

Informationen

REFERENT:INNEN

Prof. Dr. med. Matthias Blüher

Internist, Endokrinologe,
Diabetologe DDG,
Leiter der Adipositas Ambulanz für Erwachsene,
Medizinisches Forschungszentrum
Universitätsklinikum Leipzig

Dr. med. Bertil Oser

Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt
Nephrologie, Zusatzbezeichnung
Diabetologie, Diabetologe DDG,
Hypertensiologe DHL®
KfH-Nierenzentrum im Cusanus Krankenhaus,
Bernkastel-Kues

Dr. phil. Dipl.-Psych. Lara Gomille-Hahn

Psychologische Psychotherapeutin
Verhaltenstherapie für Erwachsene
(Einzel- und Gruppentherapie), Zusatzqualifikation
Psychodiabetologie (LPK RLP), Supervisorin (LPK
RLP), Bad Kreuznach

Theresia Schoppe

Oecotrophologin B.Sc. | Diabetesberaterin DDG
Ernährungsberaterin VFED | Fitnesstrainerin B-
Lizenz
Vorstand VDBD e.V. - stellvertretende Vorsitzende,
Warstein

ORGANISATION

Novo Nordisk Pharma GmbH

Sabrina Korn

Telefon 06131 903 1188
Mobil 0173 3204287
Mail sxko@novonordisk.com



ONLINESEMINAR

Kardiometabolische Vernetzung: Das Zusammenspiel von Leber, Niere und Herz

ehemals Leber, Niere, Herz und der protektive Faktor Lebensstil

Freitag, 24. April 2026
13:30 – 17:30 Uhr

Ärzt:innen aus Klinik und Praxis,
Hausärzt:innen, Nephrolog:innen,
Diabetesberater:innen,
Pflegepersonal

ALLGEMEINE HINWEISE

Die Kostenübernahme oder Organisation von Unterhaltungsprogrammen durch Novo Nordisk ist ausgeschlossen. Es wird keinerlei Einfluss auf Umsatzgeschäfte, insbesondere Beschaffungsvorgänge/Preisgestaltungen/Verordnungsentscheidungen des Teilnehmers oder der medizinischen Einrichtung genommen, bei der er beschäftigt ist. Es bestehen auch keinerlei diesbezüglichen Erwartungen.

Informationen zum Datenschutz finden Sie unter www.novonordisk.de/datenschutz.

DE26DI00087

Novo Nordisk Pharma GmbH
Isaac-Fulda-Allee 24
55124 Mainz
novonordisk.de



**Diesen QR-Code scannen
und direkt anmelden!**



novoakademie.de



Programm

FREITAG, 24. April 2026

ab

- 13:30 Uhr Begrüßung und Kurzvorstellung der Referent:innen**
alle Referent:innen
- 13:40 Uhr Die stillen starken Nieren - bewährte und neue Chancen mit ihnen alt zu werden**
Dr. med. Bertil Oser
- 14:10 Uhr Diskussion und anschließende Lernerfolgskontrolle**
- 14:25 Uhr Psychologische Faktoren und Barrieren eines gelungenen Krankheitsmanagements**
Dr. phil. Dipl.-Psych. Lara Gomille-Hahn
- 14:55 Uhr Diskussion und anschließende Lernerfolgskontrolle**
- 15:10 Uhr Pause**
- 15:20 Uhr Fettlebererkrankungen: Mythos oder echte Gefahr?**
Prof. Dr. med. Matthias Blüher
- 15:50 Uhr Diskussion und anschließende Lernerfolgskontrolle**
- 16:05 Uhr Bewegungsoptimierung zur verbesserten glykämischen Kontrolle und zum Schutz des Herz-Kreislauf-Systems**
Theresia Schoppe
- 16:35 Uhr Diskussion und anschließende Lernerfolgskontrolle**
- 16:50 Uhr Schreckgespenst Dialyse - Intrapsychische Bewältigung und Anpassung der Lebensführung vor dem Hintergrund drohender oder vorhandener renaler Folgeerkrankungen**
Dr. phil. Dipl.-Psych. Lara Gomille-Hahn / Dr. med. Bertil Oser
- 17:05 Uhr Rationelle Gesprächsführung, Diagnostik und Therapie von Fettlebererkrankungen**
Prof. Dr. med. Matthias Blüher
- 17:20 Uhr Zusammenfassung und interaktive Feedbackrunde**
alle Referent:innen
- 17:30 Uhr Ende der Veranstaltung**



Onlineseminar, 13:30 – 17:30 Uhr (alle Teilnehmer:innen)

- Ihre Fragen im Chat
- Interaktive Teilnahmen an Umfragen

Im Rahmen dieser Veranstaltung wird eine Lernerfolgskontrolle durchgeführt.

