

Gleiche Chancen!
Für eine gerechte Diabetesversorgung

Wer Diabetes hat, hat oft nicht die gleichen Chancen. Auch das Geschlecht spielt eine Rolle.

Oben: Podiumsdiskussion während des Politischen Jahresempfangs der DDG.
Unten: DDG Präsidentin Prof. Dr. Julia Szendrői beim Impulsvortrag während des Empfangs.

Foto: NAZIR – stock.adobe.com

BERLIN. Menschen mit Diabetes oder Diabetesrisiko haben mit einigen Ungerechtigkeiten zu kämpfen – sei es in Beruf und Straßenverkehr, durch die Tatsache, dass sie in einer strukturschwachen Region leben oder weil sie Frauen sind. Die Jahrespressekonferenz der DDG wurde deshalb bestimmt von der Frage: „Mittendrin oder abgehängt – Wie sozial gerecht ist die Diabetesversorgung in Deutschland?“ Für mehr Gerechtigkeit sorgen könnten ein Fokus auf Frauengesundheit, umfassende Präventionsmaßnahmen und die individuelle Beurteilung von Menschen mit Diabetes in Beruf und Straßenverkehr statt veralteter und pauschaler Kriterien. **6, 8/9, 32**

Diabetestechnologie & Digitalisierung

WIESBADEN. In der Beilage „Technologie & Digitalisierung kompakt“ erfahren Sie Neues aus dem Bereich der Diabetestechnologie.



»Raus aus der Komfortzone«

Diabetes Kongress 2026: die Kongresspräsidentin im Interview

DRESDEN. „Wissenschaft entsteht nicht nur auf Slides!“ Davon ist Professorin Dr. Barbara Ludwig überzeugt. Die Kongresspräsidentin des 60. Diabetes Kongresses plädiert dafür, dass sich Grundlagenforscher*innen in die Sessions der Klini-

ker*innen „trauen“ und umgekehrt. So könne wirkliche Translation entstehen – auch wenn man nicht immer alles gleich versteht. Das Motto des Kongresses lautet dieses Mal: „Revolution der Mittel – Realität der Menschen.“ Revolutionen

gibt es derzeit einige in der Diabetologie, so Prof. Ludwig. Aber wo gibt z. B. der Fortschritt in Forschung und Technologie Hoffnung, wo ist er eher überfordernd? Darüber soll beim Kongress nachgedacht und diskutiert werden, immer mit dem Ziel,

dass Fortschritt für die Menschen mit Diabetes auch zu einer Verbesserung führt. Freuen können sich die Teilnehmenden nicht nur auf den wissenschaftlichen Austausch, sondern auch auf Glücks-Keynote, DDG Night und Diabeteslauf. **16**

Weiterhin bestens beschirmt

WIESBADEN. Sie war von Anfang an dabei: Professorin Annette Schürmann hat die AG Nachwuchs lange und erfolgreich als Schirmherrin begleitet. Nun gab es einen Wechsel, der sowohl für Kontinuität als auch für neue Impulse steht: Professorin Henriette Kirchner bringt ebenfalls die naturwissenschaftliche Perspektive ein, hat aber auch neue Ideen. **24**

Ein Land, ein Standard

Impulspapier: Für das digitale DMP fordert die DDG rechtsverbindliche Standards

BERLIN. Grünes Licht für ein digitales Disease-Management-Programm (dDMP) bei Typ-1- und Typ-2-Diabetes gibt es schon, eine Rechtsverordnung dafür aber noch

nicht. Mit einem Impulspapier macht die DDG auf sieben Probleme aufmerksam – und liefert die Lösungen gleich mit. So soll das dDMP als Versorgungsform eigen-

ständig sein und nicht an das analoge DMP gekoppelt werden, es soll einen bundeseinheitlichen Vertrag geben, der für alle Krankenkassen und Leistungserbringer ver-

bindlich ist, die Praxis-IT soll ein Upgrade erhalten und die Krankenhäuser sollen in den dDMP-Prozess eingebunden werden, sodass ein Datenaustausch möglich ist. **4**

Seite 17 Lernen an Pleiten, Pech & Pannen

BAD MERGENTHEIM. Im Fokus der Jahrestagung der AG Diabetischer Fuß: lehrreiche Fehler. Außerdem waren erstmals angehende Orthopädienschuhmacher*innen DDG mit dabei.

Revolution der Mittel – Realität der Menschen.

60 DIABETES KONGRESS 2026 DDG

13.–16. Mai 2026

Tipps und Anregungen für Ihre Planung gibt's auf den Seiten 14 und 16. www.diabeteskongress.de

Seite 19 Prävention auf höchstem Niveau

NEUHERBERG/DÜSSELDORF. DZD-Forschende arbeiten daran, Typ-2-Diabetes und seine Folgen zu verhindern. Und: Der CEDA-Kongress kommt nach Düsseldorf – ein Ausblick.



Foto: TrumpRx.gov

TrumpRx-Rabatte: Wer profitiert?

WASHINGTON/BERLIN. Von den Rabatten auf verschreibungspflichtige Medikamente auf der Online-Plattform TrumpRX.gov profitieren auch Menschen mit Diabetes, denn Insulin ist eines der knapp 40 dort angebotenen Originalpräparate. Ist TrumpRx also „mehr als ein Marketing-Gag“, vielleicht sogar ein „Weckruf für Europa“? Wir erklären die Logik der Plattform und haben bei Pharmaunternehmen und Verbänden nachgefragt. **7, 10**

News & Fakten

Digitales DMP Diabetes: DDG fordert in Impulspapier bundesweiten Rahmenvertrag; Jahrespressekonferenz der DDG: Gleiche Chancen für alle; TrumpRx: Vorteile für Menschen mit Diabetes; Parlamentarischer Jahresempfang der DDG; Nachruf auf Prof. Dr. Markolf Hanefeld; Nachruf auf Prof. Dr. Berend Willms; „Hier spielt die Medizin“ – die neue Medical Tribune; Neues aus der Diabetesforschung 4–12, 19

Kongress aktuell

Diabetes Kongress: Workshops, Highlight-Symposien und Rahmenprogramm; Jahrestagung der AG Diabetischer Fuß: Voneinander und aus Fehlern lernen; Ankündigung CEDA-Kongress; diatec-Fortbildungskonferenz: dt-Report, KI – und Änderungsbedarf; Diabetes Herbsttagung: neue Daten zu Diabetes und Schilddrüse; Exercise Snacks und Yoga als niederschwellige Bewegungsangebote 14, 17, 19, 23, 25

Das Interview

Kongresspräsidentin Professorin Barbara Ludwig; „Wissenschaft entsteht nicht nur auf Slides“ 16

Im Blickpunkt

Weiterhin bestens beschriftet: Wechsel in der Schirmherrschaft der AG Nachwuchs; Zertifiziertes Zentrum: Diabeteszentrum Lindlar; Projekt EDENT1F1: Aufbau von Screeningprogrammen für frühe Stadien von Typ-1-Diabetes in Europa 24, 27

Medizin & Markt

Berichte aus der Industrie 20

Kurznachrichten

Neu oder rezertifizierte Kliniken und Arztpraxen; neue Diabetologinnen und Diabetologen 22

Weiterbildung & Qualifikation

Für Ärzt*innen: Klinische Diabetologie, Kommunikation und patientenorientierte Gesprächsführung, Adiposilog*in DAG-DDG, Diabetologie KOMPAKT. Für Gesundheitsfachkräfte und andere Berufsgruppen: Diabetesedukation DDG (Diabetesassistent*in DDG, Diabetesberater*in DDG, Aufbauqualifikation zur Diabetesberater*in DDG, Diabetescoach*in DDG), Fuß- und Wundassistent*in DDG, Adipositasberater*in DAG-DDG, Orthopädienschuhmacher*in DDG, Diabetes & Pflege (Diabetesversierte Pflege DDG, Diabetes Pflegefachkraft DDG (Klinik), Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG) 28–29

Job- & Praxenbörse

Stellenangebote, Stellengesuche, Nachfolgegesuche 30–31

Buntes 32

»Mittendrin oder abgehängt?«

Die DDG setzt sich für eine sozial gerechtere Diabetesversorgung ein

Liebe Leserinnen und Leser,

derzeit gibt es mindestens 9,3 Millionen Menschen mit Diabetes in Deutschland. Sie alle sollen gerecht behandelt werden.

Die Realität aber sieht anders aus: Unser Versorgungssystem hat strukturelle Schwächen, und das betrifft Frauen mit Gestationsdiabetes und Frauen allgemein, es betrifft Menschen, die allein durch soziale und regionale Unterschiede ein höheres Diabetesrisiko und einen schwierigeren Zugang zu adäquater Diabetesversorgung haben, es geht um Menschen mit Diabetes, die trotz der großen Fortschritte in der Therapie in Beruf und Straßenverkehr noch immer nach veralteten Kriterien beurteilt werden, es geht um Menschen, die von notwendigen Präventionsmaßnahmen profitieren würden. Es geht um so viele verschiedene Gruppen von Menschen – vielleicht gehören Sie sogar selbst einer dieser Gruppen an?

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft sieht dringenden Handlungsbedarf, deshalb war „Mittendrin oder abgehängt – Wie sozial gerecht ist die Diabetesversorgung in Deutschland?“ das Thema unserer Jahrespressekonferenz und hat auch den Parlamentarischen Jahresempfang bestimmt. Lesen Sie mehr darüber auf den Seiten 6 und 8/9.

»dDMP: DDG fordert rechtsverbindliche Standards«

Für digitale Disease-Management-Programme (dDMP) bei Typ-1- und Typ-2-Diabetes hat der G-BA grünes Licht gegeben, eine Rechtsverordnung gibt es aber noch nicht. In einem Impulspapier schlägt die DDG nun rechtsverbindliche Standards vor: Das dDMP soll kein ergänzendes Modul zum analogen DMP sein, sondern für sich stehen, es soll einen bundesweit verbindlichen Vertrag geben, das dDMP soll über Sektorengrenzen hinaus nutzbar sein und es muss ein Upgrade für die Praxis-IT geben. Und vor allem: Das dDMP soll Menschen mit Diabetes in den Fokus stellen. Welche Lösungen die DDG



Prof. Dr. Julia Szendrödi
Präsidentin der
Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
Foto: DDG/Dirk Deckbar

für insgesamt sieben wichtige Bereiche vorschlägt, steht auf Seite 4.

