

A close-up, high-resolution photograph of a woman's face, focusing on her eyes and the bridge of her nose. She is wearing black-rimmed glasses. Her eyes are a light brown color and are looking slightly to the right. The background is a soft, out-of-focus teal color.

# BVND DiabetesPost

Organ des Bundesverbands Niedergelassener Diabetologen e.V.

Ausgabe 4 | 2023

**Gendermedizin +  
Digitale Praxis**



www.bvnd.de

www.bvnd-akademie.de



Jeden Moment  
genießen?  
Aber klar.

 **Semglee®**  
100 Einheiten/ml  
Insulin gIARgin

- Einfach zu bedienender Injektionspen\*
- Wirtschaftliche und transparente Therapiekosten<sup>1,2</sup>
- Die geringste Zuzahlung für Ihre Patienten<sup>1</sup>



Semglee® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einem Fertigpen

**Wirkst.:** Insulin gIargin. **Zusammens.:** 1 ml enthält 100 Einheiten (3,64 mg) Insulin gIargin (hergestellt mittels gentechnologischer Methoden unter Verwendung von *Pichia pastoris*). **Sonst Bestandt.:** Zinkchlorid, Metacresol, Glycerol, Salzsäure / Natriumhydroxid (z. pH-Wert-Einstellung), Wasser f. Injektionszwecke. **Anw.:** Zur Behandl. v. Diabetes mellitus bei Erwachsenen, Jugendlichen u. Kindern ab 2 Jahren. **Gegenanz.:** Überempfindlichk. geg. d. Wirkstoff od. e. d. sonst. Bestandt.. **Nebew.:** *Sehr häufig:* Hypoglykämie. *Häufig:* Lipohypertrophie; Reakt. a. d. Einstichstelle. *Gelegentl.:* Lipotrophie. *Selten:* Allerg. Reakt.; Sehstör., Retinopathie; Ödeme. *Sehr selten:* Geschmacksstör.; Myalgie Nicht bek.: Kutane Amyloidose. **Warnhinw.:** Nur klare und farblose Lösung verwenden. Verwenden Sie nur Nadeln, die für diesen Fertigpen geeignet sind. Weitere Hinweise siehe Fachinformation. Stand: Februar 2023. Verschreibungspflichtig.

Viatriis Limited, Damastown Industrial Park, Mulhuddart, Dublin 15, DUBLIN Irland  
Kontaktadresse in Deutschland: Viatriis Healthcare GmbH, Lütticher Str. 5, 53842 Troisdorf

Referenzen:

1. Lauer-Taxe: Stand 01.07.2023, Basis: AIV, ohne Importe, nur Insulinanaloge.
2. Für Semglee® wurde eine Vielzahl von Rabattverträgen abgeschlossen. Verordnungen von rabattierten Arzneimitteln unterliegen gemäß § 106b Abs. 4 SGB V nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung. \*neue Version des Injektionspens



# editorial

Am Jahresende ist es üblich, Geschenke zu verteilen - allerdings beschenkt man traditionell seine Lieben.

Daher sollten wir nicht mit Gaben aus dem Lauterbach'schen Ministerium rechnen. Lieblinge der Gesundheitspolitik waren wir, als Niedergelassene Ärzte, noch nie. Allerdings haben wir erst in diesem Jahr ganz deutlich gesehen, wie gering man unsere Arbeit schätzt.

Wir sollten - das gebietet schon unser Berufsethos - nicht nachtragend sein, aber ein guter Arzt vergisst auch nicht.

Praxisschließungen, wie über die Weihnachtsfeiertage empfohlen, mögen eine gewisse Aufmerksamkeit schaffen. Ändern werden sie nichts. Niedergelassene Ärzte sind keine Lokomotivführer und wir können nicht auf dem Rücken unserer Patienten solange unsere Arbeit verweigern, bis wir unsere Interessen (vordergründig) durchgesetzt haben.

Also bleibt uns nur ein Weg - wir müssen mehr gestalten. Wir müssen frühzeitig über Entwicklungen in der Gesundheitspolitik informiert sein und wir müssen Teil eines Netzwerkes sein, dass diese Entwicklungen beeinflusst. Das nennt man Lobbyismus, und genau dafür ist ein Berufsverband da.

Auf diesem Weg sind wir in diesem Jahr angekommen, und wir werden ihn im kommenden Jahr weitergehen. Bei der Weiterentwicklung der DMPs (von denen wir als

Zum Jahresende

Schwerpunktpraxen leben), bei der Planung von Telematikwendungen, aber auch bei der Weiterentwicklung des EBM mit zunächst zwei kurzfristigen Zielen für 2024: die Möglichkeit einer Abrechnung der Ketonkörperbestimmung und der Auswertung von AGP-Profilen.

Dazu benötigen wir Informationen - ein Grund, weshalb sich der BVND zunehmend auch Umfragen bedient oder die Mitglieder bittet, sich an Umfragen zu relevanten Themen zu beteiligen.

Ich wünsche Ihnen Allen ein gesundes und natürlich ein erfolgreiches 2024.

Herzlich, Ihr

**Toralf Schwarz**  
Vorstandsvorsitzender BVND





Gender-Specific  
Medicine

8



22

Search...

Die  
digitale  
Praxis

IM BLICKPUNKT

6 Meinung ■ Diabetologie aus Leidenschaft

FOKUSTHEMEN

Gender Medizin

- 8 Gender-Specific Medicine
- 10 Gendermedizin + Diabetologie
- 18 Hauptstadtdiabetologinnen
- 20 Das Interview zum Netzwerk der Hauptstadtdiabetologinnen

Die digitale Praxis

- 22 Die digitale Praxis
- 24 Digitale Praxis ■ Kommunikationstools
- 25 Digitale Praxis ■ Dokumentationstools
- 26 Digitalisierung in der Praxis ■ mehr als ePA, eRezept und DIGA
- 29 Digitale Praxis ■ Praxisverwaltungstools
- 30 Digitale Praxis ■ Bewertungsportale

AKTUELLES

- 32 Konzept WEGOVY - Abnehmen mit der "Wochenspritze"
- 33 Verordnung von GLP-1-Rezeptor-Agonisten plus Zubehör

BVND + BERUFSPOLITIK

- 34 Digitalisierung ■ Handlungsempfehlung
- 44 Tipp ■ BVND Mitgliedschaft

BVNDakademie

- 38 Fortbildung ■ Diabetologische Fachassistenz

INDUSTRIE

- 39 Diabetes und Ernährung ■ Therapieoptimierung durch Biofeedback

DIAMED

- 40 Einkaufsaktion der DiaMed
- 41 AFINION™ 2 Analyser
- 42 Datenschutzpaket nach DSGVO
- 43 Tipp ■ DiaMed Mitgliedschaft

SERVICE

- 36 winDiab Information

KONTAKT

- 45 BVND Vorstand
- 45 BVND Landesgruppen + Landesverbände

IMPRESSUM

- 46 Impressum DiabetesPost

- 47 Vorschau DiabetesPost

FOKUS  
TECHNIK IN DER  
SCHWERPUNKTPRAXIS





# Diabetologie aus Leidenschaft

## Liebe Mitglieder, liebe Beiräte des BVND, liebe niedergelassene Diabetologinnen und Diabetologen,

einmal mehr steht die Versorgung der Menschen mit Diabetes in Deutschland vor Herausforderungen, denen wir uns alle gemeinsam stellen müssen. Grundsätzlich werden inhaltliche Elemente wie Leitlinien und wissenschaftliche Aspekte durch unsere Fachgesellschaft moderiert, eingefordert und überwacht.

In den letzten Jahren hat sich die diabetologische Versorgung von einem „glukozentrischen Weltbild“ therapeutisch deutlich erweitert und viele Begleiterkrankungen werden inzwischen in unseren hochspezialisierten Schwerpunktpraxen behandelt. Dabei sind wir kompetente Ansprechpartner für eine Vielzahl von Patienten. Aufgabe unserer Schwerpunktpraxen sind sowohl die komplexe Therapie des Diabetes sowie der Folgeerkrankungen als auch der Umgang mit modernsten Technologien (Sensoren, Wearables, DiGA etc.).

Nicht zuletzt, da sich die diabetologische Versorgung in ihrem „glukozentrischen Weltbild“ deutlich erweitert hat und viele Begleiterkrankungen im Fokus mitbehandelt werden und dadurch die therapeutische Intervention immer komplexer wird. Die Zukunft wird uns weitere Bausteine auf der Spielwiese der medikamentösen Begleitung unserer Patienten offerieren, die heutzutage bereits vielen hausärztlichen Kollegen zu komplex sind.

Wir sind eine recht kleine Gruppe im Vergleich zu anderen ärztlichen Versorgungsstrukturen und bewegen uns

in einer Sondersituation zwischen EBM- und DMP-Verträgen. Hierin liegt unsere wirtschaftliche und existenzielle Schnittstelle: Lokale Sonderverträge, Einzelaktionen von kleinen Gruppen, regionale DMP-Vereinbarungen spiegeln die Versorgungslandschaft der einzelnen Regionen wider. In unseren Bundesländern gibt es unterschiedlich starke Berufsverbände, die mehr oder weniger gut die Grundlagen unserer wirtschaftlichen Existenz ausverhandeln. Durch die Vielfalt der Vertragslagen werden an der ein oder anderen Seite auch von den Kostenträgern gute und sinnvolle Schritte aus den unterschiedlichsten Motiven heraus blockiert oder gar abgeschmettert.

Für eine berufspolitische Schlagkraft unserer kleinen, aber versorgungstechnisch wichtigen Gruppe ist hierzulande nur der Bundesverband – der BVND – da. Keiner in der Fachgesellschaft oder in der Politik sieht es als seine primäre Aufgabe, unsere wirtschaftliche Situation zu stärken.

Wenngleich die Fachgesellschaft eine mittlerweile enge Zusammenarbeit mit dem Vorstand des BVND pflegt und gemeinsame Ziele formuliert werden, bleibt es auf der politischen Ebene schwierig auch überregional oder bundesweit die Bedeutung unserer Versorgungsebene zu stärken und finanziell attraktiv zu halten. Es ist nicht selbstverständlich, dass die ambulante wirtschaftliche Grundlage erhalten bleibt oder verbessert wird – auch wenn der ein oder andere es gelegentlich vergisst: es macht sich auch nicht von selbst!

Das durch den BVND aufgebaute Netzwerk zu fast allen wichtigen Gremien der Fachgesellschaft und anderen Fachgruppen (z.B. SpiFa) aber auch die Vernetzung auf dem politischen Boden mit den Kassen, der KBV, dem BMG, den Vertretern einzelner Parteien sowie die unermüdliche notwendige berufspolitische Hintergrundarbeit der letzten Jahre haben wichtige Schritte in der Absicherung unserer ambulanten Strukturen ermöglicht und die Bedeutung und die Notwendigkeit des BVND als einziges berufspolitische Sprachrohr und Schutz der ambulanten Diabetologie wachsen lassen.

Im übertragenen Sinne ist der BVND Teil der ambulanten Diabetologie, der Verträge vorbereitet, Notwendigkeiten implementiert und Ziele formuliert, der politische Rückschlüsse unserer Berufsgruppe rechtzeitig zu verhindern weiß und unser aller Position diplomatisch, effektiv und nachhaltig stärkt. Der BVND mit seinen Mitgliedern und engagierten Beiräten hilft, alle diese Dinge gemeinsam voranzutreiben. Aber es liegt weiterhin noch einiges an Arbeit vor uns.

Natürlich profitieren – wie in jeder „Gewerkschaft“ – nicht nur die Mitglieder, sondern es partizipieren auch diejenigen, die die Verhandlungsführer und Schutzgremien nicht unterstützen oder gar konterkarieren.

Ohne die Arbeit des BVND werden in Zukunft die Landesverbände und auch die lokalen Größen in ihrer Position geschwächt und von den Kostenträgern am langen Arm herumgetrieben. Um das zu verhindern und die anstehenden Aufgaben lösen zu können, ist es notwendig, die Kräfte zu bündeln und auch Nichtmitglieder dazu zu bewegen, sich inhaltlich und finanziell zu beteiligen. Wir

alle sind hier gefragt, unsere Existenzgrundlage im Chaos der sich verändernden gesundheitspolitischen Lage zu sichern und attraktiv zu bleiben für unsere Nachfolger. Der BVND lebt davon, dass die Mitglieder ihren Input und auch ihre notwendigen Ressourcen in die Landesverbände einbringen und dort ihre gewählten Vertreter in Form von Beiräten dem BVND Vorstand die Richtung skizzieren und dieser wiederum dann die gemeinsame Strategie für alle Niedergelassenen zusammen entwickelt und durchsetzt. Jedes einzelne Mitglied, jeder Landesverband und alle Beiräte bilden das Grundgerüst unserer wirtschaftlichen Existenz für jeden Einzelnen. Das zu ignorieren und von der Arbeit anderer zu partizipieren ist auf Dauer nicht durchhaltbar.

Vertragsgrundlagen erstellen; die Vernetzung zur Politik und BMG, Fachgesellschaft, in die Gremien der Fachgesellschaft, zu Kostenträgern, in die KBV, in den SpiFa, zu anderen Verbänden, zu Pharmafirmen und der Wirtschaft, zur Aus-, Fort- und Weiterbildung im ambulanten Bereich, zu Kostenstrukturen in Praxen (Benchmark) und vieles mehr sind Aufgaben, die Zeit, Geld und Ressourcen binden, die die Mitglieder erbringen müssen, damit wir alle nicht untergehen.

Einmal mehr zeigt sich, dass es nun wichtiger denn je ist, dass sich die Mitglieder einbringen und auch die Nichtmitglieder Mitglied werden.

Mit freundlichen Grüßen

**Dr. Tobias Ohde, Diabeteszentrum Essen-Nord  
im Namen der Diabetologie &  
im Namen des BVND Vorstand**



# Gender-Specific Medicine

Befragt man WIKIPEDIA, erhält man folgende Antwort: „Gendermedizin oder korrekter geschlechtersensible Medizin bezeichnet eine Ausübung von Humanmedizin unter besonderer Beachtung der Unterschiede der Geschlechter. Die Gendermedizin konzentriert sich auf die geschlechtsspezifische Erforschung und Behandlung von Krankheiten...“

## **Gendermedizin oder korrekter geschlechtersensible Medizin ist so viel mehr.**

Zwar ein noch recht junger Zweig der medizinischen Erkenntnis, dass Frauen und Männer anders ticken. Nicht nur augenscheinlich bei den körperlichen Merkmalen, sondern auch in ihrem Verhalten, ihren Genen – aber auch und gerade in physischer Hinsicht. Der weibliche Organismus reagiert auf Krankheiten und Schmerz wie auch auf Medikamente oft völlig anders, als es bei Männern zu beobachten ist.

Wie man inzwischen auch erkannt hat, dass zum Beispiel Kinder keine kleine Erwachsene sind, sondern eben Kinder mit ganz speziellen Bedürfnissen. Eine Tatsache, die bei Therapie der kleinen Patienten längst Einfluss gefunden hat. Ähnliches gilt bei Frauen, auch ihr Körper ist nicht ein Spiegelbild des eines Mannes, sondern muss separat und individuell betrachtet werden.

Legt man dabei den Fokus nur auf die Therapie, zäumt man das Pferd von hinten auf. Bereits bei der Forschung nach neuen Wirkstoffen ist es bis heute Stan-

dard, vorwiegend mit männlichen Versuchstieren zu experimentieren. Ähnliches dann bei den in-vivo-Ver-suchen: Wissenschaftler erproben neue Medikamente meist an gesunden, jüngeren männlichen Probanden. So werden u.a. neue Pharmazeutika entwickelt, die vorwiegend auf den männlichen Körper abgestimmt sind.

