

Fokus der neuen Geschäftsführung: Mitglieder und Gesundheitspolitik

Den Mitgliederanstieg fortzusetzen und die Neumitglieder in die Fachgesellschaft einzubinden, beschrieb Ourania Menelaou als eine der zentralen Aufgaben der neuen Geschäftsführung. „Die DGIM hat weiterhin das Ziel, möglichst allen Internistinnen und Internisten in Deutschland hilfreiche Angebote für Aus-, Weiter- und Fortbildung zu machen, die sie auf ihrem individuellen Weg in Klinik und Praxis voranbringen“, so die langjährige stellvertretende Geschäftsführerin und Diplomkauffrau. Ihre neue Aufgabe teilt sie sich seit dem 1. August 2023 mit Dr. Oliver Franz. „Aufgrund der aktuellen Reformvorhaben im Gesundheitswesen wird eine glaubwürdige Stimme, die auf wissenschaftlicher Evidenz und Exzellenz basiert und die Qualität der medizinischen Leistungserbringung und das Patientenwohl zu ihren höchsten Zielen zählt, dringend gebraucht“, beschreibt der promovierte Jurist und erfahrene Kommunal- und Gesundheitspolitiker die Ziele seiner Tätigkeit für die DGIM. Dank Doppelspitze ist das neue Team sicher, die Herausforderungen der Zukunft meistern zu können.

Auf der Pressekonferenz stellte außerdem Dr. phil. Brigitte Streich, ehemalige Leiterin des Wiesbadener Stadtarchivs, das neueste Buch über die Geschichte der DGIM in Wiesbaden vor. „Die Internisten haben die Geschicke der Stadt seit Gründung der Fachgesellschaft 1882 wesentlich mitgestaltet“, erklärt Streich. Das Buch arbeitet auch kontroverse Themen auf – etwa den Umgang mit jüdischen Mitgliedern oder die Rolle von Frauen in der Fachgesellschaft. Es ist kostenfrei bei der Geschäftsstelle erhältlich.



130. Internistenkongress

Frühbucherrabatt nutzen

Was ist dran an der Präzisionsmedizin, ist sie mehr Wunsch oder schon Wirklichkeit? Über diese Frage werden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des 130. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) vom 13. bis 16. April 2024 in Wiesbaden und auf dem begleitenden Onlinekongress diskutieren.

Interessierte können sich auf der Kongresswebsite zum Kongress anmelden und verschiedene Modi der Teilnahme – ob hybrid oder vor Ort – wählen. Die DGIM bietet ihren Mitgliedern dabei wieder deutlich vergünstigte Konditionen an. Den **Frühbucherrabatt** erhalten Teilnehmende bei einer Anmeldung bis **15. Februar 2024**.

Hier geht es direkt zur Registrierung:



Alle weiteren Informationen zum Kongress finden Interessierte auf der Kongress-Homepage www.kongress.dgim.de. Dort steht DGIM-Mitgliedern bis März 2024 auch der 129. Internistenkongress 2023 mit über 1000 Vorträgen auf 16 Kanälen on demand zur Verfügung.



Kommission Leitlinien

S3-Leitlinie Therapie des Typ-1-Diabetes aktualisiert

Aktuell sind Delegierte der DGIM-Kommission „Leitlinien“ an über 90 Leitlinien der internistischen Schwerpunktgesellschaften beteiligt. Eine davon ist die Leitlinie „Therapie des Typ-1-Diabetes“, die zum Herbst 2023 aktualisiert wurde. Für die DGIM arbeitete PD Dr. Barbara Meitner-Schellhaas an den Empfehlungen mit. Hier fasst sie die wesentlichen Inhalte zusammen.

Das Wichtigste in Kürze

Die aktualisierte Version der S3-Leitlinie „Therapie des Typ-1-Diabetes“ wurde im September von den Mitgliedern des Leitlinien-Teams konsentiert und steht nun in Form der Konsultationsfassung zur Verfügung. Alle Empfehlungen der vorherigen Version der Leitlinie aus dem Jahr 2018 wurden erneut geprüft, überarbeitet und mithilfe neuer Literatur der aktuellen Evidenzlage angepasst.

