschung hineinzuschauen, sondern auch inspiriert, welche Bereiche für einen selbst ebenfalls infrage kommen könnten.«

Finja Allenstein

»Ich habe es sehr genossen, zu sehen, wie vielfältig und vielseitig die Welt der Medizin und Forschung ist. Jeder unserer verschiedenen Berufe bringt einen ganz eigenen Standpunkt mit, was den interdisziplinären Austausch auf einem Kongress wie diesem zu einer inspirierenden und vernetzenden Erfahrung macht. Ich denke, dass das Gesundheitswesen sehr davon profitiert, dass wir schon in jungen Berufsjahren aufeinander treffen und voneinander erfahren.«

Joana Brozek

Die Stipendiat\*innen des Kongresses 2024 (mit Betreuer\*innen).



Foto: DDG/Dirk Michael Deckbar

Weitere Informationen und Bewerbungsformular:  
herbsttagung-ddg.de/tagung/  
#nachwuchsfoerderung



**forxiga** (dapagliflozin)

DREI INDIKATIONEN. EINE ANTWORT.

**xigduo**  
(dapagliflozin and metformin HCl)

Einzige Fixkombination mit Zusatznutzen!<sup>1,a</sup>

# NEUE STANDARDS SETZEN. FORXIGA®.

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



**Effektive HbA1c-Senkung<sup>2</sup>**



**Schützt Herz<sup>3,4,b</sup> und Nieren<sup>5,6,c</sup>**



**Verträgliche<sup>2</sup>, einfache<sup>2</sup> und wirtschaftliche<sup>1,7-11,d-f</sup> Therapie**

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

**Forxiga® 5 mg Filmtabletten / Forxiga® 10 mg Filmtabletten.** Wirkstoff: Dapagliflozin.

**Xigduo® 5 mg/850 mg Filmtabletten / Xigduo® 5 mg/1000 mg Filmtabletten.** Wirkstoffe: Dapagliflozin, Metformin.

Verschreibungspflichtig. **Zusammensetzung:** Forxiga®: 1 Filmtablette enthält Dapagliflozin-(2S)-Propan-1,2-diol (1:1) (1 H<sub>2</sub>O), entsprechend 5 mg bzw. 10 mg Dapagliflozin. Xigduo®: 1 Filmtablette enthält Dapagliflozin-(2S)-Propan-1,2-diol (1:1) 1 H<sub>2</sub>O (entsprechend 5 mg Dapagliflozin) und 850 mg bzw. 1000 mg Metforminhydrochlorid. **Sonstige Bestandteile:** Filmüberzug: Poly(vinylalkohol), Macrogol 3350, Talkum, Titandioxid, Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O, Eisen(III)-oxid (nur Xigduo® 5 mg/850 mg). **Tablettenkern Forxiga®:** Mikrokristalline Cellulose, Lactose, Crospovidon, Siliciumdioxid, Magnesiumstearat. **Tablettenkern Xigduo®:** Hypromellose, mikrokristalline Cellulose, Magnesiumstearat, Carboxymethylstärke-Natrium (Typ A). **Anwendungsgebiete:** Forxiga® 5 mg und 10 mg: Indiziert bei Erwachsenen und Kindern im Alter von 10 Jahren und älter zur Behandlung von unzureichend kontrolliertem Typ-2-Diabetes mellitus in Ergänzung zu einer Diät und Bewegung als Monotherapie, wenn Metformin aufgrund einer Unverträglichkeit als ungeeignet erachtet wird; zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung des Typ-2-Diabetes. Zu Studienergebnissen im Hinblick auf Kombinationen von Behandlungen, die Wirkung auf die Blutzuckerkontrolle, kardiovaskuläre und renale Ereignisse sowie die untersuchten Populationen, siehe Abschnitte 4.4, 4.5 und 5.1 der Fachinformation. Patienten mit schwerer Leberfunktionsstörung: Es wird eine Anfangsdosis von 5 mg empfohlen. Wenn diese gut vertragen wird, kann die Dosis auf 10 mg erhöht werden. Herzinsuffizienz: Indiziert bei erwachsenen Patienten zur Behandlung der symptomatischen, chronischen Herzinsuffizienz. Chronische Niereninsuffizienz: Indiziert bei erwachsenen Patienten für die Behandlung des Typ-2-Diabetes mellitus als Ergänzung zu Diät und Bewegung bei Patienten, bei denen der Blutzucker mit der maximal verträglichen Dosis von Metformin allein unzureichend kontrolliert wird; in Kombination mit anderen Arzneimitteln zur Behandlung des Diabetes bei Patienten, die mit Metformin und diesen Arzneimitteln unzureichend kontrolliert sind; bei Patienten, die bereits mit der Kombination aus Dapagliflozin und Metformin als separate Tabletten behandelt werden. Zu Studienergebnissen im Hinblick auf Kombinationen von Behandlungen, die Wirkung auf die Blutzuckerkontrolle und kardiovaskuläre Ereignisse sowie die untersuchten Populationen, siehe Abschnitte 4.4, 4.5 und 5.1 der Fachinformation. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den (die) Wirkstoff(e) oder einen der sonstigen Bestandteile. Xigduo® zusätzlich: jede Art von akuter metabolischer Azidose (z. B. Laktatazidose, diabetische Ketoazidose), diabetisches Präkoma; schwere Niereninsuffizienz (GFR  $< 30$  ml/min); akute Erkrankungen, die potenziell die Nierenfunktion beeinflussen können, wie Dehydratation, schwere Infektion, Schock; eine akute oder chronische Erkrankung, die zu einer Gewebehypoxie führen kann, wie Herz- oder Lungeninsuffizienz, kürzlich erlittener Myokardinfarkt, Schock; Leberfunktionsstörung; akute Alkoholvergiftung, Alkoholismus. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Hypoglykämie (bei Anwendung mit einem Sulfonylharnstoff oder Insulin). Häufig: Vulvovaginitis, Balanitis und verwandte Infektionen des Genitalbereichs, Harnwegsinfektionen, Schwindel, Hautausschlag, Rückenschmerzen, Dysurie, Polyurie, erhöhter Hämatokrit, verminderte renale Kreatinin-Clearance zu Behandlungsbeginn, Dyslipidämie. Gelegentlich: Pilzinfektionen, Volumenmangel, Durst, Verstopfung, Mundtrockenheit, Nykturie, vulvovaginaler Pruritus, Pruritus genitalis, erhöhtes Kreatinin im Blut zu Behandlungsbeginn, erhöhter Harnstoff im Blut, Gewichtsreduktion. Selten: diabetische Ketoazidose (bei Typ-2-Diabetes). Sehr selten: nekrotisierende Faszitis des Perineums (Fournier-Gangrän), Angioödem, tubulointerstitielle Nephritis. Xigduo® zusätzlich: Sehr häufig: gastrointestinale Symptome (Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Bauchschmerzen, Appetitlosigkeit). Häufig: Vitamin-B<sub>12</sub>-Abnahme/-Mangel, Geschmacksstörungen. Sehr selten: Laktatazidose, Leberfunktionsstörungen, Hepatitis, Urtikaria, Erythem, Pruritus. **Weitere Hinweise:** siehe Fachinformationen. **Pharmazeutischer Unternehmer:** AstraZeneca GmbH, Friesenweg 26, 22763 Hamburg, E-Mail: [azinfo@astrazeneca.com](mailto:azinfo@astrazeneca.com), [www.astrazeneca.de](http://www.astrazeneca.de), Servicehotline für Produktanfragen: 0800 22 88 660. Stand: Februar 2024.

**AstraZeneca**

# Gefahr steigt am Wochenende und in Urlaubszeiten

DDG fordert mehr Prävention, um diabetische Ketoazidosen zu verhindern

**BERLIN.** Immer mehr Kinder und Jugendliche erleiden aufgrund eines unerkannten Typ-1-Diabetes eine schwere Stoffwechsellage (diabetische Ketoazidose (DKA)). Die Gefahr für eine DKA ist an Wochenenden und in der Urlaubszeit besonders groß – dies zeigen kürzlich publizierte Untersuchungen.<sup>1,2</sup> Mangelndes Wissen in der Bevölkerung über Diabetes führt noch immer zu einer verzögerten Behandlung. Zudem fehlt es gerade in der Notversorgung oft an pädiatrischer Expertise.

Typ-1-Diabetes ist die häufigste Stoffwechselerkrankung im Kindes- und Jugendalter, wird aber oft erst spät erkannt: Etwa jede vierte Neudiagnose erfolgt, wenn bereits eine DKA besteht. Diese Stoffwechselübersäuerung wird durch schweren Insulinmangel hervorgerufen. Glukose kann nicht mehr in ausreichender Menge in die Zellen aufgenommen werden. Infolgedessen deckt der Körper seinen Energiebedarf über den Abbau von Fetten. Das führt zu einem vermehrten Anfall von Ketonkörpern und erfordert eine sofortige intensivmedizinische Behandlung. „Schlimmstenfalls mündet dies im diabetischen Koma, das lebensbedrohlich sein kann“, erklärt Professor Dr. med. ANDREAS NEU, Kinderdiabetologe und Past-

Präsident der DDG. „Umso wichtiger ist es, Diabetes Typ 1 frühzeitig zu erkennen und zu behandeln.“

## Zahl der DKA-Fälle bei Kindern und Jugendlichen steigt

Eine aktuell erschienene Publikation zeigt, dass von 2011 bis 2023 die Zahl der DKA-Fälle bei Kindern und Jugendlichen deutlich zugenommen hat – insbesondere in den Jahren 2020 bis 2022.<sup>1</sup> Als Datengrundlage diente das DPV-Register, in dem etwa 93 % aller Kinder und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes in Deutschland erfasst sind. „Die Ursachen für die Zunahme der DKA-Fälle sind sicher multifaktoriell: Überlastung des Gesundheitssystems, mangelnde pädiatrische Expertise, verspätetes Aufsuchen medizinischer

Einrichtungen und Verkennung von Ketoazidose-Symptomen“, zählt Prof. Neu auf. „Was uns besonders beschäftigt und schockiert, ist, dass die Daten einen seit Jahren anhaltenden Trend aufzeigen. Diese Entwicklung müssen wir dringend stoppen.“ Neben der Stärkung der Versorgungsstrukturen muss bei Angehörigen und bei medizinischem Personal, in Kitas und Schulen mehr Aufklärungsarbeit

stattfinden. Zu überlegen wäre auch ein Massenscreening auf Frühstadien des Typ-1-Diabetes, was jedoch kontrovers diskutiert wird.

Dass offenbar zu wenig öffentliches Bewusstsein für die Symptome des Diabetes Typ 1 und eine DKA besteht, zeigt eine weitere aktuelle Studie zu den Diagnosezeitpunkten eines Diabetes Typ 1.<sup>2</sup> Das Ergebnis: An Wochenenden, Feiertagen und in Urlaubszeiten werden deutlich seltener Diagnosen gestellt als an Wochentagen – somit steigt zu diesen

Zeiten die Gefahr für eine DKA. Die meisten Diagnosen werden montags und dienstags gestellt.

## In der Notfallversorgung fehlt die pädiatrische Expertise

„Es kommen sicher mehrere Faktoren zusammen, die diese Beobachtung erklären: Zum einen ist an Wochentagen medizinisches Personal besser verfügbar und die Angehörigen schieben die Vorstellung beim Arzt daher auf. Das erklärt auch die hohen Diagnosezahlen zum Wochenbeginn. Zum anderen ist den Eltern dann auch nicht bewusst, welcher Gefahr das Kind ausgesetzt ist“, betont Prof. Neu. Hier spiele wiederum die mangelnde Kenntnis der Symptome eine entscheidende Rolle. Darüber hinaus sei die bereitschaftsdienstliche Notfallversorgung oft nicht speziell pädiatrisch geschult. „Damit ist die Gefahr erhöht, die Symptome falsch zu interpretieren.“

DDG/dz

Pressemitteilung DDG

1. Bächle C et al. Dtsch Arztebl Int 2024 Apr 19; 121 (8): 272-273; doi: 10.3238/arztebl.m2024.0021

2. Kamrath C. et al. Diabetes Care 2024 Apr 1; 47 (4): 649-652; doi: 10.2337/dc23-1643



## Bundesweite DKA-Präventionskampagne und Info-Flyer

Um das Risiko für eine DKA zu senken, hat die AG DGPAED der DDG mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte (BVKJ) eine bundesweite Kampagne initiiert, die über die typischen vier Warnzeichen für Typ-1-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen aufklärt. Die Kampagne fokussiert auf Familien mit kleinen Kindern, die im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen U6 und U7a Informationsflyer erhalten, und ist über den QR-Code erreichbar.



## Für den Diabetologie-Durchblick

der Podcast für Expert:innen

Das Wichtigste zu neuen Technologien & Therapien und aktuelle Entwicklungen in Forschung, Gesundheitspolitik & Digitalisierung



Jetzt Reinhören & abonnieren:

qr.medical-tribune.de/  
o-ton-diabetologie

MedTriX Group  
we care for media solutions



# »Eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe ist wichtiger denn je«

VDBD-Vorsitzende Kathrin Boehm setzt sich für Diabetesfachkräfte ein

**BAD MERGENTHEIM.** Seit dem Diabetes Kongress hat der Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland (VDBD) eine neue Vorsitzende: Kathrin Boehm, die seit 2012 auch Mitglied im Ausschuss Qualitätssicherung, Schulung & Weiterbildung der DDG ist und die Zusammenarbeit der Weiterbildungsstätten bei der Aktualisierung der Weiterbildungskonzepte und der Konzeption neuer Weiterbildungsangebote koordiniert. Im VDBD sind die Themen des Vorstandsteams z. B. die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an Diabetesfachkräfte, das Gehalt für Diabetesfachkräfte – und die Krankenhausreform.

**?** **Frau Boehm, im Mai wurden Sie zur Vorsitzenden des VDBD gewählt, zuvor waren Sie stv. Vorsitzende. Warum engagieren Sie sich?**  
**Boehm:** Durch meine Funktion als berufsfachliche Leitung werde ich immer wieder mit den Problemen von Diabetesberater\*innen und Diabetesassistent\*innen konfrontiert. Ich möchte für das Berufsbild eine höhere Aufmerksamkeit erreichen, indem ich Diabetesfachkräfte bestmöglich dabei unterstütze, ihren Wert zu kennen.

**?** **Welche Themen wird das VDBD-Vorstandsteam aktuell und in den nächsten Jahren angehen?**  
**Boehm:** Aktuell brennen die gesundheitspolitischen Veränderungen durch die Krankenhausreform. Viele unserer Mitglieder sind im stationären Setting tätig. Im KHVVG wurde diese Berufsgruppe nicht berücksichtigt. Weiterverfolgen werden wir in diesem Zusammenhang die Neuauflage der Rahmenempfehlungen für die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an Diabetesfachkräfte, um die Kompetenzen von Diabetesberater\*innen und Diabetesassistent\*innen noch sichtbarer zu machen. Ein weiteres Ziel ist es, mit den ärztlichen Berufsverbänden eine konsentiertere Gehaltsempfehlung herauszugeben.

**?** **Was tut der VDBD, um sicherzustellen, dass Diabetesfachkräfte in der Reform genügend beachtet werden?**  
**Boehm:** Wir führen viele Gespräche mit ärztlichen Berufsverbänden. Gemeinsam möchten wir medienwirksam auf die Probleme der Krankenhausreform aufmerksam machen.

Parallel veröffentlicht der VDBD eigene Stellungnahmen und Pressemitteilungen und sucht die Gespräche mit der Politik, um auf das Potenzial des Berufsbildes und unsere Forderungen aufmerksam zu machen.

**?** **Für Diabetesteam ist die interprofessionelle Zusammenarbeit sehr wichtig. Warum? Und was macht eine gute Zusammenarbeit im Team aus?**  
**Boehm:** Seit jeher ist die Diabetologie ein Bereich, in dem interprofessionelle Zusammenarbeit gelebt wird. Angesichts der schnellen Entwicklungen in der Diabetestechnologie ist eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe wichtiger denn je. Die hohe Arbeitsbelastung, Bürokratisierung, fehlende digitale Infrastrukturen, Zeit- und Personalmangel werden oftmals zu Lasten von Teambespre-



KURZBIOGRAPHIE  
KATHRIN BOEHM

Kathrin Boehm ist nach Ausscheiden von Dr. Nicola Haller im Mai 2024 zur Vorsitzenden des VDBD gewählt worden, zuvor war sie seit 2022 stellvertretende Vorsitzende. Die Diabetesberaterin DDG und Diätassistentin hat die berufsfachliche Leitung der DDG Weiterbildungen an der Diabetes Akademie Bad Mergentheim e.V. inne. Neben der Kursorganisation und der Betreuung der Teilnehmer\*innen gehören der Unterricht zu den Themen Kommunikation, Gesprächsführung sowie die Vorbereitung der Transfer- und Prüfungsleistungen zu ihren Aufgaben.

chungszeiten und persönlichem Austausch kompensiert. Gute Zusammenarbeit entsteht durch Kommunikation, und die braucht Raum und Zeit im Arbeitsalltag. Supervision und Teambildungsmaßnahmen wären dafür gute Möglichkeiten.

**?** **Ein Anliegen des VDBD ist die Delegation ärztlicher Tätigkeiten (s. Seite 10). Warum?**  
**Boehm:** In der Pflege sind 2023 Modellvorhaben für die heilkundliche Übertragung zu unterschiedlichen Krankheitsbildern an den Start gegangen. Im Bereich Diabetes mellitus führen Diabetesberater\*innen seit vielen Jahren diese Tätigkeiten aus, und das möchten wir durch die VDBD-Rahmenempfehlungen zur interprofessionellen Versorgung Arbeitgeber\*innen sichtbar machen.

**?** **Zeigt sich der Fachkräftemangel schon heute bei den Diabetesfachkräften? Was bringt die Zukunft?**  
**Boehm:** In den Kliniken und Praxen ist nach wie vor eine große Nachfrage an Weiterbildungsplätzen, da auf dem freien Markt kaum Diabetesberater\*innen verfügbar sind. Auch hier setzt das Renten-

»Nicht unter Wert verkaufen«

ter der „Babyboomer“ ein. Wir sind alle gefragt, das Berufsbild von Diabetesberater\*innen attraktiv zu machen. Attraktivität entsteht durch Verantwortung, Einflussnahme (z. B. Einbindung bei der Digitalisierung von Arbeitsprozessen), Selbstwirksamkeit, Entwicklungsmöglichkeiten (Fortbildungsmöglichkeiten) und angemessene Honorierung. Eine wichtige Frage ist auch: Inwieweit lassen sich moderne Arbeitsbedingungen, die sich an die persönliche Lebenssituation anpassen (flexible Arbeitszeiten, Homeoffice), besser am Arbeitsplatz integrieren? Im Ausland sind Gesundheitsberufe oft akademisiert und haben dadurch größere Handlungsspielräume, das steigert die Attraktivität. Hier fehlt es noch an einer konkreten Lösung für die Berufsgruppe der Diabetesberater\*innen.

**?** **Aus welchen Grundberufen kommen Menschen, die sich im Bereich der Diabetesberatung weiterbilden? Warum entscheiden sie sich dafür – und was schreckt vielleicht ab?**  
**Boehm:** Die Teilnehmer\*innen in den Kursen sind MFAs, Diätassistent\*innen oder Oecotropholog\*innen und Pflegefachpersonen. Viele haben Kolleg\*innen, die ihnen den Spaß am Beruf und das selbstständige Arbeiten vorleben. Bei der Pflege ist häufig der Wunsch „raus aus dem Schichtdienst“ der Grund für die Weiterbildung. Die Weiterbildung Diabetesberater\*in DDG geht über ein Jahr und ist daher zeitintensiv. Die anfallenden Arbeitsaufträge würde ich persönlich aber nicht als abschreckend, sondern herausfordernd sehen. Weiterbildung ist immer gleichzeitig eine persönliche Weiterentwicklung und damit eine Investition in mich selbst.