Obwohl man längst diese Problematik erkannt hat, wird Gender Medizin erst in letzter Zeit so langsam populär. Nicht nur bei Forschenden, Ärztinnen und Ärzten – auch die Medien nehmen sich diesem Thema inzwischen an. Gender Medizin sollte aber nicht nur in aller Munde bzw. in den Köpfen sein, sondern auch gelebt – sprich praktiziert werden.

## **Gendermedizin ist kein »Modetrend«, sondern die Zukunft.**

Erwähnenswert ist noch, dass Gender Medizin Teil einer personalisierten Medizin darstellt und so zukunftsweisend ist. Denn hoffentlich in nicht allzu weiter Ferne werden wir jeden Patienten und jede Patientin eine auf sie zugeschnittene, individualisierte Therapie anbieten können. Aber damit dies keine Wunschvorstellung bleibt, müssen wir am Ball bleiben, mit diesem spielen um ihn dann irgendwann erfolgreich ins Tor zu schießen. Zum Wohl für unsere Patienten und Patientinnen!

## **Gendermedizin - in der Diabetologie gelebt?!**

Die Antwort darauf lautet wahrscheinlich ja und nein... Da die Diabetologie für eine Sprechmedizin steht, werden Wünsche, Bedürfnisse und Kommentare der Patienten und Patientinnen viel mehr wahrgenommen als in den meisten anderen Fachrichtungen. Aber gilt das dann auch immer bei der Therapie?

Was es braucht, sind Forschung, Gespräche und neue Netzwerke wie z.B. die Hauptstadtdiabetologinnen. Mehr dazu auf den Seiten 18-21.



# GENDERMEDIZIN



# XX + xy medizin + diabetes

## Männer sind anders, Frauen auch...

Bei der Gender-Specific Medicine oder treffender formuliert bei der geschlechtersensiblen Medizin geht es keinesfalls darum, den Fokus einzig auf das weibliche Geschlecht zu legen. Ganz im Gegenteil – es müssen alle Faktoren rund um den Menschen berücksichtigt werden: Mann, Frau, Kind, jung, alt, dick, dünn, groß, klein und auch Parameter wie Ethik, Bildung und Lifestyle

Von zweierlei Medizin für Männer und Frauen sprach bereits Paracelsus, da es schon im Mittelalter die Erkenntnis gab, dass hinsichtlich des seelischen, wie körperlichen Wohlbefindens das Geschlecht eine Rolle spielt. Und dennoch hat sich die Medizin über Jahrhunderte hinweg auf den Mann fokussiert und es wurde eine androzentrische Heilkunde praktiziert.

### Gendermedizin & die Anfänge

Die Gendermedizin entwickelte sich erst langsam mit der Frauenbewegung in den 60er-Jahren und der dann allmählich entstehenden Frauen- und Männergesundheitsforschung. In den 1990er Jahren definierte die amerikanische Ärztin und international anerkannte Pionierin im Bereich der Gendermedizin, Marianne J. Legato, die Gendermedizin als Wissenschaft. Deren Aufgabe es ist, zu erforschen, inwieweit das biologische Geschlecht von Frauen und Männern differiert und bezüglich der biologischen sowie psychosozialen Geschlechtsmerkmale die Manifestation, Mechanismen sowie die Therapie von Erkrankungen divergieren. Im Jahr 2001 etablierte das schwedische Karolinska Institut das erste Zentrum für Gendermedizin. Und 2007 erfolgte die Gründung der International Society of Gender Medicine (IGM).

Gendermedizin ist so gesehen noch eine recht junge Wissenschaft – aber mittlerweile stellt sie einen fundamentalen Teil der Human- und damit auch der Präzisionsmedizin dar.

### Gendermedizin & Diabetologie

Interessant ist, dass sich die Gendermedizin auch innerhalb der Diabetologie größtenteils aus der Frauenforschung, aufgrund des hohen Schwangerschaftsrisikos von Frauen mit Hyperglykämie, entwickelt hat. Gerade der Gestationsdiabetes hat die Aufmerksamkeit der Gendermedizin geweckt und zur Frage geführt: Unterscheiden sich Diagnose, Diabetesentwicklung und Outcomes bei Frauen und Männern? Dies kann inzwischen mit einem eindeutigen Ja beantwortet werden.

Während Frauen im jüngeren Alter etwas seltener an Diabetes erkranken als Männer, steigt die Inzidenz nach der Menopause deutlich an. Bei Frauen sind in Folge der Insulinresistenz ein stärkerer prothrombotischer Effekt und eine vermehrte vaskuläre Inflammation als bei Männern zu beobachten. Zudem erkranken sie häufig schwerwiegender an ihrem Diabetes, leiden vermehrt an Komorbiditäten bzw. Folgeerkrankungen.

# GENDERMEDIZIN + DIABETOLOGIE





## explain the past, recognize the present, predict the future

hippokrates

Das Wissen um geschlechtsspezifische Abweichungen bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus führt zu einer Sensibilisierung und ermöglicht Risikofaktoren sowie Komplikationen geschlechtersensibel zu betrachten und demzufolge die Anwendung differenzierter Beratungs-, Therapie- und Präventionsstrategien. Können zudem Patientinnen und Patienten bereits früh bestimmten Clustern zugeordnet werden, ergeben sich neue Möglichkeiten für eine maßgeschneiderte Therapie im Sinne einer Präzisionsmedizin.

Die permanente wechselseitige Beziehung von biologischem und psychosozialen Geschlecht ist gerade beim Diabetes mellitus Typ 2 besonders ersichtlich, da dieser neben der genetischen Prädisposition eine eindeutige Korrelation zum Lebensstil aufweist und eine mit dem Alter ansteigende Inzidenz zeigt. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei Typ-2-Diabetes zeigen sich bereits im Stadium des Prädiabetes.

Auch Diabetes mellitus Typ 1 ist als Autoimmunerkrankung für die Gendermedizin ein echtes Thema, da das Immunsystem gleichfalls geschlechtsspezifische Unterschiede aufweist. Auffällig ist die besonders bei Frauen schlechtere Prognose und der größere Verlust an Lebensjahren bei einer Erstmanifestation eines Typ-1-Diabetes vor dem zehnten Lebensjahr.

Heute verfügt die Diabetologie über eine große Anzahl hochwirksamer Medikamente sowie moderner Wearables und Devices für das Glukose-Monitoring, die eine Präzisionstherapie zunehmend ermöglichen. Zur personalisierten Diabetestherapie der Zukunft müssen aber auch das biologische sowie das psychosoziale Geschlecht Berücksichtigung finden.

Gendermedizin fördert die optimierte Prävention sowie medizinischen Versorgung von Frauen und Männern, was gerade bei NCD (Non-Communicable Diseases) wie Diabetes gesellschaftlich und gesundheitspolitisch dringend notwendig ist.

### Gendermedizin & Forschung

War man in früheren Jahren bereits zurückhaltend mit wissenschaftlicher Forschung an Frauen, kam durch den Contergan-Skandal das endgültige Aus für Probandinnen, aufgrund möglicher Gefährdung der Embryos. Als Konsequenz daraus wurden keine Frauen im gebärfähigen Alter für Pharmastudien mehr zugelassen. Studien liefen vorwiegend nur noch mit Männern. Erst Anfang der 90er-Jahre hat sich die Pharmakologie als eines der ersten Fächer dafür ausgesprochen, dass Pharmaforschung auch an Frauen durchgeführt werden muss, um zu eruieren, wie der weibliche Organismus auf diverse Medikamente reagiert. Dennoch sind Frauen in klinischen Studien immer noch deutlich unterrepräsentiert.

Auch bei Tierversuchen haben männliche Exemplare in der Wissenschaft immer noch den Vortritt, da befürchtet wird, dass durch den variablen Hormonhaushalt der weiblichen Tiere die Versuchsergebnisse beeinflusst werden könnten. So ist bis heute für viele Forschende das männliche Versuchstier der Standard, und das weibliche die Ausnahme.

Hierdurch können z.B. bei der Entwicklung von neuen Wirkstoffen wichtige Ansatzpunkte übersehen werden. So werden häufig nur Substanzen entdeckt und Medikamente entwickelt, die vor allem bei Männern gut

anschlagen. Zudem basieren zugelassene Dosierungen ebenfalls meist nur auf männlich orientierten Daten. Aber – was beim Mann gut wirkt, kann bei einer Frau überdosiert sein und im Zweifel schwere Schäden zur Folge haben.

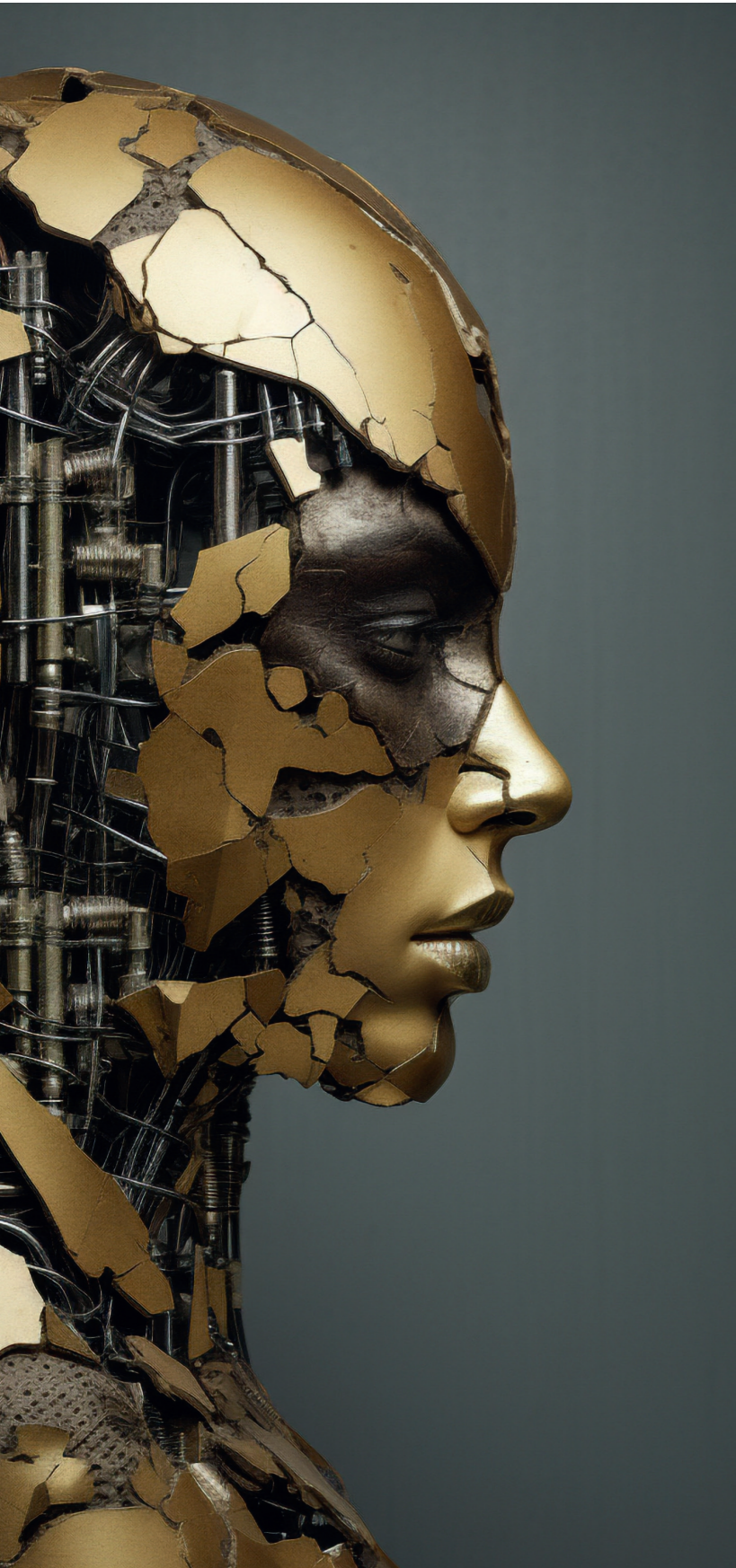
### Gendermedizin & Diagnostik & Therapie

Mit den geschlechterspezifischen Unterschieden beim Diabetes mellitus sollte man sich nicht nur bei der Therapie, sondern bereits bei der Diagnostik auseinandersetzen. Auch Krankheitsmerkmale müssen differenziert gesehen werden. Paradebeispiel: Herzerkrankungen. Als klassisches Symptom gelten die ausstrahlenden Schmerzen im linken Arm. Frauen reagieren hier oft ganz anders – nämlich mit Unwohlsein, Schwächegefühl oder Bauchschmerzen. Folge: Kardiovaskuläre Risikofaktoren werden bei Frauen weniger gut kontrolliert und eingestellt, und so mancher Herzinfarkt wird bei Frauen immer noch übersehen.

Obwohl in pharmakokinetischer als auch pharmakodynamischer Hinsicht die Geschlechter ebenfalls anders ticken und es signifikante Differenzen beim Metabolismus von Arzneistoffen gibt, werden bei der Dosierung von Arzneimitteln bis heute dennoch keine große Unterschiede gemacht. Auch wenn pharmakokinetische Differenzen bereits bei der Resorption zu erkennen sind. Und sich bei der Verteilung durch ein anderes Körpergewicht und einen oftmals höheren Körperfettanteil bei Frauen ebenfalls Unterschiede zeigen.

Neben biologischen Bedingungen und Umweltaspekten spielen auch psychosoziale Faktoren bei der Entwicklung und dem Verlauf von Diabetes mellitus eine wichtige Rolle. Ebenso essenziell ist der psychologische Blickwinkel, da Frauen aufgrund einer Erkrankung an Diabetes mellitus Typ 2 vermehrt mit Schuldgefühlen wegen ihrer Erkrankung, ihrem Gewicht, mangelnden Abnehm-Erfolgen oder fehlenden sportlichen Aktivitäten zu kämpfen haben und aufgrund ihrer Versagensängste eher zu Depressionen neigen. Patientinnen zeigen nicht nur unterschiedliche Symptome, sondern gehen auch anders mit ihrer Erkrankung um – sie empfinden ihre physische wie psychische Lebensqualität häufig deutlich schlechter als männliche Patienten.





## Gendermedizin & Daten

In der Medizin gibt es erhebliche Probleme mit der Datenbasis. Tierversuche, in-vivo-Tests, klinische Studien, Probanden: vorwiegend liegen Daten von Männern zugrunde - meist weiß und mittleren Alters. Selbst neue Wirkstoffe werden in der Regel zunächst an männlichen Versuchstieren untersucht, und in frühen Phasen klinischer Studien nur an jungen und gesunden Männern getestet.

Trotz ständig neuer Daten besteht in der Medizin immer noch ein großer Aufholbedarf, sowohl bei der Grundlagenforschung als auch translational in klinischen Studien und bei der Medikamentenentwicklung – auch und besonders hinsichtlich der Genderaspekte.

Übrigens: Obwohl biologische sowie soziale Unterschiede zwischen Frauen und Männern belegt sind, werden im Rahmen der Pharmakovigilanz Nebenwirkungen bis heute nicht geschlechterspezifisch erfasst.

## Gendermedizin & KI

KI Technologie basierend auf Künstlicher Intelligenz gilt als Inbegriff modernen Fortschritts. So avancieren KI, Algorithmen und Big Data zu zentralen Akteuren der digitalen Transformation in der Medizin und Wissenschaft. KI soll Ärztinnen und Ärzte bei der Beurteilung, Befundung sowie Therapie unterstützen.