»Wechsel in der Schirmherrschaft der AG Nachwuchs«

Die AG Nachwuchs ist sehr aktiv und leistet immens wertvolle Arbeit in der Nachwuchsgewinnung. Immer mit dabei: drei Menschen, die für die AG die Schirmherrschaft übernommen haben. Von Anfang an mitgearbeitet hat die Molekularbiologin Professorin Annette Schürmann vom Deutschen Institut für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke. Wie sie ihre Rolle verstanden hat und in welcher Weise ihre Nachfolgerin, die Ernährungswissenschaftlerin Professorin Henriette Kirchner vom Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, tätig sein möchte, erzählen die beiden auf Seite 24.

»Diabetes Kongress 2026: Wir sehen uns in Berlin zur 60. Jahrestagung der DDG«

„Revolution der Mittel – Realität der Menschen.“ lautet das Motto des Diabetes Kongresses 2026. Was sich dahinter verbirgt, was die Teilnehmenden erwarten können und warum es so wichtig ist, die eigene Komfortzone zu verlassen, erzählt Kongresspräsidentin Professorin Barbara Ludwig im Interview. Natürlich verrät sie darin auch schon ein bisschen was über die Eröffnungsveranstaltung, die DDG Night und den Diabeteslauf. Ich freue mich auf den Kongress – und hoffe, viele von Ihnen in Berlin zu sehen. Stimmen Sie sich auf den Diabetes Kongress ein auf den Seiten 14 und 16.

Ganz herzlich Ihre

Prof. Dr. Julia Szendrödi

diabeteszeitung

© 2026, MedTriX GmbH
Veröffentlichung gemäß § 5 Hessisches Pressegesetz (HPresseG): Alleinerliche Gesellschafterin der MedTriX GmbH ist die Süddeutscher Verlag Hüthig Fachinformationen GmbH, München. Alleinerliche Gesellschafterin der Süddeutscher Verlag Hüthig Fachinformationen GmbH ist die Kurpfälzische Verlagsbeteiligungs GmbH, Ludwigshafen.

Verlag: MedTriX GmbH

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

CEO: Oliver Kramer

Geschäftsführung: Stephan Kröck, Markus Zobel

Gesamtreaktionsleitung Deutschland: Günter Nuber

Herausgeberschaft:
Deutsche Diabetes Gesellschaft e. V. (DDG),
Albrechtstr. 9, 10117 Berlin
Präsidentin: Prof. Dr. Julia Szendrödi
Geschäftsführerin: Barbara Bitzer

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

Redaktion Medizin: Nicole Finkenauer, Gregor Hess

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

Weitere Mitarbeitende: Cornelia Kolbeck, Antje Thiel

Corporate Publishing: Lena Feil

Redaktionsbeirat:

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

Vertretung der angrenzenden Fachgebiete:

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

Koordination in der DDG Geschäftsstelle: Franziska Fey

Produktionsleitung Deutschland: Ninette Grabinger

Teamleitung Layout: Andrea Schmuck
Layout: Christina Mähler, Jasmin Reutter, Beate Scholz, Mira Vetter

Media-, Verkaufs- und Vertriebsleitung: Björn Lindenau

Verkauf: Josef Hakam, Lukas Koch, Christiane Schlenger

Teamleitung Media: Alexandra Ulbrich

Anzeigen:
E-Mail: mtd-anzeigen@medtrix.group
Anzeigen-Preisliste Nr. 11 vom 1.1.2026

Teamleitung Vertrieb: Birgit Höflmar

Vertrieb und Abonnentenservice:
E-Mail: mtd-aboservice@medtrix.group

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

Bezugsbedingungen:

Jahresabonnement € 48,40, Studenten € 37,60
(inkl. Porto und MwSt., Ausland zuzüglich Porto)

Konto: HVB/UniCredit Bank AG
IBAN: DE12 7002 0270 0015 7644 62, BIC: HYVEDEMMXXX
ISSN 2367-2579

Erfüllungsort und Gerichtsstand ist Wiesbaden

Registergericht: Amtsgericht Wiesbaden

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



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

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

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

Beilagen: Sanofi

www.blauer-engel.de/uz195

Dieses Druckerzeugnis wurde mit dem
Blauen Engel ausgezeichnet



QB5

Rezdiffra®

Resmetirom Filmtabletten
60mg · 80mg · 100mg

MASH MIT FIBROSE lebergerichtet therapieren ist kein Wunschdenken mehr.

Rezdiffra® ist die erste und einzige lebergerichtete Therapie, in Kombination mit Ernährung und Bewegung, für Erwachsene mit nicht zirrhotischer MASH mit mäßiger bis fortgeschrittener Leberfibrose.

Mehr zu Rezdiffra®
erfahren Sie hier:
www.madrigalpro.de

Scannen Sie einfach
diesen QR-Code:



Lebergerichtete Therapie

- Erste und einzige zielgerichtete MASH-Therapie



Überzeugende Wirksamkeit¹

- Fibroseverbesserung[#]
- MASH-Remission^{##}



Demonstrierte Sicherheit¹

- > 29.500 Patient:innen
behandelt^{§,2}

[#] Fibroseverbesserung um ≥ 1 Stadium ohne Verschlechterung der Steatohepatitis (definiert als keine Zunahme des Scores für Ballooning, Entzündung oder Steatose).

^{##} Remission der MASH (Score von 0-1 für Entzündung, 0 für Ballooning und jeglicher Wert für Steatose) ohne Verschlechterung der Leberfibrose.

[§] Stand 30. September 2025.

MASH: metabolische Dysfunktion-assoziierte Steatohepatitis.

1. Fachinformation Rezdiffra®, Stand August 2025. 2. Madrigal Pharmaceuticals, Inc. Madrigal Pharmaceuticals Reports Third-Quarter 2025 Financial Results and Provides Corporate Updates. Online verfügbar unter <https://ir.madrigalpharma.com/news-releases/news-release-details/madrigal-pharmaceuticals-reports-third-quarter-2025-financial> (letzter Zugriff 30.01.2026).

▼ **Rezdiffra® 60 mg Filmtabletten, Rezdiffra® 80 mg Filmtabletten, Rezdiffra® 100 mg Filmtabletten** (Wirkstoff: Resmetirom). **Qualitative & quantitative Zusammensetzung:** Arzneilich wirksamer Bestandteil: 60/80/100 mg Resmetirom. **Sonstige Bestandteile:** *Tablettenkern:* mikrokristalline Cellulose, Mannitol, Croscarmellose-Natrium, wasserfreie kolloidale Kieselerde, Magnesiumstearat; *Tablettenüberzug 60/80/100 mg:* Polyvinylalkohol, Titandioxid (E171), Makrogol, Talkum; *Tablettenüberzug 80 mg:* zusätzlich gelbes Eisenoxid (E172); *Tablettenüberzug 100 mg:* zusätzlich gelbes Eisenoxid (E172), rotes Eisenoxid (E172). **Anwendungsgebiet:** In Kombination mit Ernährung und Bewegung zur Behandlung von Erwachsenen mit nicht zirrhotischer, nicht alkoholischer Steatohepatitis (MASH), bei denen eine mäßige bis fortgeschrittene Leberfibrose (Fibrostadien F2 bis F3) besteht. **Art der Anwendung:** Zum Einnehmen einmal täglich, mit oder ohne Nahrung. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Einnahme während der Schwangerschaft ist zu vermeiden, nicht während der Stillzeit anwenden. **Warnhinweise:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Durchfall, Übelkeit; *Häufig:* Juckreiz; *Gelegentlich:* Schwindelgefühl, Bauchschmerzen, Verstopfung, Erbrechen, Ausschlag; *Selten:* obstruktive Pankreatitis, Cholezystitis, Cholelithiasis, Urtikaria; *Nicht bekannt:* Lebertoxizität. **Verschreibungspflichtig.** Madrigal Pharmaceuticals EU Limited, 1 Castlewood Avenue, Dublin D06 H685, Irland. **Stand:** August 2025.

Rezdiffra® ist eine eingetragene Marke der Madrigal Pharmaceuticals Inc.

dDMP Diabetes muss einheitlich sein

DDG fordert in neuem Impulspapier bundesweiten Rahmenvertrag

BERLIN. Über ein Jahr ist vergangen, seit der G-BA im März 2025 grünes Licht für digitale DMP bei Typ-1- und Typ-2-Diabetes gegeben hat. Weil die erforderliche Rechtsverordnung des BMG auf sich warten lässt, schlägt die DDG in einem Impulspapier der Politik rechtsverbindliche Standards vor.

Sieben Punkte umfasst das neue Papier, in dem die DDG vor allem eines klarstellt: Das dDMP darf nicht als digitale Zusatzoption enden, das bestehende Mängel weiterführt, statt sie zu beheben, sondern muss einheitliche Strukturen schaffen. Die wichtigsten Impulse im Überblick.

1. Eigenständiges dDMP

Problem: Der G-BA-Beschluss sieht vor, das dDMP als ergänzendes Modul an das analoge DMP zu koppeln, was doppelte Einschreibungen und somit zusätzlichen bürokratischen Aufwand zur Folge hat.

Lösung: Laut DDG muss das dDMP als eigenständige, rechtlich unabhängige Versorgungsform etabliert werden statt als bloßes „Zusatzmodul“ oder „Add-on“ zum bestehenden analogen DMP. Als digitales, sektorenübergreifendes Diabetes-DMP soll es zudem die strukturellen Mängel des bisherigen DMP wie sektorale Brüche und fehlende Datentransparenz beseitigen.

2. Ein Land, ein Standard

Problem: Rund 3.000 DMP-Verträge führen derzeit zu Datenverlust, Doppeleinschreibung und Verunsicherung (34 % der Ärzt*innen melden Einschreibungsprobleme; 75 % Doppeleinschreibungen, 72 % verlorene Daten). Wird das dDMP nicht vereinheitlicht, scheitert es an der Komplexität der föderalen Strukturen, befürchtet die DDG. Softwarehersteller müssen digitale Lösungen für 17 KV-Regionen und Hunderte Verträge anpassen. Zudem existieren – je nach Bundesland – bei den DMP unterschiedliche Rechte auf Schulungen und Intervalle.

Lösung: Ein bundeseinheitlicher Vertrag, der für alle Krankenkassen und Leistungserbringer verbindlich

ist, regionale Einzelverträge ablöst sowie die verpflichtende digitale Einschreibung und einen Echtzeit-Status-Check über die Telematikinfrastruktur (TI) sicherstellt. Dieser Rechtsrahmen soll sowohl bundeseinheitliche Verträge und Datenstandards festlegen als auch regionale Besonderheiten in Anlagen (z. B. spezifische Versorgungsnetzwerke) definieren. Eine medienbruchfreie Einschreibung muss standardmäßig per eGK/Tablet möglich sein, womit der Einschreibestatus in der TI sofort sichtbar ist (analog und digital). Dies schafft Rechtssicherheit und eliminiert den manuellen Prüfaufwand bei Kassen und Datenstellen.