Ein wesentlicher Schwerpunkt lag dabei auf den technischen Neuentwicklungen der letzten Jahre. So sind Sensor-Systeme zur kontinuierlichen Glukosemessung (CGM-Systeme) mittlerweile der Standard in der Glukoseselbstkontrolle und – insbesondere in Verbindung mit Insulinpumpen und automatischen Insulin-Dosiersystemen (AID) – eine entscheidende Weiterentwicklung in der Therapie des Typ-1-Diabetes. Die Vorteile solcher Therapieregime sowohl im Hinblick auf die glykämische Kontrolle als auch auf die Sicherheit (Vermeidung von Hypoglykämien) sind anhand mehrerer Studien

eindeutig belegt, wenn auch aufgrund der rasanten technischen Entwicklungen Daten zum Langzeit-Outcome fehlen.

Durch den standardmäßigen Einsatz von CGM-Systemen haben sich auch die Therapieziele und Parameter zur Therapiekontrolle entsprechend geändert: Neben dem HbA1c-Wert findet zunehmend die Zeit im Zielbereich (Time in Range) Beachtung für die Therapiesteuerung.

Auch der Themenkomplex individualisierter Therapieziele wurde in der aktualisierten Leitlinie überarbeitet. Wesentlich ist hier der Fokus auf eine patientenzentrierte und -orientierte Therapie. Dazu wurde ein eigenes Kapitel (partizipative Entscheidungsfindung) ergänzt, das diesem wichtigen Thema entsprechend Raum gibt.

Definition und Klassifikation

Seit 2015 erfolgt die Stadieneinteilung des Typ-1-Diabetes anhand der diagnostischen Kriterien der American Diabetes Association (ADA; **Tab. 1**). Hierdurch lässt sich die Diagnose Typ-1-Diabetes bereits präsymptomatisch, also vor dem Auftreten einer Hyperglykämie, stellen. Der Sonderfall des „LADA“ (Latent Autoimmune Diabetes in the Adult) stellt explizit keine eigenständige diagnostische Entität dar. Entscheidend für Behandler ist es, daran zu denken, dass es bei Patienten mit LADA im Krankheitsverlauf zu einem progredienten Insulindefizit und schließlich einem absoluten Insulinmangel kommt.

Gerade bei Patienten jenseits des 30. Lebensjahrs, die zusätzlich Komponenten des metabolischen Syndroms aufweisen, ist die Einordnung als Typ-1- oder Typ-2-Diabetes oft schwierig. Entscheidend und hilfreicher als die Autoantikörper-Diagnostik ist hier die Bestimmung des C-Peptids beziehungsweise der C-Peptid/Glukose-Ratio (CGR) als Indikator eines Insulindefizits.

Therapieziele

Die Therapieziele bei Patienten mit Typ-1-Diabetes im Hinblick auf die glykämische Kontrolle, weitere Risikofaktoren und übergeordnete Therapieziele müssen im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung mit dem Patienten abgestimmt werden. Dabei sind

Wünsche und Vorstellungen des jeweiligen Menschen mit Diabetes ebenso zu berücksichtigen wie Komorbiditäten und bestehende Risikofaktoren, erwartbare Risikoreduktion hinsichtlich diabetesbedingter Akut- und Folgekomplikationen, Lebensalter und individuelle Ressourcen.

HbA1c-Zielwerte sind nicht als feste Größe zu verstehen, sondern regelmäßig zu überprüfen und anzupassen. Da sensorbasierte Glukoseselbstkontrollen mittlerweile den Standard darstellen, finden zur Therapiesteuerung zunehmend die Zeit im, ober- und unterhalb des individuell festzulegenden Glukosebereichs (Time in/above/below Range) Anwendung. Entscheidend für den langfristigen Therapieerfolg ist zudem eine optimale Einstellung kardiovaskulärer Risikofaktoren wie Blutdruck, Lipidstoffwechselfparameter und Nikotinkonsum.