Lernende Systeme wie „Machine Learning“ und „Deep Learning“ benötigen enorme Datenmengen - umso besser die Daten, umso besser die Ergebnisse. Doch die Daten, aus denen KI-Algorithmen ihre Schlüsse ziehen, sind oft überholt. Und hier ergibt sich schon die große Problematik: Zum einen sind die Daten meist nicht verifiziert, zum anderen gibt es keine Standardisierung und es existieren zuhauf Verzerrungen, sogenannte Bias. In der digitalen Medizin werden geschlechtssensible Aspekte immer noch viel zu wenig berücksichtigt. Wenn ein Gender-Bias in den Datenbasis enthalten ist, wird dieser nicht nur reproduziert, sondern auch potenziert. Datenlücken und genderbedingte Verzerrungen bergen speziell in Systemen, die auf KI basieren, viele Risiken

für Versorgung, Forschung und Entwicklung. Oft gibt es Hinweise auf einen Gender-Bias, aber eine Verifizierung ist aufwendig und oftmals schwierig, da sie eine Analyse der Ursprungsdaten oder der Algorithmen bedingt. Eine besondere Herausforderung stellen selbstlernende Systeme – allen voran „Deep Learning“ – dar, sofern sie ihre eigenen Bias nicht erkennen und somit nicht herausrechnen können, was zwangsläufig zu suboptimalen bis fehlerhaften Ergebnissen führt.

Ein weiteres Problem stellen Datensätze dar, bei denen Frauen unterrepräsentiert bzw. Frauen und Männer nicht getrennt ausgewiesen sind. Ein Beispiel für einen Gender-Bias ist die Differenz zwischen Männern und Frauen, die für klinische Studien rekrutiert werden. Eine Überzahl männlicher Probanden sorgt für geschlechtereinseitiges Datenmaterial. KI rechnet basierend auf dieser Datenbasis, was wiederum zu Ergebnissen führt, die nur für die männliche Biologie anwendbar sind. Eine Benachteiligung von Frauen untergräbt den Nutzen und somit die Sinnhaftigkeit einer KI. Faktisch ist E-Health immer noch eine Männerdomäne. Frauen spielen bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens nach wie vor eine untergeordnete Rolle. Hier ist ein Mindset Shift der Gesellschaft und wissenschaftlichen Protagonisten gefragt.

Daten müssen gerecht sein, sowie die komplette Gesellschaft in ihrer gesamten Vielfalt widerspiegeln. Nur eine solide Datenlage und der Einsatz kluger Algorithmen stellt Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern Untersuchungsergebnisse zur Verfügung, aufgrund deren sie Kausalitäten erkennen und daraus folgerichtige Erkenntnisse ableiten können.

## Gendermedizin & Apps

Aufgrund der sich beschleunigenden Digitalisierung im Gesundheitswesen – auch in der Diabetologie – erhält die Gendermedizin eine noch größere Urgenz. Bei den aktuell angebotenen DiGAs (digitale Gesundheitsanwendungen) und Gesundheits-Apps sind die jeweils zugrundeliegenden Daten ein Buch mit sieben Siegeln. Obwohl diese Apps immer stärker in medizinische Entscheidungsfindungen einbezogen werden.

Die Hausaufgaben sind in diesem Fall, Algorithmen so zu programmieren, dass sie Geschlecht, Alter und Herkunft berücksichtigen und beim Handling der Apps Ansprüche beider Geschlechter gerecht werden. Nur so können Apps Menschen bei ihren Gesundheitsbemühungen sinnvoll unterstützen und nicht schaden. Vor diesem Background wäre es wichtig, dass das BfArM zumindest bei der Zulassung von DiGAs die Kriterien hinsichtlich Genderaspekten präzisiert.

## Gendermedizin & Zukunftsperspektiven

In Sachen Gendermedizin, Gender Gap und Gender Bias gibt es noch viel zu tun und folgende Themen sollten zeitnah angegangen werden:

- Ausbau von neuen aussagekräftigen Datensätzen
- Berücksichtigung der Genderaspekte in der Forschung, bei der Datensammlung, den Algorithmen und Anwendung
- Entwicklung standardisierter Kriterien für gendergerechte KI im Gesundheitswesen
- Alle Geschlechter müssen bei den Datensätzen adäquat repräsentiert sein
- Bessere Erforschung des Gender-Bias in der Medizin und KI
- Thematisierung der Gendermedizin in der Aus- und Weiterbildung, Studium, PJ sowie Facharzt Ausbildung
- Verstärkte Aufmerksamkeit für Gendermedizin mittels Öffentlichkeitsarbeit sowie wissenschaftlich-fachlich via Expertenboards, Workshops, Gesprächspanels, Networking, Podcasts etc.

## Fazit:

In Sachen Gendermedizin belegt das Fachgebiet Diabetologie wahrlich nicht den letzten Platz. Ganz im Gegenteil, in den Köpfen der Diabetologinnen und Diabetologen, Diabetesberaterinnen und -beratern wie auch bei den MFAs und DFAs sind frauenspezifische Aspekte schon aufgrund spezieller Erkrankungen wie der Gestationsdiabetes verankert. Außerdem ist Diabetes als interdisziplinäre Herausforderung und Gender Medizin, die ebenfalls eine fächerübergreifende Zusammenarbeit voraussetzt unter Beachtung psychosozialer Faktoren schon fast ein Dreamteam...



# Diabetes in Zahlen

## Inzidenz:

In Deutschland erkranken jährlich mehr als eine halbe Million Erwachsene neu an Diabetes.

## Prävalenz:

Aktuell sind etwa 8,7 Millionen Menschen betroffen.

## Dunkelziffer:

Mindestens zwei Millionen Menschen

## Neuerkrankungen:

Täglich kommen ungefähr 1.600 neue Diabetes-Erkrankungen hinzu.

## Mortalität:

Jede Stunde sterben drei Menschen an Diabetes

## Perspektive:

Bei gleichbleibender Entwicklung ist davon auszugehen, dass hierzulande bis zum Jahr 2040 etwa 12,3 Millionen Menschen an Diabetes erkrankt sein werden.

## Diabetes Typ 2:

■ Etwa 95 % der Patientinnen und Patienten haben einen Typ-2-Diabetes.

■ Die Zahl der Kinder mit Diabetes Typ-2 hat sich in den letzten 10 Jahren verfünffacht!

## Diabetes Typ 1:

■ Erwachsene: ca. 341.000 Betroffene

■ Kinder und Jugendliche: ca. 32.000 Betroffene.

Jährlich erkranken rund 3.100 Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre neu an Typ-1-Diabetes.

Auch diese Zahl der Neuerkrankungen steigt im Jahr um drei bis fünf Prozent an.

## Gestationsdiabetes:

Jährlich erkranken über 50.000 Frauen an Schwangerschaftsdiabetes, das entspricht 6,8 Prozent aller Schwangeren. Sie haben ein mehr als siebenfach erhöhtes Risiko, später an einem manifesten Diabetes zu erkranken.

DDG Diabetes-Zahlen | Deutschland | Stand: Nov 2022

Auch in Sachen Digitalisierung geht es in diabetologischer Hinsicht progressiv voran – denkt man allein an Telematikinfrastrukturen, Telemonitoring und -medizin, CGM, CSII, Wearables, Devices, DiGAs etc. KI und der mit ihr einhergehenden Algorithmen halten ebenso verstärkt Einzug in die Diabetologie.

Was allerdings bleibt, sind die generellen Probleme. So müssen KI basierte Daten hinterfragt werden, Bias vermieden und es muss eine Standardisierung der Daten erfolgen. Hierzu ist es wichtig, dass wissenschaftliche Tierexperimente, Forschungen, klinische Studien, Daten von Patientinnen und Patienten biosozial durchgeführt bzw. gesammelt werden – unter Berücksichtigung ethischer Aspekte und vor allem Datensicherheit. Zudem ist eine Weiterentwicklung der Algorithmen auf Basis personalisierter Medizin nötig sowie eine klare Dokumentation, welche Parameter der Datenlage zugrunde liegen. Nur so können Bias vermieden werden und die KI kann effektiv Ärztinnen und Ärzte unterstützen – im Sinne einer guten Versorgung.

Zu guter Letzt: Neben all der Technik und Digitalisierung steht die Diabetologie aber auch für Sprechtherapie – nur so kann das Verständnis für die Erkrankung sowie die Adhärenz bei den betroffenen Patientinnen und Patienten gefördert werden. Daher sind unsere menschlichen Soft Skills der KI zumindest in diesem Punkt bis jetzt noch haushoch überlegen...

Autorin:

Michaela Wilde  
Pressereferentin BVND



# EFFEKTIVE HBA<sub>1c</sub>-SENKUNG\*,1 MIT DEN NIEDRIGSTEN JAHRESTHERAPIEKOSTEN

für Typ-2-Diabetiker  
ohne zusätzlich relevantes  
Risikoprofil<sup>2</sup>

**STEGLATRO®: Ersparnis gegenüber**

Jardiance® bis zu **478€\*\*** und

Forxiga® bis zu **470€\*\*** im Jahr

Alle gezeigten Monosubstanzen sind u. a. für die Behandlung von Erwachsenen mit unzureichend kontrolliertem Typ-2-Diabetes mellitus als Ergänzung zu Diät und Bewegung angezeigt.<sup>1,3,4</sup> Andere Indikationen (Herzinsuffizienz, Niereninsuffizienz) wurden nicht berücksichtigt.

\* Zusätzliche HbA<sub>1c</sub>-Senkung um 0,7% nach 26 Wochen.

\*\* Tagestherapiekosten (TTK) auf Basis des Apothekenverkaufspreis (AVP), hochgerechnet auf ein Jahr. Lauer-Taxe Stand 01.06.2023, abgefragt 01.06.2023. TTK entsprechen bei einmal täglicher Gabe einer Tablette dem Feld „Grundpreis“, ausgehend von der größten Packungsgröße und der empfohlenen Anfangsdosis: Jardiance® 10 mg N3 = 100 Tbl, Forxiga® 10 mg N3 = 98 Tbl, STEGLATRO® 5 mg N3 = 98 Tbl.

1. Fachinformation STEGLATRO®, Stand: November 2022. 2. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale Versorgungsleitlinie Typ-2-Diabetes – Leitlinienreport, 2. Auflage. Version 1. 2021. DOI: 10.6101/AZQ/000476. Verfügbar online unter [https://register.awmf.org/assets/guidelines/nv-001m\\_S3\\_Typ\\_2\\_Diabetes\\_2021-03.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/nv-001m_S3_Typ_2_Diabetes_2021-03.pdf) [eingesehen am 10.02.2023]. 3. Fachinformation Forxiga®, Stand: Februar 2023. 4. Fachinformation Jardiance®, Stand: Juli 2022.

MSD

Steglatro® 5 mg Filmtabletten  
Steglatro® 15 mg Filmtabletten

**Wirkstoff:** Ertugliflozin **Zus.: Arznei. wirks. Bestandt.:** Jede Tbl. enth. Ertugliflozin-Pidolsäure entsprechend 5 mg bzw. 15 mg Ertugliflozin. **Sonst. Bestandt.:** Mikrokrist. Cellulose (E460), Lactose-Monohydrat, Carboxymethylstärke-Natrium (Typ A) (Ph.Eur.), Magnesiumstearat (E470b), Hypromellose 2910/6 (E464), Macrogol 3350 (E1521), Triacetin (E1518), Titandioxid (E171), Eisen(III)-oxid (E172) **Anw.:** Zur Behandl. v. Erw. m. unzureichend kontroll. Typ-2-Diabetes mellitus als Ergänzung zu Diät u. Beweg.: als Monother., wenn Metformin aufgr. v. Unverträglichk. od. Gegenanz. nicht geeignet ist; zusätzl. zu anderen Arzneim. zur Behandl. von Diabetes. **Gegenanz.:** Überempf.-keit gg. d. Wirkstoff od. e. d. sonst. Bestandt. **Vorsicht bei:** Komb. m. Insulin od. Insulin-Sekretagogum; Pat. m. Hypovolämie; Pat. m. eingeschr. Nierenfkt.; älteren Pat. (> 65 Jahre); Pat., d. Diuretika einnehmen; Pat. unter Antihypertonika, m. Hypotonie in d. Vorgeschichte; Pat. m. Erkrank., d. zu Flüssigkeitsverlust führen können; Pat. m. erhöhtem Risiko für e. diabet. Ketoazidose (DKA); Pat. m. Pilzinfekt. in d. Vorgeschichte; Männern ohne Beschneidung; Pat. m. Herzinsuff. NYHA Klasse IV. **Nicht empf.:** Pat. m. eGFR < 45 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> od. CrCl < 45 ml/min; Pat. m. schwerer Einschr. d. Leberfkt.; Pat., die unter e. SGLT2-Inhib. DKA hatten. **Nicht anw.:** Pat. m. Typ-1-Diabetes; Pat. m. schwerer Einschr. d. Nierenfkt.; Pat. m. terminaler Niereninsuffizienz; dialysepflichtigen Pat.; Schwangerschaft; Stillzeit. **Nebenw.:** Sehr häufig: Harnwegsinfekt.; vulvovag. Pilzinfekt. u. and. genit. Pilzinfekt. b. Frauen. Häufig: Candida-Balanitis u. and. genit. Pilzinfekt. b. Männern. Hypoglykämie. Hypovolämie. Erhöht. Harndrang. Vulvovaginaler Pruritus. Durst. Serumlipide veränd.; Hämoglobin erhöht; BUN erhöht. **Gelegentl.:** Dysurie; Kreatinin im Blut erhöht/glomeruläre Filtrationsrate vermindert. **Selten:** DKA. **Häufig, nicht bekannt:** Nekrotisierende Faszitis d. Perineums (Fournier-Gangrän). **Hinw.:** Nierenfkt. vor Beginn u. in regelm. Abständen während d. Behandl. überprüfen. Zur Blutzuckerkontrolle keine Urintests auf Glucose verw. Überwachung d. Blutzuckerkontrolle mit 1,5-AG Assays nicht empfohlen. Pat. routinemäßige Fußpflege empfehlen. **Warnhinw.:** Enthält Lactose. **Verschreibungspflichtig. Bitte lesen Sie vor Verordn. von Steglatro® die Fachinformation!** Pharmazeutischer Unternehmer: Merck Sharp & Dohme B.V., Waarderweg 39, 2031 BN Haarlem, Niederlande; Lokaler Ansprechpartner: MSD Sharp & Dohme GmbH, Levelingstr. 4a, 81673 München **MSD Infocenter:** Tel. 0800 673 673 673, Fax 0800 673 673 329, E-Mail: [infocenter@msd.de](mailto:infocenter@msd.de) Stand: 11/2022 (000023166-DE; 000024830-DE)

**Steglatro®**  
Ertugliflozin, MSD

Weitere Informationen über  
das Monopräparat Ertugliflozin  
finden Sie hier:  
<https://m.msd.de/DnF>



MSD [www.msd.de](http://www.msd.de)



## Berlin und sein neues medizinisches Netzwerk



# Hauptstadtdiabetologinnen

### Wie alles begann...

Am 15. März 2023 hat sich das Netzwerk von Diabetologinnen in Berlin Charlottenburg offiziell gegründet. Mit viel Leidenschaft und vollem Einsatz hat Dr. med. Iris Dötsch die „Hauptstadtdiabetologinnen“ ins Leben gerufen. Iris Dötsch ist niedergelassene Diabetologin in Berlin und führt hier die „Diabetologische Schwerpunktpraxis am Kurfürstendamm“. Berufsbegleitend ist sie zudem stellvertretende Vorsitzende des BVND.

Unter Leitung von Iris Dötsch haben sich an diesem Tag 18 Diabetologinnen – die sowohl stationär wie auch ambulant tätig bzw. niedergelassen sind – zu einem ersten Treffen zusammengefunden.

Der Start war ein voller Erfolg, dank guter Connection und vielen Gesprächen im Vorfeld sowie einer gründlichen Vorbereitungsphase.

Dank Iris Dötsch gibt es in Berlin jetzt ein Netzwerk für junge Frauen, Studentinnen, Famulantinnen, Frauen in Ausbildung, aber auch für erfahrene Diabetologinnen – hier sollen die unterschiedlichsten Zielgruppen angesprochen werden.