Mehr. Wissen. Nutzen.

CME-Fragen

Matthias Blüher

Themenkomplex: „Fettleber“

Frage 1) Welche medikamentöse Therapie ist zur Behandlung von Fettlebererkrankungen aktuell zugelassen?

- A Metformin
- B Keine**
- C Pioglitazon
- D Liraglutid
- E Dulaglutid

Frage 2) Welcher Nährstoff erhöht spezifisch das Risiko für eine nichtalkoholische Fettlebererkrankung?

- A Gesättigte Fette
- B Omega-3 Fettsäuren
- C Fruktose**
- D Ballaststoffe
- E Eiweiß

Frage 3) Welche der folgenden speziellen Kostformen wurde für Patienten mit nichtalkoholische Fettlebererkrankung nach kontrollierten Studien als wirkungsvoll eingestuft?

- A Eine Kost, in der Zucker durch Zuckeraustauschstoffe ersetzt wird
- B Kohlenhydratarme Kost („low carb“)
- C Mittelmeerkost (slow carb)**
- D Zuckerfreie Kost
- E Vegane Kost

Frage 4) Was trifft für eine kohlenhydratarme Kost bei nichtalkoholischer Fettlebererkrankung nicht zu?

- A Die Blutzuckerwerte sinken
- B Die Nüchtern Triglyzeridkonzentrationen sinken

C Die LDL-Cholesterin-Konzentration steigt

D Der Blutdruck sinkt

E Das kardiovaskuläre Risiko sinkt

Frage 5) Welche allgemeinen Ziele werden durch Bewegung in der Therapie der Menschen mit nichtalkoholischer Fettlebererkrankung verfolgt?

A Reduktion der Hyperglykämie

B Verbesserung der Fitness

C Verbesserung von Koordination

D Kardiovaskuläre Risikoreduktion

E Alle oben genannten

Frage 6) Welcher Ansatz gehört nicht zu den Leitlinien-gerechten Therapiesäulen der Adipositas-Therapie?

Ernährungsintervention

Bewegungstherapie

Pharmakotherapie

Magenballon

Chirurgische Therapie

Lernerfolgskontrolle / L. Gomille-Hahn: Psychologische Faktoren und Barrieren eines gelungenen Krankheitsmanagements

Welches der folgenden Motive wurde im Vortrag nicht als potentiell konfligierendes psychologisches Grundbedürfnis angeführt?

- a) Unlustvermeidung
- b) Selbstwerterhalt
- c) Autonomie
- d) Bindung
- e) Ressourcenschonung

Welche psychische Anpassungsleistung spielt bei der Manifestation eines Typ 1 – Diabetes oft eine Rolle?

- a) Anpassung von Lebenszielen
- b) Anpassung von Bewegung
- c) Anpassung von Ernährung
- d) Anpassung des Alkoholkonsums
- e) Anpassung des Schlafrhythmus

Im vorgestellten Modell zu Motivation, gesundheitsförderlich zu leben, spielen unterschiedliche Faktoren eine Rolle. Welcher kommt nicht darin vor?

- a) Bedrohungseinschätzung
- b) Selbstwirksamkeit
- c) Vermeidung
- d) Vertrauen in ärztliche Kompetenz
- e) Kognitive Bewertung

Welche psychische Störung ist in der Population der Menschen mit Diabetes die häufigste?

- a) Spritzenphobie
- b) Anorexia nervosa
- c) Depression
- d) Körperdysmorphie Störung
- e) Hypochondrie

Welche der fünf Dimensionen der Adhärenz wird von der von der diabetologischen Behandlung nicht tangiert?