3. Upgrade für die Praxis-IT

Problem: Derzeitige Praxisverwaltungssysteme (PVS) dienen primär der Abrechnung, bilden jedoch komplexe Datenströme wie von Glukosesensoren (CGM), Insulinpumpen und DiGA nicht adäquat ab. Hilfsmitteldaten (z. B. CGM, Insulinpumpen, DiGA) liegen als Dateninseln in isolierten Herstellerportalen und müssen manuell übertragen werden. Eine systematische Zusammenführung, Plausibilitätsprüfung und risikobasierte Auswertung (z. B. Diabetesnotfälle) finden nicht statt.

Lösung: Die DDG fordert, die neue Software-Kategorie „Dedizierte DMP-Managementsysteme“ (DiMA

Hintergründe zum dDMP

Die Grundlage für digitale Module zur strukturierten Versorgung von Menschen mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes in der DMP-Anforderungsrichtlinie hat der G-BA vor knapp einem Jahr geschaffen. Mit den neuen Modulen, die die bestehenden DMP ergänzen, sollen ärztliche Konsultationen per Video erfolgen und ein Austausch auch über sichere Messenger-Dienste möglich sein.

Die DDG begrüßte den Beschluss als „große Chance“. In einer Stellungnahme warnte die Fachgesellschaft allerdings schon vor gut einem Jahr davor, die bestehenden DMP „dringend zu reformieren“, da der aktuelle Entwurf des dDMP „dem Anspruch an den Transformationsprozess zur digitalen Versorgungsstruktur nicht gerecht“ werde.

In klassische DMP sind inzwischen rund 4,7 Millionen gesetzlich Versicherte eingeschrieben. Die Einführung des digitalen DMP sollte frühestens Anfang 2026 starten, noch fehlt jedoch die Rechtsverordnung des BMG, die auch Näheres zu den technischen Anforderungen des dDMP Diabetes regelt, konkret an PVS, technische Schnittstellen und Infrastruktur sowie an die Integration in die Telematikinfrastruktur, abhängig von der Roadmap der gematik.

(digitale Medizinanwendung) als verpflichtenden Bestandteil der dDMP einzuführen und zu finanzieren. Es muss gesetzlich geregelt sein, dass diese Systeme alle relevanten Patientendaten automatisiert zusammenführen, plausibilisieren und standardisierte Berichte für die ePA erstellen, so die DDG. Als „intelligente Schicht zwischen PVS und Patientendaten“ sollen DiMA gegen „klinische Trägheit“ wirken.

4. KI als Assistenzsystem

Problem: Jedes dDMP ist ein komplexes Ökosystem aus PVS, DiGA, Hilfsmitteln, ePA und Apps, das sich mit einer Datenflut aus Diabetesdaten konfrontiert sieht. So liefert z. B. ein rtCGM bis zu 1.440 Werte/Tag, eine manuelle Auswertung ist unrealistisch. Zudem fehlt dafür die Vergütung: Prädiktive Algorithmen zur Berechnung von Risiko-Scores sind laut EBM nicht berechnungsfähig (EBM 2025 S.734 Pkt.7). Ein weiterer Schwachpunkt: PVS-Hersteller stellen nur veraltete und rudimentäre systemspezifische Schnittstellen für Datenexport- und -import bereit (z. B. xDT-Standard), während Hersteller von Diabetestechnologie eigene Schnittstellenlösungen anbieten und sämtliche Akteure den Datenschutz unterschiedlich umsetzen. Auch der international anerkannte offene FHIR-Standard wird in Deutschland blockiert. Dies kann zur digitalen

Fragmentierung führen und Interoperabilität verhindern.

Lösung: Die Rechtsverordnung muss für alle dDMP-Komponenten regulatorische, inhaltliche und technische Standards festlegen hinsichtlich Integration, Zulassung und Vergütung klinischer Entscheidungsunterstützungssysteme (CDSS) und prädiktiver Algorithmen als integraler Bestandteil des dDMP. Vorgesehen werden muss den Einsatz zertifizierter Algorithmen (Medizinprodukte Klasse IIB), die Daten auf Muster prüfen und Risiken vorhersagen. Diese Algorithmen sind als „echte“ digitale Anwendungen zu vergüten. Damit Daten sicher fließen können, muss die Software reibungslos („Plug & Play“) funktionieren.

5. Eine Sprache für alle

Problem: Aktuell kommunizieren die unterschiedlichen Systeme nicht miteinander. Behandlungsrelevante Daten werden nicht geteilt (Krankenhaus- und ambulanter Sektor, unterschiedliche Facharztgruppen).

Lösung: Eine verbindliche Umsetzung des „Medizinischen Informationsobjektes“ (MIO) Diabetes als Stammdatensatz in der elektronischen Patientenakte (ePA). Gesetzlich muss sichergestellt sein, dass die KBV, die über § 355 Abs. 4b SGB V mit der MIO-Definition beauftragt wurde, dabei berücksichtigt, dass das MIO maschinenlesbare Daten enthält, inklusive Therapieziele, standardisierter Hilfsmittel-Reports, Laborwerte und Risikofaktoren. Nur so werde die ePA von einem „Datengrab“ zu einer aktiven Datendrehzscheibe, ist sich die DDG sicher.

6. Versorgung ohne Grenzen

Problem: Daten aus der ambulanten Versorgung erreichen die Krankenhäuser nicht und vice versa erreichen Daten aus dem stationären Bereich nicht zuverlässig genug die Praxen. Zudem integrieren Krankenhausinformationssysteme komplexe Diabetesdaten der Diabetestechnologien nicht in die elektronische Patientenakte. Viele Krankenhäuser verfügen außerdem nicht über ausreichend diabetologische Expertise, insbesondere für komplexe Fälle.

»dDMP kein Add-on oder Zusatzmodul zum analogen DMP«

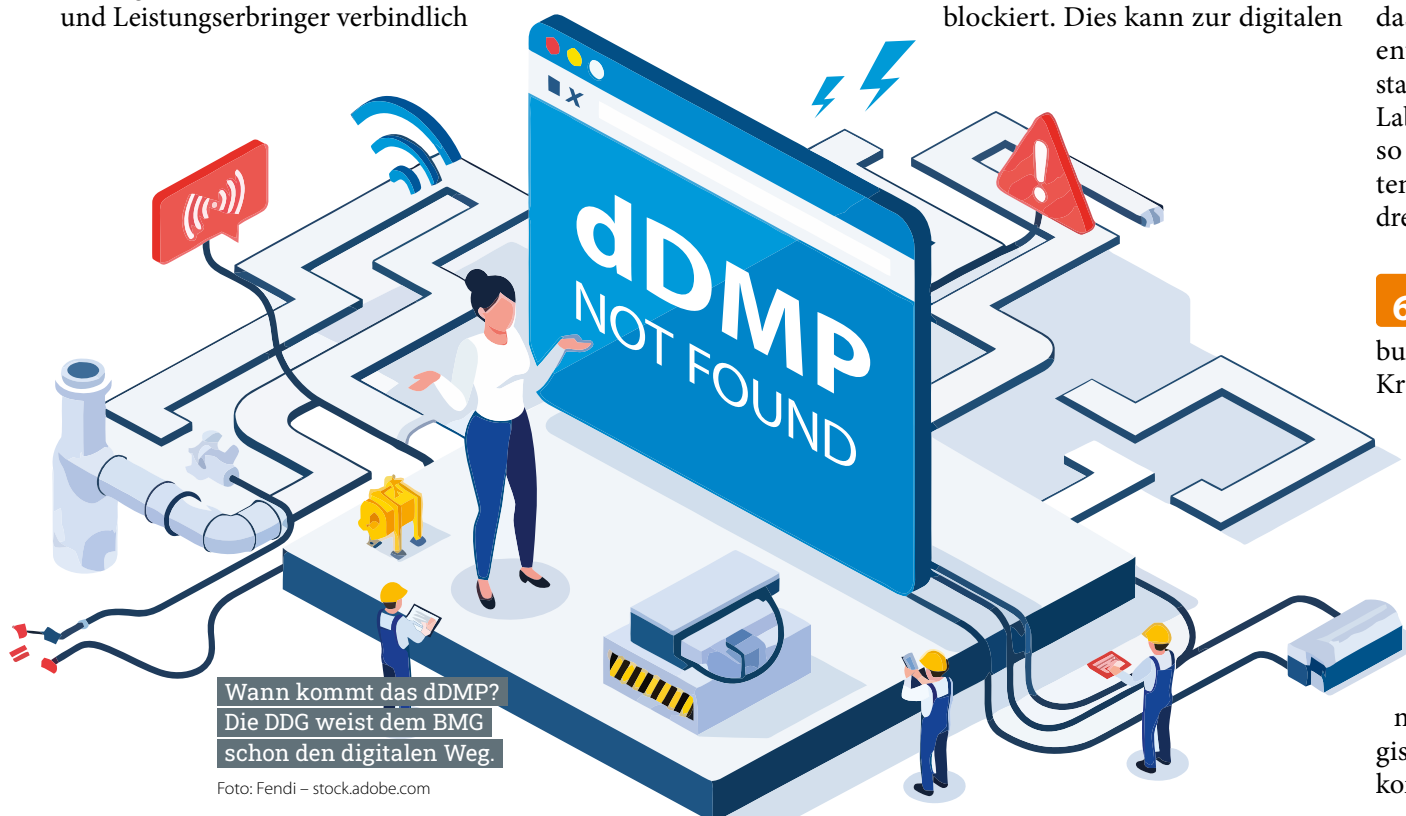
Lösung: Verbindliche Einbindung der Krankenhäuser in dDMP-Prozess und Datenaustausch. Digitale, sektorenübergreifende Versorgungsmodelle sind weiterzuentwickeln (§§ 137f, Abs. 140a SGB V). Krankenhäuser müssen verpflichtet und technisch befähigt werden, auf den Diabetes-Stammdatensatz in der ePA zuzugreifen und ihre Behandlungsdaten strukturiert zurückzuspielen. Dafür muss die sektorenübergreifende Datenfreigabe im dDMP-Prozess gesetzlich verankert werden. DDG, BVND, die Landesverbände und der BVKD haben weitere Vorschläge, die über dieses dDMP-Impulspapier hinausgehen.

7. Der Patient im Fokus

Problem: Patient*innen werden nach dem „One-Size-Fits-All“-Prinzip alle drei Monate einbestellt, unabhängig vom tatsächlichen Bedarf. Der Therapiefokus liegt zudem auf Laborwerten. Individuelle Faktoren (Lebensqualität, Depressionsrisiko, Angst vor Unterzuckerung) werden nicht systematisch erfasst.