### Die Hauptstadtdiabetologinnen

Beim ersten gemeinsamen Meeting beschäftigte die Netzwerkerinnen Grundsätzliches wie Inhalte, Erwartungen und Perspektiven. Danach ging es gleich in media res und es wurde über das Thema „Mentoring“ diskutiert. Ein Schwerpunkt gerade von jungen Diabetologinnen: In welcher Organisationsform kann man in der Praxis tätig werden und wo findet der Nachwuchs in der Diabetologie Unterstützung? Als bereichernd sahen es die Teilnehmerinnen an, dass eine Ärztin, die sich aktuell in Fortbildung zur Diabetologin befindet, von ihren Erfahrungen des Fortbildungsprogrammes der Charité berichten konnte. Über diese Diabetologin möchte man sich mit weiteren jungen Kolleginnen, die sich in der Ausbildung befinden, vernetzen.

Dass sich die Weiterbildung zur Diabetologin stark verändert hat, konnte eine Kollegin berichten, die in den Sitzungen der Ärztekammer zur Weiterbildung involviert war. Und der Wunsch nach mehr intersektoraler Zusammenarbeit wurde von den stationär tätigen Chefärztinnen geäußert.

Hilfreich finden die Netzwerkerinnen, dass bereits eine große Vielfalt an Kooperationen durch Vorstandsmitglieder in der AGDT (Arbeitsgemeinschaft Diabetes + Technologie) sowie mit der Berliner Diabetesgesellschaft, dem BVND (Bundesverband der Niedergelassenen Diabetologen e.V.) sowie der Ärztekammer Berlin bestehen.

### Die Idee dahinter

Das Diabetologinnen-Netzwerk will Ärztinnen – aber auch allgemein Frauen, die im medizinischen Versorgungswesen tätig sind, die Möglichkeit zur Vernetzung bieten. Es geht um Dialoge und Coachings – analog zu anderen Netzwerken. Damit soll u.a. Newcomerinnen der Start erleichtert, Praxisübernahmen unterstützt und die berufliche Zusammenarbeit gefördert werden.

„Nicht nur Schwierigkeiten aufzeigen, sondern auch Lösungsmodelle erarbeiten, darum geht es bei unserem Netzwerk“, so Dr. Iris Dötsch. Z.B. wird die Digitalisierung in der jetzigen Umsetzung von allen Teilnehmerinnen als problematisch angesehen. Zur Erörterung und Verbesserung dieser Problematik sind Treffen mit IT-Spezialisten geplant.

Auch Persönlichkeiten aus der Politzene – zu denen es inzwischen gute Kontakte gibt – werden eingeladen. Um im gemeinsamen Dialog neue Wege aufzuzeigen und zu erörtern: Für eine sichere Zukunft der Diabetologie und im Sinne der Patientinnen und Patienten! So hat Ministerin Paus bereits einen Besuch angekündigt.

Die Hauptstadtdiabetologinnen treffen sich in regelmäßigen Abständen viermal im Jahr, um über Themen wie Gendermedizin, Digitalisierung im Gesundheitsmarkt im Allgemeinen aber auch im Speziellen mit dem Fokus auf Diabetologie sowie über frauenspezifischen Fragen zu sprechen. Des Weiteren soll es auch Angebote in Richtung Mitarbeiterführung, Rhetoriktraining sowie Delegation von Praxistätigkeiten etc. geben.

Am 22. November fand inzwischen das dritte Treffen statt. Bei dem unter anderem DDG Geschäftsführerin Barbara Bitzer teilnahm. Ein Highlight war auch die Anwesenheit von Assoc. Prof. Dr. Yvonne Winhofer-Stöckl, PhD, die extra aus Wien angereist war. Sie ist Oberärztin an der Univ. Klinik für Innere Medizin III/AKH Wien und eine der Expertinnen in Sachen Gendermedizin. Somit lag der Schwerpunkt an diesem Tag auch beim so wichtigen Thema der speziellen Frauengesundheit. Mit dem Vorsatz, Gendermedizin besser im Blick zu haben – auch innerhalb der Diabetologie.

Im von Iris Dötsch ins Leben gerufenen Netzwerk der „Hauptstadtdiabetologinnen“ sind mittlerweile – Stand Dezember 2023 – knapp 50 Frauen organisiert. Und das Interesse ist ungebrochen sehr groß. Die „Hauptstadtdiabetologinnen“ sind nicht nur bei weiblichen diabetologischen Ärztinnen und Fachkräften angesagt, sondern auch immer mehr Medienvertreter werden auf das neue Frauen-Netzwerk aufmerksam. So erreichen uns in den letzten Wochen gehäuft Presseanfragen dazu. Aber auch Nachfragen zur Mitarbeit und ob es in anderen Bundesländern ähnliche Netzwerke existieren – sei es von Oberärztinnen, Professorinnen, niedergelassenen Diabetologinnen oder von medizinischen Fachkräften.

Voraussichtlich findet das erste Meeting 2024 der Hauptstadtdiabetologinnen im April statt. Bei Interesse einfach melden!

**Michaela Wilde**  
Pressereferentin BVND

Unsere Pressemitteilung zu Hauptstadtdiabetologinnen:  
[https://www.bvnd.de/fileadmin/user\\_upload/bvnd/Presse/11\\_mw\\_PM\\_BVND\\_3\\_2023\\_NetzwerkBerlin\\_mw.pdf](https://www.bvnd.de/fileadmin/user_upload/bvnd/Presse/11_mw_PM_BVND_3_2023_NetzwerkBerlin_mw.pdf)





# DAS INTERVIEW

## zum Netzwerk der Hauptstadt- diabetologinnen

Im November war Iris Dötsch  
Podcast-Interviewpartnerin bei  
O-Ton Diabetologie



Dr. med. Iris Dötsch ist niedergelassene Diabetologin in Berlin und führt hier die „Diabetologische Schwerpunktpraxis am Kurfürstendamm“. Berufsbegleitend ist sie stellvertretende Vorsitzende des BVND

Text: Michaela Wilde  
Pressereferentin BVND

**Auszüge aus dem Interview:** Iris Dötsch schildert Ihre Beweggründe und Engagement für ein Frauen-Netzwerk: Sie hatte die Idee schon geraume Zeit, da es hilfreich und wichtig ist, auf ein gutes Netzwerk zurückgreifen zu können. Netzwerke für Frauen fehlen, der Wunsch danach ist aber da. Sie berichtet, dass Frauen beim Netzwerken viel Nachholbedarf haben. Frauen haben andere Bedürfnisse, andere Lebensbedingungen. Für Frauen hat das Thema Vereinbarkeit von Beruf und Familie einen hohen Stellenwert und sie begleiten immer noch viel seltener beruflich hohe Positionen.

Sie selbst ist über 17 Jahre niedergelassen und seit zehn Jahren berufspolitisch aktiv. Ihr ist dabei immer wieder aufgefallen, dass bei allen Einrichtungen wie Kommissionen, Vertreterversammlungen, SpiFa aber auch Berufsverbänden Männer sehr dominant vertreten sind. Es ist zwar generell nicht negativ behaftet, jedoch fehlen einfach die Frauen. Sie sieht aber auch, dass es noch etliche Zeit dauern wird, bis diesbezüglich Parität erreicht ist.

Iris Dötsch hält Frauen generell für eher zurückhaltender, „Wir scheuen oft Konflikte und sind auf jeden Fall bei Chefarztpositionen unterrepräsentiert“. Dafür sieht sie Stärken gerade im Bereich der Diabetologie, die u.a. für eine sprechende Therapie steht - das kommt Frauen entgegen. Man ist sehr nah am Patienten, baut eine Basis auf und betreut ihn über Jahre hinweg. Frauen spielen in der Diabetologie eine immer größere Rolle. Hausärztin/Internistin mit Schwerpunkt Diabetologie ist eine attraktive und wundervolle Aufgabe - gerade für Frauen. Eine erfreuliche Entwicklung ist, dass die Diabetologie immer weiblicher wird. So haben wir beim diesjährigen DDG Diabetologie Kongress in Berlin zwei Tagungspräsidentinnen.

Da so viele frauenspezifische Themen existieren, war es nur folgerichtig, ein eigenes Netzwerk zu etablieren. Um anfangs erst einmal in kleiner Runde miteinander zu reden, zu diskutieren, sich auszutauschen. Auch, um frauenspezifische Fragen zu erörtern wie „Funktioniert eine Niederlassung als Ärztin mit Kindern?“, „Ich wünsche mir eine 38 h Stundenwoche oder vielleicht sogar Jobsharing, ist dies realistisch?“ oder „Ich möchte lieber als angestellte Ärztin tätig sein, wie gut sind meine Chancen?“. Aber auch Probleme und Ängste zu äußern wie z.B. der Fachkräftemangel bei MFAs, die Sorge der teilweise unkalkulierbaren Kosten bei der Praxisübernahme, das Risiko als Unternehmerin usw. Bei den Themen, die die Hauptstadt-diabetologin-

nen beschäftigen, handelt es sich auch um Technik, Digitalisierung, patientenorientierte Versorgung, individuelle Behandlungen und Fußambulanz. „Hier haben wir ein breites Feld“, so Iris Dötsch. „Wir wollen auch die Gendermedizin besser im Blick haben – gerade im Hinblick auf die Diabetologie.“ Ein Schwerpunkt bei den Treffen der Hauptstadt-diabetologinnen soll ebenso die Erarbeitung von Lösungsmodellen darstellen. Erste Resultate bzw. Erfolge konnten die Berliner Netzwerkerinnen bereits erzielen: Zum Beispiel bei der Thematisierung und Besprechung des Problems der Interoperabilität von CGM-Geräten. Hierzu wurden Vertreter der entsprechenden Industrie eingeladen, um die Problematik zu erörtern. Gemeinsam konnten erste Lösungsvorschläge erarbeitet werden und in der Zwischenzeit hat bereits ein Patiententag stattgefunden, in dessen Rahmen CGM Hersteller und Pumpenfirmer gemeinsam Patient:innen bei Interoperabilitätsfragen konstruktiv zur Seite standen. Weitere regelmäßige Treffen mit dann allen Herstellern sind in Berlin auf Anregung des Netzwerkes alle drei bis sechs Monate geplant.

„Es ist schon toll, überall wo man das Netzwerk vorstellt, stößt man auf Interesse“ freut sich Iris Dötsch. „Wir sind in Berlin meiner Kenntnis nach der Pilot. Meine Idee ist, dass sich dieser Gedanke von der Hauptstadt aus, über ganz Deutschland ausbreitet. Dass weitere Netzwerke entstehen, die sich gegenseitig unterstützen, Infos austauschen, Perspektiven aufzeigen. Auch eine Arbeitsgemeinschaft in der DDG wäre sinnvoll. Aktionismus muss oft von außen kommen. Meinungen haben sich verändert. Man muss dies laut kundtun. Die Dinge sind in Bewegung und das ist gut so.“

### O-Ton Diabetologie Der Podcast für Diabetesexter:innen



Neue Diabetestechnologien und Behandlungsformen, aktuelle Forschungsergebnisse und Leitlinienupdates, Reizthemen der Gesundheitspolitik und der Digitalisierung – all dies sind Themen des Podcasts. Den Podcast O-Ton Diabetologie gibt es alle 14 Tage mittwochs auf den gängigen Podcast-Plattformen.



# Die digitale Praxis



Wenn von Digitalisierung die Rede ist, wird meist nur über ePA, eRezept, aAU und die Telematik-Anbindung der Praxis gesprochen. Dabei ist das Thema Digitalisierung in der Praxis wesentlich umfangreicher. Wir möchten in diesem Beitrag darstellen, wie sich Arbeitsabläufe in der Praxis vereinfachen lassen und dabei auch auf Probleme und Fallstricke hinweisen.

Ein ganz wichtiger Punkt ist natürlich immer die Außendarstellung der Praxis. Was früher die Anzeige im Telefonbuch war, ist heute die Auffindbarkeit im Internet bzw. in Online-Medien.

Finden Sie Ihre Patienten im Netz? Nahezu jede Praxis ist über die gängigen Suchdienste, aber auch durch Navigationssysteme von KFZ auffindbar. Aber sind die Daten aktuell und korrekt? Wenn Sie nicht sicher sind, können Sie das einfach überprüfen. Am besten geht das, wenn Sie die Karten-Anwendung nutzen. Öffnen Sie diese und tragen Ihre Praxis in das Suchfeld ein. Prüfen Sie die Angaben. Werden Sie nicht gefunden oder sind die Informationen unvollständig, dann können Sie diese einfach korrigieren. Spezielle Kenntnisse benötigen Sie dafür nicht.

Der Webauftritt der Praxis will dagegen gut geplant werden. Es gibt eine große Anzahl Anbieter am Markt, auch bieten einige Berufsverbände wie z.B. der BDI die Möglichkeit einer kostenlosen (wenn auch rudimentären) Webpräsenz. Internetprovider bieten häufig einen „Homepage-Baukasten“ an, damit kann die eigene Homepage anhand vorgefertigter Vorlagen relativ schnell und einfach erstellt werden. Bitte denken Sie jedoch daran: die Homepage ist das Schaufenster der Praxis. Die wenigsten Praxen haben das Knowhow und die Zeit, dies selbst zu erledigen. Wir raten daher zu einer individuell erstellten Homepage. Ein möglicher Weg ist es, wenn man sich zunächst im Web umschaute und auf Homepages, welche den eigenen Ansprüchen genügen, im Impressum ermittelt wer diese erstellt hat. Dann kann man ein individuelles Angebot anfordern. Nicht vergessen: eine Homepage braucht regelmäßige

Wartung. Dabei muss es eine Möglichkeit geben, dass aktuelle Informationen einfach und unmittelbar durch die Praxis eingestellt und geändert werden können.

Fast schon untrennbar verbunden mit der Homepage ist der Auftritt in sozialen Medien. Hier ist es natürlich auch möglich, sich einer professionellen Agentur zu bedienen, davon raten wir allerdings ab. Auftritte bei Instagram, X, Facebook & Co. müssen authentisch und immer hochaktuell sein. Der Hinweis „Sie finden uns auch bei Facebook“ lässt oft schon vermuten, dass dahinter ein ungepflegter, alter Account steckt. Wenn also niemand in der Praxis die sozialen Medien leidenschaftlich und täglich bedient, dann ist es besser, die Finger davon zu lassen und das Engagement in eine lebendige Website zu stecken.

Die Website kann auch zentraler Anlaufpunkt für die Kommunikation mit der Praxis werden. Von hier aus lassen sich strukturierte Anfragen per E-Mail leicht generieren, Terminanfragen können gestellt und wenn gewünscht, Tools zur Terminplanung und -vergabe eingestellt werden. Auch Telefonanrufe können unmittelbar mit einem Klick ausgelöst werden.

Die Annahme von Telefonaten wiederum lässt sich automatisieren. Darauf spezialisiert, in Arztpraxen Patientenanrufe anzunehmen, ist der interaktive Telefonassistent Aaron des gleichnamigen Berliner Unternehmens. Das Tool lässt sich so in die Abläufe der Praxis integrieren, dass Routine-Telefonate nicht mehr den Sprechstundenablauf unterbrechen. Die Patienten werden durch eine strukturierte Abfrage geleitet, die Ergebnisse (Rezeptwünsche, Terminanfragen, Rückrufbiten etc.)



bekommt das Team dann angezeigt und kann diese geordnet abarbeiten. Im Ergebnis steht mehr Zeit für die Arbeit mit den Patienten zur Verfügung. Inzwischen ist das 2015 eingeführte Tool so ausgereift, dass sich der Einsatz lohnen kann.

Für die Kommunikation mit Kollegen stehen Tools der KBV zur Verfügung (eArztbrief, KIM). Wie sieht es aber mit der Kommunikation mit Patienten und deren Angehörigen aus? Die Verwendung von e-Mails ist nur eingeschränkt möglich: Empfangen darf die Praxis alles, senden nur sehr eingeschränkt. Ein Hinweis auf Urlaub oder geänderte Öffnungszeiten ist zulässig, ebenso die Bitte um Rückruf (ohne detaillierte Angabe von Gründen). Eine Terminübermittlung oder gar der Austausch von medizinischen Dokumentationen und Befunden widerspricht dagegen den Anforderungen des Datenschutzes. Für solche Zwecke gibt es jedoch Tools, die eine sichere Datenübermittlung an den berechtigten Empfänger ermöglichen. Mittlerweile sind von mehr als fünf Anbietern im Jahre 2020 noch drei mit unterschiedlichem Profil.