- a) Patientenbezogene Faktoren
- b) Sozial-ökonomische Faktoren
- c) Medizinische Betreuung / Gesundheitssystem
- d) Therapiebedingte Faktoren
- e) Krankheitsbedingte Faktoren

Fragen zu Novoakademie: Vortrag Bertil Oser im April 2026

- 1) Die InspeCKD stellte die Häufigkeit CKD-spezifischer Labortests in verschiedenen Subgruppen fest. Welche Antwort ist richtig?
 - A Ein Harnstreifentest auf Microalbuminurie wurde in 80% der Diabeteskontrolluntersuchungen durchgeführt
 - B Eine Bestimmung der UACR nur in 25% der von Leitlinien empfohlenen Fälle
 - C Die eGFR bei Diabetes- wie Hochdruckpatienten wurde dagegen in 85% der empfohlenen Häufigkeit errechnet
 - D Die Bestimmung der UACR dient der Bestimmung der Entgiftungsleistung der Nieren
 - E Die Albuminurie ist ein guter prognostischer Hinweis auf die Geschwindigkeit der Progression des Nierenfunktionsverlustes

- 2) **A Niereninsuffizienz ist mit einem bis zu 12-fach erhöhten Risiko für Hospitalisierungen jeglicher Ursache verbunden**
 - B Hauptursache der hohen Mortalität bei CKD ist das erschwerte Medikationsmanagement
 - C Die Symptome der CKD G2 A3 (GFR 60-30ml/min) umfassen urämische Übelkeit, Brechreiz und die Folgen der renalen Anämie
 - D Die Symptome der Makroalbuminurie sind Bluthochdruck, Mangelernährung, Juckreiz
 - E Eine eGFR <15ml/min ist eine absolute Indikation zur Nierenersatztherapie

- 3) **A Als erstes Zeichen einer CKD findet sich immer die Albuminurie, gemessen als UACR**
 - B Wenn die eGFR sinkt nimmt sie Albuminurie regelmäßig zu
 - C Durch eine Remission der Albuminurie kann sich auch die eGFR wieder erholen
 - D RAASi wie ACE Hemmer und Sartane und auch SGLT2i senken die eGFR irreversibel
 - E RAASi, wie auch Mineralrezeptorantagonisten wie Spironolakton und Finerenon können eine Hyperkaliämie bedingen

- 4) Welche neuen Medikamentenklassen stellen eine vielversprechende Option für die CKD Behandlung dar?
 - A ACEi
 - B β Blocker
 - C Statine
 - D **GLP-1-RA, ns-MRA und SGLT²i**
 - E Wocheninsuline

- 5) A In der KDIGO Leitlinie für das CKD Management 2024 werden unter „Lebensstil“ eine gesunde Ernährung, Raucherentwöhnung und körperliche Aktivität als Ziele genannt. Eine Gewichtsabnahme gilt jedoch als RF für eine raschere Progression einer CKD

B SGLT²i müssen entsprechend der Zulassung bei einer sinkenden GFR unter 20 ml/min ausgesetzt werden

C RAASi müssen bei sinkender GFR immer dosisreduziert werden auch in Situationen ohne Volumenmangel

D Das gilt auch, wenn dann der systolische Blutdruck nicht unter 140mmHG sinkt

E Neben RAASi gelten Calciumantagonisten, Diuretika und auch steroidale MRA als empfohlene Blutdruckmedikamente

- 6) A Die aktuelle Studienlage zeigt, dass kaliumchloridhaltige Salzsubstitute den Blutdruck und das kardiovaskuläre Risiko reduzieren, insbesondere bei Hypertonikern

B Das gilt uneingeschränkt auch für Patienten mit CKD G4-G5

C Eine Salzrestriktion ist jedoch auch bei Verwendung von Salzsubstituten notwendig

D Salzsubstitute sind nach FDA in der Herstellung von Nahrungsmitteln nicht zulässig

E Salzsubstitute kommen geschmacklich nicht an herkömmliches Kochsalz heran

- 7) A Menschen mit Typ1-, wie auch mit Typ2-Diabetes sollen bereits mit einer GFR < 30 ml/min mit Dialyse unterstützt werden

B Menschen mit Typ 1 Diabetes können bereits bei einer GFR < 30 ml/min von einer kombinierten Pankreas Nierentransplantation profitieren. Die PN Tx gilt als der Goldstandard

C Alle Menschen mit T2D müssen möglichst rasch ein Nierentransplantat erhalten

D Eine Nierentransplantation verbessert in jedem Fall die diabetische Stoffwechsellaage

E Menschen mit Typ1-, wie auch Typ2 Diabetes kommen als Nierenspender nicht infrage

- 8) Welche Antwort ist **falsch**?