Lösung: Das dDMP soll eine personalisierte Therapiesteuerung nach aktuellen nationalen Leitlinien ermöglichen, indem Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) und individuelle Therapieziele einbezogen werden. Die Erhebung von PROMs muss das dDMP über digitale Tools (z. B. Apps) ermöglichen und als Qualitätsindikator verankern, was eine flexibilisierte Behandlung ermöglicht. *Angela Monecke*

»PVS bilden Daten aus CGM und DiGA nicht adäquat ab«



Wann kommt das dDMP?
Die DDG weist dem BMG
schon den digitalen Weg.

Foto: Fendi – stock.adobe.com

Für den Diabetologie-
Durchblick
der Podcast für Expert*innen



Grenzen
zwischen den
Sektoren

Wie lassen sich die Grenzen zwischen Klinik und Praxis überwinden? Darüber tauschen sich Professorin Dr. Susanne Reger-Tan und Dr. Tobias Wiesner intensiv aus. Auch das dDMP ist ein wichtiges Thema dieser Folge von O-Ton Diabetologie. Zugriff auf diese und weitere Folgen haben Sie auf diabetologie-online.de, medical-tribune.de und den gängigen Podcast-Plattformen.



Gleiche Chancen für alle

DDG geht gegen soziale Ungerechtigkeit bei Frauengesundheit und beruflicher Teilhabe vor

BERLIN. „Mittendrin oder abgehängt – wie sozial gerecht ist die Diabetesversorgung in Deutschland?“ Diese Frage wurde anlässlich des Welttages für soziale Gerechtigkeit von Expert*innen bei der Jahrespressekonferenz der DDG aus unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchtet. Die Fachgesellschaft sieht dringenden Handlungsbedarf, etwa beim Thema geschlechtersensible Medizin oder für Menschen mit Diabetes im Beruf.

Dass Frauen ein deutlich höheres Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen haben, mache sich irgendwann in ihrer Insulinsensitivität, der inflammatorischen Aktivierung und Gefäßbiologie bemerkbar, sagte DDG Präsidentin Professorin Dr. JULIA SZENDRÖDI.

Gestationsdiabetes und Menopause? Handlungsbedarf!

Kommt eine Schwangerschaft hinzu, kann sich eine bestehende Insulinresistenz manifestieren. „Der Gestationsdiabetes ist deshalb kein isoliertes Ereignis, sondern ein früher Marker systemischer Vulnerabilität“, warnte sie. Einen metabolischen Wendepunkt, an dem sich Fettverteilung, Lipidprofil und Gefäßfunktion veränderten, stelle auch die Menopause dar. Biologische Übergangsphasen sollten deshalb besonders aufmerksam betrachtet werden, denn sie gelten als „klinisch relevante Risikofenster“.

So seien „Frauen mit Diabetes kein ‚Sonderfall‘ der Diabetologie“, machten vielmehr „strukturelle Schwächen unseres Versorgungssystems sichtbar“, betonte sie. Wer demnach über soziale Gerechtigkeit in der Diabetesversorgung spreche, dürfe „Geschlecht nicht als Randaspekt behandeln“. Die Versorgungsrealität zeige, dass gerade Frauen mit Diabetes häufig später diagnostiziert, anders behandelt und in Hochrisikosituationen nicht ausreichend strukturiert begleitet werden. Dies sei „ein Wissens-, kein Umsetzungsdefizit“, so Prof. Szendrödi.

Ein besonderer „Versorgungsbruch“ sei beim Gestationsdiabetes (GDM) spürbar: Frauen mit GDM, die bereits identifiziert wurden, werden dann nicht weiter strukturiert nachverfolgt – obwohl die Zahl der Patientinnen nach GDM in Deutschland stark ansteigt. Deren Prävalenz liegt inzwischen bei circa 15 % der Schwangerschaften. Die Gründe für diesen Zuwachs: Frauen bringen heute ein höheres Alter und Körpergewicht vor der Geburt des Kindes

mit. Zudem entwickelt jede fünfte Frau mit GDM innerhalb von zehn Jahren nach der Schwangerschaft einen Typ-2-Diabetes. Ein Screening nach dem GDM, also direkt nach der Geburt, sei „sehr wichtig“, betonte sie, ebenso ein oraler Glukosetoleranztest nach fünf Jahren, um festzustellen, ob sich die Vorstufe eines Diabetes anbahnt. Das größte Problem bei all dem sei die Refinanzierung. Für diese „komplexen Situationen“ existiere „keine Rückvergütung für das Gesundheitssystem, um diese Strukturen wirklich zu unterstützen“. „Dabei können wir hier sehr viel für die Frauen tun“, so die DDG-Präsidentin.

Die DDG fordert für Frauen mit (Gestations-)Diabetes deshalb unter anderem flächendeckende, strukturierte Nachsorgekonzepte nach Schwangerschaftsdiabetes und eine strukturierte kardiovaskuläre Risikobewertung für alle Patientinnen mit Diabetes (s. S. 8 u. 9).

Gute oder schlechte Diabetesversorgung?

Wie stark prägen die Postleitzahl und die Bildung das Diabetesrisiko? Dieser Frage ging Professor Dr. BAPTIST GALLWITZ, Mediensprecher der DDG, nach, der die soziale und regionale Ungleichheit hinsichtlich Diabetesrisiko und Versorgungszugang beleuchtete. Anhand der Ergebnisse der beiden RKI-Surveys von 1997 bis 1999 sowie 2008 bis 2011 zeigte er, dass die Diabetesprävalenz von unter 6 % in besser-



Informierten über wichtige Themen aus der Diabetologie: Prof. Dr. Baptist Gallwitz, Dr. Tobias Wiesner, Moderatorin Michaela Richter, Prof. Dr. Julia Szendrödi, Dr. Wolfgang Wagener.

Fotos: DDG/Dirk Deckbar



gestellten Regionen bis über 13 % in strukturschwachen Gebieten schwankt. Für den Osten Deutschlands liegen die Schätzungen deutlich über denen für Westdeutschland. Die Ergebnisse des Surveys machen zudem deutlich, dass Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status aufgrund eines eher ungesunden Lebensstils auch häufiger Hochdruck, Fettstoffwechselstörungen und Begleiterkrankungen entwickeln.

Beim Diabetes zeigt sich zudem eine verminderte Erwerbsbeteiligung. Dies ergab eine 2025 veröffentlichte deutsche Studie. Knapp 82 % der Erwerbsfähigen ohne Diabetes haben einen Job, aber nur ca. 56 % der an Diabetes Erkrankten. Nach Ansicht des Autorenteam handelt es sich bei letzterer Gruppe um Personen mit niedriger sozioökonomischer Position. Folglich ist diese Bevölkerungsgruppe nicht nur von einem größeren Diabetesrisiko betroffen, sondern auch von einem größeren diabetesassoziierten Abfall in der Produktivität. Von der Bundesregierung fordert die Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK) deshalb umfassende und wirksame Präventionsmaßnahmen nach dem „Health-in-all-policies“-Ansatz, die Menschen in allen Lebensphasen und aus allen sozialen Gruppen erreichen (s. S. 8 u. 9).

Dass digitale Tools die Therapietreue verbessern, eine bessere Vernetzung zwischen Patient*innen und ihren Ärzt*innen ermöglichen und personalisierte Unterstützung für

»Große regionale Unterschiede«

Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheit bieten, führte DDG Vizepräsident Dr. TOBIAS WIESNER aus, der hier aber auch eine „digitale Kluft“ erkennt (s. S. 4).

Pauschale Ausschlüsse und veraltete Kriterien bei Diabetes

Bei der beruflichen Teilhabe sehen sich Menschen mit Diabetes weiter mit „pauschalen Ausschlüssen, veralteten Eignungskriterien und restriktiven Vorgaben“ konfrontiert, obwohl sie moderne Diabetesttechnologien wie CGM- und AID-Systeme nutzen und auch durch neue Medikamente in der Therapie des Typ-2-Diabetes das Risiko für schwere Hypoglykämien inzwischen deutlich geringer sei, so Dr. WOLFGANG WAGENER, Vorsitzender des Ausschusses Soziales der DDG. Geschulte Menschen mit Diabetes hätten „kaum mehr Einschränkungen in Beruf oder Straßenverkehr“, sagte er. „Die Daten sind klar, die Technik ist da und die rechtlichen Grundlagen verlangen längst eine individuelle Bewertung“, so Dr. Wagener, der als ärztlicher Referent bei der Deutschen Rentenversicherung Rheinland beschäftigt ist.

Bereits im November 2025 hat die AWMF die vom Ausschuss Soziales aktualisierte S2e-Leitlinie „Diabetes und Straßenverkehr“ publiziert (wir

berichtet). Doch für Personen unter Insulintherapie gelte in einigen Vorschriften zur beruflichen Eignung der Diabetes weiter als Ausschlusskriterium. Als Beispiele nannte er die Bundeswehr, den Polizeidienst sowie Jobs im Bahn-, Schiffs- und Luftverkehr, wo Menschen mit Insulinbehandlung oft keine Anstellung finden.

Aus Sicht der DDG und des Ausschusses sei dies heute fast nie gerechtfertigt, denn selbst beim Zoll seien Menschen mit Typ-1-Diabetes längst beschäftigt und dürften überdies Waffen tragen.

Eine „diagnosebedingte Tätigkeits-Diskriminierung“ sieht die Fachgesellschaft zudem im deutschen Luftverkehr. In Österreich z. B. sind Menschen mit Typ-1-Diabetes als Pilot*innen tätig, dürften sowohl Fracht- als auch Passagiermaschinen fliegen, sofern sie strikte Vorgaben erfüllen, erläuterte er. Auch andere Staaten wie die USA, Kanada und Vereinigtes Königreich sehen hier kein Pauschalverbot vor.

Trotz gleicher Vorschriften werde hierzulande außerdem im Schiffsverkehr die Begutachtung der Seefähigkeit deutlich restriktiver gehandhabt als in skandinavischen Ländern.

Die DDG fordert, pauschale Berufs- und Tätigkeitsverbote endlich abzuschaffen. Bei arbeitsmedizinisch relevanten diabetologischen Fragestellungen sollte man die behandelnden Ärzt*innen hinzuziehen.

Angela Monecke

Jahrespressekonferenz der DDG

Neugierig auf mehr?