Der Terminkalender auf Papier ist wohl in den meisten Praxen schon lange durch die Terminplanung des Praxisverwaltungsprogramms ersetzt worden. Eine Online-Terminbuchung kann je nach Praxisorganisation sehr hilfreich sein. Allerdings: wenn Ihre Patienten Termine selbst buchen sollen, dann müssen Sie eine gut strukturierte Terminverwaltung in der Praxis schon umgesetzt haben. Nur dann können Sie Zeitslots definieren, in denen freie Termine angeboten werden. Und natürlich muss das verwendete Tool kompatibel zu Ihrem PVS sein. Die vier größten Vorteile der Online-Terminbuchung sind: Zeitersparnis, da es immer weniger telefonische Terminabsprachen gibt. Bessere Termintreue: Entscheidend dabei ist nicht die Tatsache, dass die Patienten den Termin selbst ausgewählt haben, sondern die automatischen Erinnerungen per SMS oder E-Mail kurz vor dem anstehenden Termin. Mehr Patienten: Vor allem für junge Patienten sind digitale Dienste wie die Online-Terminvergabe mitentscheidend für die Arztwahl. Auch wenn die Terminwahl nicht genutzt wird, so wird doch die Praxis als modern wahrgenommen. Loyale Patienten: Die zusätzliche Option einer selbständigen

## DIGITALE PRAXIS Kommunikationstools

Anbieter	Life Time	Siilo	App zum Doc
Website	www.lifetime.eu	www.siilo.com/de	www.app-zum-doc.de
Betreiber	LifeTime GmbH	Doctolib SAS	mediQuu GmbH
iOS und Android-Version	✓	✓	✓
Kommunikation mit Ärzten	✓	✓	⊗
Kommunikation mit Patienten	✓	⊗	✓
Besonderheiten	All-in-One-Tool, einschließlich KIM-Adresse(n), für Patienten kostenlos, alleiniger Empfang auch für Praxen kostenfrei, volumenabhängige Bezahlmodelle und Flatrate	Entwickelt für den Austausch in medizinischen Teams und Organisationen, auch einrichtungswert nutzbar	für Patienten kostenlos
Preis / Monat incl. MwSt.	9,52 € - 58,31 €	kostenlos	2,95 € - 19,95 €



## DIGITALE PRAXIS Dokumentationstools

	Ambulapps	Anaboard	Idana	Mymedax
	www.ambulapps.de/ AmbuPrax	www.anaboard.de	https://idana.com	www.mymedax.de
Systemvoraussetzungen	iPad, iPhone MacOS X, Windows	Windows, Linux, MacOS X	Smartphone, Tablet, PC Windows, MacOS X	Tablet, PC, Smartphone, touchfähige Station mit Signaturpad Android, iOS, Windows
Schnittstelle	BDT/HL7	HL7 (v2) oder GDT	GDT	GDT, HL7
Hilfe / Support	Tutorial, FAQ, Telefon- Support		Tutorial, FAQ, Telefon- Support	
Fragebögen (in Basisversion enthalten)	umfangreiche Formular-Auswahl Pflege der Formulare inkl. bis zu 10 individuelle Formulare	Vorlagen vorhanden, Fragebögen können individuell erstellt oder übernommen werden	200 medizinische Fragebögen und Formulare individuelle Fragebögen	Fragebögen können individuell gestaltet werden Digitalisierung vorhandener Fragebögen
Extras	rechtsichere Signaturen mobil verfügbar kompatibel mit iPad, iPhone und AppleWatch zeitversetzte Aufklärung handschriftliche Erfassung und Zeichnungen Regeln definierbar Auswertungen	Illustrationen und Videos Werbung für die Leistungen der Praxis Handschriftliche Anmerkungen möglich	Check-In Links für Website und Terminkalender Auswertungen und Scores	Statistikauswertung
Preis / Monat (Basisversion)	166 € (DiaMed: 129 €)	ab 50 €	118 € pro Arzt	ab 79 €



# Digitalisierung in der Praxis mehr als ePA, eRezept und DIGA

## ONLINE-PRÄSENZ

- Praxis Website
- Bewertungsportale

## ANBINDUNG MEDIZINISCHER GERÄTE

- EKG, Ultraschall usw.
- Labor
- SBGM, CGM, Pumpen, AID

## KOMMUNIKATION & DATENAUSTAUSCH

- KIM, eRezept, eAU, ePA
- Telefonanlage
- sichere Kommunikation (z.B. Lifetime)

## SPRECHSTUNDE

- Terminkalender
- Digitale Anamnesebögen, Fragebögen
- Digitales Formularmanagement
- Videosprechstunde, Videoschulung
- Diagnoseunterstützung

## PRÄVENTION

- Wearables
- Apps

## ADMINISTRATION UND ORGANISATION

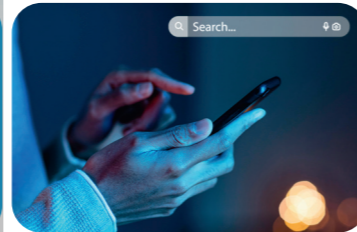
- Dokumentenverwaltung
- Automatisierung von Abläufen
- Warenwirtschaft
- Zeitmanagement
- Zugangskontrollen

## GEBÄUDETECHNIK

- Smart Meter
- Sicherungstechnik  
(Alarmanlage, Videoüberwachung)
- Smart Home Technik

## MOBILES ARBEITEN

- Hausbesuche
- Homeoffice



Terminauswahl, die rund um die Uhr möglich ist, kann die Treue der Patienten steigern. Zudem werden durch die Erinnerung zu Regeluntersuchungen mehr Folgetermine vereinbart.

Eine spezielle Kategorie sind Online-Rezeptionen. Das sind webbasierte Tools, die ähnlich wie der Telefonassistent die Anfragen der Patienten annehmen, indem sie ihn auf einem festgelegten Pfad abfragen, und die Antworten strukturiert an die Praxis weiterleiten.

Wie umgehen mit Bewertungsportalen? Suchen Sie sich und Ihre Praxis einmal im Internet. Sie werden sicher auch Bewertungen finden. Es ist daher sinnvoll, sich bei den führenden Bewertungsportalen anzumelden – so haben Sie zum einen die Kontrolle über die dort veröffentlichten Informationen zur Praxis, zum anderen erhalten Sie Übersichten zu Ihren Bewertungen. Bevor man jedoch einen kostenpflichtigen Eintrag bucht, sollte man den Nutzen genau abwägen. Die Leistungen unterscheiden sich teilweise sehr stark, beim teuersten Anbieter (sanego) kostet das reine Bewertungsportal mit etwas 2250 € im Jahr so viel wie die Kombination mit Online-Terminkalender bei Jameda. Einige Anbieter standen in den letzten Jahren in der Kritik, da die Bewertungen nicht immer transparent waren und auch, da vermutet wurde, dass die Inhaber von Premium-Profilen bessere Bewertungen erhalten haben.

Gegenüber den anderen Anbietern sticht Arzt-Auskunfte positiv hervor. Einerseits sind umfangreiche, aussagefähige kostenfreie Einträge möglich, andererseits arbeitet das von einer Stiftung betriebene Portal eng mit anderen Anbietern wie Krankenkassen zusammen. So besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, daß Ihre Informationen auch gefunden werden, wenn der Patient über das Portal seiner Krankenkasse sucht.

Wie organisiert man eine papierlose Praxis? Wenn der Patient die Praxis aufsucht, wird trotz optimaler Organisation im Vorfeld in den meisten Fällen zunächst

einmal ein Stapel Formulare abgearbeitet. Ob Datenschutzerklärung, Anamnesebogen, DMP-Einschreibung, Einschreibung in Selektivverträge – ein Großteil der Dokumentation ist für eine digitale Bearbeitung nicht vorgesehen. Dennoch lassen sich auch diese zeitraubenden Vorgänge an dafür geeignete Programme übergeben und bis hin zur Unterschrift digitalisieren (mit der Ausnahme von Vertragsformularen, die eine händische Unterschrift und den Versand des ausgedruckten Papiers – wie vor 100 Jahren – verlangen). Bedenken, dass die

Patienten mit einem Tablet nicht zurecht kommen, muss man nicht haben, selbst bei Hochbetagten funktioniert das reibungslos. Wichtig ist allerdings, dass genügend Tablets in der Praxis zur Verfügung stehen, um Staus zu vermeiden. Dabei ist die Investition in ein Tablet durchaus langlebig, iPads haben in der Vergangenheit meist 5 bis 7 Jahre lang Updates auf das neueste Betriebssystem erhalten. Dabei ist bei der Verwendung von iPads jeweils die preisgünstigste Variante vollkommen ausreichend, bei Android- und Windows-Tablets muss die notwendige Ausstattung vom Anbieter erfragt werden.

Die größte Hürde der Anwendungen liegt da, wo man sie nicht erwarten sollte: Es gibt, Stand Ende November 2023, kein Programm, das vollständig und sicher kompatibel mit allen Praxisverwaltungssystemen ist. Daher sollte man keinen Vertrag abschließen, solange nicht die einwandfreie Funktion auf dem eigenen Praxisverwaltungssystem nachgewiesen wurde (oder eine entsprechende uneingeschränkte Garantie des Anbieters vorliegt).

Sind eine oder mehrere geeignete Anwendungen gefunden, muss man sich damit auseinandersetzen, für welche Zwecke sie eingesetzt werden soll. Sollen damit nur der Anamnese-Bogen oder auch weitere Inhalte erfasst werden?

Benötigt man die Möglichkeit, Illustrationen einzzeichnen zu können? Werden Statistiken für die Auswertung in der Praxis gewünscht? Sind rechtssichere Unterschriften

Bei Typ-2-Diabetes

**GEWICHT VERLIEREN.  
BLUTZUCKER  
KONTROLLIEREN.**

Die frühe und anhaltende Gewichtsreduktion ist ein zentraler Baustein der Therapie des Typ-2-Diabetes. Erfahren Sie weshalb.

<https://le.lilly/43MEp0o>

PP-DE-889 / Juni 2023

Lilly





### So erstellen oder korrigieren Sie Ihre Suchmaschineneinträge



<https://business.google.com>

Zuerst den Eintrag bei Google erstellen bzw. bearbeiten. Sie müssen dafür bei Google angemeldet sein. Bietet die umfangreichsten Möglichkeiten (Öffnungs- und Schließzeiten, Info über Vertretung, Bilder uvm.



<https://www.bingplaces.com>

Bing kann die Daten des Google-Eintrages übernehmen. Folgen Sie einfach den Anweisungen.



<https://register.apple.com>

Nach Anmeldung mit Ihrer Apple-ID den Anweisungen folgen. Sie benötigen ein Dokument (Datei), das Ihre Angaben bestätigt. Nach Prüfung werden die Änderungen freigegeben.

ten erforderlich? Ein praktisches Feature, das von allen Anbietern angeboten wird, ist die Option unterschiedlicher Spracheinstellungen. Überlegen Sie gemeinsam mit Ihrem Praxispersonal, welche Funktionen Ihren Alltag tatsächlich erleichtern können.

In Abhängigkeit von der Größe der Praxis ist es auch sinnvoll, sich Gedanken um eine Digitalisierung der Verwaltungstätigkeiten zu machen. So kann ein Personalmanagement auch bei wenigen Beschäftigten sinnvoll sein, wenn z. B. Gleitzeitmodelle zur Anwendung kommen oder eine vereinfachte Arbeitszeiterfassung nicht möglich ist. Dagegen wird ein Warenwirtschaftssystem in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis eher die Ausnahme sein und ob eine Buchhaltungssoftware wirtschaftlich eingesetzt werden kann, sollte im Gespräch mit dem Steuerberater (der diese Dienstleistung oft auch anbietet) geklärt werden.

Auf die Möglichkeiten, die Videosprechstunden bieten, auf die aktuellen Entwicklungen in Bezug auf Online-Schulungen sowie auf die kommenden digitalen DMPs gehen wir in der nächsten Ausgabe näher ein.

Auch Programme, welche den Patienten daheim schon einen Symptomcheck ermöglichen und dem Arzt die Diagnosefindung erleichtern sollen, werden wir im nächsten Heft einer kritischen Betrachtung unterziehen.

**Toralf Schwarz**  
Vorstandsvorsitzender BVND

## DIGITALE PRAXIS Praxisverwaltungstools

Anbieter	Personalmanagement		Finanzverwaltung	
	Sieda	Papershift	Solvi	Buchhaltungsbutler
Website	<a href="http://www.sieda.com">www.sieda.com</a>	<a href="http://www.papershift.com">www.papershift.com</a>	<a href="http://www.solvi.de">www.solvi.de</a>	<a href="http://www.buchhaltungsbutler.de">www.buchhaltungsbutler.de</a>
Funktionen	Automatische Dienstplanung, Urlaubsplaner, Arbeitszeitkonten, Einteilung in Dienste und Qualifikationen, Rollierende Modelle, Aktive Einbeziehung von Mitarbeitern, Genehmigungsprozess für Urlaubsanträge, Zeiterfassung und Abrechnung	Dienstplanung, Urlaubsplaner, Schichtbewerbungen, Zeiterfassung, Rollierende Modelle, Auswahl von Arbeitszeit, Angabe von Verfügbarkeiten, Browser-Stempeluhr, Stundenkonto, Qualifikationen, Archiv, Uploads, Berichtswesen, Budgetierung, Fairness, Auswertungen, Priorisierter Support, Rollen- und Rechtssystem	Digitale Belegverwaltung, Online-Banking-Anbindung, Automatische Kontierung, Individuelle Branchenlösung, Schnitstelle Steuerbüro, Interaktive Auswertungen, Soll-Ist-Abgleich, Planung & Kontrolle, Personalanalyse, Verteilungsrechnung, Überprüfung Wirtschaftlichkeit	Belegerkennung (OCR) mit KI, Automatische Kontierung mit KI, Automatischer Zahlungsabgleich, Automatisches Sortieren, Beleg zu Transaktion, Kontierung über Stichwörter, Import von Buchungssätzen, Rechnungen, Angebote und Gutschriften, DATEV-Export & Steuerberater-Kooperation, Anbindung an das Online-Banking, Schnittstelle Steuerbüro, UmSt.-VA, BWA, EÜR, Bilanz, GuV
Preis / Monat incl. MwSt.	16,66 € pro 1-5 Mitarbeiter	9,52 € pro Mitarbeiter	124,95 € pro 5 Nutzer	35,64 € pro 5 Nutzer





## DIGITALE PRAXIS Bewertungsportale

Anbieter	Arzt-Auskunft	Jameda	Quimeda	Sanego	Ärzte.de
Website	<a href="http://www.arzt-auskunft.de/">http://www.arzt-auskunft.de/</a>	<a href="http://www.jameda.de/">http://www.jameda.de/</a>	<a href="https://www.quimeda.de">https://www.quimeda.de</a>	<a href="http://www.sanego.de/">http://www.sanego.de/</a>	<a href="http://www.aerzte.de">http://www.aerzte.de</a>
Betreiber	Stiftung Gesundheit	Docplanner Group	Redimax Ventures GmbH	ärzte.de Medi-Service	ärzte.de Medi-Service
Anzahl Nutzer (Ärzte)	380.000	210.000	k. A.	k. A.	410.000
Werbeeinblendungen	keine	keine	umfangreich	umfangreich	wenig
Kostenloser Basis-eintrag, editierbar	✓	✓	✓	✓	✓
Preis / Monat incl. MwSt.	11,07 € pro Schwerpunkt	Gold: 117,81 € Platin: 189,21 €	Gold: 5,83 € Platin: 17,73 €	M: 91,63 € L: 186,83 €	S: 27,00 € M: 77,00 € L: 157,00 € Einrichtung ggf. zusätzl. 129,00 €

ACCU-CHEK® Solo



# OHNE SCHLAUCH GEHT'S AUCH



## ACCU-CHEK SOLO

Die kleine schlauchlose Mikropumpe für mehr Flexibilität.