**?** **Wie versucht der VDBD, Nachwuchs zu gewinnen?**  
**Boehm:** Wir kommunizieren immer wieder, dass es ein zukunftssicherer, abwechslungsreicher und verantwortungsvoller Beruf ist. Die Zusammenarbeit mit der DDG ist hier sehr gut und die Anmeldezahlen zu den Weiterbildungskursen sprechen für sich. Dennoch benötigen wir ein Konzept, wie wir Teilnehmer\*innen aus anderen Kulturen besser in die Weiterbildung integrieren bzw.

deren Diabetesexpertise in die Diabetesteam einbinden können. Generell brauchen wir zusätzliche Medien, um auf die Attraktivität des Berufsbildes aufmerksam zu machen. Jüngere Generationen informieren sich anders, nicht über Texte. Hier braucht es ansprechende, ggf. humorvolle Videos aus dem Berufsalltag über Social Media.

**?** **Wieso lautete das Motto des VDBD-Barcamps im Frühjahr „Marktwert – Mehrwert – Geldwert: Was bin ich als Diabetesfachkraft?“**  
**Boehm:** Wenn ich als Diabetesfachkraft mir meiner Kompetenzen bewusst bin und weiß, was ich persönlich für meinen Arbeitsplatz mitbringe, kenne ich nicht nur meinen „Marktwert“, sondern bin mir auch des Mehrwerts für meinen Arbeitgeber bewusst und sollte mich daher nicht unter Wert verkaufen.

**?** **Warum ist das Gehalt ein immer wieder aufkommendes Thema?**  
**Boehm:** Es gibt keinen einheitlichen Tarif, das Gehalt orientiert sich am Grundberuf. In Deutschland gibt es ein starkes Gefälle, da im ambulanten Sektor das Gehalt von Diabetesberater\*innen oftmals auch vom Punktwert der Abrechnungsziffern abhängig ist. Die gleiche Leistung wird je nach Kasse und KV-Region unterschiedlich refinanziert. Somit bleibt Gehalt Verhandlungssache. Der VDBD bietet über seine VDBD AKADEMIE extra ein Seminar „Verhandlungstraining“ mit einer Rechtsanwältin an.

**?** **Im September findet die 11. VDBD-Tagung statt. Was erwartet die Besucher\*innen? Und welcher Vortrag interessiert Sie besonders?**  
**Boehm:** Wir haben bei der Online-Tagung bei Referent\*innen und Vorträgen eine bunte Mischung aus medizinischen, psychologischen und beratungsrelevanten Themen. Wegen der Aktualität des DMP Adipositas interessiert mich besonders der Vortrag zum neuen Schulungsprogramm.

Interview: Nicole Finkenauer

Programm und Anmeldung zur VDBD-Tagung am 21. September:  
[vdbd-akademie.de/fortbildungsangebote](https://vdbd-akademie.de/fortbildungsangebote)

Mehr über das Barcamp des VDBD:  
[www.diabetologie-online.de](https://www.diabetologie-online.de), Stichwort „Barcamp“

nachgefragt

»Ein Ziel: höhere Aufmerksamkeit für das Berufsbild«

# »Die Chancen überwiegen die Risiken«

Referierende der DDG Fortbildung Digitalisierung möchten ermutigen und unterstützen

**BERLIN.** Die Deutsche Diabetes Gesellschaft bietet jährlich die „Fortbildung Digitalisierung“ für Ärzt\*innen und Diabetesfachkräfte an. Mit dabei: Referierende, die in ihren Vorträgen praxisorientiert über aktuelle Themen in Klinik und Praxis sprechen. Was können die Teilnehmenden von ihnen erwarten?



**Dr. Oliver Schubert-Olesen**  
niedergelassener  
Diabetologe, Diabetes-  
zentrum Hamburg City  
Foto: Mike Fuchs Fotografie



**Alexandra Bartl**  
Diabetesberaterin,  
Gemeinschaftspraxis  
Renningen  
Foto: privat



**Claudia Sahn**  
Diabetesberaterin,  
Diabeteszentrum  
Ammersee  
Foto: privat

## Frage 1

Welches Thema/welche Themen decken Sie ab?

## Frage 2

Was möchten Sie den Teilnehmenden vermitteln?

## Frage 3

Welche besonders wichtige Erkenntnis/Wissenserweiterung sollen die Teilnehmenden aus Ihrem Vortrag/Ihren Vorträgen mitnehmen?

## Frage 4

Welche Chance und welches Risiko steckt – bezogen auf Ihr eigenes Thema/Ihre eigenen Themen – für Diabetesteams in der Digitalisierung?

**Dr. Oliver Schubert-Olesen**

- Die Themen meiner Vorträge sind: „AID im Praxisalltag – Möglichkeiten und Grenzen – Tipps für spezielle Probleme“ und „AID – Teil 2: Sport, Krankheit, spezielle Einstellungen, Stolpersteine im Alltag“
- AID-Systeme sind eine große Hilfe bei der Behandlung des

Typ-1-Diabetes. Nach richtiger Einweisung in das jeweilige System können sehr schöne Therapieerfolge gefeiert werden. Die Nutzerinnen und Nutzer berichten von einer enormen Erleichterung. Aber ist so ein System für jeden geeignet? Für wen eignet sich welches System? Wie kann ich die Nutzerinnen und Nutzer schulen? Das versuche ich in meinen beiden Vorträgen herauszuarbeiten.

- AID-Systeme sind die größte Erfindung für Menschen mit Typ-1-Diabetes nach der Herstellung von Insulin – vorausgesetzt, das richtige AID-System trifft auf den gut vorbereiteten und geschulten Menschen mit Diabetes!

»Die Technologie ist kein Hexenwerk – löst aber auch nicht alles«

- Jedes Tool birgt – in den falschen Händen – auch Probleme. Daher müssen im Vorfeld Erwartungen abgefragt, Möglichkeiten erklärt werden. Die richtige Schulung ist enorm wichtig. Ebenso die richtige Kenntnis über die Systeme durch die Behandelnden. Dann überwiegen enorme Chancen, für Nutzerinnen und Nutzer sowie Behandelnde!

**Alexandra Bartl**

- Digitales Diabetes-Coaching
- Coaching ist eine neue Möglichkeit in der Diabetesberatung und Coaching im digitalen Raum eine gute Möglichkeit der ressourcensparenden, engen Begleitung unserer Menschen mit Diabetes.
- Die Lösung des Problems liegt in unseren Menschen mit Diabetes, wir begleiten und unterstützen sie dabei, diese Lösung für sich zu finden.
- Chance: Effektive, ressourcensparende Begleitung unserer Menschen mit Diabetes. Risiko: Einen vertrauensvollen Kontakt im digitalen Raum aufzubauen, kann herausfordernd sein.

**Claudia Sahn**

- Meine Themen: „Datenmanagementsysteme im Überblick“; „Datenschutz im Praxisalltag mit juristischer Begleitung“; „AID-Systeme – Schulung und Beratung bleiben wichtig“
- Zusammen mit Dr. Thaysen möchte ich die Wichtigkeit des Datenschutzes aufzeigen, aber auch die Schwere und Angst aus dem Thema nehmen. Diabetes-Technologie ist kein Hexenwerk, löst aber auch nicht alles und Beratung und Begleitung von Mensch zu Mensch bleiben wichtig.
- Die Teilnehmenden sollen in der Lage sein, den roten Faden zu sehen (Datenmanagement-Systeme). Beim Datenschutz helfen Ruhe und Struktur. Und: Gut ge-

**Weitere Referierende**

Dr. med. Friedrich Wilhelm Petry, Wetzlar (auch Wissenschaftliche Leitung/Moderation); Dr. med. Jens Kröger, Hamburg; Dr. jur. Thorsten Thaysen, München; Dr. med. Ralf Denger, Friedrichsthal; Diabetesberaterin Juliane Steffan, Bad Mergentheim; Dr. med. Tobias Wiesner, Leipzig; Fabian Lechner, Marburg; Dr. med. Marcus Rothsching, Hanau

plante Abläufe erleichtern die Schulung von AID-Systemen.

- Chancen: Durch Fortbildung ein eigenes Profil finden. Technik soll unterstützen, nicht blockieren. Risiko: Perfektion und Angst sind bei meinen Themen die größten Stolpersteine.

Interviews: Nicole Finkenauer

## Termine und Anmeldung

- Webinare:** 4. September und 23. Oktober, jeweils 15.30 bis 19.30 Uhr
- Präsenzveranstaltung in Berlin:** 9. November, 9.00 bis 16.00 Uhr

Weitere Informationen/Anmeldung: [medical-tribune.de/fortbildung/ddg-fortbildung](https://medical-tribune.de/fortbildung/ddg-fortbildung) oder [ddg.info/ddg-akademie/fort-weiterbildungswelt-der-ddg-unser-angebot](https://ddg.info/ddg-akademie/fort-weiterbildungswelt-der-ddg-unser-angebot). CME-Punkte und Fortbildungspunkte der VDBD AKADEMIE sind beantragt. Organisation durch MedTriX GmbH; die kostenfreie Teilnahme wird ermöglicht durch Unterstützung von Omnipod/Insulet, Roche und Abbott.



## Michael Simonsohn 1951–2024

Unser lieber Freund und Kollege Michael Simonsohn ist am 25. April 2024 plötzlich und unerwartet verstorben. Wir verlieren mit ihm nicht nur einen erfahrenen Kollegen, sondern auch einen lieben Freund.

Michael Simonsohn wurde 1951 in Hamburg geboren und zog wenig später mit seinen Eltern nach Frankfurt/Main. Sein Vater war als Professor für Erziehungswissen-

schaften nach Frankfurt berufen worden. Seine Mutter starb hochgeachtet im Alter von 100 Jahren und war Ehrenbürgerin von Frankfurt.

Nach Schulausbildung und Abitur in Frankfurt studierte er zunächst Pädagogik, bevor er sich dem Studium der Humanmedizin zuwandte. Die Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin und die Spezialisierung im Fach Diabetologie erfolgten am Klinikum Frankfurt Höchst.

Die Diabetologie war sein medizinisches Leben, schon 1991 erfolgte die Niederlassung in eigener Praxis mit Spezialisierung Diabetologie, später erhielt seine Praxis die Anerkennung als Diabetologische Schwerpunktpraxis.

Besonderes Verdienst erwarb er sich in der berufspolitischen Ar-



**Michael Simonsohn**  
Diabetologe  
DDG  
und LÄK  
Foto: privat

beit. Kurz nach Gründung des Berufsverbandes niedergelassener Diabetologen (BVND) 2002 trat er 2003 mit dem damals noch bestehenden BDD, dessen Vorsitzender er war, in den BVND ein. Im Verband brachte er sich von Beginn an in die berufspolitischen Aufgaben ein und war bis 2014 Mitglied des Vorstandes.

2008 war er Gründungsgesellschafter des Wissenschaftlichen Institutes der niedergelassenen Diabeto-

logen (winDiab) und arbeitete bis zu seinem Tod aktiv an diversen versorgungsrelevanten Aufgaben mit. Auch regional engagierte sich Michael Simonsohn in der Berufs- und Verbandspolitik.

Die Versorgung seiner Patienten war ihm immer erstes Anliegen, ganz in der Tradition seiner Familie stand er für Humanität und Aufklärung. Trotz Krankheit arbeitete er bis 2018 in eigener Praxis, nach Einbringung der Praxis in ein Medizinisches Versorgungszentrum arbeitete er dort bis zu seinem Tod in reduziertem Umfang aktiv mit.

Wir haben Michael auch in privater Runde als humorvollen, zugewandten Menschen erlebt und erinnern uns gern an viele gemeinsame Stunden mit Freunden bei einem Glas Wein.

Wir verlieren mit Michael Simonsohn einen der Wegbereiter der ambulanten Diabetologie der frühen Jahre, der auch Konflikte nicht scheute und durch seine Arbeit die Schwerpunkttätigkeit vorangebracht hat, geachtet von Kollegen und Patienten.

**Wir werden ihn sehr vermissen.**

Dr. med. Hans-Martin Reuter  
Dr. med. Gerd Nitzsche  
Dr. med. Nikolaus Schepher

**Die Gesellschafter von winDiab**

Dr. med. Matthias Kaltheuner  
Prof. Dr. med. Morton Schütt  
Dr. med. Dietmar Weber  
Dr. med. Claus Kiwitt-Kortemeier  
Dr. med. Gregor Hess  
Dr. med. Eva Hess  
Dr. med. Nikolaus Schepher  
Dr. med. Hans-Martin Reuter

»Wir verlieren einen Wegbereiter der ambulanten Diabetologie der frühen Jahre«

# Diabetes in Balance halten

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

## Insuline aus dem Sanofi-Portfolio



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

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

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

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

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

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

© Sanofi 2023. Alle Rechte vorbehalten.

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

# Medizin & Markt



Foto: iStock/AzmanJaka

## Auf den richtigen Zeitpunkt kommt es an – und auf den Subtyp

Wann sollte die Therapie intensiviert und ein Basalinsulin hinzugefügt werden, wann der nächste Schritt gegangen werden?

➔ Pressemitteilung – Sanofi

FRANKFURT. Die Therapie des Diabetes geht inzwischen über die reine Blutzuckereinstellung hinaus. Stellt sich die Frage: Zu welchem Zeitpunkt sollte eine Therapie eingeleitet werden und wann ist eine Therapieintensivierung indiziert?

Vor 50 Jahren entdeckten die beiden Forschenden GIAN FRANCO BOTTAZZO und DEBORAH DONIACH die ersten Inselzellantikörper. Seit 1974 ist demnach bekannt: Typ-1-Diabetes gilt als Autoimmunerkrankung. Bis heute werde sie intensiv erforscht, so TVRKO KARUZA, Sanofi-Aventis Deutschland. Auch der Forschungsfokus seines Unternehmens habe sich von der reinen Insulinforschung immer weiter in Richtung Erforschung der Autoimmunität entwickelt.

**»Es wird immer wichtiger, die sechs Subtypen des Prädiabetes zu beachten«**

Typ-1-Diabetes gilt als progressive Autoimmunerkrankung, die sich in drei Stadien manifestiert – von den präsymptomatischen Stadien 1 und 2 zur klinischen Manifestation (Stadium 3). In den Stadien 1 und 2 sind zwei oder mehr Inselzellautoantikörper im Blut erkennbar. Ab dem Stadium 2 kommt ein ansteigender Blutzuckerspiegel hinzu. In Stadium 3 ist zu meist mindestens ein Autoantikörper vorhanden, teils jedoch auch keiner mehr. Ab Stadium 3 spricht man von einem manifesten Typ-1-Diabetes. Vor allem an der Immunintervention zum Betazellerhalt werde weiter geforscht, so Karuza.

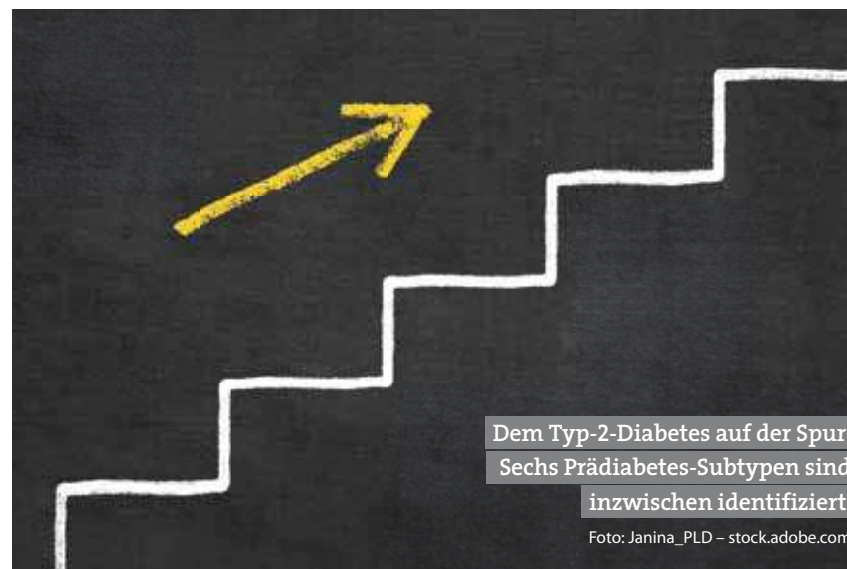
Ab wann sollte bei Menschen im Vorstadium des Typ-2-Diabetes eine Behandlung eingeleitet werden? Dabei wird es immer wichtiger, die sechs Subtypen des Prädiabetes zu beachten, so Professor Dr. MATTHIAS BLÜHER, Oberarzt am Universitätsklinikum Leipzig. „Vor allem die Subtypen, die durch eine gestörte Insulinsekretion oder eine schwere Insulinresistenz charakterisiert sind, bedürfen unserer Aufmerksamkeit, da sie häufig frühzeitig im Krankheitsverlauf Insulin benötigen und ein hohes Risiko für kardiovaskuläre und renale Folgeerkrankungen aufweisen“, erklärte Prof. Blüher während der Veranstaltung – und wundert sich darüber, „dass der

Einsatz und vor allem die Therapieintensivierung im klinischen Alltag nicht optimal umgesetzt werden“. Dies lasse sich aus den Ergebnissen der Real World Study RESTORE-G ableiten, an der allerdings Menschen mit Typ-2-Diabetes, nicht mit Prädiabetes teilgenommen haben. In der retrospektiven Kohortenstudie wurden die Daten von 7.962 insulinnaiven Menschen mit Typ-2-Diabetes über einen Zeitraum von zehn Jahren ausgewertet. Es wurde der Frage nachgegangen, wann sie auf ein Basalinsulin (z.B. Toujeo®) eingestellt werden und

aus welchen Gründen. Die Vortherapie bestand aus oralen Antidiabetika und/oder GLP1-Rezeptoragonisten (GLP1-RA). Es zeigte sich, dass lediglich 39,7% der behandelten Personen auf ein neues Therapieregime mit Insulin eingestellt wurden. Die Intensivierung fand im Median nach 27,4 Monaten statt. Bei der Mehrheit (67,6%) wurde ein Switch von einer GLP1-RA-Therapie auf Basalinsulin vollzogen. Bei der zweiten Gruppe (22,7%) wurde das Basalinsulin zur GLP1-RA-Therapie ergänzt und 9,7% wechselten auf eine Fixkombination aus GLP1-RA und

Basalinsulin. „Die gute Nachricht: In der Regel wurde auf ein Basalinsulin der zweiten Generation umgestellt – und hier am häufigsten auf Insulin glargin 300 E/ml“, so Prof. Blüher. Auch die aktuellen Leitlinien empfehlen das rechtzeitige Hinzufügen eines Basalinsulins zu GLP1-RA, wenn das HbA<sub>1c</sub>-Ziel nicht erreicht werden kann. Denn eine Gewichtsreduktion geht mit der Blutzuckereinstellung nicht immer Hand in Hand, wie aktuelle Studiendaten belegen. In der DPV-Registerstudie wurde bei Menschen mit Typ-2-Diabetes und Adipositas gezeigt, dass sich das Ansprechen auf SGLT2-Inhibitoren und GLP1-RA sehr heterogen darstellt. Die Glukoselast wird zudem als Risikofaktor für mikro- und makrovaskuläre Folgeerkrankungen betrachtet. So kann das relative Risiko eines Myokardinfarkts durch Senkung des HbA<sub>1c</sub>-Wertes um 1% beispielsweise um 14% und das Risiko für eine mikrovasculäre Erkrankung um 37% reduziert werden. Darüber hinaus weisen 13% bis 26% der Menschen mit Diabetes eine schmerzhaft neuropathie auf, der ebenfalls über eine verbesserte Blutzuckereinstellung und die Reduktion weiterer Risikofaktoren vorgebeugt werden kann.