Folge 67: Diabetes und Schwangerschaft/Prof. Groten, Dr. Laubner

Folge 82: Schnittstellen in der Diabetologie/Prof. Reger-Tan, Dr. Wiesner

Folge 83: Diabetes und Straßenverkehr/Dr. Wagener



Alle Folgen gibt's auf medical-tribune.de und auf den gängigen Podcast-Plattformen.

Für den Diabetologie-Durchblick

der Podcast für Expert*innen



TrumpRx: Betroffene in den USA profitieren

Neue US-Plattform setzt Pharmaindustrie unter Druck, ist für Diabetespatient*innen aber von Vorteil

WASHINGTON/BERLIN Rabatte für verschreibungspflichtige Medikamente von bis zu 90% für Patient*innen in den USA: Das verspricht die neue US-amerikanische Online-Plattform „TrumpRx.gov“. Deutsche Pharmaverbände befürchten, dass ihre international tätigen Mitglieder durch die neue Preisreferenzierung stärkere Abhängigkeiten und Preisdruck verspüren werden. Viele Menschen mit Diabetes in den USA dürften jedoch davon profitieren, so IDF-Präsident Professor Peter Schwarz.

Auswahlmöglichkeiten: Der Coupon wird entweder zusammen mit dem Rezept in einer teilnehmenden Apotheke vorgelegt und das Produkt dort bar oder mit Karte bezahlt. Oder das Präparat wird direkt über die Website des Pharmaherstellers als postalische Lieferung bestellt.

40 Medikamente, mehr in der Pipeline

Die Plattform listet bislang knapp 40 Originalpräparate (keine Generika),

darunter Diabetesmedikamente, Abnehmmittel, Arzneien für mehr Fruchtbarkeit sowie Hormonpräparate, die oft nicht über die Versi-

cherungen abgedeckt sind. Laut der Trump-Administration sollen kontinuierlich weitere Produkte hinzukommen.

Im Gegenzug zu ihren Rabatten erhalten die teilnehmenden Unternehmen eine Zollbefreiung über drei Jahre auf Arzneimittelimporte, zusätzlich wurden Investitionen in Milliardenhöhe in den USA zugesagt (z. B. Pfizer 70 Mrd. USD). Der Online-Plattform TrumpRx angeschlossen haben sich inzwischen 23 große Pharmahersteller wie Sanofi, Novo Nordisk, AstraZeneca

Auch Diabetesmedikamente können auf der Plattform günstiger bestellt werden.



» Fortsetzung auf Seite 10

Ein Durchstechfläschchen Insulin 65% billiger als der Listenpreis, ein Fertigpen eines Diabetesmedikaments, der zum Selbstkostenpreis ab 199 US-Dollar angeboten wird, obwohl er sonst fast doppelt so viel kostet. Pompös schwebt über allem ein goldener Adler, in seinen Krallen hält er eine Banderole mit dem Schriftzug „TrumpRx“. Das „Rx“ ist die internationale Abkürzung für verschreibungspflichtige Medikamente.

„Trump sei Dank!“ – Plattform huldigt dem Präsidenten

Auch verbal wird auf der neuen staatlichen Plattform, die im Februar offiziell gestartet ist, nicht gekleckert, sondern geklotzt. „Dank Präsident Trump sind die Zeiten, in denen die großen Pharmaunternehmen überhöhte Preise verlangten, vorbei“, steht dort über einem animierten Globus, der die USA in Gold hervorhebt. „Mit der vollen Kraft und Macht der Vereinigten Staaten von Amerika hat der Präsident dafür gesorgt, dass jeder Amerikaner die niedrigsten Preise für verschreibungspflichtige Medikamente in der entwickelten Welt erhält.“ Möglich macht es die Einführung der sog. Bestpreisregelung (Most-Favored-Nation-Preisgestaltung (MFN)). Bei dieser orientieren sich die USA am günstigsten Preis vergleichbarer Industrienationen, z. B. Deutschland. Sie garantiere den US-Bürger*innen „enorme Einsparungen“, heißt es. Nachlässe von bis zu 90% gegenüber den Listenpreisen werden ihnen versprochen.

Um die Plattform nutzen zu können, müssen sich die Patient*innen zunächst ein ärztliches Rezept besorgen. Auf der Website können sie dann das gewünschte Medikament über die Suchfunktion auswählen und vor der Bestellung die potenzielle Ersparnis sehen. Im Zuge des Bestellvorgangs müssen alle Nutzer*innen bestätigen, dass sie keinem staatlichen Versicherungsprogramm angeschlossen sind, wie etwa dem größten bundesstaatlichen Krankenversicherungsprogramm Medicare (für Personen ab 65 Jahren u. a.) oder Medicaid, dem gemeinsamen Bundes- und Landesversicherungsprogramm für Bedürftige, oder der Versicherung für Militärveteranen (Veterans Affairs).

Danach kann der Coupon mit dem goldenen Adler und dem Namen des Wunschpräparats heruntergeladen werden. Am Ende gibt es zwei



Adipositas^a

Signifikante Gewichtsreduktion^{1,2}

von durchschnittlich **-22,5%**^c

Verbesserung von **Begleiterkrankungen^{1,a}**

Obstruktive Schlafapnoe^d, Prädiabetes^e und

kardiometabolischen Parametern^{2,f}

inkl. Taillenumfang, Triglyceriden und Blutdruck

Typ-2-Diabetes^b

Überlegene HbA_{1c}-Reduktion¹

Bis zu **-2,5%**

HbA_{1c}-Reduktion^g

Überlegene Gewichtsreduktion^{1,h}

Bis zu **-13%**

Gewichtsreduktionⁱ



JETZT MIT MOUNJARO® STARTEN.

^aMounjaro® ist angezeigt als Ergänzung zu einer kalorienreduzierten Diät und erhöhter körperlicher Aktivität zum Gewichtsmanagement, einschließlich Gewichtsabnahme und Gewichtserhaltung, bei Erwachsenen mit einem Ausgangs-Body-Mass-Index (BMI) von $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (Adipositas) oder $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ bis $< 30 \text{ kg/m}^2$ (Übergewicht) bei Vorliegen mindestens einer gewichtsbedingten Begleiterkrankung (z. B. Hypertonie, Dyslipidämie, obstruktive Schlafapnoe, Herz-Kreislauf-Erkrankung, Prädiabetes oder Typ-2-Diabetes mellitus). ^bMounjaro® (Tirzepatid) ist angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen mit unzureichend eingestelltem Typ-2-Diabetes als Ergänzung zu Diät und Bewegung als Monotherapie, wenn die Einnahme von Metformin wegen Unverträglichkeiten oder Kontraindikationen nicht angezeigt ist, zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Diabetes mellitus. ^cProzentuale Gewichtsreduktion vom Ausgangsgewicht unter Mounjaro® 15 mg nach 72 Wochen. Unter Placebo Gewichtsreduktion um 2,4% (-2,4 kg) in diesem Zeitraum. Bei kalorienreduzierter Ernährung und erhöhter körperlicher Aktivität. ^dMit PAP-Therapie unter Mounjaro® MTD (Maximal tolerierte Dosis: 10 oder 15 mg) erreichten 50,2% der Erwachsenen mit mittelschwerer-schwerer OSA und einem BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ einen AHI < 5 oder AHI 5-14 mit ESS ≤ 10 , $p < 0,001$, für Multiplizität adjustiert. Treatment-Regimen Estimand, mITT-Population, MMRM-Analyse. AHI: Apnoe-Hypopnoe-Index ESS: Epworth Sleepiness Scale. ^eUnter den Patienten von SURMOUNT-1 mit Prädiabetes zu Studienbeginn (N = 1.032) erreichten 95,3% der mit Tirzepatid behandelten Patienten in Woche 72 wieder eine Normoglykämie, verglichen mit 61,9% der Teilnehmer in der Placebogruppe. ^fDer Wirksamkeits-Estimand für die Einzeldosen wurde mit Ausnahme des Taillenumfangs bei Mounjaro® 10 mg und 15 mg nicht multiplizitätsadjustiert. ^gHbA_{1c}-Reduktion mit Mounjaro® 15 mg nach 40 Wochen bezogen auf den Ausgangswert. ^hDie Veränderung des Körpergewichts war ein sekundärer Endpunkt in den SURPASS-Studien. ⁱGewichtsreduktion mit Mounjaro® 15 mg nach 40 Wochen bezogen auf den Ausgangswert. ^jMounjaro® verfügt über einen im AMNOG verhandelten Erstattungsbeitrag (§ 130b SGB V).

1. Fachinformation Mounjaro®, aktueller Stand. 2. Jastreboff AM, et al. N Engl J Med. 2022; 387(3): 205-216. 3. Malhotra A, et al. N Engl J Med. 2024; 391(13): 1193-1205. 4. Supplement to: Frias JP, et al. N Engl J Med. 2021; 385: 503-515.

Lilly
A MEDICINE COMPANY



Zur Fachinformation von Mounjaro®
www.lilly.com/de/fachinfo/mounjaro

QR-Code scannen und exklusive Updates zu Mounjaro® sichern!



www.mounjaro.de

Prof. Dr. Markolf Hanefeld

1935 – 2026



Prof. Dr.
Markolf
Hanefeld

Foto: zVg

Wir trauern um einen herausragenden Wissenschaftler und vorbildlichen Arzt, Inspirator und Wegbereiter, unseren früheren Chef, Herrn Professor Dr. med. Markolf Hanefeld.

Von seiner Facharztausbildung bis zu seinem Renteneintritt war Prof. Hanefeld an der Medizinischen Akademie Dresden, der späteren Medizinischen Klinik des Universitätsklinikums Dresden, tätig. Auch danach blieb er der Wissenschaft unermüdlich verbunden: Ab dem Jahr 2000 wirkte er als Direktor des Zentrums für Klinische Studien des Forschungsbereichs Endokrinologie und Stoffwechsel an der Technischen Universität Dresden.

Seine wissenschaftlichen Interessen galten in besonderem Maße den Fettstoffwechselstörungen und dem Diabetes mellitus. Bereits in seiner ersten großen wissenschaft-

lichen Arbeit, der Habilitation aus dem Jahr 1974, beschäftigte er sich mit den Zusammenhängen zwischen dem Lipidstoffwechsel und Lebererkrankungen, eine Fragestellung, die auch heute hochaktuell ist. Sie steht exemplarisch für seine wissenschaftliche Weitsicht. Gemeinsam mit Professor Dr. Wolfgang Leonard entwickelte und veröffentlichte er erstmals das Konzept des Metabolischen Syndroms. Dieses Konzept war und ist bis heute ein Meilenstein in der Stoffwechselforschung. Wissenschaftler, Ärzte und Studenten haben dieses Konzept in ihren Alltag zum Wohle ihrer Patienten übernommen und weiterentwickelt.