**Klein & flach:** Maximale Diskretion und Tragekomfort

**Flexibel:** Tragen und abnehmen wie man möchte

**Modular:** Nur wechseln, was wirklich nötig ist

**Praktisch:** Bolusabgabe mit und ohne Diabetes Manager



Jetzt die neue Flexibilität erleben auf:

[accu-chek-solo.de](http://accu-chek-solo.de)



Liebe Kolleg\*innen!

Aus aktuellem Anlass möchten wir Ihnen beispielhaft einen Ablaufplan für den Umgang mit dem 1 x wöchentlich zu applizierenden GLP 1 – Agonisten WEGOVY, welches nicht zu Lasten der GKV verordnet werden kann, zur Verfügung stellen. Insbesondere vor dem Hintergrund aktueller Versorgungsengpässe sollten wir als Diabetologen auch im Umgang mit diesen Medikamenten Klarheit signalisieren!

**Dr. Nikolaus Scheper**  
Vorsitzender BVNDakademie

## Konzept WEGOVY – Abnehmen mit der »Wochenspritze«

Indikation für die Wunschbehandlung (IGeL) mit GLP1 – Agonisten:

**- morbide Adipositas mit BMI mindestens > 30 kg/qm**

Leistungen **vor** Behandlungsbeginn:

**individuelle Anamnese + Beratung** (GOÄ 34, 2,3/3,5fach) ➔ € 40,22 / 61,20

**Sonographie** der Leber, Pankreas, Gallenwege, Nieren (GOÄ 410 + 3x420, 3,5fach mit Begründung) ➔ € 89,76

**Labor** (~250°, BB, AP, yGT, GOT, GPT, Lipase, Krea, GFR, Harnsäure, TSH, BZ, HbA1c (GOÄ 1,15fach)) ➔ € 60,49

**individuelle Schulung** zu Bewegung + Ernährung (GOÄ 33, 2,3fach) ➔ € 40,22

fakultativ **BIA – Messung** (zur Kontrolle der Fettgewebssituation / -reduzierung) (GOÄ 652A 1,8fach) ➔ € 26,54

bei **V.a. Leberzellschaden** (z.B. durch Sono, Labor, Anamnese, FIB4-Score) Empfehlung zum FibroScan (GOÄ 424A) ➔ € 93,84

Rezeptierung ausschließlich als Privatleistung! Wiederholungsrezepte dito! (GOÄ 1, 2,3fach) ➔ € 10,73

Regelmäßige Coaching- / Besprechungstermine – alle 4-6 Wochen –, um eine Nachhaltigkeit beim Verhaltenswechsel zu erreichen (D-/E-Beraterin)

Regelmäßige Laborkontrollen empfohlen – erstmals nach 4 Wochen

**Interesse?? Bitte sprechen Sie uns an!**

**Ihr Praxis Team**



Tipp: Den Ablaufplan können Sie als pdf per E-Mail »m.wilde@med-info-gmbh.de« anfordern

## Verordnung von GLP-1-Rezeptor-Agonisten plus Zubehör

Im Gegensatz zu den bisher verfügbaren GLP-1-Rezeptor-Agonisten wird Tirzepatid in Deutschland nicht im Fertigen ausgeliefert, sondern in Durchstechflaschen zur Einmalentnahme. Da keine Spritzen und Kanülen zur Injektion mitgeliefert werden, müssen diese zusätzlich verordnet werden. Dies erfolgt auf einem Hilfsmittelrezept.

Dabei ist auf die korrekte Formulierung zu achten.

Das Rezept sollte folgenden Inhalt aufweisen:

Produktart: 03.29.01.1 Kunststoffspritzen, 1 ml, graduiert in Schritten von mindestens 0,1 ml

zusätzlich erforderlich:

Angabe der benötigten Menge (die kleinste Packungseinheit enthält i. d. R. 100 Stück)

Indikation: zur Arzneimittelapplikation bei medizinisch erforderlicher Arzneimittelbehandlung mit Tirzepatid, Diagnose: Diabetes mellitus Typ 2

Auf keinen Fall dürfen Insulinspritzen verordnet werden, diese können – wegen der Einteilung in Einheiten – eine Fehldosierung verursachen, außerdem sind sie nur zur Insulintherapie erstattungsfähig.

Die Verordnung von Injektionskanülen, ebenfalls auf Hilfsmittelrezept, ist unproblematisch.

**Toralf Schwarz**  
Vorstandsvorsitzender BVND





# Handlungsempfehlung

der Deutschen Diabetes Gesellschaft/Kommission Digitalisierung

für Diabetesteam in ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen

zur Datensicherheit und zum Datenaustausch

**Ziel:** Diese Handlungsempfehlung verfolgt – als Ergänzung zum „Kodex der DDG zur Digitalisierung“ (2023) – das Ziel, einen Handlungsrahmen für den praktischen Alltag in Form einer Checkliste anzubieten. Eine regelmäßige (z.B. jährliche) Überarbeitung sowie eine Prüfung und Anpassung an mögliche juristisch veränderte Rahmenbedingungen ist vorgesehen.

**Zielgruppe:** Diabetesteam in ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen sollen durch diese Handlungsempfehlung mehr Wissen über die Rechtslage sowie Sicherheit im Umgang mit Patientendaten und dem Datenaustausch, vor allem bei cloudbasierten Diabeteshilfsmitteln und sonstigen digitalen Anwendungen, gewinnen.

**Hintergrund:** Die Vorgehensweise der Industrie und deren Widerstände gegen eine gleichberechtigte, verantwortungsvolle Datenerhebung und -nutzung ruft beim täglichen Gebrauch von digitalen Anwendungen bei der Betreuung von Menschen mit Diabetes erhebliche rechtliche Unsicherheiten bei Ärzt\*innen und Gesundheitsfachkräften in Diabetesteam hervor. Diese Handlungsempfehlung erhebt keinen Anspruch auf Rechtssicherheit im Umgang mit digitalen Anwendungen, sondern soll eine Orientierungshilfe für eine digitale Patientenbetreuung im vorgegebenen Rechtsrahmen (DGSVO) darstellen.

**Empfehlungsliste zur Erhöhung der Sicherheit im Umgang mit Daten und Datenaustausch für Diabetesteam in ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen:**

**1.** Fordern Sie bei der Verordnung von technischen Hilfsmitteln den kompletten Lieferumfang ein (z.B. auf dem Verordnungsformular (Muster 16) als Extraposition): Technische Einweisungen sowie Fragen zu technischen Problemen sind die Aufgabe der Produkthersteller\*in-

nen, wofür die Kostenübernahme durch die Krankenkasse erfolgt. Diese Tätigkeit ist nicht Aufgabe der Diabetesteam. Digitale Einweisungen für Patient\*innen im Selbstlernformat durch die Produkthersteller\*innen ohne die Möglichkeit der Interaktion und die Möglichkeit Fragen zu stellen, erfüllen die geforderten Aspekte einer technischen Einweisung nicht. In diesem Zusammenhang sollten unsere guten Erfahrungen im Umgang mit interaktivem Lernen verpflichtend sein.

**2.** Schriftliche Vereinbarungen mit den Anbieter\*innen der Industrie, die aufgrund des Umfangs und des Inhaltes nicht verständlich sind, sollten (auch bei Nachteilen für die Praxisabläufe und die Patientenbetreuung) nicht unterschrieben werden, wenn die daraus entstehenden möglichen Konsequenzen nicht klar zu erkennen sind.

**3.** Bei der Nutzung von cloudbasierten Formaten ist ein wirksamer Schutz der eigenen EDV-Systeme durch geeignete Schutzmaßnahmen (z.B. Firewall) unerlässlich.

**4.** Das gemeinsame Anschauen/Nutzen/Prüfen von in einer Cloud gesammelten und hinterlegten Daten für das Beratungsgespräch zwischen Diabetesteam und Patient\*innen stellt keine Datenverarbeitung im Sinne des Datenschutzrechts (DSGVO) dar. Der Zugang mit der ärztlichen IP-Adresse zu patientenbezogenen Daten in einer Cloud ist diesbezüglich unproblematisch.

**5.** Kommen Sie Ihrer Informationspflicht gegenüber den Patient\*innen über den Umgang mit ihren Daten nach und lassen Sie sich eine Erklärung der Kenntnisnahme schriftlich bestätigen.

**6.** Sorgen Sie dafür, dass Umfang und Inhalt von delegierbaren ärztlichen Leistungen an die Gesundheitsfachkräfte zum Thema „Datensicherheit und Datenaus-

tausch“ im Rahmen des einrichtungsspezifischen Qualitätsmanagements mit konkreten Absprachen, Prozessen und Handlungsanweisungen hinterlegt sind.

**7.** Alle Teammitglieder müssen diesen hinterlegten Rechtsrahmen bei der Datenverarbeitung einhalten.

**8.** Ärzt\*innen und nichtärztliches Fachpersonal sind verpflichtet, ihren Kenntnisstand für verantwortungsvolles Handeln im Umgang mit digitalen Anwendungen und deren Bestimmungen im Sinne einer optimierten patientenzentrierten Betreuung regelmäßig zu aktualisieren.

**9.** Grundsätzlich gilt auch beim Thema Digitalisierung: Bei fehlender Notwendigkeit zur Information ist „weniger manchmal mehr“. Für Informationen, die Sie an Patient\*innen geben, stehen Sie – wie in allen anderen Bereichen unseres Tätigkeitsfeldes auch – in der Haftung. Konkret bedeutet das, dass Sie zu Details einer zwar für die Patientenbetreuung notwendigen, aber nicht von Ihnen verordneten App für digitale Devices auch keine Einweisung machen bzw. Informationen geben müssen.

**Stand: November 2023**

Erstellt durch Dr. med. Nikolaus Scheper und Angelika Deml für die DDG-Kommission Digitalisierung; geprüft von Rechtsanwalt Prof. Niko Härting/Berlin; im Einvernehmen mit den Vorständen der AGDT, der DDG, des BVND, des VDBD und diabetesDE.

**DDG** Deutsche Diabetes Gesellschaft

**DDG KOMMISSION Digitalisierung**

**BVND**

diabetesDE DEUTSCHE DIABETES HILFE

**D**

**VDBD** VERBAND DER DIABETES-ERNAHRUNG- UND SCHULUNGSEXPERTEN IM DEUTSCHEN RAUM

## Anhang zur Handlungsempfehlung der DDG/Kommission Digitalisierung

Auf Wunsch vieler Kommentare, die zwar alle zur Entstehung der Handlungsempfehlung beigetragen haben, aber nicht alle komplett Eingang in den Text gefunden haben, haben die Autoren diesen Anhang, der zu Einzelpunkten ergänzende Informationen enthält, erstellt.

**ad 1.** Der Raum für Text ist auf dem Verordnungsformular (Muster 16) auf den ersten Blick limitiert; allerdings kann man in der Druckersoftware die Einstellungen so wählen, dass der Drucker sich im Bedarfsfall ein zweites Formular holt, um Resttexte ebenfalls auszudrucken. Zusammengeheftet und einzeln unterschrieben gilt das dann als eine Verordnung.

Das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) / Medizinproduktegesetz (MPG) sieht in Bezug auf die Durchführung einer technischen Einweisung bzgl. der konkreten Ausgestaltung keine bestimmten Regelungen vor; aber die Erfahrung aus den Diabetes-Teams zeigt, dass Selbstlernformate ohne die Möglichkeit der Interaktion und ohne die Möglichkeit Fragen zu stellen zu vermehrtem Arbeitsaufwand in Bezug auf grundlegende technische Fragen bei den Diabetes-Teams führen.

Siehe auch: Umsetzung der Einweisungsverpflichtung für Medizinprodukte – Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., Am Zirkus 2, 10117 Berlin

Stellungnahme der Deutschen Diabetes Gesellschaft mit ihrer Arbeitsgemeinschaft Diabetes & Technologie zur Technischen Einweisung vs. Schulung in der Diabetologie: Definitionen und Abgrenzung der Leistungen am Beispiel rtCGM; 2023 Berlin

**ad 2.** Hintergrund dieser Empfehlung ist die Tatsache, dass manche Industrieunternehmen Leistungserbringern intransparente und unverständliche Vereinbarungstexte mit einem nahezu unüberschaubaren Umfang mit dem Ziel zur Unterschrift vorgelegt haben, das Risiko missbräuchlicher Datennutzung allein auf den Unterzeichner zu übertragen.

**ad 3.** Über wirksame Schutzmaßnahmen für die Hard- und Software der PVS- / KIS- Programme kann man sich auf der Seite der KBV informieren.

**ad 4.** Kommentare / Quellen RA Härting: In Art. 4 Nr. 2 DSGVO wird der Begriff der „Verarbeitung“ definiert. Darunter fällt das Erheben, das Aufschreiben oder Aufnehmen von Daten, nicht jedoch das Memorieren (so ausdrücklich Ernst in Paal/Pauty, DSGVO, 3. Aufl. 2021, Art. 4 DSGVO Rn. 24). Es bedarf eines „aktiven Tuns“. Es ist erforderlich, aber auch ausreichend, dass der Verantwortliche über die Daten verfügt (Arning/Rothkegel in Taeger/Gabel, DSGVO, 4. Aufl. 2022, Art. 4 Rn. 71 f.)

**ad 5.** Musterformular DDG?

**ad 9.** Bei den zur Diskussion stehenden Apps handelt es sich z.B. um Libre View, Glooko, Dexcom Clarity, Dexcom Follow – App, CareLink (Medtronic) und andere.



## Information

## IT-Unterstützung bei GDM-Behandlung und Datenweitergabe an GestDiab-Register

Es ist uns gelungen, die Anamnesetexte von GestDiab zu GDM und T1/ T2 Schwangerschaften über ein Smartphone oder ein Tablet zu erfassen und sowohl für die PVS-Akte als auch die Datenerfassung in GestDiab in einem Schritt zu nutzen.

Dies erfolgt über die Software der Firma Simpleprax. Zusätzlich werden die Patienteninformation und der Einwilligungsbogen in dem GestDiab Modul von Simpleprax angezeigt und im Weiteren gespeichert.

In der PVS-Akte werden die Eingaben als PDF gespeichert, aber auch in beliebigen Textgruppen abgelegt, sodass sie wie bisher weiterverarbeitet werden können, z. B. für die Briefschreibung. Weiterhin wird eine Import-Datei für die GestDiab-Datenbank bereitgestellt. Mit nur einem Klick werden alle Daten zu GestDiab übermittelt.

Die Software ist natürlich auch für alle anderen Patientenformulare der Praxis nutzbar.

Simpleprax bietet die Nutzung für die GestDiab-Anamnesebögen inklusive Datenbankexport kostenfrei an (Ausnahme: Speicherung in den Textgruppen des PVS).

Wir haben das System in einer Praxis für GestDiab installiert und sind so überzeugt, dass wir jetzt schon berichten. Mitte Dezember wollen wir an den Start gehen.