16. Hauptstadt-Symposium Diabetes



## Im Zeichen der Herzgesundheit

Am Tag des Cholesterins wurde über die Bedeutung der Werte informiert

➔ Cholesterin-Dialog im Livestream - Sanofi

BERLIN. Der Cholesterin-Dialog, der im Rahmen der im Jahr 2005 vom Unternehmen Sanofi ins Leben gerufenen Aufklärungsinitiative „Wissen, was bei Diabetes zählt: Gesünder unter 7 PLUS“ stattfand, lädt mehrmals im Jahr Expert\*innen ein, um in einem Livestream rund um das Thema Diabetes aufzuklären und dabei auch auf Fragen der Zuschauer\*innen einzugehen. Das Format wird vom bekannten TV-Moderator MARKUS APPELMANN geleitet und sowohl via YouTube als auch auf Facebook live übertragen.

MARTINA WOLTERS aus der Kommunikationsabteilung von Sanofi betonte zum Start der Sendung, dass die Aktion darauf abzielt, Menschen Mut zu machen und sie zu ermuti-

gen, ihre Gesundheitsfragen offen zu stellen. „Es ist wichtig, dass jeder seine Cholesterinwerte kennt und aktiv Maßnahmen ergreift, um seine Gesundheit in die eigenen Hände zu nehmen“, so Wolters. Die beiden Expert\*innen im Studio waren PD Dr. KSENIA STACH, Fachärztin für Innere Medizin und Kardiologie, und Assistenzarzt DAVID REKERS, bekannt als „Der Hausarzt“ auf Social Media. Eine ausgewogene Ernährung und regelmäßige Bewegung sind grundlegende Maßnahmen zur Senkung des Cholesterinspiegels. Dr. Stach betonte, dass gesunde Ernährung nicht bedeutet, auf alles zu verzichten, sondern die richtigen Kohlenhydrate, Fette und Eiweiße in Maßen zu sich zu nehmen. „Die Basis ist gesunde Ernährung und sportliche

Aktivität“, sagte sie. Rekers ergänzte, dass bereits moderate Bewegung von 150 bis 300 Minuten pro Woche, wie leichtes Joggen oder Treppensteigen, das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen signifikant reduzieren kann. Trotz gesunder Lebensweise kann es bei genetischen Faktoren notwendig sein, Medikamente einzusetzen. Dr. Stach erklärte, dass es wichtig ist, individuell den richtigen Wirkstoff in der richtigen Dosierung zu finden. Es gebe verschiedene medikamentöse Optionen, um LDL-Cholesterin effektiv zu senken, z.B. Lipidsenker aus der Gruppe der PCSK9-Hemmer. Zudem sei dabei auch die Zusammenarbeit mit der behandelnden Hausärztin bzw. dem Hausarzt und gegebenenfalls einer Kardiologin bzw. einem Kardiologen entscheidend.

Gregor Hess

Die Aufzeichnung des Cholesterin-Dialogs und weitere Informationen gibt es hier: [www.gesünder-unter-sieben.de](http://www.gesünder-unter-sieben.de); [www.mein-leben-mit.info](http://www.mein-leben-mit.info)

„Ein Herz für gesunde Gefäße“ – Veranstaltung im Rahmen von „Gesünder unter 7 PLUS“

## Mehr Sicherheit vor Unterzuckerungen

Kontinuierliche Messung gibt Menschen mit Diabetes ein beruhigendes Gefühl

➔ Pressemitteilung – Abbott

WIESBADEN. Bewegung, Essen, Stress, Hormone – all das kann Auswirkungen auf unseren Zuckergehalt haben und muss von Menschen mit Diabetes im Rahmen der Diabetestherapie bedacht werden.

Eine der häufigsten Komplikationen ist eine Unterzuckerung. Im Rahmen einer YouGov-Umfrage im Auftrag des Unternehmens Abbott gab über ein Drittel der befragten Menschen mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes an, mindestens einmal pro Woche von Unterzuckerungen betroffen zu sein. Die Betroffenen fühlen sich im Alltag (beim Autofahren, Arbeiten, Sporttreiben), in sozialen Situationen und bei der Nachtruhe davon beeinträchtigt – rund jeder fünfte Mensch mit Diabetes (21%) stark oder sogar sehr stark.

Kontrollverlust ist mit 31% der Befragten das am häufigsten genannte Gefühl im Zusammenhang mit

Unterzuckerungen. Um schnell gegensteuern zu können, haben Menschen mit Diabetes in der Regel einen „Hyposnack“ bei sich. Platz eins belegt hierbei der Traubenzucker, gefolgt von Fruchtsaft/Softdrinks und Gummibärchen.

Ein häufig geäußelter Wunsch: 63% der Befragten wünschen sich einen sicheren Umgang mit Unterzuckerungen. „Das FreeStyle Libre System ist mein persönliches Frühwarnsystem, das mich immer begleitet und mir Sicherheit gibt. Weil ich eine beginnende Unterzuckerung in meinem sehr bewegten Berufs- und Familienalltag nicht immer rechtzeitig spüre, helfen mir die Trendpfeile und Alarme sehr dabei, kritische Situationen zu vermeiden“, berichtet Esther M. (45 Jahre) aus ihrem Leben mit Typ-1-Diabetes.

YouGov Panel Deutschland, Online-Survey; untersucht wurden 179 Menschen mit Diabetes (51% Typ-1-Diabetes, 49% Typ-2-Diabetes) mit einer Insulintherapie. Die Umfrage lief vom 22.01. bis 29.01.2024.

## NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

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

## Neuer Aufklärungsfilm: Früh aktiv werden gegen die drei Volkskrankheiten

Die Gesundheitsinitiative Guardians for Health wirbt für die Früherkennung bei Diabetes und bei Herz- und Nierenerkrankungen

Film – Guardians for Health

WIESBADEN. Mehr als neun Millionen Menschen in Deutschland haben eine chronische Nierenerkrankung, knapp vier Millionen Personen leiden an einer Herzinsuffizienz, rund neun Millionen Menschen sind an Diabetes erkrankt. Was immer noch zu wenig beachtet wird: Die drei Volkskrankheiten gehen Hand in Hand. Darüber klärt die Initiative Guardians for Health derzeit Haus- und Fachärzt\*innen auf.

Was können Hausärzt\*innen tun, um Diabetes und Herz- und Nierenprobleme zu verhindern? Dass die chronische Nierenerkrankung „einen großen Stellenwert bekommt und frühzeitig danach geschaut wird, ob ein Patient chronisch nierenkrank ist“, wünscht sich Professor Dr. JULIA WEINMANN-MENKE, Leiterin der Klinik für Nephrologie, Rheumatologie und Nierentransplantation von der Universitätsmedizin Mainz. Besonders in der hausärztlichen Versorgung sei dies relevant. Denn wird erstmals Bluthochdruck diagnostiziert, sollte man nicht nur die glomeruläre Filtrationsrate (GFR) bestimmen, sondern

**»SGLT2-Hemmer und GLP1-Rezeptoragonisten können kardiorenal helfen«**



auch die Urin-Albumin-Kreatinin-Ratio (UACR). „Das bedeutet, dass man eben nicht nur Blut abnimmt und nach dem Kreatinin schaut, sondern immer auch den Urin auf eine Albuminurie untersucht und das gerne mit Point-of-Care-Geräten“, empfiehlt Prof. Weinmann-Menke. Dies würde auch viel Zeit sparen: Man könne den Befund sofort besprechen, weitere Termine seien dann überflüssig. Als Nummer zwei der diabetes-assoziierten Erkrankungen gilt die Herzinsuffizienz. Dazu sagt Professor Dr. STEPHAN JACOB, Facharzt für Innere Medizin, Endokrinologe/Diabetologe, Hypertensiologe DHL aus Villingen: „In der Diabetologie haben wir seit 2015 fantastische Daten, die zeigen, dass wir mit SGLT2-Hemmern und GLP1-Rezeptoragonisten unseren Patient\*innen kardiorenal helfen können.“ In den Praxen setze man

diese Erkenntnisse aber noch nicht ausreichend um. Eine frühzeitige Diagnose und Behandlung seien notwendig, um die Risiken zu erkennen. Als „extrem wichtig“ stuft er hier den interdisziplinären Austausch ein. Zu den häufigsten Grunderkrankungen hinter dem kardiorenalen Syndrom zählt der Diabetes. Professor Dr. CHRISTOPH WANNER, Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie und Seniorprofessor am Deutschen Institut für Herzinsuffizienz, rät zu einer einmal jährlichen Kontrolle der Nierenfunktion anhand von GFR und UACR. Damit ließe sich „jede Nierenerkrankung“ erkennen. Mit Guardians for Health sollen nun alle Beteiligten an einen Tisch gebracht werden, um den drei Volkskrankheiten frühzeitig auf die Spur zu kommen. *amo*  
DGIM-Kongress

## Zukunft der Insulintherapie: verlängerte Wirkung und praxisnahe Anwendung

Erkenntnisse zur verlängerten Insulinwirkung und zum Einsatz von Basalinsulinen

Industriesymposium – Novo Nordisk

BERLIN. Die Zulassung des neuen Ultra-Langzeit-Insulinanalogons Insulin icodec wird neue Optionen in der Therapie ermöglichen.

Univ.-Professor Dr. med. THOMAS PIEBER aus Graz führte durch die Geschichte des Insulins und beleuchtete die kontinuierliche Verbesserung dieser lebenswichtigen Therapie über die letzten 100 Jahre. Im Zentrum seines Vortrags stand die zu diesem Zeitpunkt noch bevorstehende Zulassung des neuen Insulin icodec (Handelsname: Awiqli®) in Europa, das eine einmal wöchentliche Verabreichung ermöglicht. Diese Innovation könnte den Alltag von Menschen mit Diabetes erheblich erleichtern. Prof. Pieber erklärte die zwei Hauptprinzipien der Verzögerung von Insulinen: das klassische Konzept der Insulinkristalle und das moderne Konzept der Albuminbindung. Letzteres nutzt die natürlichen Transportmechanismen von Albumin im Körper, um eine verlängerte und stabile Insulinwirkung zu erzielen. „Albumin ist ein physiologisches Transportmolekül mit vielen Funktionen“, erläuterte Prof.

Pieber. „Es kann nicht nur konjugiertes Bilirubin und Fettsäuren transportieren, sondern auch Medikamente binden und somit ihre Wirkung verlängern.“ Die Forschung hat gezeigt, dass durch die Bindung von Insulin an Albumin eine konstante und reproduzierbare Insulinwirkung erzielt wird. Dies reduziert die Variabilität in der Resorption und bietet eine zuverlässigere Blutzuckerkontrolle. Der Experte betonte die Bedeutung dieser Entwicklung, da sie das Potenzial hat, die Insulintherapie revolutionär zu verändern und die Lebensqualität erheblich zu verbessern. Dr. med. ANDREAS LIEBL aus Bad Heilbrunn knüpfte an diese theoretischen Ausführungen an und stellte praktische Aspekte der Basalinsulintherapie vor. Er betonte, dass Insulin nach wie vor die physiologischste Behandlungsmethode für Diabetes ist und dass die meisten Menschen mit Typ-2-Diabetes im Laufe der Zeit auf Insulin angewiesen sein werden. „Ein flaches Basalinsulinprofil ist entscheidend für eine konstante Blutzuckerkontrolle“, erklärte er. Er hob die Vorteile der modernen Basalinsuline

hervor, die durch eine lange und stabile Wirkungsdauer charakterisiert sind. Diese Insuline minimieren Blutzuckerschwankungen und reduzieren das Hypoglykämierisiko erheblich. Dr. Liebl ging auch auf die praktische Anwendung dieser Insuline ein. Er zeigte auf, dass die flexiblen Injektionszeitpunkte der neuen Insuline den Alltag erleichtern. „Patient\*innen können ihre Injektionen variieren, ohne die Wirksamkeit zu beeinträchtigen.“ Dies sei besonders vorteilhaft für Personen, die Schwierigkeiten haben, ihre Injektionen zur gleichen Tageszeit durchzuführen. Ein weiterer wichtiger Aspekt seines Vortrags war die Kombination von Insulin mit anderen Medikamenten wie Metformin und GLP1-Analoga. „Diese Kombinationen können die Blutzuckerkontrolle weiter verbessern und das Risiko von Spätkomplikationen reduzieren“, betonte Dr. Liebl. Er zeigte anhand von Fallbeispielen, wie eine gezielte Kombinationstherapie den Blutzuckerspiegel stabilisieren und die Lebensqualität der Patient\*innen steigern kann. *Gregor Hess*

„Über 100 Jahre optimiert – die Therapie mit Insulinen“, Diabetes Kongress 2024

## Wenn der Östrogenspiegel sinkt

Durch die Wechseljahre erhöht sich durch den Östrogenmangel das Risiko für Typ-2-Diabetes

Media Roundtable – Abbott

WIESBADEN. Durch die Gendermedizin wird auch den Wechseljahren zunehmend Beachtung geschenkt. Und es wird offenbar: Die Wechseljahre, gekennzeichnet durch ein Versiegen der Sexualhormonproduktion, haben auch mit Diabetes zu tun. Eine der Langzeitfolgen vor allem des Östrogenmangels ist eine Erhöhung des Risikos für Typ-2-Diabetes, Bluthochdruck und kardiovaskuläre Erkrankungen, außerdem für Osteoporose und Demenz.

Zum Internationalen Frauentag hat die Gynäkologin Dr. JUDITH BILDAU vor und mit Journalist\*innen über den Stoffwechsel ab dem 40. Lebensjahr und effektive Präventionsmaßnahmen gesprochen. Sie machte klar: „Östrogen sorgt für die Stabilität des Blutzuckers. Wenn der Östrogenspiegel fällt, werden die Zellen insulinresistenter.“ Dies hängt laut ihrer Aussage damit zusammen, dass durch das Absinken des Östrogenspiegels das Bauchfett zunimmt – und genau dies begünstigt eine Insulinresistenz der Zellen und erhöhe somit das Risiko für die Entwicklung eines Typ-2-Diabetes. Wie ist es bei Frauen, die schon Diabetes haben? Dazu Dr. Bildau in einem Interview, das begleitend zur Veranstaltung entstanden ist: „Studien zeigen, dass Frauen mit Diabetes in den Wechseljahren weniger oft die Zielwerte für HbA<sub>1c</sub>, LDL-Cholesterin oder Blutdruck erreichen. In der Sprechstunde berichten Frauen, die an Typ-1-Diabetes oder Typ-2-Diabetes erkrankt sind, mit Beginn der

Wechseljahre von vermehrten Schwierigkeiten beim Diabetesmanagement. Verantwortlich für das Auf und Ab der Zuckerwerte ist die hormonell bedingt schwankende Insulinempfindlichkeit der Zellen. Deshalb halte ich die kontinuierliche Zuckermessung für extrem wichtig, um Entgleisungen und deren Folgeschäden zu vermeiden.“ Sie rät Frauen mit Typ-1- oder Typ-2-Diabetes, in den Wechseljahren gut auf ihre Zuckerwerte zu achten. Ein CGM-System könne helfen, Schwankungen rechtzeitig aufzudecken, und ermöglichen ein schnelles Gegensteuern. Frauen ohne Diabetes können einer Typ-2-Diabetes-Erkrankung vorbeugen, indem sie auf einen gesunden Lebensstil achten, was eine blutzuckerstabilisierende Ernährung beinhaltet. Frauen, die einen Schwangerschaftsdiabetes hatten, sollten regelmäßig den HbA<sub>1c</sub>-Wert messen lassen. Intensiv gefragt wurde auch nach dem Nutzen einer Einnahme von bioidentischen Hormonen. Diese, so Dr. Lindau, sollen den Langzeitfolgen des Östrogenmangels vorbeugen und können sich günstig auf Insulinsekretion, Glukoseaufnahme, Insulinempfindlichkeit der Zellen, die Gefäße und das HDL-Cholesterin auswirken und das Risiko, einen Typ-2-Diabetes zu entwickeln, senken. Studien belegen, dass Frauen mit Diabetes durch eine Hormonersatztherapie die Nüchternblutzuckerwerte und den HbA<sub>1c</sub>-Wert verbessern.

*Nicole Finkenauer*

„Frauen und Diabetes – der unterschätzte Risikofaktor Wechseljahre“, Vortrag zum Internationalen Frauentag

## Einsatzbereit und lieferbar

Mounjaro KwikPen in sechs Dosisstärken verfügbar

Industrieveranstaltungen – Lilly

BERLIN. Seit Mitte Mai ist der Mounjaro KwikPen® in Deutschland in den Dosierungen 2,5 mg, 5 mg und 7,5 mg erhältlich und nach Angaben des Unternehmens nun auch vollumfänglich lieferbar. Weitere Dosierungen sind seit Anfang Juni ebenfalls zu bekommen.

Mounjaro® (Tirzepatid) ist zur Therapie eines unzureichend eingestellten Typ-2-Diabetes oder zur Behandlung der Adipositas zugelassen und führt zu starken Effekten auf Blutzucker und Körpergewicht, erklärte beim Pressetermin Dr. MARIUS KRAUS, Medical Advisor Diabetes bei Lilly. Gerade vor dem Hintergrund der zuletzt immer wieder auftretenden Lieferengpässe bei GLP1-Rezeptoragonisten ist es dem Unternehmen

wichtig zu betonen, dass ein umfangreicher Lagerbestand nun eine sichere Versorgung mit der Therapieoption ermöglicht. Der Mounjaro KwikPen® ist in sechs Dosisstärken verfügbar. Zur einfachen Unterscheidung sind die Etiketten je nach Dosierung unterschiedlich eingefärbt. Jeder Fertigpen enthält vier Dosen für die einmal wöchentliche subkutane Injektion. Pro Injektion gibt der Fertigpen nur eine Dosis ab (Startdosis: 2,5 mg). Ab Woche fünf sollte auf die erste Erhaltungsdosis 5 mg erhöht werden. Mit den drei empfohlenen Erhaltungsdosen (5 mg, 10 mg, 15 mg) sei eine flexible Therapieanpassung möglich, so Dr. Marius Kraus.