Unter seiner Leitung entstanden wichtige Studien

Als international anerkannter Forscher brachte er wegweisende klinische Studien auf den Weg und veröffentlichte sie in führenden nationalen und internationalen Zeitschriften. Die Ergebnisse dieser Arbeiten hatten unmittelbare und nachhaltige Auswirkungen auf die Patientenversorgung. Sie wurden auf Kongressen in nicht zählbaren Vorträgen vorgestellt. Beispielhaft seien hier die Diabetes-Interventionsstudie (DIS), die RIAD-Studie

und die STOP-NIDDM-Studie genannt. Auch zahlreiche Studien, in denen neue Medikamente zur Behandlung des Diabetes mellitus und von Fettstoffwechselstörungen zum Einsatz kamen, wurden unter seiner Leitung durchgeführt. Durch seine Forschungen wurde die Bedeutung der Fettstoffwechselstörungen als entscheidender Risikofaktor für die Arteriosklerose bekannt gemacht und die Therapie der Fettstoffwechselstörungen nachhaltig verbessert.

Zu den bedeutenden Ergebnissen seiner wissenschaftlichen Tätigkeit zählen auch die zehn Lipidsymposien, die zwischen 1973 und 1999 in Dresden stattfanden und renommierte Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus ganz Europa und den USA nach Dresden führten. Auch damit prägte er den wissenschaftlichen Austausch weit über

die Region hinaus. Als Mitbegründer und prägende Persönlichkeit der Scola Metabolica de Saxonia hat Prof. Hanefeld deren Entwicklung entscheidend beeinflusst. Mit seinem Ableben verliert sie ihren wichtigsten Protagonisten. Auch als Begründer der Fortbildungsreihe „Symposium Metabolisch-Vaskuläres Syndrom“ hat er diese bis 2025 mit großem persönlichem Engagement organisiert, wissenschaftlich geleitet und moderiert.

Prof. Hanefeld war jedoch nicht nur ein rastloser und visionärer Wissenschaftler, sondern zugleich ein außergewöhnlich engagierter, zugewandter und vertrauensvoller Arzt. Viele Patienten kamen aus ganz Sachsen, später aus dem gesamten Bundesgebiet, in seine Sprechstunden. Die Ergebnisse seiner Studien konnten unmittelbar in den Praxisalltag umgesetzt wer-

den. Ein bedeutender Meilenstein in der Patientenversorgung war die Gründung der Lipoproteinapherese-Abteilung am Universitätsklinikum Dresden. Bereits 1990 wurden die ersten Behandlungen dieser Art in Dresden durchgeführt, eine Therapie, die vielen Patientinnen und Patienten das Leben rettete beziehungsweise ihre Lebensqualität entscheidend verbesserte. Diese innovative Abteilung prägte und prägt ganz wesentlich den Schwerpunkt der Stoffwechselmedizin am Universitätsklinikum Dresden. Eine besondere Ehrung war die höchste Auszeichnung der Deutschen Diabetes Gesellschaft, die Paul-Langerhans-Medaille, im Jahre 2007.

Sein Wirken, sein Engagement, seine Menschlichkeit und auch das Verständnis für die Anliegen seiner Mitarbeiter, Kollegen und Schüler werden unvergessen bleiben.

Unser aufrichtiges Mitgefühl gilt seiner Familie und allen Angehörigen.

Prof. Dr. med. Stefan Bornstein,
Prof. Dr. med. Jan Schulze,
PD Dr. med. Sabine Fischer,
PD Dr. med. Ulrike Schatz,
Prof. Dr. med. Nikolaos Perakakis,
Dr. med. Hannes Rietzsch,
Prof. Dr. med. Matthias Weck

»Konzept des Metabolischen Syndroms mitentwickelt«

»Visionärer Wissenschaftler und äußerst zugewandter Arzt zugleich«

»Fortsetzung von Seite 7

TrumpRx: Betroffene in den USA profitieren

Pfizer und Eli Lilly, die dort auch Diabetesmedikamente wie Insulin zu deutlich reduzierten Preisen anbieten. Am Beispiel Semaglutid zeigt sich: Ähnlich wie in Deutschland ist der Bezug von Ozempic® bei Typ-2-Diabetes von den meisten US-Versicherungen abgedeckt, nicht aber die „Off-Label“-Nutzung zur Gewichtsabnahme. Eine Kostenübernahme für das höher dosierte Abnehmmittel Wegovy® (ob Pille oder Pen), das für Erwachsene mit Adipositas zugelassen ist, erfolgt in der Regel ebenfalls nicht.

Novo Nordisk sieht die Plattform deshalb als „weitere Option“, den Zugang zu seinen, auch neu zugelassenen, Arzneimitteln, wie der Abnehmpille, zu erleichtern. Im März 2025 hatte das Unternehmen bereits für Menschen ohne Versicherungsschutz einen Direktvertriebskanal auf Basis von „Selbstzahlerpreisen“ gestartet – eine Versandapotheke mit Sitz in Orlando, Florida. Ab

Mitte 2026 soll seitens der US-Regierung zudem ein Pilotprogramm („Balance Model“) starten, das GLP1-Medikamente für Adipositas teilweise abdeckt.

Für viele Menschen mit Diabetes in den USA sei die Plattform „mehr als ein Marketing-Gag“, meint IDF-Präsident Professor Dr. PETER SCHWARZ: Die Kosten für GLP1-Analoga und Insulin würden „real und spürbar“ gesenkt sowie erstmals vor allem „evidenzbasierte Therapien und moderne Insuline für Personen mit fehlender Versicherung breiter zugänglich“. Allerdings verschiebe die MFN-Preisgestaltung die bisherige Logik: Europa verfüge nicht mehr automatisch über die niedrigeren Preise, sondern die USA koppelten sich jetzt an internationale Referenzniveaus.

Für den deutschen Markt erwartet Prof. Schwarz kurzfristig zwar „keine dramatischen Einschnitte, mittelfristig aber einen stärkeren Preisdruck und strategische Reaktionen der Industrie bei Markteinführung und Preisgestaltung“. Entscheidend sei, „ob sich international faire und transparente Modelle entwickeln – oder ob der Zugang in anderen Ländern verzögert beziehungsweise verteuert wird, um US-Rabatte zu kompensieren“.

Die Neuerungen in der US-Preispolitik erfolgten „in hoher Schlagzahl“, äußert sich DOROTHEE BRAKMANN, Hauptgeschäftsführerin von Pharma Deutschland, einem deutschen Branchenverband der Pharmaindustrie. Trump betreibe „eine recht brachiale Politik“, um insbesondere Pharmaindustrie in den USA zu halten bzw. anzusiedeln. Die neue Plattform sei deshalb „nur ein Baustein in einer umfassenden Strategie der amerikanischen Regierung, die Arzneimittelpreise in den USA zu senken“. Daneben ziele Trump darauf ab, andere Staaten in die Pflicht zu nehmen. „Beteilige dich an Forschung und Entwicklung“, könnte man seine Botschaft an Deutschland übersetzen“, sagt Brakmann. Für die Bundesrepublik biete sich nun die

Option, zum „Life-Science-Standort“ zu werden – insbesondere wegen des Risikos weiterer Versorgungsengpässe hierzulande und in Europa, wenn die US-Politik „gezielt Produktion zurückverlagert und eine bevorzugte Belieferung des amerikanischen Marktes durchsetzt“.

»Weckruf für Europa“ geht an deutsche Politik

Schon heute ist das Problem offensichtlich: 19 Arzneimittel, die einen echten therapeutischen Durchbruch bei schweren Erkrankungen bedeuten, wie neue Immuntherapien gegen Krebs, sind nach Angaben des Verbands forschender Arzneimittelhersteller vfa in den USA verfügbar, nicht aber in Deutschland. Seit 2015 wurden über 100 Substanzen in Eu-

ropa nicht mehr zugelassen. MFN verschärft diese Entwicklung weiter. Der vfa sieht darin einen „Weckruf für Europa“. Da die USA mit Abstand der wichtigste Markt für die Pharmaunternehmen seien, entfalte die Preisreferenzierung starken Druck auf europäische und internationale Märkte, „die Preise zu erhöhen oder Produkte vom Markt zu nehmen, wenn kein höherer Preis erzielt werden kann“, befürchtet der Verband. Daneben belasteten auch „immer wieder Zölle die internationale Arbeitsteilung“. Sowohl vfa als auch Pharma Deutschland fordern nun schnelles Handeln von der deutschen Regierung, nämlich eine abgestimmte und ressortübergreifende Politik für attraktive Rahmenbedingungen. *Angela Monecke*

Rabatte, aber nicht für alle: die neue US-Online-Plattform TrumpRx

Mit etwa 40 verschreibungspflichtigen Markenmedikamenten ist sie im Februar offiziell gestartet: die neue staatliche Plattform TrumpRx.gov. Auf der Regierungswebsite werden keine Medikamente verkauft, vielmehr vermittelt sie zwischen Patient*innen und Arzneimittelanbietern.

Die Preise orientieren sich an europäischen Medikamentenpreisen, die deutlich niedriger liegen als in den USA. Dort sind Medikamente im Schnitt fast dreimal so teuer wie in Deutschland und weiteren OECD-Ländern. Auf Markenmedikamenten verspricht die Website deshalb hohe

Ersparnisse von 50 bis 90%. Die Plattform richtet sich primär an die rund 27 Millionen unversicherten Amerikaner*innen. Sie und Selbstzahlende profitieren am meisten von den Direktangeboten.

Explizit ausgeschlossen ist hingegen die Mehrheit der US-Bürger*innen wie etwa Versicherte von Medicare, der staatlichen Krankenversicherung für Senior*innen, und

von Medicaid, dem Programm für Bedürftige. Allen, die in eines der Versicherungsprogramme eingeschrieben sind, bringt das neue System also eher nichts. Nutzer*innen können die Kosten für ihre Medikamente zudem nirgendwo zurückfordern oder als Selbstbehalte anrechnen lassen.

Für Menschen mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes und teurer Dauermedikation oder auch für Fruchtbarkeitsbehandlungen ist das neue System vorteilhaft, da die Kosten für diese Medikamente von den Versicherungen normalerweise nicht übernommen werden.

»Plattform ist mehr als ein Marketing-Gag«





Gut besucht: Mehr als 100 Teilnehmende nutzten den Abend für den Austausch.



Schirmherrin des Abends: Simone Borchardt, gesundheitspolitische Sprecherin der CDU-Bundestagsfraktion.