Partizipative Entscheidungsfindung

Neu in der aktualisierten Version der Leitlinie ist, dass der partizipativen Entscheidungsfindung ein eigenes Kapitel gewidmet ist. Die Therapieziele müssen für jeden Menschen individuell festgelegt, regelmäßig reevaluiert und gegebenenfalls entsprechend angepasst werden. Der Patient ist als Experte seiner eigenen Erkrankung in die Entscheidungsfindung einzubeziehen. Grundvoraussetzung hierfür ist ein entsprechender Austausch von Informationen, Zielen und Vorstellungen zwischen Arzt und Patient, wobei eine angemessene sprachliche Ausdrucksweise entscheidend zum Erfolg der Kommunikation beiträgt.



▲ PD Dr. Barbara Meitner-Schellhaas

© UK Erlangen

	Stadium 1	Stadium 2	Stadium 3
Charakteristika	<ul style="list-style-type: none"> – Insel-Autoimmunität – Normoglykämie – präsymptomatisch 	<ul style="list-style-type: none"> – Insel-Autoimmunität – Dysglykämie – präsymptomatisch 	<ul style="list-style-type: none"> – Insel-Autoimmunität – Hyperglykämie – symptomatisch
Diagnostische Kriterien	<ul style="list-style-type: none"> – Multiple Insel-Auto-AK – keine IFG oder IGT 	<ul style="list-style-type: none"> – Insel-Auto-AK (in der Regel multiple AK) – Dysglykämie: IFG und/oder IGT – FBG 100–125 mg/dl (5,6–6,9 mmol/l) – 2-h-PG 140–199 mg/dl (7,8–11,0 mmol/l) – HbA1c 5,7–6,4 % (39–47 mmol/mol) oder ≥ 10 % Anstieg des HbA1c 	<ul style="list-style-type: none"> – Insel-Auto-AK ggf. nicht mehr nachweisbar – Diabetes diagnostiziert über Standardkriterien

^anach: American Diabetes Association. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes. Diabetes Care 2017; 40 (Suppl 1): 511–524

Therapie

Die Glukoseselbstkontrolle über ein CGM-System stellt den aktuellen Standard dar und soll jedem Patienten mit Typ-1-Diabetes angeboten werden. Das erfordert eine entsprechend strukturierte Schulung und engmaschige qualifizierte Betreuung des Patienten. Mittlerweile besteht ausreichende Evidenz dafür, dass die Systeme die glykämische Kontrolle verbessern, Hypoglykämien sowie Akutkomplikationen reduzieren und zu mehr Lebensqualität und Therapiezufriedenheit der Anwender beitragen können.

Für Patienten, die trotz CGM-System unter intensivierter konventioneller Insulintherapie ihre Therapieziele nicht erreichen bzw. häufig (schwere) Hypoglykämien erleiden, ist ein Wechsel auf eine Insulinpumpentherapie im Sinne eines automatischen Insulindosierhilfe-Systems (AID, sensorunterstützte Insulinpumpentherapie) zu empfehlen. Eine Schulung und engmaschige qualifizierte Betreuung des Patienten sind auch hier unabdingbar.

Des Weiteren müssen Patienten in Bezug auf ihre Ernährung hinreichend geschult sein, um den Kohlenhydratanteil von Mahlzeiten sicher einschätzen zu können. Insbesondere die Wirkung eines hohen Kohlenhydratanteils der Nahrung, aber auch von Alkohol auf Glukosespiegel und Insulindosis müssen ihnen bekannt sein. Bei Übergewicht oder Zeichen eines metabolischen Syndroms sollte eine mediterrane Kost empfohlen werden.

Hinsichtlich oraler Antidiabetika ist festzuhalten, dass nach wie vor keines der Medikamente für die Indikation Typ-1-Diabetes zugelassen ist. Im klinischen Alltag kommt einzig dem Metformin als Add-On zum Insulin ein Stellenwert in der Behandlung des Typ-1-Diabetes bei zusätzlichen kardiovaskulären Risikofaktoren, Übergewicht/Adipositas und Insulinresistenzkomponente zu.

Therapiekontrolle

Auch bei Verwendung von CGM-Systemen sind in bestimmten Situationen Messungen von Blutzucker und (Blut-)Ketonen unabdingbar, und die Patienten müssen über die möglichen Fehlerquellen nicht-blutiger Selbstkontrollen Bescheid wissen.