*Matthias Heinz*

Mounjaro – starke Wirkeffekte jetzt neu im Kwik-Pen, Diabetes Kongress 2024

## NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

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

## Gute Glukoseeinstellung in allen Lebenslagen

Bei Typ-1-Diabetes frühzeitig auf automatisierte Insulinabgabe-Systeme setzen

**Ziel der Therapie des Typ-1-Diabetes ist es heute, diabetesbedingte Komplikationen durch eine gute Stoffwechseleinstellung zu verhindern und dabei eine gute Lebensqualität bei möglichst hoher Autonomie in allen Lebenslagen zu gewährleisten. Ein großer Fortschritt sind automatisierte Insulinabgabe-Systeme (AID), die zunehmend an Bedeutung gewinnen und im Vergleich zur intensivierten Insulintherapie (ICT) viele Vorteile bieten.**

Internationale Analysen und Modellierungen in die Zukunft bis 2040 gehen für Europa von einer Zunahme der Prävalenz des Diabetes mellitus Typ 1 von 49% aus,<sup>1</sup> sagte Dr. Stefan Gözl, niedergelassener Diabetologe aus Esslingen. Eine positive Nachricht bringen aktuelle Registerdaten aus Schweden: Sie zeigen, dass sich die Lebenserwartung und das Myokardinfarktisiko von Menschen mit Typ-1-Diabetes an die Stoffwechselgesunder angleichen, falls keine renalen oder kardiovaskulären Diabeteskomplikationen eintreten und dauerhaft ein HbA<sub>1c</sub>-Wert von im Mittel  $\leq 7,5\%$  (58 mmol/mol) erreicht wird.<sup>2</sup>

### Leitliniengerechter Einsatz

Nicht immer lassen sich diese Therapieziele allein mit ICT und kontinuierlicher Glukosemessung (CGM) erreichen und AID gewinnt zunehmend an Bedeutung bei der Optimierung der Glukoseeinstellung, sagte der Diabetologe. Dass AID bald zum neuen Standard bei Typ-1-Diabetes werden könnte, spiegelt sich auch in den Leitlinien wider: Allen Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes

und Insulinpumpentherapie sollte danach ein AID-System angeboten werden, wenn sie oder ihre Eltern/Betreuer in der Lage sind, diese Therapie sicher anzuwenden.<sup>3</sup> Auch bei Erwachsenen gilt eine gute Stoffwechsellage nicht mehr als Voraussetzung für ein AID. Bei Nicht-Erreichen der individuellen Therapieziele unter ICT trotz CGM soll laut Leitlinie eine Insulinpumpentherapie mit AID-Algorithmus empfohlen werden. Dies gilt auch für Patienten mit häufigen oder rezidivierenden schweren Hypoglykämien.<sup>4</sup> Die Auswahl des AID-Systems soll dabei individuell nach den Erfordernissen, Umständen und Wünschen des jeweiligen Patienten und nach den aktuellen Zulassungen erfolgen.<sup>4</sup> Derzeit verfügbare Systeme unterscheiden sich z.B. auch bezüglich der Kompatibilität mit CGM-Sensoren oder der Anpassungsmöglichkeiten des Algorithmus.<sup>5</sup>

### Mehr Zeit im Zielbereich bei geringerer Belastung

Die höhere Effektivität der AID-Therapie im Vergleich zur ICT, gemessen an einer Zunahme der Zeit im Zielbereich (TiR, Time in range), einer Abnahme der Zeit unterhalb des Zielbereichs (TbR, Time below range) und der Reduktion des HbA<sub>1c</sub>, wurde in einer aktuellen Metaanalyse bestätigt.<sup>6</sup> Auch bei den wichtigen patientenrelevanten Endpunkten wie Angst vor Hypoglykämien und Belastung durch das Therapieregime ergaben sich Vorteile für die AID-Systeme im Vergleich zur ICT, berichtete Dr. Gözl.<sup>7</sup> Eine Akzeptanz höherer Glukosewerte aus Angst vor Hypoglykämien und Hypoglykämie-vermeidendes Verhalten

wurden deutlich seltener beobachtet.<sup>7</sup> Das AID-System mylife Loop kombiniert die mylife YpsoPump Insulinpumpe, die mobile Anwendung mylife CamAPS FX und den Dexcom G6 oder FreeStyle Libre 3 zur kontinuierlichen Glukoseüberwachung und kann direkt über das Smartphone gesteuert werden. Der Algorithmus CamAPS FX ist dabei als einziger bereits für Kinder ab dem vollendeten ersten Lebensjahr und auch für Schwangere mit Typ-1-Diabetes freigegeben.

Das System bietet eine hohe Flexibilität, betonte der Diabetologe. Der Glukosezielwert ist individuell von 80–198 mg/dL (4,4–11,0 mmol/L) einstellbar. Dies kann in besonderen klinischen Situationen wie z.B. bei Sportlern oder in der Schwangerschaft sehr hilfreich sein. Viel Sicherheit beim Sport bietet auch der „Ease-off“-Modus, der die Insulinabgabe je nach Glukosewert verringert. Der Glukosezielwert wird hier vorübergehend angehoben und die Insulinabgabe gestoppt, sobald der Glukosespiegel unter den Zielwert zu fallen droht. Obwohl auch Menschen mit Typ-1-Diabetes sehr von sportlichen Aktivitäten profitieren, bewegen sie sich deutlich weniger als die Normalbevölkerung, sagte Dr. Gözl. Gründe sind häufig Angst vor Kontrollverlust und Hypoglykämien, die man ihnen durch solche Funktionen nehmen kann.

### Flexibles Mahlzeitenmanagement mit dem mylife Loop

Als weiteren besonderen Vorteil hob der Diabetologe das Mahlzeitenmanagement hervor. Die Anwender

### mylife Loop

**Insulinpumpe**  
mylife YpsoPump

**AID-Algorithmus**  
mylife CamAPS FX

**CamAPS FX Algorithmus CE-zertifiziert**  
ab 1 Jahr und in der Schwangerschaft

**Kompatible rtCGM-Sensoren**  
Dexcom G6  
Abbott FreeStyle Libre 3

**Bedienung des Systems über Smartphone-App**

**Persönliches Glukoseziel**  
Wählbar im Bereich 80–198 mg/dL (4,4–11 mmol/L)  
Voreingestellt: 104 mg/dL (5,8 mmol/L)

**KH-Eingabe**  
Bolusrechner nach Kohlenhydrat-Insulin-Faktor  
Mahlzeit eingeben glukose-responsiv

**Temporäre glukoseresponsive Anpassungen möglich**  
Ease-off  
Boost

Quelle: mod. nach 5

geben“ platziert werden, hier erfolgt keine klassische Mahlzeiteninsulinabgabe als Standardbolus. Das hierfür erforderliche Insulin wird über den Algorithmus automatisiert, in Abhängigkeit vom Glukoseverlauf, abgegeben.

Hier können die Kohlenhydrate als Mahlzeit oder Snack, langsam resorbierbare Mahlzeit oder Hypoglykämiebehandlung markiert werden, sodass die Insulinabgabe sehr flexibel an den jeweiligen Bedarf angepasst und Hypo- und Hyperglykämien vermieden werden können. Bei Auswahl der Option „Langsam resorbierbare Mahlzeit“ wird dem Algorithmus gemeldet, dass aufgrund eines höheren Fettgehalts, höheren Proteingehalts und/oder niedrigerem glykämischen Index der verzehrten Kohlenhydrate über die nächsten 3–4 Stunden bei ansteigendem Glukosespiegel möglicherweise eine höhere Insulindosis als üblich abgegeben werden muss.

Quelle: DDG-Jahrestagung 2024, Satellitensymposium „Von der ICT zu AID – warum es sinnvoll ist, frühzeitig auf das richtige AID zu setzen“, 9. 5. 2024, Berlin (unterstützt von Ypsomed)

- Gregory GA et al. Lancet Diabetes Endocrinol (2022); 10: 741-60
- Hallström S et al. Lancet Regional Health (2022); 21: 100469
- Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG); S3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter“; Version 4 (2023); AWMF-Registernummer 057-016
- Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) et al.; S3-Leitlinie „Therapie des Typ-1-Diabetes“; Version 5.1 (2023); AWMF-Registernummer 057-013
- Gözl S, Gehr B. Diabetol Stoffw (2024); 19 (2): 113-127
- Michou P et al. Diab Res Clin Pract (2023); 199: 110678; online first
- Amigó J et al. Diab Res Clin Pract (2023); 201: 110730; online first
- Feig DS et al. Lancet (2017); 390: 2347-2359
- Lee TTM et al. N Engl J Med (2023); 389: 1566-1578

## Schwangere mit Typ-1-Diabetes

mylife Loop bietet Vorteile für Mutter und Kind

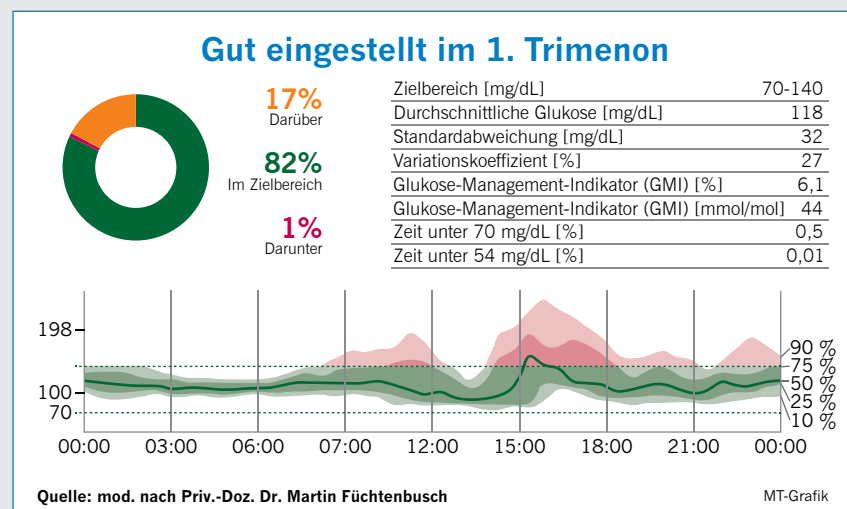
Die Therapie eines Typ-1-Diabetes in der Schwangerschaft stellt immer eine besondere Herausforderung dar. Auf der einen Seite gelten strengere Glukoseziele, auf der anderen Seite ändert sich gleichzeitig stetig der Insulinbedarf. Die Umstellung von einer ICT auf ein AID-System kann die Risiken einer unzureichenden glykämischen Kontrolle in dieser besonderen Situation reduzieren und der werdenden Mutter ein positives Erleben der Schwangerschaft ermöglichen.

Trotz der verbesserten Therapie des Typ-1-Diabetes ist auch heute noch in Deutschland fast jedes dritte Kind einer Frau mit Typ-1-Diabetes zu groß für das Gestationsalter (LGA, large for gestational age), erklärte Priv.-Doz. Dr. Martin Fuchtenbusch vom Diabeteszentrum am Marienplatz und der Forschergruppe Diabetes am Helmholtz-Zentrum München.

Schon in der CONCEPTT-Studie wurde gezeigt, dass eine kontinuierliche

Glukosemessung in der Schwangerschaft das Risiko für neonatale Komplikationen reduzieren kann. Mit der

Verbesserung der TiR um 5–7% kam es zur Reduktion der LGA- und Makrosomierate, die Neugeborenen



**Diese Patientin wurde bereits wegen des vorliegenden Kinderwunsches auf den mylife Loop umgestellt. Das AID-System half ihr dabei, den schwangerschaftsspezifischen Zielbereich einfach und sicher über den gesamten Schwangerschaftsverlauf zu erreichen, so Priv.-Doz. Dr. Fuchtenbusch.**

mussten seltener mehr als 24 Stunden auf der Intensivstation verbringen und es kam seltener zu einer neonatalen Hypoglykämie.<sup>8</sup>

### Mehr Zeit im Zielbereich zahlt sich aus

Auch unter der Verwendung von CGM-Systemen ist die LGA-Rate immer noch deutlich erhöht, sodass hier Hoffnungen in AID-Systeme gesetzt wurden. Ein echter „Game-Changer“ war dann die AiDAPT-Studie,<sup>9</sup> sagte der Diabetologe. 124 Schwangere mit Typ-1-Diabetes erhielten hier ab der 10.–12. Schwangerschaftswoche randomisiert ein AID-System auf Basis des CamAPS FX-Algorithmus oder eine CGM-unterstützte intensiviertere Insulintherapie mit Pen oder Pumpe. Die mit dem AID-System versorgten Schwangeren verbrachten signifikant mehr Zeit im Zielbereich (TiR 68,2 vs. 55,6%). Die bessere Einstellung wirkte sich unmittelbar positiv auf die Ge-

sundheit der Schwangeren und ihrer Neugeborenen aus: Die Mütter entwickelten seltener eine Hypertonie oder eine Präeklampsie, benötigten seltener einen Kaiserschnitt und nahmen weniger an Gewicht zu. Die LGA-Rate war ebenfalls deutlich geringer.<sup>9</sup>

### Bessere Glukosewerte ohne höheres Hypoglykämierisiko

Auch nach seiner klinischen Erfahrung profitieren Schwangere mit Typ-1-Diabetes enorm von dem AID-System und erreichen eine besser Glukoseeinstellung ohne erhöhtes Hypoglykämierisiko, berichtete der Diabetologe. Dies gelte auch während der Entbindung und in der Stillzeit. Wichtige Vorteile des mylife Loop als einzigem in der Schwangerschaft freigegebenen AID-System seien die individuelle und für die Schwangerschaft erforderliche, ausreichend niedrige Einstellmöglichkeit des Glukosezielwertes sowie das flexible Mahlzeitenmanagement.

# Gastroparese als OP-Risiko

„Das eigentliche Problem ist die autonome Neuropathie“

**WIESBADEN.** GLP1-Rezeptoragonisten (GLP1-RA) bewirken u. a. eine verzögerte Magenentleerung. Wegen eines erhöhten Aspirationsrisikos bei Operationen empfehlen die Fachgesellschaften für Anästhesiologie, Chirurgie und Innere Medizin ein Aussetzen der Medikation im Vorfeld elektiver Eingriffe. Dagegen werden in Diabetologie und Gastroenterologie kritische Stimmen laut.

Um perioperative Komplikationen zu vermeiden, evaluieren Anästhesist\*innen im Vorfeld geplanter Operationen routinemäßig die Dauermedikation ihrer Patient\*innen – durch den verstärkten Einsatz sind auch GLP1-RA in den Fokus gerückt. Im Mai 2024 warnte die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) vor perioperativen Risiken im Zusammenhang mit der Einnahme dieser Inkretinmimetika.

## Fachgesellschaften warnen vor perioperativen Risiken

Denn GLP1-RA können die Magenentleerung verzögern und damit das Risiko einer Aspiration von Mageninhalt während einer Narkose sowie von Aspirationspneumonien erhöhen – selbst wenn die empfohlenen Nüchternzeiten eingehalten wurden. In einer gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) und der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) erarbeiteten Empfehlung (s. Kasten) erklärte die DGAI, trotz der „bisher spärlichen Datenlage“ schließe man sich der Einschätzung der amerikanischen Fachgesellschaft an. Diese hatte mit Blick auf Fallberichte bereits im Juni 2023 ein Konsensus-Statement zum präoperativen Aussetzen von GLP1-RA veröffentlicht.

## Das Absetzen von GLP1-RA kann weitreichende Folgen haben

In Diabetespraxen scheint das Thema bislang noch keine allzu große Rolle zu spielen. Einzelne befragte Diabetolog\*innen berichten, das Aussetzen von GLP1-RA vor Operationen spiele derzeit keine Rolle in der täglichen Routine bzw. werde nur selten an sie herangetragen. Doch mit dem unfreiwilligen Pausieren der Medikation infolge von Lieferschwierigkeiten hat man Erfahrung. Und die zeigt: „Die Stoffwechselreaktion darauf kann mild – kaum oder nur geringer Blutzuckeranstieg – bis sehr ausgeprägt sein, sodass andere Medikamente zur Überbrückung angesetzt werden müssen“, berichtet etwa Dr. NORBERT DEMANDT vom Diabetologikum Kiel. Sein Kollege Dr. HANSJÖRG MÜHLEN vom Diabetologikum Duisburg hat beobachtet, dass meist sowohl HbA<sub>1c</sub>-Wert als auch Gewicht ansteigen. „Den alten Zustand wiederherzustellen, dauert meist ca. vier Wochen.“ In Einzelfällen lasse

sich die bessere Stoffwechsellage nach Ende der Zwangspause auch nicht mehr erreichen, „als wenn der Körper durch das häufige An- und Absetzen eine Resistenz entwickelt“. Für ihn stellt sich die Frage, ob es tatsächlich ausreichend große Evidenz für höhere OP-Risiken im Zusammenhang mit der Einnahme von GLP1-RA gibt: „Bevor man so stark in den Stoffwechsel eingreift, sollte man erst einmal untersuchen, ob es überhaupt ein Problem gibt.“

Dr. Mühlen gibt außerdem zu bedenken, dass es zu Übelkeit und Erbrechen vor allem zu Beginn einer GLP1-RA-Therapie kommt, später hingegen meist nicht mehr. „Ist dann überhaupt die Magenentleerung noch so lange verzögert, dass nach zwölf Stunden Nahrungskarenz noch Mageninhalt vorhanden ist?“, fragt er. Ähnliche Überlegungen stellt Dr. Demandt an. Zumindest seien ihm keine Kommentare von Gastroenterolog\*innen bekannt, dass Gastroskopien unter GLP1-RA nicht durchgeführt werden sollen, weil noch Speisereste im Magen nachzuweisen seien.