DDG & digitale Kluft
 Um Ausgrenzungen z.B. älterer Personen mit Diabetes bei der Digitalisierung zu verhindern und digitale Strukturen zu fördern, fordert die DDG:

1. einen einfachen Zugang zur ePA
2. das digitale DMP (dDMP)
3. eine faire Vergütung moderner Diabetestechnologie

»Prävention und Gesundheit gehören ins Kanzleramt«

DDG setzt beim Parlamentarischen Jahresempfang auf soziale Gerechtigkeit

BERLIN. Ein Gesundheitssystem zwischen Kostendruck, Fachkräftemangel und Reformstau, mittendrin der Mensch mit Diabetes, der nur als „Kostentreiber“ gilt. Beim Parlamentarischen Jahresempfang der DDG diskutierten Diabetesfachleute mit Gesundheitspolitiker*innen und Verbändevertreter*innen, wie eine vernünftige Diabetesprävention und sektorenübergreifende Versorgung aussehen könnten. Eine Frage kochte bei der Diskussion immer wieder hoch: Was wird aus der Zuckersteuer?

Das die Debatte um die Einführung einer Steuer auf zuckerhaltige Getränke bei unterschiedlichen Diskussionspunkten in den Fokus rückte, lag zum einen daran, dass die Schirmherrin des Abends, die gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion SIMONE BORCHARDT, MdB, das Thema eingangs in ihrem Grußwort aufgriff. Zum anderen hatte am Wochenende direkt vor der Veranstaltung der CDU-Bundesparteitag den Vorstoß für eine Zuckersteuer durch Schles-

wig-Holsteins Ministerpräsidenten DANIEL GÜNTHER abgelehnt. „Diese Debatte berührt jetzt die Grundfesten der Gesundheitspolitik“, betonte Borchardt. Darin waren sich auch die anwesenden Expert*innen und knapp 100 Gäste einig: Die Tür für eine Herstellerabgabe auf zuckergetränkte Getränke ist aufgestoßen. Internationale Erfahrungen wie aus Großbritannien und Frankreich zeigten bereits, dass „eine abgestufte Abgabe diese Reformprozesse teilweise auch auflösen“ könnte, erläuterte sie. Mit den Vorschlägen

aus Schleswig-Holstein wie einen gestaffelten Steuersatz und eine Altersgrenze von 16 Jahren für Energy-Drinks hat sich der Bundesrat befasst. Den Entschließungsantrag Schleswig-Holsteins verwies die Länderkammer Ende März nun in die Ausschüsse. Das heißt aber nicht, dass der Antrag abgelehnt wurde, sondern von Fachausschüssen geprüft wird, die eine Beschlussempfehlung erarbeiten. Wenige Tage später gab die Finanzkommission Gesundheit die offizielle Empfehlung für eine Zuckersteuer.

Gesundheitskompetenz für alle, schon von klein auf

Für eine Abgabe auf zuckerhaltige Getränke sprechen sich neben Simone Borchardt längst auch Bundesgesundheitsministerin NINA WARKEN, ebenfalls CDU, sowie SABINE DITTMAR, MdB (SPD), und KIRSTEN KAPPERT-GONTHNER, MdB (Bündnis90/Die Grünen), aus.

Ihre Stimme für die Zuckersteuer!

Die Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK) hat im März mit dem Verbraucherzentrale Bundesverband und foodwatch Deutschland die Aktion „Ärztinnen und Ärzte für die Zuckersteuer“ mit einem Appell an die Ministerpräsident*innen der Bundesländer gestartet. Für diese Aktion gebe es nun „ein politisches Fenster“, da Schleswig-Holstein eine Bundesratsinitiative starten wolle, um eine Zuckersteuer über den Bundesrat zu implementieren. Aufgerufen sind Ärzt*innen und medizinische Fachkräfte. „Wir brauchen Ihre Stimme für eine Zuckersteuer in Deutschland und für eine Präventionspolitik mit Weitblick“, fordern die Organisationen. Denn vor allem Ärzt*innen erleben jeden Tag, welche gesundheitlichen Folgen der

hohe Zuckerkonsum über Getränke nach sich zieht, heißt es in dem Aufruf. Eine Zuckersteuer, die auch die Hersteller in die Pflicht nehme, den Zuckergehalt in den Limos zu reduzieren und die Rezepturen anzupassen, sei dringend nötig. Erstunterzeichnende sind unter anderem der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. KLAUS REINHARDT, die DDG Präsidentin Prof. Dr. JULIA SZENDRÖDI und PD Dr. BURKHARD RODECK, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin. Wir halten Sie auf dem Laufenden!

Den Appell können Sie hier unterzeichnen:

lnkd.in/d/jD2Jf-4



Im Gespräch ist zudem ein fraktionsübergreifender Gruppenantrag einzelner Parlamentarier, für den JOHANNES WAGNER, MdB (Bünd-

nis90/Die Grünen) an diesem Abend mehrfach warb. Dass die „Weichen für Gesundheit“ in den ersten Lebensjahren gestellt



Toralf Schwarz, Vorsitzender des BVND, vertritt die Themen der niedergelassenen Diabetolog*innen.



Gern gesehener Gast bei der DDG: Dietrich Monstadt, ehemaliger Bundestagsabgeordneter.



Dr. Gerald Gaß, Deutsche Krankenhausgesellschaft, im Austausch mit Oliver Blatt, Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbands.



Sind schnell ins Gespräch gekommen: DDG Vizepräsident Dr. Tobias Wiesner, DDG Präsidentin Prof. Dr. Julia Szendrödi und Simone Borchardt.



Simone Borchardt weiß um die Belange der Diabetologie und zeigt sich gesprächsbereit.



Prof. Dr. Julia Szendrödi rückt die vulnerablen Gruppen in den Fokus.



Viele Gespräche starten schon beim Get together vor der Diskussion.

esundheit zleramt«

erechtigkeit und weiter auf die Zuckersteuer

werden müssten, war das Thema von DDG Präsidentin Professorin Dr. JULIA SZENDRÖDI (siehe S. 6). „Adipositas entsteht, bevor Kinder wählen können“, sagte sie. Eine „frühe Umfeld-Intervention“ sei daher entscheidend. Als eine der wichtigsten Maßnahmen müsse die „individuelle Gesundheitskompetenz“ bereits im Kindergarten- und Schulalter gestärkt werden sowie an alle Altersgruppen im Erwachsenenalter gerichtet sein, sagte Prof. Szendrödi. Bereits am Vormittag hatte die DDG bei ihrer Jahrespressekonferenz, die 2026 auf den Welttag der sozialen Gerechtigkeit gefallen war, auf Benachteiligungen in der Arbeitswelt hingewiesen: Statt Menschen mit Diabetes rein gesundheitsökonomisch als „Kostentreiber“ einzustufen, sollte man sie vielmehr als Leistungsträger*innen sehen. Im Kern gehe es also darum, deren Arbeitsfähigkeit zu erhalten, betont die DDG. Durch den Einsatz neuer Dia-

betestechnologien wie CGM- und AID-Systeme sowie von Medikamenten mit einem deutlich geringeren Unterzuckerungsrisiko könnten „geschulte und verantwortungsbewusste Menschen mit Diabetes fast alle Tätigkeiten sicher ausüben“, so die DDG Präsidentin – gezielte Schulung, gutes Selbstmanagement mit regelmäßiger Kontrolle und eine angepasste Therapie vorausgesetzt. In ihrem neuen Positionspapier „Diabetes und Arbeit“ fordert die Fachgesellschaft geeignete betriebliche Rahmenbedingungen wie genügend Zeit für Glukosemessungen, Mahlzeiten oder Arzttermine sowie Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, z. B. zu Bewegung und Ernährung. „Soziale Gerechtigkeit in der Diabetesversorgung bedeutet, Barrieren abzubauen – auch im Berufsleben“, sagte Prof. Szendrödi. Dies gelte besonders für die Digitalisierung, die nicht zu einer „digitalen Kluft“ führen dürfe,

»Das Thema Gesundheit betrifft alle Ministerien«

etwa wegen eines fehlenden Zugangs zur Technik (s. S. 4).

Prävention und Gesundheit? Chefsache!

„Das Thema Gesundheit zieht sich für mich durch alle Ministerien und gehört wie das Thema Prävention ins Kanzleramt“, brachte es Simone Borchardt auf den Punkt. Mit ihrem Vorschlag, Gesundheit und Prävention zur Chefsache zu erklären, dürfte sie auch bei DANK offene Türen einrennen: Die Allianz hat 2026 zum Jahr der Prävention erklärt.

Angela Monecke



Das Podium kam schnell ins Gespräch.

Fotos: DDG/Manuel Frauendorf Fotografie



Gute Stimmung bei Kathrin Boehm, Yvonne Häusler und Dr. Gottlobe Fabisch vom VDBD.