A 40–50 % der Patienten mit Herzinsuffizienz haben CKD - Stadium G 3 (<60ml/min)

B Patienten mit CKD-Stadien 3-5 haben ein 3-fach erhöhtes Risiko für Herzinsuffizienz

C Spezielle Schulungsmodulare (Ernährung, Rauchstopp...) könnten wie die Besprechung des günstigen Verlaufs von Natriurese und der Albuminurie helfen, die Adhärenz bei der Patientenführung zu verbessern

D Die Therapie der Hypercholesterinämie ist wichtig. Es gibt jedoch bei der Indikation CKD keinen Zielwert, der erreicht werden sollte.

E Hohe Blutzuckerwerte können die eGFR vorübergehend erhöhen.

novoakademie – Kardiometabolische Vernetzung: Das Zusammenspiel von Leber, Niere und Herz (Theresia Schoppe)

Lernerfolgskontrolle Bewegungsoptimierung

1. Welche Aussage in Bezug auf Anpassungen durch Ausdauertraining ist **falsch**?
 - Ausdauertraining führt zu physiologischer Hypertrophie des Herzmuskels.
 - Ausdauertraining führt zu physiologischer Herzhöhlendilatation.
 - Ausdauertraining verbessert den Blutfluss.
 - **Ausdauertraining erhöht den Ruhepuls.**
 - Ausdauertraining reduziert den Ruhepuls.

2. Welche Anpassung im Gefäßsystem findet durch Ausdauertraining **nicht** statt?
 - Die Kapillaren vermehren sich.
 - **Die Kapillaren werden zurückgebildet.**
 - Es werden kleinere Gefäße zu Kollateralen (Umgehungskreisläufen) aufgeweitet.
 - Die Blutversorgung innerhalb des Muskels läuft ökonomischer.
 - Die Blutflussgeschwindigkeit wird harmonischer.

3. Welche Aussage zur glykämischen Kontrolle durch Ausdauertraining ist **falsch**?
 - **Die Reaktion auf Ausdauertraining ist bei allen Menschen mit Diabetes gleich: die Glukosewerte sinken deutlich ab.**
 - Die Reaktion auf Ausdauertraining ist individuell.
 - Die Reaktion des Glukosespiegels hängt u.a. von der Belastungsintensität und Energiebereitstellung ab (aerob, anaerob, gemischt).
 - Die Reaktion kann je nach Tageszeit variieren.
 - Auch Aktivitäten mit einer geringen Intensität können eine Auswirkung auf den Glukoseverlauf haben.

4. Warum ist auch Krafttraining so wichtig? Welche Aussage ist **falsch**?
 - Der Muskel ist ein stoffwechselaktives Organ.
 - Krafttraining erhält die Muskelmasse, beugt damit Sarkopenie vor und dient der Sturzprophylaxe.
 - Krafttraining reduziert das Osteoporose-Risiko.
 - Muskeln verbrennen Zucker.
 - **Muskelaufbau erhöht die Insulinresistenz. Menschen mit Diabetes sollten den Fokus daher nur auf das Ausdauertraining richten.**

5. Welche Empfehlung der WHO ist **nicht korrekt**?

- **Alle Altersgruppen sollten pro Woche maximal 60 Minuten intensive körperliche Belastungen ausüben.**
- Erwachsene sollten pro Woche mindestens 150-300 Minuten moderate Ausdauerbelastungen oder mindestens 75-150 Minuten intensive körperlich Belastung ausüben.
- Ältere Erwachsene > 65 Jahre sollten an mindestens drei Tagen pro Woche Gleichgewichtsübungen ausführen.
- Erwachsene und ältere Erwachsene > 65 Jahre sollten an mindestens zwei Tagen pro Woche kräftigende Übungen für alle großen Muskelgruppen ausführen.
- Die Sitzzeit sollte in allen Altersgruppen reduziert werden. Kinder sollten Sitzzeit und Zeit vor Bildschirmen reduzieren.