Tatsächlich melden sich seit Erscheinen der anästhesiologischen Empfehlungen zunehmend auch Expert\*innen aus der Gastroenterologie zu Wort, die sich für ein deutlich differenzierteres Vorgehen aussprechen. So hält die amerikanische Fachgesellschaft (AGA) es generell für unkritisch, auch bei Patient\*innen, die weiterhin GLP1-RA einnehmen, endoskopische Prozeduren durchzuführen – sofern sie keine Symptome wie Übelkeit, Erbrechen, Dyspepsie oder Blähungen aufweisen. Beim Vorliegen dieser Symptome, die auf eine verzögerte Magenentleerung hinweisen, empfehlen sie eine transabdominale Ultraschalluntersuchung.<sup>1</sup>

## Müsste nicht auf eine autonome Neuropathie gescreent werden?

Ähnlich sieht es auch der Diabetologe und Gastroenterologe Professor Dr. MICHAEL NAUCK vom Katholischen Klinikum Bochum. Ihm kommt in der aktuellen Debatte ein weiterer Aspekt zu kurz: „Denn eine verzögerte Magenentleerung ist ja auch typisch für einen langjährigen Diabetes mit autonomer Neuropathie.“ Wenn man befürchte, dass der Magen vor einer OP nicht ganz leer ist, dann müsste man Patient\*innen routinemäßig auch auf autonome

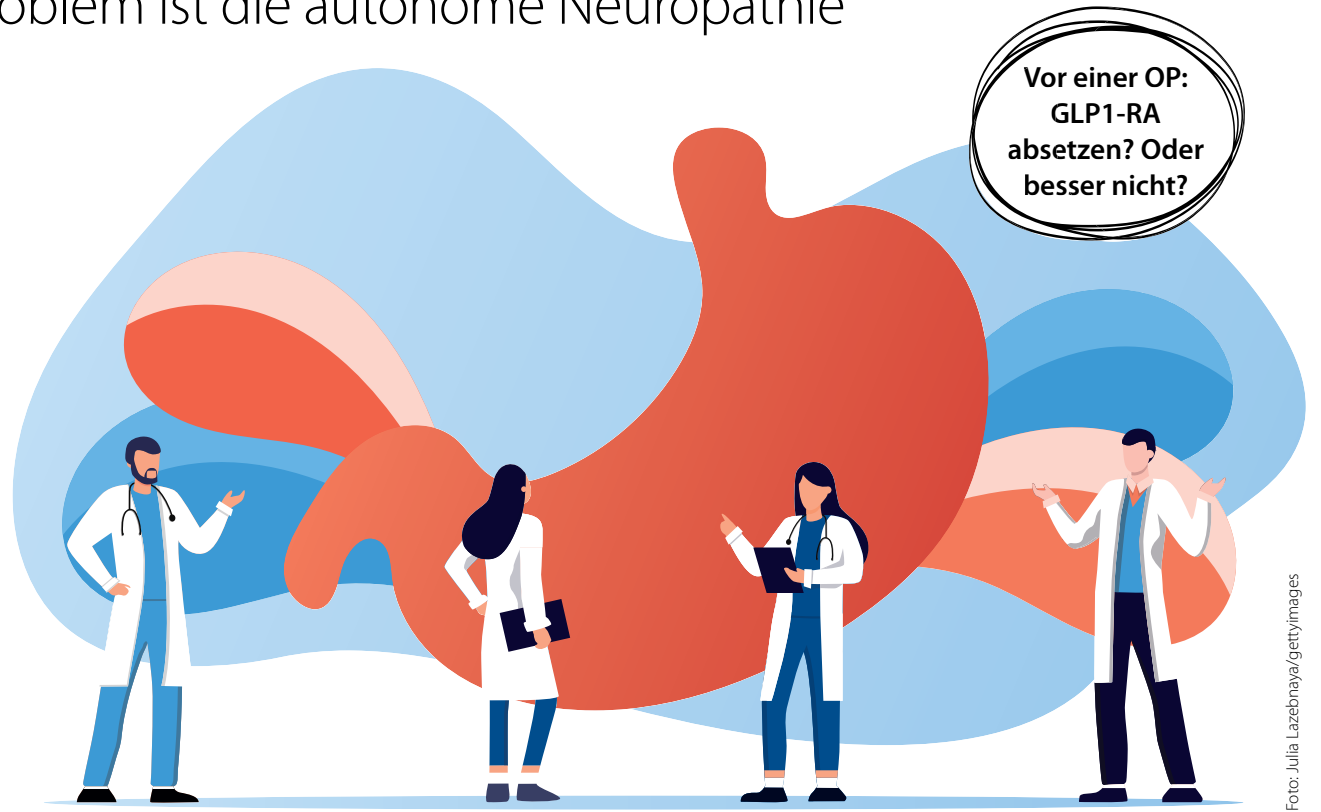


Foto: Julia Lazebnaya/gettyimages

Neuropathie bzw. Gastroparese screenen – unabhängig von der Einnahme von GLP1-RA. „Doch die Magenentleerungsgeschwindigkeit wird nie routinemäßig erhoben.“

Prof. Nauck bezweifelt deshalb, dass Empfehlungen wie die der DGAI das Problem gänzlich erfassen: „Wenn man den Großteil der Patienten sowieso übersieht, wird auch eine Maßnahme wie das Aussetzen von GLP1-RA nicht viel bringen.“ Davon abgesehen geht er – wie Dr. Mühlen – davon aus, dass eine verzögerte Magenentleerung vor allem diejenigen betrifft, die noch nicht allzu lange GLP1-RA einnehmen: „Relativ früh in der Therapie, etwa binnen eines halben Jahres, setzt eine Tachyphylaxie ein“, berichtet er mit Blick auf die Studienlage.<sup>2</sup> „Folgt man dieser Überlegung, wäre das Aussetzen vor einer OP nur bei denjenigen sinnvoll, die noch relativ kurz in Behandlung sind.“

## Medikamente mehr als einen Monat lang absetzen?

Eine Behandlung mit einer Substanz wie Exenatid könne man sicherlich problemlos für 48 Stunden pausieren. Auch das Aussetzen von Liraglutid für rund fünf Tage werde keinen allzu großen Schaden anrichten, erläutert Prof. Nauck. „Doch die wöchentlichen Inkretinmimetika wie Semaglutid oder Tirzepatid werden in Konzentrationen verabreicht, die um Faktor 10 höher sind als die physiologische Konzentration von GLP1. Um von einem zehnfach erhöhten Spiegel wieder auf null zu kommen, müsste man das Medikament eigentlich mehr als einen Monat aussetzen.“ Bei einer derart langen Pause aber brauche man eine Strategie, um die Glukosewerte auch ohne GLP1-RA in Schach zu halten und Hyperglykämien zu vermeiden. Diese sind schließlich ihrerseits ein unabhängiges Risiko für peri- und postoperative Komplikationen – und im Übrigen auch für eine abermals verzögerte Magenentleerung. Bei der DGAI sieht man dennoch keinen Konflikt: „Es ist nicht das Ziel der Empfehlung, die beiden

## »Widerspreche klar den Empfehlungen der DGAI«

Risiken gegeneinander abzuwägen. Im Rahmen einer Risikoreduktion sollen sowohl die Aspiration als auch die Hyperglykämie perioperativ vermieden werden. Dies kann durch eine perioperative Pause des Medikamentes und engmaschige Blutzuckerkontrolle erfolgen“, teilte der korrespondierende Autor der Empfehlung, Professor Dr. CHRISTIAN ZÖLLNER von der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie am Hamburger Universitätsklinikum Eppendorf, auf Anfrage mit. Das Aussetzen von Antidiabetika zur Reduktion perioperativer Risiken

sei ein seit vielen Jahren etabliertes Verfahren. „Wir sind überzeugt, dass dies auch bei dieser neuen Substanzklasse der GLP1-RA gelingen kann.“

## Empfehlungen sind in Arbeit – mit diabetologischer Expertise

Mit engmaschigen Blutzuckerkontrollen allein lassen sich Hyperglykämien bekanntlich nicht abwenden. Prof. Nauck hält eine vorübergehende Insulinbehandlung zwar grundsätzlich für eine Option, „doch bis man die geeignete Dosierung gefunden hat, kann es eine Weile dauern, da kommt man schnell in Teufels Küche“. In den OP-Einrichtungen sei man sicherlich bemüht, im Einzelfall eine gute Lösung zu finden. „Aber man kann schon bezweifeln, dass überall lückenlos diabetologische Konsile in hoher Qualität zur Verfügung stehen.“

Für ihn ist das Pausieren einmal wöchentlich zu verabreichender GLP1-RA vor Operationen daher keine Option: „Ich verstehe natürlich, dass jemand von der Sorge um die Patienten getragen ist und etwas tun möchte, um sie vor Komplikationen zu schützen. Dennoch widerspreche ich da ganz klar der Empfehlung der DGAI.“ An deren Erarbeitung war übrigens lediglich ein DGIM-Vertreter beteiligt, ein Internist mit Schwerpunkt Kardiologie. Prof. Nauck hätte sich gewünscht, dass mehr explizit diabetologische und gastroenterologische Expertise in die DGAI-Empfehlung eingeflossen wäre. Zusammen mit einer hochrangigen internationalen Arbeitsgruppe hat er nun ein Review mit eigenen Empfehlungen erarbeitet. „Wir haben dafür die Faktenlage und verfügbare Literatur gesichtet und sind zuversichtlich, dass es in absehbarer Zeit publiziert wird.“

Antje Thiel

1. Hashash JG et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2024; 22: 705-707; doi: 10.1016/j.cgh.2023.11.002

2. Quast DR et al. Diabetes Care 2020; 43:2137-2145; doi: 10.2337/dc20-0720

3. Jalleh RY et al., erscheint demnächst in J Clin Endocrinol Metab

4. Zöllner C et al. Anästhesiologie 2024; 65: 240-270; doi: 10.19224/ai2024.240

»Besser genauer hinschauen, bevor man so stark in den Stoffwechsel eingreift«



## Zentrale Aussagen der DGAI-Empfehlung<sup>4</sup>

[...] Basierend auf Fallberichten besteht derzeit die Überlegung, dass die ununterbrochene Einnahme von GLP1-RA mit einem erhöhten Risiko für eine Regurgitation von Mageninhalt und pulmonale Aspiration im Rahmen einer Allgemeinanästhesie oder einer Analgosedierung assoziiert sein könnte. [...] Bei elektiven Eingriffen sollte die Therapie mit einem täglich eingenommenen GLP1-RA am OP-Tag unterbrochen werden. Bei GLP1-RA, die nur einmal pro Woche verabreicht werden, sollte der letzte Applikationszeitpunkt des Medikamentes eine Woche vor der geplanten Operation liegen. Diese Zeiträume sind unabhängig von der Indikation (Typ-2-Diabetes, Gewichtsreduktion) mit einem GLP1-RA zu beachten.

ai-online.info



# Mensch oder Banane? Egal!

## Warnung vor Smartwatches mit angeblicher Glukosemessung

**ULM.** Eine schicke Uhr für weniger als 50 Euro, die neben Schrittzahl und Herzfrequenz auch Blutzuckerwerte misst – online findet man etliche Produkte, die damit werben. Doch in einem Pilotversuch am Institut für Diabetes-Technologie sind zumindest zwei Modelle krachend gescheitert.

Smartwatches, die mit einem nicht-invasiven optischen Verfahren den Blutzucker messen können, sind bei Herstellern wie Apple oder Samsung seit etlichen Jahren in Arbeit. Über vage Ankündigungen ist die Entwicklung allerdings bislang nicht hinausgekommen. Denn angesichts des komplexen Aufbaus des Hautgewebes und der Vielfalt an Substanzen mit ähnlichen optischen Eigenschaften wie Glukose sind die technischen Herausforderungen immens. Bis heute kann deshalb keine auf dem Markt erhältliche Marken-Smartwatch den Blutzucker messen.

### Smartwatch als Alternative zum CGM-System?

Ungeachtet dessen findet man auf Portalen wie Amazon immer wieder preisgünstige Uhren, die mit der Funktion „Blutzuckermessung“ werben. Im Kleingedruckten wird zwar darauf hingewiesen, dass die Messergebnisse lediglich als Referenz dienen können und „keine vollständige medizinische Funktion“ haben. Doch diese Einschränkung hält unter Umständen nicht alle potenziellen Interessent\*innen davon ab, sich eine solche Smartwatch – etwa als kostengünstige und einfache Alternative zu einem CGM-System – anzuschaffen.

Insbesondere, wenn man die Werte für Therapieentscheidungen nutzen möchte, könnte dies aber riskant sein. Darauf weisen Fallberichte und Anfragen aus der ärztlichen Community hin, die bei der AG Diabetes & Technologie (AGDT) der DDG und beim Institut für Diabetes-Technologie (IDT) der Universität Ulm eingingen. IDT-Forscher Dr. MANUEL EICHENLAUB berichtet: „Wir haben uns deshalb entschieden, ein paar dieser Uhren einzukaufen und sie zu testen.“ Im Juni 2023 erwarb das IDT online zwei der fragwürdigen Smartwatches für einen Pilotversuch an einer Person mit Typ-1-Diabetes. Beide Geräte – mittlerweile nicht mehr bei Amazon verfügbar – besaßen einen optischen Sensor, der beim Tragen Kontakt zur Hautoberfläche hatte.

»Ein Pilotversuch mit zwei Smartwatches sollte Klarheit bringen«



Sowohl bei der Messung an der Banane als auch am Handgelenk wurden jeweils nahezu identische Glukoseverläufe angezeigt – ohne dass sich eine relevante Ähnlichkeit zu den CGM-Daten für den entsprechenden Zeitraum zeigte. Vermutlich wurde ein typisches CGM-Tagesprofil in den Smartwatches hinterlegt.

Foto: Institut für Diabetes-Technologie, Ulm

Zu den proklamierten Funktionen zählte neben der Glukosemessung u. a. auch die Möglichkeit, Herzfrequenz, EKG, Sauerstoffsättigung, Aktivität, Körpertemperatur und Blutdruck zu bestimmen. Die Ergebnisse konnten direkt auf den Geräten angezeigt werden, zudem gab es für beide Geräte Smartphone-Apps zur Anzeige der Messergebnisse. Wie auch bei anderen Smartwatches dieser Art wiesen die Hersteller immerhin darauf hin, dass es sich nicht um Medizinprodukte handele und dass die Messergebnisse nicht für medizinische Zwecke verwendet werden dürfen.

Doch ob es sich bei den angezeigten Glukosekurven überhaupt um individuelle Messwerte handelt, darf stark bezweifelt werden: Die von beiden Smartwatches erfassten vermeintlichen Glukoseverläufe wichen nicht nur deutlich von den parallel durchgeführten Messungen mit einem konventionellen CGM-System ab, sondern waren sogar an allen

»Die technischen Hürden für eine optische Blutzuckermessung sind hoch«

drei Tagen jeweils identisch. Sie verzeichneten Tag für Tag dieselben Anstiege der Glukosewerte gegen 9.00 Uhr, 13.00 Uhr und 19.00 Uhr, also zu für die Hauptmahlzeiten üblichen Uhrzeiten. „Damit war klar, dass die Uhren keinen Blutzucker messen können und keinen klinischen Nutzen für die Diabetestherapie haben“, erklärt Dr. Eichenlaub.

„Uns kam dann der Gedanke, zu testen, ob die Uhren überhaupt erfassen können, dass sie an einem Menschen befestigt sind“, erzählt er weiter. Die Wahl des unbelebten Testobjekts fiel auf eine Banane – zum einen aus praktischen Erwägungen, weil man an ihr problemlos eine Uhr befestigen kann, zum anderen, um dem Pilotversuch trotz des ernstesten Hintergrunds noch eine augenzwinkernde Note zu geben.

### Messfunktion der Smartwatches? Alles Banane!

Tatsächlich kann man sich beim Blick auf die Ergebnisse des zweiten Versuchsteils ein Schmunzeln wohl kaum verkneifen: Auch die Banane wies dieselben, nahezu identischen Glukoseverläufe auf wie an den Tagen zuvor der menschliche Proband. Im IDT vermutet man daher, dass herstellereitig einfach ein typisches CGM-Tagesprofil hinterlegt wurde, das auf dem Display angezeigt wird und den Anschein eines echten Glukoseprofils wecken soll.

Die Chancen, etwas gegen betrügerische Angebote dieser Art unternehmen zu können, schätzt Dr. Eichenlaub allerdings als gering ein. Zwar habe die amerikanische Zulassungsbehörde FDA eine offizielle Warnung vor Smartwatches dieser Art ausgesprochen, die fälschlicherweise mit einer Blutzuckermessfunktion werben. „Aber im europäischen Raum gibt es keine Institution, die eine ähnliche Funktion wie die FDA erfüllt“, meint der Wissenschaftler. Das hiesige Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) sei nur für Produkte zuständig, die ein echtes CE-Kennzeichen tragen. Die getesteten Uhren waren zwar mit den Buchstaben „CE“ bedruckt, doch diese stehen bei fragwürdigen Produkten in der

Regel für ‚Chinese Export‘ und nicht für ‚Conformité Européenne‘, also Konformität mit den geltenden EU-Richtlinien und -Normen. Es scheint also schwer, von behördlicher Seite etwas zu unternehmen, um Verbraucher\*innen zu schützen.

### Technische Hürden, die schwer zu überwinden sind

Dr. Eichenlaub und sein Team wollen daher lieber direkt an die potenziellen Anwender\*innen solcher Smartwatches herantreten: „Man kann nur immer wieder bekräftigen, dass bis dato keine Smartwatch auf dem Markt ist, die nicht-invasiv den Blutzucker messen kann.“ Die technischen Hürden für eine optische Blutzuckermessung seien hoch: „Es ist schwer, über das Handgelenk mit einer optischen Methode ein zuverlässiges Signal zu generieren. Es wird unserer Einschätzung nach noch Jahre dauern, bis so etwas auf den Markt kommt – und ob es jemals in einem Gerät verbaut wird, das man locker am Handgelenk tragen kann, wage ich zu bezweifeln.“ Nicht-invasive Blutzuckermesssysteme müssten sich außerdem in Sachen Genauigkeit mit den verfügbaren Systemen zur kontinuierlichen Glukosemessung messen. „Der Vorsprung, den die aktuellen minimal-invasiven CGM-Systeme inzwischen erzielt haben, ist aber so leicht nicht aufzuholen“, meint Dr. Eichenlaub. Beim IDT plane man, gelegentlich Smartwatches mit „Blutzuckermessfunktion“ zu kaufen und auszuprobieren. „Wir erwarten aber nicht, dass sich an den Ergebnissen groß etwas verbessern wird.“

Umso wichtiger ist es den Forscher\*innen daher, Menschen mit Diabetes und Diabetes-Teams vor der Nutzung von Smartwatches zu warnen, die nicht als Medizinprodukte zugelassen sind und auf ähnliche Weise vermarktet werden wie die getesteten Modelle. Die Ergebnisse ihres Pilotversuchs haben Dr. Eichenlaub und seine Kolleg\*innen mittlerweile veröffentlicht<sup>1</sup> und beim diesjährigen Diabetes Kongress auf einem Poster vorgestellt. Antje Thiel

Eichenlaub M et al. Diabetes, Stoffwechsel und Herz 2024; 33 (2): 102–104

## INFOBOX ■ Typ-2-Diabetes

### Therapeutische Überlegenheit bei Typ-2-Diabetes

#### GIP/GLP-1-Rezeptor-Agonist Tirzepatid vs. Semaglutid 1 mg

Unter Tirzepatid<sup>a,1</sup> konnten gegenüber dem GLP-1-Rezeptor-Agonisten (RA) Semaglutid 1 mg in der Studie SURPASS-2 überlegene Wirkeffekte<sup>b</sup> auf den HbA<sub>1c</sub>-Wert bei Menschen mit Typ-2-Diabetes nachgewiesen werden – bei ähnlicher Verträglichkeit.<sup>1,2</sup> Tirzepatid ist jetzt im KwikPen<sup>®</sup> erhältlich und voll lieferfähig.

Bereits die erste Erhaltungsdosis Tirzepatid (Mounjaro<sup>®</sup>) 5 mg erzielte im Vergleich zu Studienbeginn eine signifikant stärkere mittlere HbA<sub>1c</sub>-Senkung gegenüber Semaglutid über 40 Wochen.<sup>b,1,2</sup> Mit der höchsten Dosis Tirzepatid (15 mg) erreichten über 90 % der Teilnehmenden einen HbA<sub>1c</sub>-Zielwert unter 7 % und fast 2/3 eine Körpergewichtsreduktion<sup>c</sup> von mindestens 10 %.<sup>1,2</sup> Auch der Blutdruck und verschiedene Lipidwerte san-

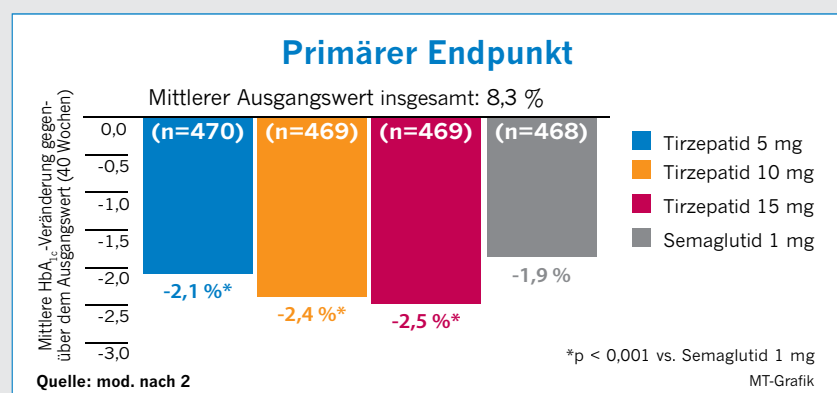


Abb.: Tirzepatid bereits in der ersten Erhaltungsdosis Semaglutid 1 mg klar überlegen.

ken unter Tirzepatid.<sup>2</sup> Dabei besaß der Wirkstoff ein ähnliches Nebenwirkungsprofil wie der GLP-1-RA.<sup>1,2</sup>

a Tirzepatid (Mounjaro<sup>®</sup>) ist angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen mit unzureichend eingestelltem Typ-2-Diabetes als Ergänzung zu Diät und Bewegung als Monotherapie, wenn die Einnahme von Metformin wegen Unverträglichkeiten oder Kontraindikationen nicht angezeigt ist, zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Diabetes mellitus.<sup>1</sup>

b p < 0,001 für Überlegenheit, adjustiert für Multiplizität.

c Die Veränderung des Körpergewichts war ein sekundärer Endpunkt in den SURPASS-Studien.<sup>1</sup>

1. Fachinformation Mounjaro<sup>®</sup>, aktueller Stand  
2. Frias JP et al. N Engl J Med 2021; 385: 503-515



4 Minuten Study Snack zu SURPASS-2 gefällig? Hier geht's zum Podcast.

PP-TR-DE-1261 Mai 2024



## DDG-Fortbildung

# Digitalisierung und Diabetestechnologie

AID, DiGA, eRezept & mehr: das Wichtigste zu den Herausforderungen und Chancen der digitalen Transformation – für Ihre Praxis.