**Matthias Kaltheuner**  
Geschäftsführer der winDiab gGmbH

Sichern Sie sich einen Platz auf der Warteliste:  
<https://massive-eyes-700271.framer.app/diabetologie/gestdiab>

Weitere Infos zu GestDiab unter  
[www.gestdiab.de](http://www.gestdiab.de) und zu Simpleprax unter <https://simpleprax.com/>



## Register Intrauteriner Fruchttod bei Schwangerschaften mit Diabetes Projekt der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und der Deutschen Diabetesgesellschaft

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der intrauterine Fruchttod (IUFT) ist glücklicher Weise ein seltenes, aber höchst dramatisches Ereignis. Trotz verbesserter Technologie für die Optimierung der Blutglukoseeinstellung und geburtshilflichen Überwachungsmöglichkeiten ist der IUFT bei Schwangeren mit präexistentem Diabetes 4-6 mal häufiger als bei der Durchschnittbevölkerung. Eine deutsche Studie aus dem Jahre 2020 berichtet von 1,4% (Hauffe 2020), damit liegen wir im Durchschnitt der europäischen Länder. Die aktuelle allgemeine IUFT-Rate betrug in Deutschland 2019 0,39%. Hochgerechnet auf die Prävalenz von Schwangeren mit Diabetes von 1,27% sind das potentiell 100-150 Fälle von IUFT pro Jahr bei präexistentem Diabetes in Deutschland. Die Ursachen sind weitgehend ungeklärt.

Ziel der Initiative der AGG und der Deutschen Diabetesgesellschaft ein **nationales Register von IUFT-Fällen im Zusammenhang mit Diabetes** zu erstellen, ist die Erfassung von Risikofaktoren für den IUFT bei präexistentem Diabetes in unserem deutschen geburtshilflichen Kollektiv. Daraus möchten wir individualisierte Managementstrategien entwickeln, die sowohl die Rate an IUFT senken, als möglicherweise auch die Rate an präventiven Geburtseinleitungen reduzieren können.

**Wir möchten Sie daher bitten, uns für die Jahre 2018 – 2022 (rückwirkend 5 Jahre) die Zahl der Geburten mit präexistentem Diabetes an Ihrem Haus und die Zahl der in diesem Kollektiv aufgetretenen IUFT per E-Mail an [iuft.diabetes@gmail.com](mailto:iuft.diabetes@gmail.com) zu melden. Zusätzlich möchten wir prospektiv auftretende IUFT bei Schwangeren mit präexistentem Diabetes erfassen. Auch diese können Sie per E-Mail an [iuft.diabetes@gmail.com](mailto:iuft.diabetes@gmail.com) melden.**

Wir senden Ihnen für jeden gemeldeten Fall dann einen Datenerhebungsbogen zu und bieten Ihnen telefonische Unterstützung bei der Datenerhebung an (Ansprechpartnerin Frau Martina Gierse). Ziel ist es, möglichst detaillierte Angaben zur Stoffwechselkontrolle und zu geburtshilflichen Parametern zu erhalten. Wichtig ist aber auch schon allein die Erfassung der geburtshilflichen Basisdaten. Da es sich um eine Datenerhebung im Rahmen einer Qualitätssicherungsmaßnahme handelt, ist eine Einwilligungserklärung der Patientinnen nicht erforderlich. Ein Ethikvotum liegt sowohl für die prospektive als auch die retrospektive Datenerhebung vor.

Vielen herzlichen Dank für Ihre Unterstützung  
Studienleitung von IUFT-DIAB

Geburtshilfe:

Prof. Dr. Schäfer-Graf, Berlin

email: [Ute.schaefer-graf@sjk.de](mailto:Ute.schaefer-graf@sjk.de)

Sektionsleiterin Diabetes/Adipositas der AGG, DGGG

Sprecherin Board AG Diabetes & Schwangerschaft, DDG

Diabetologie:

Dr. Matthias Kaltheuner, Leverkusen

email: [m.kaltheuner@web.de](mailto:m.kaltheuner@web.de)

Geschäftsführer der winDiab gGmbH

Prof. Dr. Tanja Groten, Jena

Email: [tanja.groten@uni-jena.de](mailto:tanja.groten@uni-jena.de)

2. Vorsitzende AGG, DGGG, Board AG Diabetes & Schwangerschaft



AG Diabetes &  
Schwangerschaft der DDG





Mein Job  
macht jetzt  
richtig Spaß!



Diabetologische  
Fachassistenz

DFA

Ein Fortbildungsangebot  
für nicht-ärztliche  
Mitarbeiter/innen aus  
diabetologischen  
Schwerpunktpraxen  
sowie für alle an Diabetes  
interessierte MFAs.

Mach mehr  
aus  
deinem Job!

Lassen Sie sich jetzt unverbindlich  
per E-Mail oder Fax registrieren.

Mehr Infos:  
Alexander Rappold  
Tel: 07321 94691-10  
E-Mail: a.rappold@med-info-gmbh.de



## Therapieoptimierung durch Biofeedback

CGM – mit visualisierten Glukoseverläufen zu einem bewussteren Essverhalten

Ernährungstherapien zählen zu den Grundlagen eines effektiven Diabetesmanagements bei Menschen mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes.<sup>1,2</sup> Mit einer kontinuierlichen Glukosemessung (CGM) können Patient:innen postprandiale Glukoseverläufe im Blick behalten und nachvollziehen, wie sich das Ess- und Trinkverhalten auf ihren Glukosespiegel auswirken.

### „Sichtbarmachen“ von Glukoseverläufen – Vorteile für Patient:innen und Diabetestteams

Mittels CGM erhalten Patient:innen ein direktes Biofeedback auf ihre Ernährung. Der Einblick in die eigenen Glukosewerte kann helfen, das Essverhalten positiv zu verändern und so zu einem effektiveren Diabetesmanagement beitragen. Behandler:innen können anhand der Glukoseverläufe Probleme identifizieren und mit individuellen Ernährungsempfehlungen zu gesunder, ausgewogener Kost unterstützen. Zudem können gute Verläufe eine Motivation für Patient:innen sein, Lebensstilinterventionen konsequent fortzuführen, um langfristig die glykämische Kontrolle und den HbA1c-Wert zu verbessern.

#### Diabetesmanifestation und Remission: Einfluss von Ernährung und Gewichtsreduktion

Auch aktuelle Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass ein verändertes Ernährungsverhalten und eine damit verbundene Gewichtsreduktion, positive Effekte bei prädiabetischen Personen als auch bei Patient:innen mit Typ-2-Diabetes, die an Übergewicht leiden, haben kann. Bereits eine Gewichtsreduktion um 3-5 kg Körpergewicht zeigte eine 60-prozentige Reduktion der Typ-2-Diabetesmanifestation bei Personen mit Prädiabetes.<sup>3,4</sup> Bei 10 kg Gewichtsreduktion konnte sogar bei 90 Prozent der Studienteilnehmer:innen die Diabetesmanifestation über 3 Jahre verhindert werden.<sup>3,5</sup> Bei bereits bestehendem Typ-2-Diabetes führte eine Gewichtsreduktion von 15 kg in 86 Prozent der Fälle zu einer Remission.<sup>5,6,7</sup>

#### Kontinuierliches Glukosemonitoring zeigt postprandiale Verläufe

Mit standardisierten Mahlzeitentest können die individuellen Effekte von Lebensmitteln sichtbar gemacht werden. Voraussetzung ist, dass die Patient:innen Insulingaben und

Nahrungsaufnahme dokumentieren. Mit einem CGM-System wie FreeStyle Libre 3 werden die Glukosedaten jede einzelne Minute<sup>1</sup> erfasst und erlauben eine strukturierte Analyse, die zu einer individuellen Empfehlung und Therapieentscheidung herangezogen werden kann.<sup>8</sup>

#### Bewertung postprandialer Glukoseverläufe mit CGM

Nach strukturierter Analyse postprandialer Glukoseverläufe hilft eine Einordnung der Güte der Verläufe. Je häufiger diese Bewertung stattfindet, desto leichter fällt die Blickdiagnose im Praxisalltag.<sup>8</sup> Als Grundlage dieser Einordnung ist es empfehlenswert, folgende Aspekte zu bewerten (s. Abbildung). Insgesamt profitieren nicht nur Menschen mit Diabetes von CGM, indem sie ihren individuellen Glukoseverlauf besser verstehen können, auch Behandlungsteams gewinnen bessere Einblicke und können zielgerichteter personalisierte Empfehlungen aussprechen.

#### Referenzen:

1. Deutsche Diabetes Gesellschaft, 2023. S3-Leitlinie. Therapie des Typ-1-Diabetes. AWMF-Registernummer: 057-013.
2. Landgraf, R. et al. Diabetologie und Stoffwechsel, 2022;17(S 02): S159-S204.
3. Skurk, T. et al. Diabetologie und Stoffwechsel 2021; 16(S02): 255 – 289. DOI: 10.1055/a-1543-1293
4. Uusitupa, M. et al. Nutrients. 2019 Nov 1;11(11):2611. doi: 10.3390/nu11112611.
5. Raben, A. et al. Diabetes Obes Metab. 2021 Feb;23(2):324-337. doi: 10.1111/dom.14219.
6. Lean, ME. Et al. Lancet. 2018 Feb 10;391(10120):541-551. doi: 10.1016/S0140-6736(17)33102-1.
7. Uusitupa, M., Lindström, J., Tuomilehto, J. Eur J Clin Nutr. 2018 Sep;72(9):1260-1266. doi: 10.1038/s41430-018-0223-x.
8. Kröger, J. et al. Kirchheim Verlag, 2020; AGP-Fibel Ernährung. Mit CGM postprandiale Glukoseverläufe analysieren.

<sup>1</sup> Der Sensor ist 60 Minuten nach der Aktivierung für die Glukosemessung bereit.

	Optimal	Individuelle Entscheidung	Auffällig
1. Postprandiale Glukosewerte	bis 10 mmol/L (bis 180 mg/dL)	10 bis 13,9 mmol/L (180 bis 250 mg/dL)	über 13,9 mmol/L (über 250 mg/dL)
2. Differenz des Anstiegs	bis 3,3 mmol/L (bis 60 mg/dL)	3,3 bis 5,6 mmol/L (60 bis 100 mg/dL)	über 5,6 mmol/L (über 100 mg/dL)
3. Glukoseanstieg	langsam	mittel	schnell
4. Dauer	bis 3 Stunden	bis 4 Stunden	über 4 Stunden
5. Besondere Auffälligkeiten	individuell	individuell	individuell

Abbildung: Einordnung postprandialer Glukoseverläufe<sup>4</sup>

Agenturfoto. Mit Model gestellt.  
Glukosedaten dienen zur Illustration,  
keine echten Patientendaten.  
Das Sensorgehäuse, FreeStyle, Libre  
und damit verbundene Markennamen  
sind Marken von Abbott  
© 2023 Abbott. ADC-84648 v1.0







## Labortechnik



## Hygiene



## Praxisorganisation



## Dienstleistungen



## Selektivverträge

Qualitätsprodukte für  
diabetologische Praxen  
zu Sonderkonditionen

[www.diamed-eg.de](http://www.diamed-eg.de)



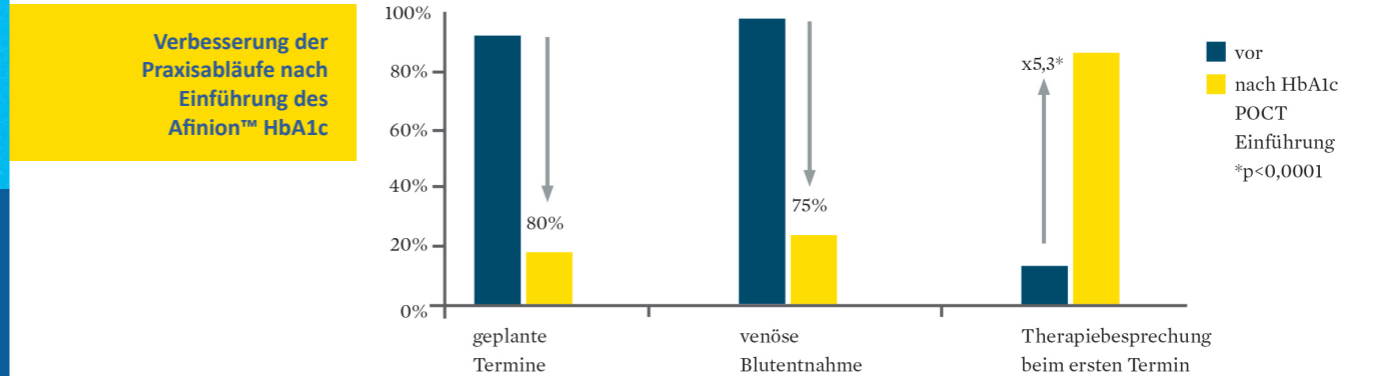
Für den Überblick aller Produkte  
bitte QR-Code scannen

# AFINION™ 2 Analyzer



Afinion™ 2 ist ein führendes, primär für die Point-of-Care-(POC)-Diagnostik entwickeltes Multitest-Analysegerät zur raschen, präzisen und zuverlässigen Bestimmung verschiedener wichtiger Laborparameter wie HbA1c, C-reaktives Protein (CRP), Lipid-Panel und Albumin-Kreatinin-Quotient (ACR) in Laborqualität.

WELCHE VERBESSERUNGEN KÖNNEN SICH MIT AFINION™ HbA1c IM PRAXISALLTAG ERGEBEN?  
In einer deutschen „Real-World“-Studie wurde untersucht, wie sich die Implementierung des Afinion™ HbA1c-Messgeräts auf die Praxisabläufe und die Zufriedenheit von Ärzten, Praxispersonal und Patienten auswirkte.



Insgesamt bestätigten Ärzte und Praxismitarbeiter mit der Einführung von Afinion™ HbA1c eine deutliche Verbesserung des Praxis-Workflows und eine spürbare Entlastung für die Praxis und die Patienten. Wichtigster Vorteil war aus ärztlicher Sicht die schnelle Möglichkeit einer Therapieanpassung durch die unmittelbare Verfügbarkeit der Werte, was auch 83 % der Patienten so beurteilten.

diagnostische Ergebnisse von Ringversuchen bestätigen, dass die Qualität der Messungen auch in der täglichen Praxis gewährleistet bleibt, selbst wenn sie nicht von Laborpersonal durchgeführt werden.

### WIE GENAU SIND DIE ERGEBNISSE VON AFINION™ HbA1c?

Afinion™ HbA1c ist durch das National Glucose Standardisation Program (NGSP) und die International Federation for Clinical Chemistry (IFCC) zertifiziert und liefert Ergebnisse in Laborqualität. So zeigen Studien, dass der Afinion™ HbA1c-Assay im Vergleich mit in großen Labors durchgeführten Routine- oder Referenzmessungen eine hohe Genauigkeit mit Abweichungen nahe Null und einem Variabilitätskoeffizienten unter 2 % aufweist.

Testen Sie unser Afinion™ Angebot und überzeugen Sie sich selbst in Ihrer Praxis von den Vorteilen der Nutzung eines Point-of-Care-Geräts. Es kann Ihnen und Ihren Mitarbeitern beim Patienten- und Praxis-Management dazu verhelfen, rundum bessere Ergebnisse zu erzielen.

Der Abschlussreport der Scandinavian Evaluation of Laboratory Equipment for Point of Care Testing (SKUP) unterstreicht zudem die hohe Präzision des Afinion™ HbA1c. Weitere Stu-



AFINION™ 2 Analyzer



# Datenschutzpaket nach DSGVO

## Jetzt über Ihre Genossenschaft erhältlich

### Datenschutzpaket

Das Datenschutzpaket enthält zwei aufeinander abgestimmte Komponenten und nimmt Ihnen den Großteil des Aufwandes zur Einführung der neuen DSGVO in Ihrer Praxis ab:

✓ **Checkliste für Ihre Praxis**

Rasche Bestandsaufnahme zur DSGVO für Ihre Praxis. Durch einfaches Abhaken überprüfen Sie spielend einfach die wichtigsten Punkte und lokalisieren Handlungsbedarf

✓ **Datenschutz-Ordner mit Musterformularen**

Kern des Datenschutzpaketes ist der Datenschutz-Ordner. Er enthält alle wichtigen Formulare und Empfehlungen, die Sie seit Einführung der DSGVO vorhalten müssen.

Neben Patienteninformationen sind dies Beschreibungen der Verarbeitungsverfahren von Daten, Listen über Zugriffsberechtigungen und Einweisungen der Mitarbeiter.