Die glykämische Kontrolle sowie die Einstellung kardiovaskulärer Risikofaktoren sind regelmäßig zu reevaluieren. Letzteres schließt die regelmäßige Bestimmung der Albumin-Kreatinin-Ratio im Urin (mindestens jährlich, bei Auffälligkeiten öfter), der Lipidstoffwechselfparameter sowie von Blutdruck und Körpergewicht ein. Auch ein Screening auf das Vorliegen einer diabetischen Neuropathie und Retinopathie ist in regelmäßigen Abständen erforderlich, um Folgeerkrankungen rechtzeitig erkennen und behandeln zu können.

PD Dr. med. habil. Barbara Meitner-Schellhaas, Bad Mergentheim

Die vollständige Leitlinie finden Sie hier:



AG Junge DGIM

10 Jahre „Bündnis Junge Ärztinnen und Ärzte“

Am 28. Oktober 2023 hat in Berlin ein Treffen anlässlich des 10-jährigen Bestehens des Bündnis Junge Ärztinnen und Ärzte (BJÄ) stattgefunden. 2013 auf Initiative von Kevin Schulte (BDI) und Alexis Müller-Marbach (DGIM) gegründet, führte das Bündnis die Sprecherinnen und Sprecher von 17 jungen Gruppen von Fachgesellschaften und Berufsverbänden erstmalig zusammen, um gemeinsam die Interessen junger Ärztinnen und Ärzte gesundheitspolitisch zu vertreten. Seitdem ist das BJÄ stetig weitergewachsen: Aktuell vertritt es 29 Gruppen.

Aus Sicht der Initiatoren gab es bis zur Gründung zwar mehrere Junggruppen in den jeweiligen Fachbereichen und Verbänden, aber kein gemeinsames fachübergreifendes Forum für junge Ärztinnen und Ärzte in Deutschland, das als öffentliche Stimme für die „Junge Medizin“ wahrgenommen wurde. Durch das BJÄ wollten junge Ärztinnen und Ärzte erstmals unabhängig von ihrer Fachdisziplin gemeinsam Stellung nehmen, auf aktuelle Probleme und Entwicklungen im Gesundheitssystem hinweisen und zu Diskussionen innerhalb der Gesellschaften und Verbände anregen.

Das erste, 2014 veröffentlichte Positionspapier beschäftigte sich mit der Arbeitsverdichtung im deutschen Gesundheitssystem. Sie wurde als dringlichstes Problem in Zeiten von DRG und Fallpauschalen mit Beeinträchtigung der Berufsbedingungen, der Weiterbildung und der Behandlungsqualität angesehen. In den folgenden Jahren kamen weitere Positionspapiere hinzu, mit Stellungnahmen zu verschiedenen gesundheitspolitischen Problemen aus Sicht junger Ärztinnen und Ärzte:

- Vereinbarkeit von Familie und Karriere unter dem Druck einer zunehmenden Arbeitsverdichtung
- Junge Ärzte wollen forschen – gegen den Attraktivitätsverlust der akademischen Forschung
- Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen und globalem Gesundheitsschutz
- Digitalisierung, Applikationen (Apps) und Künstliche Intelligenz im Gesundheitswesen

Gäste des aktuellen Treffens waren die Berliner Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege, Ina Czyborra (SPD), der Präsident der Landesärztekammer Schleswig-Holstein, Hendrik Herrmann, und Prof. Eckhart Hahn von der Universität Erlangen. Gemeinsam mit ihnen diskutierten die Mitglieder des BJÄ über verschiedene Probleme in der Weiterbildung und forderten, dass sich die Politik mehr für eine finanzielle Verbesserung der Weiterbildung einsetzen solle, da die Weiterbildung in den Krankenhäusern unter dem Kostendruck des DRG-Systems zunehmend vernachlässigt werde. Im Rahmen des Treffens wurde auch das neue „Positionspapier zur ärztlichen Weiterbildung anlässlich der Krankenhausreform – Die Weiterbildung muss mitgedacht werden“ des BJÄ vorbereitet und im Nachgang publiziert.