CME- und  
VDBD-Punkte  
beantragt

**DDG**

Deutsche  
Diabetes  
Gesellschaft

Fortbildung  
Digitalisierung

## Die nächsten Termine

**4. September** | 23. Oktober | 9. November  
Webinar | Webinar | Präsenz, Berlin

## Unsere Expert:innen



**Friedrich Wilhelm Petry,**  
Facharzt für Innere  
Medizin, Diabetologe  
DDG, Internistische  
Gemeinschaftspraxis,  
Wetzlar



**Dr. med. Oliver  
Schubert-Olesen,**  
Facharzt für Innere  
Medizin und  
Diabetologe, Buxtehude



**Alexandra Bartl,**  
Diabetesberaterin  
DDG,  
Systemische Beraterin,  
Renningen



**Dr. med.  
Jens Kröger,**  
Facharzt für Innere  
Medizin und  
Diabetologie,  
Hamburg



Hier mehr erfahren  
und anmelden:

[medical-tribune.de/ddg-fortbildung](https://medical-tribune.de/ddg-fortbildung)

Mit freundlicher Unterstützung:



Organisation:



# Benefit für alle Beteiligten

Zertifikat der DDG regt zum Mitdenken an



**WÜRSELEN.** Aus einem eher kleinen Bereich für Diabetologie hat das Rhein-Maas Klinikum, Akademisches Lehrkrankenhaus der RWTH Aachen, innerhalb von nur zwei Jahren eine angesehene Abteilung gemacht, um Menschen mit Haupt- oder Nebendiagnose Diabetes optimal betreuen zu können. Hierfür hat die DDG der Einrichtung im Februar 2024 das Zertifikat „Klinik mit Diabetes im Blick“ verliehen.

**A**ls Dr. MARIA TERESA KOENEN am 1. April 2021 ihren Dienst als Oberärztin der Klinik für Innere Medizin und Gastroenterologie und dann auch als ärztliche Leiterin der diabetologischen Sektion antrat, entschied sie gemeinsam mit dem Diabetesteam, ein Konzept zu entwickeln, das alle Qualitätsansprüche an eine moderne Behandlung Erwachsener mit Diabetes erfüllen würde. „Wenn wir etwas anpacken, dann wollen wir es richtig machen“, begründet Dr. Koenen diesen Schritt.

## Schwerpunkt Pankreatektomie könnte für Zustrom sorgen

Der Bedarf an einer optimalen Versorgung am Klinikum ist groß (s. Kasten). Und in Zukunft wird die Zahl wahrscheinlich noch weiter steigen, da ein Schwerpunkt des Krankenhauses die Pankreaschirurgie ist. „Vor dem Hintergrund der geplanten Klinikreform des Bundes und der damit verbundenen Umstrukturierung der Krankenhäuser rechnen wir mit einem spürbaren Zustrom an Patient\*innen, die aufgrund einer bei uns im Haus durchgeführten Pankreatektomie insulinpflichtig werden“, sagt Dr. Koenen.

Der erste Schritt zum DDG Zertifikat bestand für die Internistin, Gastroenterologin und Diabetologin DDG darin, zusammen mit den beiden Diabetesberaterinnen eine umfassende Fehleranalyse zu erstellen, um zu eruieren, wo Verbesserungsbedarf bestand. Das betraf z. B. die perioperative Berücksichtigung eines Diabetes mellitus oder das Angebot eines Diabeteskonsils für Patient\*innen, die mit Haupt- oder Nebendiagnose Diabetes eingeliefert worden waren. „Beides konnte aufgrund fehlender personeller Kapazitäten zum damaligen Zeitpunkt nur eingeschränkt bedient werden“, räumt Dr. Koenen ein.

Das ist inzwischen anders. Mittlerweile wird eine Diabeteserkrankung bei Operationen und Narkosen auf Basis neu aufgesetzter Prozessstandards mitberücksichtigt. Außerdem werden sämtliche Neuaufnahmen mit Blutzuckerwerten über 200 mg/dl unmittelbar konsiliarisch betreut (Diabetesberatung am Krankenbett und, falls erforderlich, eine gezielte ärztliche Intervention). „So lassen sich viele Komplikationen im Vorhinein vermeiden und die Patient\*innen können früher ent-



Kümmern sich am Rhein-Maas Klinikum um Menschen mit Diabetes (v.l.n.r.): Ramez Markus (Oberarzt), Stephanie Lürkens (Diabetesberaterin), Prof. Dr. Jens Tischendorf (Chefarzt), Stephanie Barth (Diabetesberaterin), Dr. med. Maria Teresa Koenen (Oberärztin, Leitung Diabetesteam), Larissa Reiß (angehende Diabetesberaterin). Foto: Rhein-Maas Klinikum

lassen werden, da wir ab Tag eins des Krankenhausaufenthalts mit einer optimalen Blutzuckereinstellung beginnen können.“

## Grünes Licht für das neue Konzept – und mehr Personal

Von der Geschäftsführung bekam Dr. Koenen Ende 2021 grünes Licht für ihr Konzept. Im Zuge dessen wurden eine weitere Oberarztstelle und eine Stelle für eine zusätzliche Diabetesberaterin bewilligt. Überrascht war Dr. Koenen über das große Interesse bei den Pflegekräften, sich in der Betreuung von Menschen mit Diabetes schulen zu lassen, um den Schritt zu einer modernen und optimierten Diabetesbehandlung mitmachen zu können. „Über 70 Pflegekräfte aus allen Abteilungen haben an den Fortbildungen teilgenommen, viele von ihnen freiwillig.“ Pro Station wären nach den Vorgaben der DDG nur mindestens zwei Pflegekräfte erforderlich gewesen. Auch strukturell hat das 650-Betten-Haus aufgestockt – u. a. werden nun

sämtliche Blutzuckerwerte digital erfasst.

Nach gut zwei Jahren war es dann geschafft und die Klinik darf sich seit Februar 2024 nunmehr „Klinik mit Diabetes im Blick DDG“ nennen. Die Zertifizierung bezeichnet Dr. Koenen als Benefit für alle. Die neu entwickelten Qualitätsstandards haben nach ihren Worten nicht nur zu einer besseren Behandlung geführt, sondern wirkten sich auch positiv auf das Betriebsklima aus. „Die geschulten Kräfte sind deutlich selbstbewusster im Umgang

mit den Diabetespatient\*innen als früher und denken auch mehr mit“, sagt die Internistin. Ebenfalls verbessert habe sich die Zusammenarbeit zwischen den Abteilungen und mit den diabetologischen Praxen, da die Niedergelassenen ihre Patient\*innen im Rhein-Maas Klinikum nun in den besten Händen wüssten. Für Dr. Koenen steht jetzt schon fest, dass sie mit ihrem Team eine Rezertifizierung anstreben wird. Außerdem träume das Team davon, irgendwann eine ambulante Fußsprechstunde anbieten zu können.

Petra Spielberg

»Die neu entwickelten Qualitätsstandards wirken sich positiv auf das Betriebsklima aus«

## STECKBRIEF

- **Ort:** Würselen
- **Anzahl der Patient\*innen pro Jahr:** 22.000; davon Patient\*innen mit Diabetes mellitus: ca. 4.500 bis 4.700, die meisten mit Typ-2-Diabetes
- **Mitarbeitende:** ein Chefarzt, zwei Oberärztinnen, zwei Diabetesberaterinnen DDG, eine Diabetesberaterin (ab September in Weiterbildung), eine Wundmanagerin (aus der plastischen Chirurgie/konsiliarisch)
- **Ansiedlung:** Klinik für Innere Medizin und Gastroenterologie

## Kommission als politische Stimme der DDG

Die DDG Kommission „Gesundheits- & wissenschaftspolitische Fragen“

Die Kommission nimmt eine Schlüsselstellung in der gesundheitspolitischen Arbeit der DDG ein. Sie setzt sich zusammen aus klinisch und wissenschaftlich Tätigen sowie niedergelassenen Mitgliedern und fungiert als Bindeglied zwischen Gesundheitsausschuss, Bundesgesundheitsministerium, G-BA, IQWiG, IQTiG und Gremien und Mitgliedern der DDG.

### Welche Ziele und Aufgaben hat die Kommission?

- Information über wissenschaftspolitische Entwicklungen und in der Versorgung gesundheitspolitisch relevante Themen
- Organisation und Bündelung von Aktivitäten zu diesen Themen mit den Gremien und Regionalgesellschaften der DDG
- Verfassen von Stellungnahmen, Positionspapieren und Schreiben an die gesundheits- und wissenschaftspolitischen Entscheider\*innen

### Teilnahme an Anhörungen im BMG, bei G-BA, IQWiG u. a.

- Pflegen intensiver Kontakte zur Selbstverwaltung, zur Bundes- und Landespolitik

### Welche aktuellen Projekte gibt es?

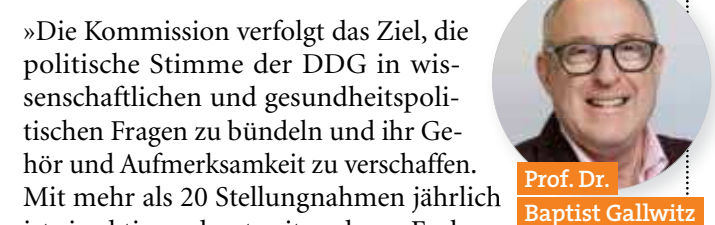
- Aktivitäten zur Umsetzung der Nationalen Diabetesstrategie
- Begleitung und Stellungnahmen zu allen aktuellen Gesetzentwürfen des Bundesgesundheitsministeriums gemeinsam mit anderen Fachgesellschaften, DZD und BVND

### Welche Veranstaltungen richtet die Kommission 2024 aus?

- Diabetes Kongress 2024: Symposium zur Krankenhausreform
- Konferenz mit den Regionalgesellschaften zur KH-Reform im April
- Workshop bei der DDG Strategietagung zur Entwicklung der ambulanten u. stationären Versorgung vor dem Hintergrund der KH-Reform und des GVSG; Auswirkung auf Weiterbildung und Qualifikation in diabetesbezogenen Gesundheitsberufen
- Diabetes Herbsttagung 2024: gesundheitspolitisches Symposium

## SERIE GREMIEN IM FOKUS

- **Gründungsdatum:** 2010
- **Anzahl der Mitglieder:** 11
- **Sprecher:** Prof. Dr. med. Baptist Gallwitz/  
Prof. Dr. med. Dirk Müller-Wieland (Stellvertreter)
- **Kontakt:** gallwitz@ddg.info



Prof. Dr. med. Baptist Gallwitz

»Die Kommission verfolgt das Ziel, die politische Stimme der DDG in wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Fragen zu bündeln und ihr Gehör und Aufmerksamkeit zu verschaffen. Mit mehr als 20 Stellungnahmen jährlich ist sie aktiv und gut mit anderen Fachgesellschaften und Gesundheitsinstitutionen vernetzt. Gemäß dem Leitmotiv der DDG „Diabetes erforschen, behandeln, verhindern“ verfolgt die Kommission die Maxime, die politischen Rahmenbedingungen zur Umsetzung dieses Mottos stetig zu verbessern.«

Professor Dr. Baptist Gallwitz

[ddg.info/die-ddg/kommissionen/gesundheits-wissenschaftspolitische-fragen](https://ddg.info/die-ddg/kommissionen/gesundheits-wissenschaftspolitische-fragen)



# Neu- oder re-zertifizierte Kliniken und Arztpraxen

(im Zeitraum 21.05. bis 14.07.2024)

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
<b>PLZ 0</b>		
Elblandklinikum Meißen	01662 Meißen	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
Klinik Bavaria Kreischa, Allgemeine Innere Medizin, Diabetologie und Kardiologie	01731 Kreischa	Diabeteszentrum DDG
MVZ Poliklinik Spremberg GmbH, Praxis Simone Vatter	03130 Spremberg	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Krankenhaus Spremberg	03130 Spremberg	Diabetes Exzellenzzentrum DDG
MVZ Poliklinik Spremberg GmbH, Praxis Simone Vatter	03130 Spremberg	Diabetes Exzellenzzentrum DDG 
Praxis Dipl.-Med. A. Kruse	03149 Forst	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Städtisches Klinikum Dessau, Station 13 – Diabetologie/Kardiologie	06847 Dessau-Roßlau	Diabeteszentrum DDG
<b>PLZ 1</b>		
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. med. Christian Lechelt	12247 Berlin	Diabetes Exzellenzzentrum DDG 
Praxis Dr. med. Torsten Born, Diabetologische Schwerpunktpraxis Berlin-Weißensee	13088 Berlin	Diabeteszentrum DDG
Klinikum Ernst von Bergmann	14467 Potsdam	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
Evangelisches Zentrum für Altersmedizin GmbH	14469 Potsdam	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
BAG Diabetologie-Angiologie, B. Altmann u. W. Leister	14547 Beelitz	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diabetologikum Oranienburg, Dr. Franke	16515 Oranienburg	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Templin, Dr. med. Kathleen Winands	17268 Templin	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Klinikum Karlsburg, Kinder- & Jugenddiabetes	17495 Karlsburg	Diabeteszentrum DDG
Bodden-Kliniken	18311 Ribnitz-Damgarten	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
<b>PLZ 2</b>		
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Kiel, Klinik für Kinder- u. Jugendmedizin I	24105 Kiel	Diabeteszentrum DDG
Städtisches Krankenhaus Kiel GmbH, 3. Medizinische Klinik	24116 Kiel	Diabeteszentrum DDG
<b>PLZ 3</b>		
Diabetes Kröpcke, Innere Medizin, Diabetologische Schwerpunktpraxis	30159 Hannover	Diabetes Exzellenzzentrum DDG 
Helios Kliniken Mittelweser Nienburg, Innere 2	31582 Nienburg	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
Frauen- und Kinderklinik St. Louise, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin St. Louise	33098 Paderborn	Diabeteszentrum DDG
Kreis Krankenhaus des Vogelsbergkreises in Alsfeld	36304 Alsfeld	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
<b>PLZ 4</b>		
St.-Johannes-Hospital Dortmund	44137 Dortmund	Fußbehandlungseinrichtung DDG
St. Elisabeth-Hospital Herten	45699 Herten	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
St. Vincenz-Krankenhaus, Medizinische Klinik I – Station E	45711 Datteln	Diabeteszentrum DDG
Marienhospital Gelsenkirchen GmbH, Klinik für Innere Medizin/ Gastroenterologie	45886 Gelsenkirchen	Diabeteszentrum DDG
Praxis Dr. med. Roland Schmidt	47574 Goch	Diabeteszentrum DDG
Zentrum für Diabetes und Gefäßerkrankungen	48145 Münster	Fußbehandlungseinrichtung DDG
<b>PLZ 5</b>		
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. med. Ralf Kolassa	50127 Bergheim	Diabetes Exzellenzzentrum DDG 
Augustinerinnen Krankenhäuser gGmbH, Cellitinnen-Krankenhaus St. Hildegardis	50931 Köln	Fußbehandlungseinrichtung DDG

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
<b>PLZ 5</b>		
Krankenhaus Düren gem. GmbH, Innere Medizin II	52351 Düren	Diabeteszentrum DDG
Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen gGmbH, Sektion Diabetologie, Station A4 (und Diabetesambulanz)	54290 Trier	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Innere Medizin II	54292 Trier	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Hausarztpraxis Dr. med. Simone Badis	54516 Wittlich	Diabeteszentrum DDG
Praxis Dr. med. Sibylle Brunk-Loch	55746 Idar-Oberstein	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein – Hl. Geist, Zertifiziertes Wundzentrum Mittelrhein	56154 Boppard	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Marienhospital St. Elisabeth Neuwied, Klinik für Innere Medizin	56564 Neuwied	Diabeteszentrum DDG
BAG Dres. Groß/Stritzke/Biegel und Rothkegel-Nottbohm	56564 Neuwied	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Praxis am Mühlenbach	57250 Netphen	Diabeteszentrum DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Schwerte	58239 Schwerte	Diabeteszentrum DDG
Diabeteszentrum im OPZ	58642 Iserlohn	Fußbehandlungseinrichtung DDG
<b>PLZ 6</b>		
Bürgerhospital Frankfurt gGmbH, Klinik für Diabetologie und Ernährungsmedizin	60318 Frankfurt am Main	Diabeteszentrum DDG 
Interdisziplinäres Zentrum Diabetischer Fuß, Internistisch-diabetologische Schwerpunktpraxis Chr.-D. Möller	60318 Frankfurt am Main	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Darmstädter Kinderkliniken Prinzessin Margaret, Diabetologie	64287 Darmstadt	Diabeteszentrum DDG
Gemeinschaftspraxis Galatea-Anlage Diabetologische Schwerpunktpraxis	65203 Wiesbaden	Diabeteszentrum DDG
Kliniken des Main-Taunus-Kreises GmbH, Medizinische Klinik II	65812 Bad Soden	Diabeteszentrum DDG
Zentrum für Diabetes und Hormonerkrankungen an der Weinstraße	67433 Neustadt an der Weinstraße	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Klinikum Worms, Innere Medizin II/ Diabetologie und Endokrinologie	67550 Worms	Fußbehandlungseinrichtung DDG
<b>PLZ 7</b>		
Marienhospital Stuttgart, Klinik für Innere Medizin I	70199 Stuttgart	Fußbehandlungseinrichtung DDG
SLK-Kliniken Heilbronn GmbH, Medizinische Klinik II	74078 Heilbronn	Fußbehandlungseinrichtung DDG
SLK-Kliniken Heilbronn GmbH/ Klinikum am Plattenwald, Medizinische Klinik II	74177 Bad Friedrichshall	Diabeteszentrum DDG
ViDia Christliche Kliniken Karlsruhe, Diabetes-Fußambulanz	76137 Karlsruhe	Fußbehandlungseinrichtung DDG
ViDia Christliche Kliniken Karlsruhe, Medizinische Abteilung 5	76137 Karlsruhe	Fußbehandlungseinrichtung DDG
MEDICLIN Staufenburg Klinik, Stoffwechsel/Diabetologie	77770 Durbach	Diabetes Exzellenzzentrum DDG
<b>PLZ 8</b>		
Klinikum Dritter Orden	80638 München	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
RoMed Klinik Prien am Chiemsee	83209 Prien	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Ärztzentrum Apothekerstraße	89257 Illertissen	Diabeteszentrum DDG 
<b>PLZ 9</b>		
Internistische Gemeinschaftspraxis Spitalgasse	90403 Nürnberg	Diabeteszentrum DDG
Krankenhaus Barmherzige Brüder, Allgemeine Innere Medizin und Geriatrie	93049 Regensburg	Diabeteszentrum DDG 
Klinikum St. Elisabeth Straubing GmbH, I. Medizinische Klinik	94315 Straubing	Diabeteszentrum DDG

# Angebote zur DDG Weiterbildung

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



**NEU**

Die Weiterbildungen Diabetesassistent\*in DDG und Diabetesberater\*in DDG wurden harmonisiert und werden fortan unter dem Begriff Diabetesedukation DDG zusammengefasst. Teilnehmende beider Weiterbildungen lernen nun gemeinsam.