Alle Formulare können auf Papier oder elektronisch an Ihre Praxis angepasst werden. Der resultierende individuelle Datenschutz-Ordner ist eine ideale Ergänzung Ihres QM-Handbuchs.

Die erste Abmahnwelle zur neuen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) rollt. Die KV Bremen empfahl kürzlich ihren Mitgliedern, ihre Webseiten lieber vom Netz zu nehmen, wenn nicht sicher ist, ob die Praxishomepage allen Anforderungen der DSGVO gerecht wird.

Lassen Sie es nicht soweit kommen. Gemeinsam mit der DiaMed eG haben wir ein Datenschutzpaket geschnürt, das insbesondere für kleine Praxen interessant ist, die keinen eigenen Datenschutzbeauftragten benötigen.

Während große Praxen mit mehr als 20 Mitarbeitern sich eines internen oder externen Datenschutzbeauftragten bedienen müssen, ist in kleineren Einheiten der Praxisinhaber selbst für die Einhaltung aller Datenschutznormen verantwortlich. Das ist zeitaufwändig und erfordert die Einarbeitung in eine fremde und trockene Materie.

Legen Sie einen Datenschutzordner mit allen relevanten Formularen und Informationen an und schulen Sie Ihre Mitarbeiter.



Das Datenschutzpaket reduziert den Aufwand für die Einführung der DSGVO in kleineren Praxen auf ein Minimum. Sie können sicher sein, an alles gedacht zu haben.



## Jetzt Mitglied werden und von den Sonderkonditionen der Genossenschaft profitieren!

- Keine Beitragszahlung
- Einmaliger Kauf eines Genossenschaftsanteils in Höhe von 50€
- Rückerstattung des Genossenschaftsanteils bei Austritt

**Ihre Vorteile auf einen Blick:**

Sonderkonditionen und Bestpreis für Genossenschaftsmitglieder bei unseren vielfältigen Einkaufsaktionen in den Bereichen

- ▶ Diagnostik und Laborzubehör
  - ▶ Praxisorganisation
  - ▶ Dienstleistungen
- sowie die Möglichkeit der Honorarabwicklung von Selektivverträgen

Nebenstehend finden Sie den Mitgliedsantrag der DiaMed eG. Füllen Sie diesen bei Interesse gerne aus und senden ihn per E-Mail oder Fax an uns zurück.

Oder einfach den QR-Code zum Download des Mitgliedsantrags scannen



Ihre Ansprechpartnerin in der DiaMed-Geschäftsstelle:

Melis Hasanefendioglu

☎ 07321 94 691 11

☎ 07321 94 691 40

✉ info@diamed-eg.de

🌐 www.diamed-eg.de





**BUNDESVERBAND  
NIEDERGELASSENER  
DIABETOLOGEN E. V.**

## Werden auch Sie BVND Mitglied!



### Gestalten Sie zusammen mit uns die diabetologische Zukunft

Wir als Diabetologinnen und Diabetologen wollen optimistisch in die Zukunft blicken. Positive Entwicklungen erreichen wir nur, wenn wir im starken Kollektiv agieren – Zeichen setzen, um etwas zu bewegen. Es geht um nicht weniger als die Stärkung unseres Fachgebietes, die Verbesserung der diabetologischen Versorgungsstrukturen, die Honorierung unserer stark ausgeprägten Sprechtherapie, Förderung der Digitalisierung und Nachwuchsgenerierung – mit einem Wort: **Berufspolitik!**



QR Code scannen  
und Mitglied werden

### Angebot an alle Landesgruppen: Was liegt Ihnen auf dem Herzen?

Sie haben Meldungen aus Ihrer Landesgruppe, die Sie mit anderen BVND Mitgliedern teilen möchten? Dann können Sie dies gerne tun. Dem BVND Vorstand ist es ein wichtiges Anliegen, dass auch Vorgänge auf regionaler Ebene bundesweit kommuniziert werden. Anregungen, Themenvorschläge und Beiträge können Sie jederzeit direkt an die Geschäftsstelle schicken.

#### BVND-Geschäftsstelle:

**Telefon** 07321 94 691 21  
**Telefax** 07321 94 691 40  
**E-Mail** mail@bvnd.de

## Der BVND Vorstand

#### Vorsitzender

Toralf Schwarz  
Praxis für Innere Medizin  
Weinhold-Arkade 4 | 04442 Zwenkau  
Tel.: 03420 332187  
✉ t.schwarz@bvnd.de

#### Stellv. Vorsitzende

Dr. med. Iris Dötsch  
Diabetologische Schwerpunktpraxis  
am Kurfürstendamm  
Joachim-Friedrich-Str. 46 | 10711 Berlin  
Tel.: 030 89044580  
✉ i.doetsch@bvnd.de

#### Stellv. Vorsitzender

Dr. med. Tobias Wiesner  
MVZ Stoffwechselforschung Leipzig  
Prager Straße 34 | 04317 Leipzig  
0341 2718880  
✉ t.wiesner@bvnd.de

#### Schatzmeisterin

Antje Weichard  
Diabeteszentrum Magdeburg-Haldensleben  
Lübecker Straße 105 | 39124 Magdeburg  
Tel.: 0391 25199642  
✉ a.weichard@bvnd.de

#### Schriftführer

Dr. med. Tobias Ohde  
Ambulantes Diabeteszentrum  
Altenessener Str. 525 | 45329 Essen  
Tel. 0201 351415  
✉ t.ohde@bvnd.de

#### Beisitzerin

Silke Fröhlich  
Diabetologische Schwerpunktpraxis  
Grete-Schött-Ring 7 | 48308 Senden  
Tel.: 02597 9 39 90 44  
✉ s.froehlich@bvnd.de

#### Beisitzerin

Dr. med. Inga-Nadine Kummer  
Fachinternisten Aschaffenburg  
Elisenstr. 28 | 63739 Aschaffenburg  
Telefon: 06021 3427-00  
✉ i.kummer@bvnd.de

#### Beisitzer

Dr. med. Ralf-Uwe Häußler  
Diabetologische Schwerpunktpraxis  
Teltower Damm 23 | 14169 Berlin  
Tel.: 030 805 811 88  
✉ u.haeussler@bvnd.de

#### Geschäftsführer BVND

Frank Wallbrecht  
Hainenbachstr. 25 | 89522 Heidenheim  
Tel.: 07321 9469112  
✉ f.wallbrecht@med-info-gmbh.de

#### Kassenprüferin

Dr. med. Kerstin Wernken  
Diabetespraxis Rathausallee  
Rathausallee 6-8 | 47239 Duisburg  
Tel.: 02151 535251  
✉ wernken@diabetes.rathausallee.de

#### Kassenprüfer

Hans-Joachim Herrmann  
Gemeinschaftspraxis Herrmann u. Kollegen  
Marktplatz 3 | 55270 Schwabenheim  
Tel.: 06130 941880  
✉ praxis@hj-herrmann.de



Alle Vorstandsmitglieder und die Geschäftsstelle können gleichzeitig über die gemeinsame E-Mail-Adresse [vorstand@bvnd.de](mailto:vorstand@bvnd.de) erreicht werden.

## Die BVND Landesgruppen und Landesverbände

#### Landesgruppe Bayern des BVND

Landesgruppensprecher:  
Dr. med. Arthur Grünerbel | Dr. med. Annemarie Voll

#### BVND Landesverband Berlin e.V.

Vorsitzende:  
Dr. med. Ralf-Uwe Häußler | Dr. med. Iris Dötsch

#### Landesgruppe Brandenburg des BVND

Landesgruppensprecher:  
Jörg Thelen

#### Landesgruppe Saarland des BVND

Landesgruppensprecher:  
Dr. med. Alexander Segner | Dr. med. Richard Berthold

#### Landesgruppe Hamburg des BVND

Landesgruppensprecher:  
Dr. med. Andreas Klinge | Bernd-M. Scholz

#### Landesgruppe Hessen des BVND

Landesgruppensprecher:  
Dr. med. Gregor Dreesen | Dr. med. Dietrich Tews

#### Landesgruppe Mecklenburg-Vorpommern des BVND

Landesgruppensprecher:  
Dr. med. Stephan Arndt

#### Berufsverband der diabetologischen Schwerpunktpraxen in Nordrhein e.V. (BdSN e.V.)

Vorsitzender:  
Dr. med. Hansjörg Mühlen

#### Landesgruppe Rheinland-Pfalz des BVND

Landesgruppensprecher:  
Hans-Joachim Herrmann | Dr. med. Lutz Stemler

#### Landesgruppe Sachsen des BVND

Landesgruppensprecher:  
Dr. med. Tobias Wiesner | Dr. med. Cornelia Woitek

#### Berufsverband der Niedergelassenen Diabetologen Sachsen-Anhalt e.V. (BVND-SA e.V.)

Vorsitzende:  
Dr. med. Carola Lüke | Thilo Koch

#### Landesgruppe Schleswig-Holstein des BVND

Landesgruppensprecher:  
Dr. med. Carsten Petersen | Dr. med. Norbert Demandt

#### Landesgruppe Thüringen des BVND

Landesgruppensprecher:  
Dr. med. Hans-Martin Reuter | Dr. med. Mariana Gärtner

#### Landesgruppe Westfalen-Lippe des BVND

Landesgruppensprecher:  
Dr. med. Dirk Lammers | Dr. med. Babette Lorra



# Impressum DiabetesPost

**Ausgabe 3/2023**

## Herausgeber

Toralf Schwarz (verantwortlich)  
Antje Weichard  
Dr. Nikolaus Scheper

## Verlag

med info GmbH  
Hainenbachstr. 25 | 89522 Heidenheim  
☎ 07321 9469190  
✉ mail@bvnd.de  
🌐 www.bvnd.de

## Redaktionsleitung

Frank Wallbrecht (v. i. S. d. P.)

## Chefredaktion

Michaela Wilde

## Grafik

Michaela Wilde

## Anzeigen

Redaktionsleitung

## Druck

WIRmachenDRUCK GmbH

## Inhalt

Die für den Inhalt der Beiträge verantwortlichen Autoren sind bei jedem Artikel angegeben.

Anzeigenkunden haben keinerlei Einfluss auf den Inhalt der Beiträge.

**Finanzierung:** Die DiabetesPost ist eine Publikation des BVND. Sie wird nicht aus Beitragsmitteln finanziert. Der Bezug ist im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Organ des Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V. (BVND)

**Hinweis:** Aus Gründen der Lesbarkeit wird in dieser Publikation überwiegend entweder die männliche oder die weibliche Form gewählt. Selbstverständlich ist bei der Anwendung des generischen Maskulinums bei der Berufsbezeichnung auch die Diabetologin bzw. der Diabetologe gemeint. Gast-Autoren ist es freigestellt, das generische Maskulinum zu verwenden oder individuell zu gendern.

Bei Gebrauch der Abkürzung „BVND“ ist immer der „BVND e.V.“ gemeint.

## Bildnachweise:

U1: ©tatifreya3101 - freepik.com  
S. 6: ©freepik by - freepik.com  
S. 10: ©freepik by - freepik.com  
S. 15: ©freepik by - freepik.com  
S. 19: ©rawpixel.com - freepik.com  
S. 24: ©Art\_S4 - freepik.com  
S. 24: ©rawpixel.com - freepik.com | li. unten  
S. 30: ©AdobeStock\_223437914 - stock.adobe.com  
S. 31: ©freepik by - freepik.com  
S. 32: ©ozhangona - freepik.com  
S. 33: ©zevana - freepik.com  
S. 34: ©biancoblue - freepik.com  
S. 35: 1 | ©wayhomestudio - freepik.com  
S. 35: 2 | ©benzoix - freepik.com  
S. 35: 3 | ©krakenimages.com - freepik.com  
S. 35: 4 | ©lenetstanfree - freepik.com  
S. 35: 5 | ©zinkeyvych - freepik.com  
S. 35: 6 | ©sastock - freepik.com  
S. 35: 7 | ©benzoix - freepik.com  
S. 35: 8 | ©diana.grytsku - freepik.com  
S. 36: ©gesrey - freepik.com  
S. 37: ©contrastwerkstatt by Fotolia - stock.adobe.com  
S. 40: ©AdobeStock\_72884317  
S. 46: ©splitov27 - freepik.com  
Restliches Bildmaterial: Eigenproduktion

# BVND



Klimaneutraler Versand  
mit der Deutschen Post



**Vorschau nächste DiabetesPost  
Technik in der Schwerpunktpraxis**



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

# HOCH HINAUS

DANK ÜBERRAGENDER ERGEBNISSE.

JETZT VERFÜGBAR

1 x wöchentlich

  
**mounjaro**<sup>®</sup>  
Tirzepatid

Jetzt verfügbar



Der erste  
**GIP/GLP-1-**  
Rezeptor-Agonist<sup>1</sup>



Bis zu  
**-2,5%**  
HbA<sub>1c</sub>-Reduktion<sup>1,2,a</sup>



Bis zu  
**-13%**  
Gewichtsreduktion<sup>1,2,a</sup>



Jetzt mit Mounjaro<sup>®</sup> starten.

Mehr Informationen zur Dosierung und Anwendung.

a) Mit Mounjaro<sup>®</sup> 15 mg nach 40 Wochen.

Mounjaro<sup>®</sup> (Tirzepatid) ist angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen mit unzureichend eingestelltem Typ-2-Diabetes.<sup>1</sup> Die Veränderung des Körpergewichts war ein sekundärer Endpunkt in den klinischen Studien.<sup>2</sup>

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

**Bezeichnung der/s Arzneimittel/s:** Mounjaro<sup>®</sup> 2,5 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro<sup>®</sup> 5 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro<sup>®</sup> 7,5 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro<sup>®</sup> 10 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro<sup>®</sup> 12,5 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro<sup>®</sup> 15 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche. **Zusammensetzung:** *arzneilich wirksamer Bestandteil:* Jede Durchstechflasche enthält 2,5 mg, 5 mg, 7,5 mg, 10 mg, 12,5 mg oder 15 mg Tirzepatid in 0,5 ml Lösung; *sonstige Bestandteile:* Dinatriumhydrogenphosphat 7 H<sub>2</sub>O, Natriumchlorid, Salzsäure 36 % (zur pH-Wert Einstellung), Natriumhydroxid (zur pH-Wert Einstellung), Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** 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. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder gegen einen der genannten sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Hypoglykämie\* bei Anwendung mit Sulfonylharnstoffen oder Insulin; Übelkeit, Diarrhoe. *Häufig:* Überempfindlichkeitsreaktionen; Hypoglykämie\* bei Anwendung mit Metformin und SGLT2-Inhibitoren, verminderter Appetit; Bauchschmerzen, Erbrechen, Dyspepsie, Verstopfung, Blähungen, Aufstoßen, Flatulenz, gastroösophageale Refluxkrankheit; Fatigue (umfasst die Begriffe Müdigkeit, Asthenie, Unwohlsein und Lethargie), Reaktionen an der Injektionsstelle; erhöhte Herzfrequenz, erhöhte Lipase- und Amylasewerte. *Gelegentlich:* Hypoglykämie\* bei Anwendung mit Metformin, Gewichtsverlust; Cholelithiasis, akute Pankreatitis; Schmerzen an der Injektionsstelle; erhöhter Calcitonin-Wert. [\* Klinisch signifikante Hypoglykämien (Blutzucker < 3,0 mmol/l (< 54 mg/dl) oder schwere Hypoglykämien (die Hilfe einer anderen Person erfordern)]. **Warnhinweise:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren, weitere Warnhinweise siehe Fachinformation. **Verschreibungspflichtig. Zulassungsinhaber:** Eli Lilly Nederland B.V., Papendorpseweg 83, 3528 BJ Utrecht, Niederlande; **Ansprechpartner in Deutschland:** Lilly Deutschland GmbH, Werner-Reimers-Str. 2–4, D-61352 Bad Homburg. **Stand der Information: August 2023.**