- Abschluss Diabetesassistent\*in DDG:  
Angehende Diabetesassistent\*innen besuchen die Module 1 – 3.
- Abschluss Diabetesberater\*in DDG:  
Angehende Diabetesberater\*innen absolvieren die Module 1 – 7 zzgl. eines Wahlpflichtmoduls.
- Abschluss Aufbauqualifikation zum/r Diabetesberater\*in DDG:  
Bereits qualifizierte Diabetesassistent\*innen, die die Weiterbildung zur Berater\*in machen möchten, können ab Modul 4 – 7 (wieder) einsteigen.

**+++ VORTEIL für Teilnehmende und Arbeitgebende:**

**Auch Teilnehmende der Kurse zum/r Diabetesberater\*in DDG erhalten bereits nach Modul 3 die Urkunde als Diabetesassistent\*in DDG!**

## ➔ Diabetesedukation DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Rheine RH 04	<b>Akademie der Mathias-Stiftung Rheine</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-7319, 📠 Fax: 05971/42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	Modul 1: 09.09. – 20.09.2024 Modul 2: 18.11. – 29.11.2024 Modul 3: 13.01. – 17.01.2025 → Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 04.03. – 15.03.2025* Modul 5: 22.04. – 26.04.2025 Modul 6: 23.06. – 04.07.2025 Modul 7: 25.08. – 05.09.2025 zzgl. Wahlpflichtmodul → Abschluss Diabetesberater*in DDG
Bochum BO 01	<b>Augusta Akademie Bochum</b> Dr.-C.-Otto-Str. 27, 44879 Bochum ☎ Tel.: 0234/5173 info@augusta-akademie.de www.augusta-akademie.de	Modul 1: 16.09. – 27.09.2024 Modul 2: 11.11. – 22.11.2024 Modul 3: 06.01. – 10.01.2025 → Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 10.03. – 21.03.2025* Modul 5: 19.05. – 23.05.2025 Modul 6: 04.08. – 15.08.2025 Modul 7: 06.10. – 17.10.2025 zzgl. Wahlpflichtmodul → Abschluss Diabetesberater*in DDG
Regensburg RB 03	<b>Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, 📠 Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	Modul 1: 14.10. – 25.10.2024 Modul 2: 13.01. – 24.01.2025 Modul 3: 24.02. – 28.02.2025 → Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 24.03. – 04.04.2025* Modul 5: 12.05. – 23.05.2025 Modul 7: 07.07. – 18.07.2025 Modul 6: 22.09. – 26.09.2025 zzgl. Wahlpflichtmodul → Abschluss Diabetesberater*in DDG
<b>2025</b>		
Regensburg RB 04	<b>Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, 📠 Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	Modul 1: 13.01. – 24.01.2025 Modul 2: 17.02. – 28.02.2025 Modul 3: 07.04. – 11.04.2025 → Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 23.06. – 04.07.2025* Modul 5: 21.07. – 01.08.2025 Modul 7: 22.09. – 03.10.2025 Modul 6: 24.11. – 28.11.2025 zzgl. Wahlpflichtmodul → Abschluss Diabetesberater*in DDG
Rheine RH 06	<b>Akademie der Mathias-Stiftung Rheine</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-7319, 📠 Fax: 05971/42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	Modul 1: 27.01. – 07.02.2025 Modul 2: 24.03. – 04.04.2025 Modul 3: 19.05. – 23.05.2025 → Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 21.07. – 01.08.2025* Modul 5: 13.10. – 17.10.2025 Modul 6: 24.11. – 05.12.2025 Modul 7: 12.01. – 23.01.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul → Abschluss Diabetesberater*in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Jena JE 03	<b>Diabeteszentrum Thüringen e.V.</b> Am Klinikum 1, Gebäude A, 07740 Jena ☎ Tel.: 03641/93243-46, 📠 Fax: 03641/93243-47 nadine.kuniss@med.uni-jena.de www.diabetes-thueringen.de	Modul 1: 24.02. – 07.03.2025 Modul 2: 05.05. – 16.05.2025 Modul 3: 11.08. – 15.08.2025 → Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 08.12. – 12.12.2025 + * 02.02. – 06.02.2026 Modul 5: 27.10. – 30.10.2025 + 09.02. – 13.02.2026 Modul 6: 18.08. – 22.08.2025 + 01.12. – 05.12.2025 Modul 7: 20.10. – 24.10.2025 zzgl. Wahlpflichtmodul → Abschluss Diabetesberater*in DDG
Rheine RH 10 DB-A	<b>Akademie der Mathias-Stiftung Rheine</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-7319, 📠 Fax: 05971/42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	<b>NUR Aufbauqualifikation:</b> Modul 4: 24.02. – 07.03.2025* Modul 5: 12.05. – 16.05.2025 Modul 6: 04.08. – 15.08.2025 Modul 7: 06.10. – 17.10.2025 zzgl. Wahlpflichtmodul → Abschluss Diabetesberater*in DDG
Regensburg RB 05	<b>Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, 📠 Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	Modul 1: 17.03. – 28.03.2025 Modul 2: 05.05. – 16.05.2025 Modul 3: 02.06. – 06.06.2025 → Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 06.10. – 17.10.2025* Modul 5: 10.11. – 21.11.2025 Modul 7: 12.01. – 23.01.2026 Modul 6: 09.02. – 13.02.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul → Abschluss Diabetesberater*in DDG
Bochum BO 02	<b>Augusta Akademie Bochum</b> Dr.-C.-Otto-Str. 27, 44879 Bochum ☎ Tel.: 0234/5173 info@augusta-akademie.de www.augusta-akademie.de/	Modul 1: 24.03. – 04.04.2025 Modul 2: 02.06. – 13.06.2025 Modul 3: 18.08. – 22.08.2025 → Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 20.10. – 31.10.2025* Modul 5: 15.12. – 19.12.2025 Modul 6: 19.01. – 30.01.2026 Modul 7: 09.03. – 20.03.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul → Abschluss Diabetesberater*in DDG
Jena JE 04 LÄK	<b>Diabeteszentrum Thüringen e.V.</b> Am Klinikum 1, Gebäude A, 07740 Jena ☎ Tel.: 03641/93243-46, 📠 Fax: 03641/93243-47 nadine.kuniss@med.uni-jena.de, www.diabetes-thueringen.de	<b>Abschluss Assistenz in der Diabetologie LÄK Thüringen:</b> Modul 1: 31.03. – 11.04.2025 Modul 2: 16.06. – 21.06.2025
Jena JE 04 DA	<b>Diabeteszentrum Thüringen e.V.</b> Am Klinikum 1, Gebäude A, 07740 Jena ☎ Tel.: 03641/93243-46, 📠 Fax: 03641/93243-47 nadine.kuniss@med.uni-jena.de, www.diabetes-thueringen.de	Modul 1: 31.03. – 11.04.2025 Modul 2: 16.06. – 27.06.2025 Modul 3: 01.09. – 05.09.2025 → Abschluss Diabetesassistent*in DDG
Rheine RH 07	<b>Akademie der Mathias-Stiftung Rheine</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-7319, 📠 Fax: 05971/42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	Modul 1: 28.04. – 09.05.2025 Modul 2: 07.07. – 18.07.2025 Modul 3: 08.09. – 12.09.2025 → Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 03.11. – 14.11.2025* Modul 5: 26.11. – 30.11.2026 Modul 6: 02.03. – 13.03.2026 Modul 7: 13.04. – 24.04.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul → Abschluss Diabetesberater*in DDG
Regensburg RB 06	<b>Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, 📠 Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	Modul 1: 07.07. – 18.07.2025 Modul 2: 20.10. – 31.10.2025 Modul 3: 01.12. – 05.12.2025 → Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 26.01. – 06.02.2026* Modul 5: 09.03. – 20.03.2026 Modul 7: 20.04. – 01.05.2026 Modul 6: 08.06. – 12.06.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul → Abschluss Diabetesberater*in DDG
Bad Mergentheim BMH 02	<b>Diabetes-Akademie Bad Mergentheim e.V.</b> Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim ☎ Tel.: 07931/594 165, 📠 Fax: 07931/77 50 info@diabetes-zentrum.de www.diabetes-akademie.de	Modul 1: 14.07. – 25.07.2025 Modul 3: 22.09. – 26.09.2025 Modul 2: 10.11. – 21.11.2025 → Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 12.01. – 16.01.2026* Modul 5: 19.01. – 23.01.2026 Modul 6: 16.03. – 27.03.2026 Modul 7: 29.06. – 10.07.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul → Abschluss Diabetesberater*in DDG
Bochum BO 03	<b>Augusta Akademie Bochum</b> Dr.-C.-Otto-Str. 27, 44879 Bochum ☎ Tel.: 0234/5173 info@augusta-akademie.de www.augusta-akademie.de	Modul 1: 14.07. – 25.07.2025 Modul 2: 01.09. – 12.09.2025 Modul 3: 10.11. – 14.11.2025 → Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 05.01. – 16.01.2026 Modul 5: 23.03. – 27.03.2026 Modul 6: 20.04. – 01.05.2026 Modul 7: 06.07. – 17.07.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul → Abschluss Diabetesberater*in DDG



Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Rheine RH 08	<b>Akademie der Mathias-Stiftung Rheine</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-7319, 📠 Fax: 05971/42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	Modul 1: 29.09. – 10.10.2025 Modul 2: 17.11. – 28.11.2025 Modul 3: 05.01. – 09.01.2026 → <b>Abschluss Diabetesassistent*in DDG</b> Modul 4: 16.03. – 27.03.2026 Modul 5: 18.05. – 30.05.2026 Modul 6: 20.07. – 31.07.2026 Modul 7: 28.09. – 09.10.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul → <b>Abschluss Diabetesberater*in DDG</b>

Weitere Kurse und Anmeldung auf [www.ddg.info/diabetesedukation](http://www.ddg.info/diabetesedukation)  
Alle bisherigen Angaben zu Websites entfallen!!

## ➔ Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG – Fortbildung für Pflegende

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
BaQ_ BK_04	<b>ctt-Fortbildungszentrum</b> Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich Anke Funk, Karl-Binz-Weg 12, 54470 Bernkastel-Kues ☎ Tel.: 0651/82 44-288 fortbildungszentrum@ctt-zentrale.de	09.09. – 10.09.2024
BaQ_ TUE 04	<b>Medizinische Klinik Tübingen</b> Otfrid-Müller-Straße 10, 72076 Tübingen ☎ Tel.: 07071/29-84485 marjo.graf@med.uni-tuebingen.de	24.09. – 25.09.2024
BaQ_ BW_10	<b>Asklepios Bildungszentrum Nordhessen</b> Asklepios Klinikum Schwalmstadt, Diabetes-Schulungsraum Julia Steklow, Laustraße 37, 34537 Bad Wildungen ☎ Tel.: 05621/795 24 13 j.steklow@asklepios.com	18.11. – 19.11.2024
BaQ_ BK_05	<b>ctt-Fortbildungszentrum</b> Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich Anke Funk, Karl-Binz-Weg 12, 54470 Bernkastel-Kues ☎ Tel.: 0651/82 44-288 fortbildungszentrum@ctt-zentrale.de	27.11. – 28.11.2024

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

## ➔ Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Klinik)

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Rheine DPFK Kurs 15	<b>Akademie der Mathias-Stiftung Rheine</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-7319 info@afg-rheine.de, www.afg.mathias-stiftung.de	09.12. – 13.12.2024 13.01. – 17.01.2025
Rheine DPFK Kurs 16	<b>Akademie der Mathias-Stiftung Rheine</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-7319 info@afg-rheine.de, www.afg.mathias-stiftung.de	17.03. – 21.03.2025 02.06. – 06.06.2025
Rheine DPFK Kurs 18	<b>Akademie der Mathias-Stiftung Rheine</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-7319 info@afg-rheine.de, www.afg.mathias-stiftung.de	18.08. – 22.08.2025 27.10. – 31.10.2025

Anmeldung: Die Bewerbungsunterlagen sind an die jeweilige Weiterbildungsstätte zu senden.  
Hier erhalten Sie auch Auskunft über das Bewerbungsverfahren.  
Weitere Informationen unter [www.ddg.info/qualifizierung/fuer-medizinisches-assistenzpersonal/diabetes-pflegefachkraft-ddg-klinik-2](http://www.ddg.info/qualifizierung/fuer-medizinisches-assistenzpersonal/diabetes-pflegefachkraft-ddg-klinik-2) und per E-Mail: [weiterbildung@ddg.info](mailto:weiterbildung@ddg.info). **Wir informieren Sie gerne!**

## ➔ Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Langzeit)

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

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Rheine DPFK Kurs 03	<b>Akademie der Mathias-Stiftung Rheine</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-7319 info@afg-rheine.de, www.afg.mathias-stiftung.de	16.06.2025 – 18.06.2025 (Präsenz) 28.07.2025 – 29.07.2025 (online) 28.08.2025 – 29.08.2025 (online) 29.10.2025 – 31.10.2025 (Präsenz)

Weitere Informationen finden Sie auf [ddg.info/qualifizierung/fuer-medizinisches-assistenzpersonal/diabetes-pflegefachkraft-ddg-fuer-die-langzeitpflege-1](http://ddg.info/qualifizierung/fuer-medizinisches-assistenzpersonal/diabetes-pflegefachkraft-ddg-fuer-die-langzeitpflege-1)

## ➔ Fuß- und Wundassistent\*in DDG

Fuß- und Wundassistent\*innen DDG sind wichtige Player in der Versorgung des Diabetischen Fußsyndroms. Die Weiterbildung der DDG fokussiert auf diese chronischen Wunden und führt zu vertieftem Wissen in Bezug auf Behandlung und Wundversorgung. Die Qualifikation ist anerkannt im Rahmen der Zertifizierung zum Diabeteszentrum und zur zertifizierten Fußbehandlungseinrichtung DDG. Bilden Sie Ihr Assistenzpersonal weiter! Unterstützen Sie die Initiativen zur Versorgung des Diabetischen Fußes!  
Weitere Informationen unter [ddg.info/qualifizierung](http://ddg.info/qualifizierung)

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
26	<b>Diabetes Zentrum Thüringen e.V. (Universitätsklinikum Jena, Klinik für Innere Medizin III, FB Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen)</b> Am Klinikum 1, Gebäude A, 07743 Jena ☎ Tel.: 03641/9324346 📠 Fax: 03641/9324342 nadine.kuniss@med.uni-jena.de, www.diabetes-thueringen.de	Block 1: 06.11. – 08.11.2024 Block 2: 13.11. – 15.11.2024
11	<b>Diabetes-Akademie Bad Mergentheim e.V.</b> Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim ☎ Tel.: 07931/594 165 📠 Fax: 07931/77 50 boehm@diabetes-zentrum.de, www.diabetes-akademie.de	25.11. – 29.11.2024

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
<b>Pilotkurse in Kooperation nach neuem Curriculum der Fuß- und Wundassistent*in DDG</b>		
19	<b>Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-0 a.deml@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	Block 1: 10.03. – 12.03.2025 online  Block 2: 17.03. – 19.03.2025 Präsenz

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

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

## Fortbildungsangebot für qualifizierte Diabetesberater\*innen mit Berufserfahrung

Ab Herbst 2024 können sich Diabetesberater\*innen zum **Diabetescoach DDG** fortbilden. Sie erlangen Kompetenzen im systemischen Coaching zur bedürfnisorientierten, individuellen und lösungsorientierten Begleitung von Menschen mit Diabetes.

## ➔ Diabetescoach DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
DC 01	<b>Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. in Kooperation mit der Diabetes-Akademie Bad Mergentheim e.V.</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, 📠 Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	Block 1: 24.10. – 25.10.2024 Block 2: 14.11. – 15.11.2024 Block 3: 16.01. – 17.01.2025 Block 4: 27.02. – 28.02.2025 Block 5: 03.04. – 04.04.2025
DC 02	<b>Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. in Kooperation mit der Diabetes-Akademie Bad Mergentheim e.V.</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, 📠 Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	Block 1: 13.03. – 14.03.2025 Block 2: 08.05. – 09.05.2025 Block 3: 26.06. – 27.06.2025 Block 4: 10.07. – 11.07.2025 Block 5: 18.09. – 19.09.2025

Weitere Informationen unter: [www.ddg.info/ddg-akademie/fuer-gesundheitsfachkraefte/diabetescoach-ddg](http://www.ddg.info/ddg-akademie/fuer-gesundheitsfachkraefte/diabetescoach-ddg)

## ➔ Adipositasberater\*in DAG-DDG

Neues Kursangebot für Diabetesfachkräfte: Ab 2024 können sich Diabetesfachkräfte nun auch zum/zur Adipositasberater\*in DAG-DDG weiterqualifizieren. **Nutzen Sie die Möglichkeit der Fortbildung!**

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
4	<b>Akademie der Mathias-Stiftung Rheine</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-7319 info@afg-rheine.de, www.afg.mathias-stiftung.de	09.09. – 10.09.2024 online 11.09. – 13.09.2024 Präsenz
5	<b>Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, 📠 Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	21.10. – 22.10.2024 online 23.10. – 25.10.2024 Präsenz
6	<b>Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, 📠 Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	25.11. – 26.11.2024 online 02.12. – 04.12.2024 Präsenz

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

## ➔ Seminare Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung in der Diabetologie

Kurs	Termine	Tagungsort	Kosten
<b>Akademie Luftiku(r)s e.V.</b> Iburger Str. 187, 49082 Osnabrück ☎ Tel.: 0174/619 3869 akademieluftikurs@gmail.com www.akademie-luftikurs.de	26.11. – 29.11.2024 Weitere Termine direkt anfragen!	Bischöfliches Priesterseminar, Große Domsfreiheit 5, 49074 Osnabrück	600,- € bei Anmeldung ab 4 Wochen vor dem Termin 30,- € zusätzlich. Exkl. Verpflegung und Übernachtung
<b>Dr. rer. medic. Nicola Haller medipäd</b> Am Bühl 7 1/2, 86199 Augsburg ☎ Tel.: 0175/4004901 dr.nicola.haller@medi-paed.de www.medi-paed.de	06.09. – 09.09.2024 (Online-Kurs) 29.11. – 02.12.2024 (Online-Kurs)	Tagungsräume im Hotel Am alten Park Augsburg	720,- € inkl. Kursunterlagen
<b>willms.coaching</b> Wilhelm-Busch-Straße 19, 37083 Göttingen ☎ Tel.: 0551/7974741 📠 Fax: 0551/29213514 office@willmscoaching.de www.willmscoaching.de	<b>Online-Termine:</b> 10.10. – 11.10. + 24.10. – 25.10.2024 07.11. – 08.11. + 14.11. – 15.11.2024 21.11. – 22.11. + 28.11. – 29.11.2024  <b>Präsenzkurse im Hotel Eden, Göttingen:</b> 04.12. – 07.12.2024		720,- €  Fortbildungspunkte der Ärztekammer werden erteilt.  Präsenzkurse inkl. Seminarunterlagen und Mittagessen.
<b>Dr. med. Katja SchAAF</b> Schinkelstraße 43, 40211 Düsseldorf ☎ Tel.: 0178/4596146 info@drkatjaschAAF.de www.drkatjaschAAF.de	<b>Schwerpunkt Pädiatrie</b> 19.09. – 22.09.2024	Elisabeth-Krankenhaus, Essen, Konferenzzentrum, Klara-Kopp-Weg 1 45138 Essen	750,- € zzgl. 19% MwSt.; inkl. Seminarunterlagen

Fortbildungspunkte werden in der Regel von der Ärztekammer erteilt.

## ➔ Fachpsycholog\*in DDG

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

# Die DDG Job- und Praxenbörse

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



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

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

## STELLENANGEBOTE

### ÄRZT\*INNEN

Sauerlach, 05.07.2024

#### Diabetolog\*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.10.2024
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Fachinternisten Sauerlach
- Adresse: Tegernseer Landstraße 11, 82054 Sauerlach
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Stephanie Oßmann, 0152/29504933, [stephy@ossmann-online.de](mailto:stephy@ossmann-online.de)
- Website: [www.fachinternisten-sauerlach.de](http://www.fachinternisten-sauerlach.de)

Nürnberg, 05.07.2024

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

- Arbeitsbeginn: 01.10.2024
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Medic Center Nürnberg
- Adresse: Humboldtstraße 9, 90443 Nürnberg
- Ansprechpartner: Norbert Schöll, [karriere@medicenter.net](mailto:karriere@medicenter.net)

Bad Staffelstein, 01.07.2024

#### Diabetolog\*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: DSP Bad Staffelstein
- Adresse: Unterzettelitzer Straße 31, 96231 Bad Staffelstein
- Ansprechpartner: Dr. med. Michael Winter, 09573/962621, [michael.winter@aerztegemeinschaft.com](mailto:michael.winter@aerztegemeinschaft.com)
- Website: [www.aerztegemeinschaft.com](http://www.aerztegemeinschaft.com)

Wolfratshausen, 20.06.2024

#### Diabetolog\*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.10.2024
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: MVZ DiaMedicum Starnberger See GmbH
- Adresse: Bahnhofstraße 23A, 82515 Wolfratshausen
- Ansprechpartner: Dr. med. Georg Guggenberger, 0171/4982590, [guggenberger@diamedicum.de](mailto:guggenberger@diamedicum.de)
- Website: [www.starnbergersee.diamedicum.de](http://www.starnbergersee.diamedicum.de)

Wuppertal, 11.06.2024

#### Diabetolog\*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetes Praxis Tiedtke
- Adresse: Kleine Klotzbahn 22, 42105 Wuppertal
- Ansprechpartner: Claus-Martin Tiedtke, [info@diabetespraxis-tiedtke.de](mailto:info@diabetespraxis-tiedtke.de)
- Website: [www.diabetespraxis-tiedtke.de](http://www.diabetespraxis-tiedtke.de)

Duisburg, 10.06.2024

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

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabeteszentrum Duisburg Mitte
- Adresse: Heuserstraße 2, 47051 Duisburg
- Ansprechpartner: Dipl.-Med. Alain Barakat, 0173/2127821, [alainbarakat@aol.com](mailto:alainbarakat@aol.com)
- Website: [www.diabetologie-duisburg.de](http://www.diabetologie-duisburg.de)



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

Sie möchten mehr zu den einzelnen Ausschreibungen erfahren? Einfach QR-Code scannen und direkten Zugang zur Jobbörse auf der DDG Website erhalten. Auch ohne Smartphone haben Sie über die DDG Website immer Zugriff auf unsere Angebote.

Riegelsberg, 09.06.2024

#### Weiterbildungsassistent\*in Allgemeinmedizin (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.10.2024
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis Dr. Bellmann/Godel
- Adresse: Ziegelhüttenstraße 2, 66292 Riegelsberg
- Ansprechpartnerin: Nadine Godel, 0176/99086483, [nadine.godel@gmx.de](mailto:nadine.godel@gmx.de)

Braunschweig, 04.06.2024

#### Diabetolog\*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Dr. Salzbrunn
- Adresse: Hagenmarkt 19–20, 38100 Braunschweig
- Ansprechpartner: Dr. med. Bernd Salzbrunn, 0174/1643800, [bernd.salzbrunn@me.com](mailto:bernd.salzbrunn@me.com)

Berlin, 29.05.2024

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

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: befristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: DSP Dr. Scholz, Diabetes mit Herz
- Adresse: Waidmannsluster Damm 41, 13509 Berlin
- Ansprechpartner: Dr. med. Fabian Scholz, [drscholz@diabetespraxis.berlin](mailto:drscholz@diabetespraxis.berlin)
- Website: [www.diabetes-mit-herz.de](http://www.diabetes-mit-herz.de)

## NACHFOLGEGESUCHE

Hannover, 20.06.2024

#### Hausarztpraxis/Diabetologische Schwerpunktpraxis

- Praxisbezeichnung: DSP
- Adresse: Ferdinand-Wallbrecht-Straße 36, 30163 Hannover
- Ansprechpartner: Dr. med. Eckhardt Theiß, 0511/665035, [duntheman96@t-online.de](mailto:duntheman96@t-online.de)
- Ab wann: 01.04.2025

Neuruppin, 20.06.2024

#### Diabetologie, auch Doppelpraxis möglich

- Praxisbezeichnung: DSP
- Ansprechpartner: Dr. med. Leonhardt, [coan164@web.de](mailto:coan164@web.de)

Bremen, 02.06.2024

#### Diabetologie/FA Innere Medizin

- Praxisbezeichnung: Diabetologische Schwerpunktpraxis
- Adresse: Huchtinger Heerstraße 30, 28259 Bremen
- Ansprechpartner: Dr. med. Ulf Jacobsen, 0421/589358, [ulf.jacobsen@ewetel.net](mailto:ulf.jacobsen@ewetel.net)
- Ab wann: innerhalb der nächsten 2 Jahre

Herford, 22.05.2024

#### Diabetolog\*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Gemeinschaftspraxis DSP Herford
- Adresse: Bismarckstraße 78, 32049 Herford
- Ansprechpartner: Dr. med. Gunter Mitzloff, 0173/3575772, [diabetes-herford@telemed.de](mailto:diabetes-herford@telemed.de)
- Website: [www.diabetes-herford.de](http://www.diabetes-herford.de)

Hamburg, 22.05.2024

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

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetes Zentrum Wandsbek
- Adresse: Wandsbeker Marktstraße 73, 22041 Hamburg
- Ansprechpartner: Dr. med. Thorsten Koch, [t.koch@hamburg-diabetes.de](mailto:t.koch@hamburg-diabetes.de)
- Website: [www.hamburg-diabetes.de](http://www.hamburg-diabetes.de)

Hamburg, 21.05.2024

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

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabeteszentrum Wandsbek
- Adresse: Wandsbeker Marktstraße 73, 22041 Hamburg
- Ansprechpartner: Dr. med. Thorsten Koch, [t.koch@hamburg-diabetes.de](mailto:t.koch@hamburg-diabetes.de)
- Website: [www.hamburg-diabetes.de](http://www.hamburg-diabetes.de)

Bad Mergentheim, 21.05.2024

#### Diabetolog\*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabeteszentrum Mergentheim
- Adresse: Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim
- Ansprechpartner: Prof. Dr. med. Thomas Haak, 07931/594-101, [haak@diabetes-zentrum.de](mailto:haak@diabetes-zentrum.de)
- Website: [www.diabetes-klinik-mergentheim.de](http://www.diabetes-klinik-mergentheim.de)

Herford, 30.05.2024

#### Diabetologische Schwerpunktpraxis

- Praxisbezeichnung: Gemeinschaftspraxis DSP Herford
- Adresse: Bismarckstraße 78, 32049 Herford
- Ansprechpartner: Dr. med. Gunter Mitzloff, 0173/3575772, [diabetes-herford@telemed.de](mailto:diabetes-herford@telemed.de)
- Website: [www.diabetes-herford.de](http://www.diabetes-herford.de)
- Ab wann: 01/2026

Wetzlar, 19.05.2024

#### Fachärzt\*in Innere Medizin oder Allgemeinmedizin (m/w/d)

- Praxisbezeichnung: Diabetesschwerpunktpraxis Dr. Göbel
- Adresse: Frankfurter Straße 90, 35578 Wetzlar
- Ansprechpartner: Dr. med. Ralf Göbel, 0171/1979969, [goero@t-online.de](mailto:goero@t-online.de)

Direkt zu allen Stellenangeboten



Direkt zu allen Nachfolgegesuchen



## STELLENANGEBOTE

## GESUNDHEITSFACHKRÄFTE

Hannover, 07.07.2024

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

- Arbeitsbeginn: 01.09.2024
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabeteszentrum Hannover Süd MVZ
- Adresse: Hangstraße 9, 30457 Hannover
- Ansprechpartner: Dr. med. Mehregan Araschmid, 0511/4340909, dr.araschmid@dzhs.de
- Website: www.dzhs.de

Bad Nauheim, 03.07.2024

**Diabetesassistent\*in (m/w/d)**

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetespraxis Klöpfer Bad Nauheim
- Adresse: Weingartenstraße 55J, 61231 Bad Nauheim
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Bettina Klöpfer, 06032/9377960, kloepfer@hausarzt-diabetes.de
- Website: www.hausarzt-diabetes.de

Bad Nauheim, 03.07.2024

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

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetespraxis Klöpfer Bad Nauheim
- Adresse: Weingartenstraße 55J, 61231 Bad Nauheim
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Bettina Klöpfer, 06032/9377960, kloepfer@hausarzt-diabetes.de
- Website: www.hausarzt-diabetes.de

Altdorf, 02.07.2024

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

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Dr. Sandrock und Partner, Standort Weißenburg
- Adresse: Röderstraße 6, 90518 Altdorf
- Ansprechpartner: PD Dr. med. Klaus Burkhardt, 0175/5246511, klaus.burkhardt@praxis-dr-burkhardt.de
- Website: www.sandrockundpartner.de

Berlin, 30.06.2024

**Wundassistent\*in (m/w/d)**

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: MVZ im Märkischen Viertel
- Adresse: Senftenberger Ring 3A, 13439 Berlin
- Ansprechpartner: Dr. med. Gerd Hollmann, 0174/9335244, gerd.hollmann@berlin.de

Bonn, 26.06.2024

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

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Universitätsklinikum Bonn
- Adresse: Venusberg-Campus 1, 53127 Bonn
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Charlotte Fries, charlotte.fries@ukbonn.de
- Website: www.ukbonn.de

Garbsen, 21.06.2024

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

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Diabetologen und Hausärzte am Planetencenter
- Adresse: Planetenring 37, 30823 Garbsen
- Ansprechpartner: Dr. med. Martin Böttcher, 05137/124710, dr-boettcher.martin@arcor.de
- Website: www.pxmblns.de

Berlin, 20.06.2024

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

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Medizinisches Zentrum Spreebogen
- Adresse: Alt Moabit 101B, 10559 Berlin
- Ansprechpartnerin: Susanne Kühne, kontakt@diabetologie-spreebogen.com
- Website: www.mz-spreebogen.de

Neuruppin, 20.06.2024

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

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: DSP Dr. Leonhardt
- Adresse: 16816 Neuruppin
- Ansprechpartner: Dr. med. C. Leonhardt, coan164@web.de

Wiesbaden, 18.06.2024

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

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: St. Josefs-Hospital
- Adresse: Beethovenstraße 20, 65189 Wiesbaden
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Christiane Froelich, diabetologie@joho.de

Karlsruhe, 17.06.2024

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

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Hormonzentrum Karlsruhe
- Adresse: Kriegsstraße 140, 76133 Karlsruhe
- Ansprechpartner: Dr. med. Thorsten Dorn, 0721/92923123, chefs@hormone-karlsruhe.de
- Website: www.hormone-karlsruhe.de

Duisburg, 17.06.2024

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

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetologische Schwerpunktpraxis Kurek/Ingenstau
- Adresse: Friedrich-Ebert-Straße 176, 47179 Duisburg
- Ansprechpartnerin: Dagmar Lumma, dagmarlumma@diabetologie-duisburg.de
- Website: www.diabeologe-duisburg.de

Kutenholz, 13.06.2024

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

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis Dr. Pohl und Dr. Metz
- Adresse: Zur Loge 24, 27449 Kutenholz
- Ansprechpartner: Dr. Jürgen Pohl, 0160/97627449, dr.juergen.pohl@freenet.de
- Website: www.arztpraxis-mulsum.de

Hamburg, 12.06.2024

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

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: befristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Diabetespraxis Barmbek
- Adresse: Wohldorfer Straße 1, 22081 Hamburg
- Ansprechpartnerin: Anke Gottschalk, 0173/2452156, arzt@diabetespraxis-barmbek.de
- Website: www.diabetespraxis-barmbek.de

Wuppertal, 11.06.2024

**Wundmanager\*in (m/w/d)**

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

Emden, 10.06.2024

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

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Gemeinschaftspraxis Borssum
- Adresse: Petkumer Straße 246–248, 26725 Emden
- Ansprechpartnerin: Manuela Heeren, 04921/8209430, diabetes@gemeinschaftspraxis-borssum.de
- Website: www.gemeinschaftspraxis-borssum.de

## STELLENGESUCHE

Balzheim, 08.07.2024

**MFA**

- Tätigkeit als: MFA
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Ausbildung: MFA zur Weiterbildung als Diabetesberatung
- Einsatzort: Arztpraxis/Klinik
- Kontakt: malgo99@web.de

Rheinsberg, 21.06.2024

**Diabetesassistentin DDG**

- Tätigkeit als: Diabetesassistentin DDG
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Ausbildung: Diplom-Psychologin
- Berufsgruppe: Psychologie
- Einsatzort: Berlin/Brandenburg, gerne auch andere Bundesländer, Umzug möglich
- Kontakt: 0152/24605046

Düsseldorf, 16.06.2024

**Diabetologin**

- Tätigkeit als: Diabetologin
- Arbeitsbeginn: 01.01.2025
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Ausbildung: Diabetologin
- Berufsgruppe: Diabetologin
- Einsatzort: Düsseldorf und Umgebung
- Kontakt: mensch.und.diabetes@outlook.com

Direkt zu allen Stellengesuchen



## Fortsetzung Kurznachrichten von Seite 27

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

Sofia Chatzisavvidou, Waltrop – Manuela Balke, Cottbus  
 Dr. Kristina Langfeld, Bielefeld – Linda-Luise Töpfer, Dresden  
 Dr. Ulrike Stützer, Zühlsdorf – Dr. Lukas Moleda, Alteglofsheim  
 Elena Storz, München – Rodica Ignatenco, Bayreuth  
 Monika Galbas, Hamburg – Ute Wöhl, Heilsbronn  
 Miriam Mittrup, Münster – Bernhard Flenner, Lich  
 Dr. Maja von Kirschbaum, Bad Tölz – Antje Tralau-Mücke, Schwerin  
 Dr. Katerina Taseva, Dinslaken – Dr. Benjamin Stracke, Bad Tölz  
 Annika Maurer, Chemnitz – Dr. Margit Rahlf, Augsburg

## Promotion mit Rückenwind

Stipendiat\*innen des Promotionsförderprogramms bekommen Geld – aber nicht nur

**BERLIN.** Im Fokus des Promotionsförderprogramms steht die breite Förderung des wissenschaftlichen Arbeitens in der Diabetesforschung. Wie können sich Promovierende bewerben?

Unterstützt werden durch das Promotionsförderprogramm der DDG vor allem klinisch orientierte Doktorarbeiten sowie Arbeiten im Bereich der Versorgungsforschung. Die Förderung unterstützt promotionswillige Stipendiat\*innen wie auch deren Betreuer\*innen.

**Worin besteht die Förderung?**

- Stipendiat\*innen erhalten monatlich 300 Euro (max. Förderzeitraum: 6 Monate).
- Betreuer\*in und Stipendiat\*in erhalten freien Zugang zu einem Diabetes Kongress und zu einer Diabetes Herbsttagung. Von der Promotionsförderung unabhängig vergibt die DDG Reisestipendien – mehr auf Seite 15.

- Der erfolgreiche Abschluss wird mit 500 Euro honoriert.
  - Für Treffen mit Projektpartnern trägt die DDG für den gesamten Förderzeitraum Reisekosten in Höhe von max. 200 Euro. Kosten für Verbrauchsmittel werden nicht übernommen.
  - Daraus resultiert eine max. Fördersumme von 2.500 Euro pro Stipendiat\*in.
  - Eine gleichzeitige andere Förderung der Promotion oder eine finanzierte Anstellung im Rahmen der Promotion gelten als Ausschlusskriterien.
- Bewerben können sich Promovierende aus dem deutschsprachigen Raum. Promovierende\*r und Betreuer\*in sollten Mitglied der DDG sein. *nf*

Weitere Informationen und eine Vorlage für die Bewerbung zum Download finden Sie unter [www.ddg.info/forschung/promotionsfoerderprogramm](http://www.ddg.info/forschung/promotionsfoerderprogramm)



Foto: iStock/vladwel

# BUNTES

## 60 Jahre DDG, 60 Jahre Engagement

Darum schwärmen Menschen  
für die Diabetologie



„Ich schwärme für die Diabetologie, weil sie so spannend, abwechslungsreich und vielseitig ist. Jeden Tag stelle ich mich der Herausforderung, Menschen mit Diabetes bestmöglich zu begleiten. Diese Wertschätzung ‚unseres‘ Berufes macht mich einfach glücklich.“

Claudia Molitor, Haselbach,  
Diätassistentin, Ernährungsberaterin IDGE,  
Diabetesberaterin DDG



„Ich schwärme für die Diabetologie, weil es ein unglaublich vielseitiges Fach ist, bei dem die Beziehung und Kommunikation mit den Patient\*innen im Mittelpunkt steht. In der Diabetologie kann jede\*r seine/ihre Nische finden, egal, ob technisch, chirurgisch, wissenschaftlich oder psychologisch interessiert.“

Sophia Zurhove, Münster, Medizinstudentin

# 60

60 JAHRE  
60 GESICHTER



„Ich schwärme für die Diabetologie, weil sie die faszinierendste Disziplin der Medizin ist. Den Menschen in allen Lebenslagen und in jedem Alter zu begegnen, ist aufregend, und die Diabetologie ist für sie DER Gamechanger. Ob durch Forschung oder Therapie, nur, wer die Menschen liebt, kann ihnen gerecht werden.“

Dr. Gregor Hess, Worms, Diabetologe DDG

### Glückwunsch zu 60 Jahren DDG!

„Für Menschen mit Diabetes sind Leitlinien, Praxisempfehlungen und Zertifizierungen von Praxen und Kliniken evidenzbasierte Orientierungen im Dschungel der Diabetesangebote. Die DDG gibt Menschen mit Diabetes Qualitätssicherheit, denn wo DDG draufsteht, ist auch DDG drin. Wir sind stolz, seit nunmehr über 15 Jahren die DDG als Partner an unserer Seite zu wissen. Herzlichen Glückwunsch!“

Dr. Jens Kröger, Vorstandsvorsitzender diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe



### „60 Jahre – 60 Gesichter“: die große Jubiläumsaktion zu 60 Jahren DDG

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

Immer montags um 10 Uhr wird mindestens ein neues DDG Gesicht enthüllt – auf [ddg.info](http://ddg.info) (QR-Code), Instagram und Facebook.



Opfer der Hitzewelle

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