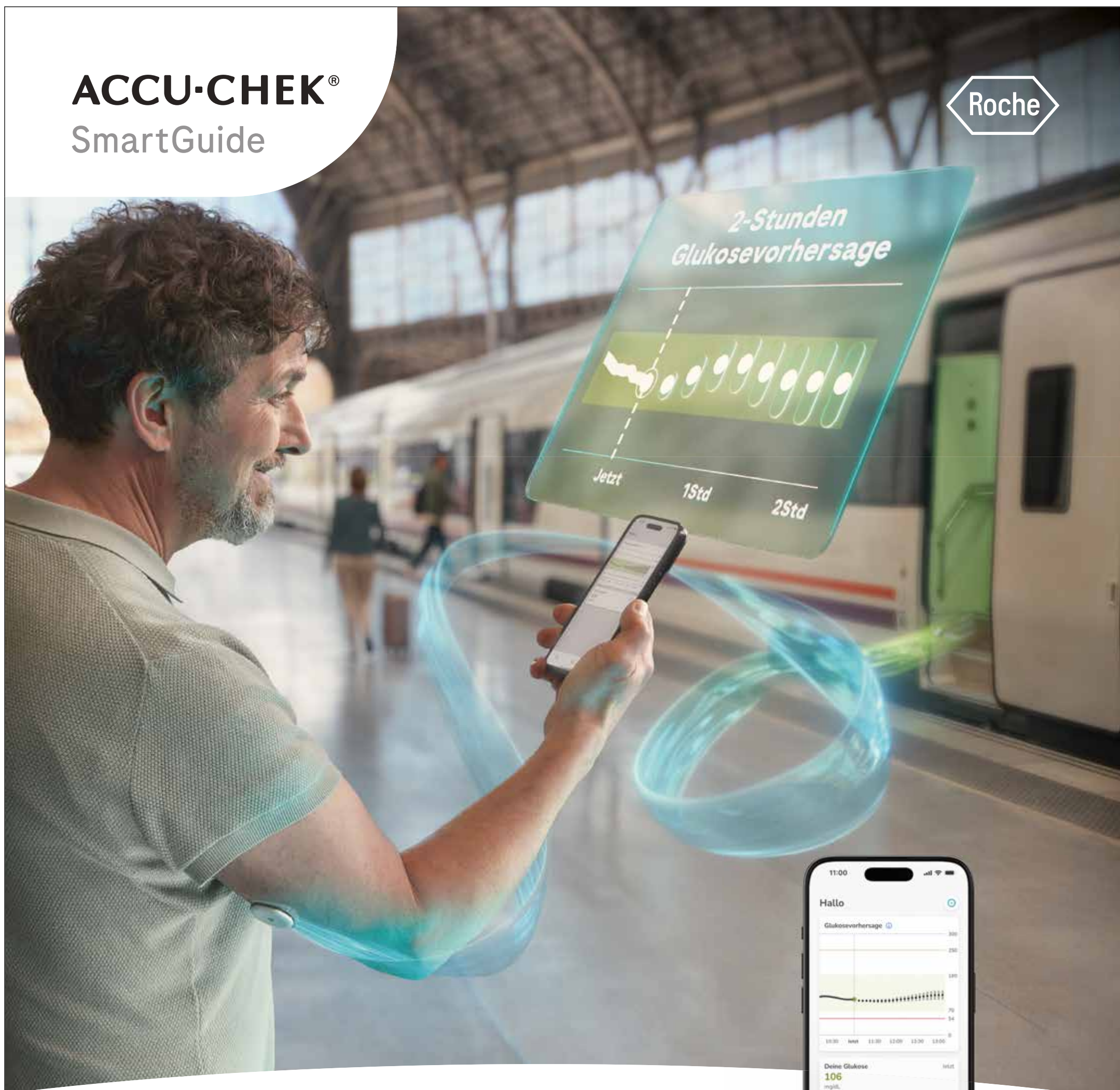
Barbara Bitzer und Johannes Wagner, MdB Bündnis 90/Die Grünen, im Gespräch.



Michaela Schröder von der Verbraucherzentrale Bundesverband hat die Interessen der Verbraucher*innen im Gesundheitswesen im Blick.

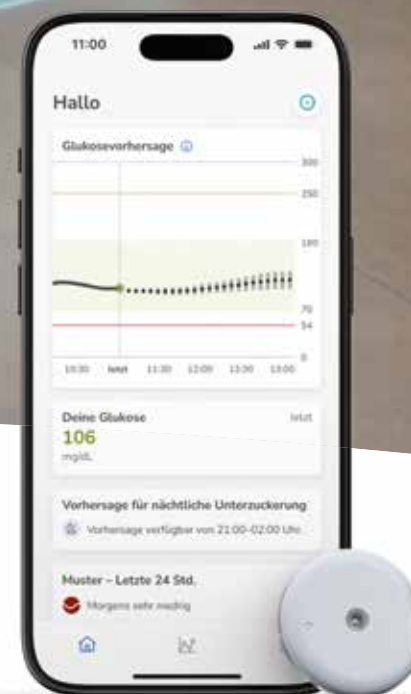
ACCU-CHEK®
SmartGuide

Roche



Einfach **vorbereitet.**

Der einfache Ratgeber für den Diabetesalltag: **Accu-Chek SmartGuide!**
Mit der 2-Stunden Glukosevorhersage unterstützt die CGM-Lösung Ihre Patient:innen dabei, proaktiv Maßnahmen zu ergreifen und zu lernen, wie sie zukünftige hohe oder niedrige Glukosewerte verhindern könnten.¹

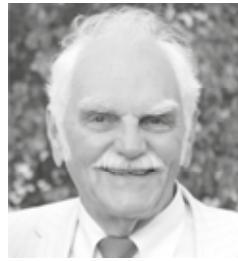


Erfahren Sie mehr!
accu-chek.de/fach-cgm

1. Glatzer T, Ehrmann D, Gehr B, et al. Clinical Usage and Potential Benefits of a Continuous Glucose Monitoring Predict App. J Diabetes Sci Technol. 2024;18(5):1009-1013. doi:10.1177/19322968241268353. ACCU-CHEK, ACCU-CHEK SMARTGUIDE und ACCU-CHEK SMARTGUIDE PREDICT sind Marken von Roche. Alle anderen Produktnamen und Marken sind Eigentum ihrer jeweiligen Inhaber. © 2026 Roche Diagnostics Deutschland | accu-chek.de | Roche Diagnostics Deutschland GmbH | Sandhofer Straße 116 | 68305 Mannheim

Prof. Dr. Berend Willms

1935 – 2026



Professor
Dr. Berend
Willms
Foto: zVg

Professor Dr. med. Berend Willms, geboren am 11. Oktober 1935 in Lüdenscheid, ist am 7. März 2026 90-jährig in Bad Lauterberg im Harz gestorben. Nach Medizinstudium und zwei Jahren biochemischer Forschung erhielt er seine klinische Ausbildung an der Medizinischen Universitätsklinik Göttingen bei Professor Dr. med. Werner Creutzfeldt. 1970 habilitierte er sich für Innere Medizin, 1971 wurde er für seine wissenschaftlichen Arbeiten von der Deutschen Diabetes Gesellschaft mit dem Ferdinand-Bertram-Preis ausgezeichnet, 1976 wurde er zum apl. Professor der Medizinischen Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen ernannt.

Von 1972 bis 2000 war er Leitender Arzt der Fachklinik für Diabetes und Stoffwechselkrankheiten des Diabeteszentrums Bad Lauterberg im Harz, die er zu einem führenden Diabeteszentrum in Norddeutschland ausbaute. Um die Bedeutung der von Berend Willms angestoßenen und maßgeblich mitgestalteten und durchgesetzten Entwicklungen aus heutiger Sicht einschätzen zu können, sollte man sich in den Stand der Diabetesbehandlung in den 1970er-Jahren hineinversetzen: Die Zahl der Menschen mit Diabetes war viel geringer als heute (vergleichsweise mehr Typ-1-Diabetes), es gab kaum spezialisierte Krankenhausärzte und -abteilungen, auf jeden Fall keine mit einer allgemein anerkannten Qualifizierung. Es gab noch keine Diabetes-Schwerpunktpraxen oder eine anderweitig spezialisierte ambulante Versorgung. Die Zahl der Diabetesmedikamente war sehr begrenzt (Biguanide, Sulfonylharnstoffe, Insuline meist tierischen Ursprungs). Es gab erste Ideen zur Bedeutung einer gezielten Schulung von Diabetespatienten, aber keine

entsprechenden Strukturen und keine qualifizierten Berufsgruppen, die diese aus unserer Sicht selbstverständliche Aufgabe hätten ausführen können. Ideen zu diesen Entwicklungen lagen damals in der Luft und wurden von verschiedenen Seiten angestoßen, z. B. 1970 von Jean-Philippe Assal (Genf) und von Michael Berger (Düsseldorf). Die ersten Vorreiter für eine fachlich ausgereifere Diabetesbehandlung waren die Diabeteskliniken bzw. -fachabteilungen. In der von Berend Willms aufgebauten Klinik in Bad Lauterberg gab es von Anfang an eine intensive Einbeziehung der Patienten in die Behandlungsvorgänge: Dabei spielten Ernährungsberatung, Stoffwechselforschung (damals nasschemische Urinzuckermessungen, Teststreifen gab es noch nicht) und Schulungsmaßnahmen bereits eine Rolle. Im Sinne einer echten Pionierarbeit mussten Details aber erarbeitet und weiterentwickelt und das ganze Vorgehen besser strukturiert werden. Auch das Fachwissen über die in dieser Zeit neu entwickelten Diabetesmedikamente musste gesammelt und gebündelt werden. Das wäre außerhalb spezialisierter Behandlungseinrichtungen nicht denkbar gewesen. Aus diesen Bemühungen entstanden im Laufe der Zeit strukturierte Schulungsmaßnahmen, das neue Berufsbild der Diabetesberater*in, die Weiterbildung zu auf Diabetestherapie spezialisierten Ärzten,

»Vorausschauend,
anpackend,
mitreißend«

und die Einbindung von Qualitätsmanagement in die Diabetesbehandlung. In allen diesen Bereichen hat Berend Willms eine sehr aktive Rolle gespielt und dabei auch in verschiedenen Funktionen innerhalb der Deutschen Diabetes Gesellschaft zum Fortschritt maßgeblich beigetragen:

Im Jahre 1978 übernahm Berend Willms den Vorsitz des neu gegründeten Ausschusses „Laienarbeit“ der Deutschen Diabetes Gesellschaft, den er bis 1989 inne hatte. Heute ist dieser Ausschuss für „Qualitätssicherung, Schulung und Weiterbildung“ zuständig. Berend Willms gelang es in dieser Funktion, bereits 1983 einen ersten Weiterbildungskurs zur Diabetesberater*in DDG ins Leben zu rufen. Daraus wurde die erste Stütze einer professionellen Diabetesbehandlung im Team aus Ärzt*innen und medizinischen Assistenzberufen. 1994 folgten die ersten Diabetesassistent*innen DDG. Später folgte ein Weiterbildungscurriculum zur Diabetolog*in DDG (erste Absolvent*innen 1995). Bis dahin gab es keine formal auf Diabetesbehandlung fokussierten Ärzt*innen. Die Landesärztekammern hatten damals die Notwendigkeit für eine derartige Spezialisierung nicht gesehen. Deshalb entstand der Vorschlag, eine „vereinsinterne Qualifikation“ zu schaffen, um den offensichtlichen Bedarf zu decken. Sehr

rasch waren Diabetolog*innen DDG sehr gefragt, in spezialisierten Klinikabteilungen genauso wie später in auf die Diabetesbehandlung fokussierten Praxen. Nur so war der Siegeszug der Diabetes-Schwerpunktpraxen möglich geworden, da die in Deutschland traditionell niedrige Anzahl von Internisten mit Schwerpunkt Endokrinologie die Versorgung nicht hätte sicherstellen können. Die Zusatzbezeichnung Diabetologie der Ärztekammern kam im Schatten des Erfolges der Diabetolog*in DDG viel später, nämlich ab 2003 (Ärztekammer Nordrhein). Die entscheidenden Weichen konnte Berend Willms in seiner Zeit als DDG Vorstandsmitglied (1981 bis 1983 und 1988 bis 1992) und als DDG Präsident (1991/92) stellen. Wer damals teilgenommen hat, erinnert sich sicher gerne an den von Berend Willms gestalteten und geleiteten DDG Jahreskongress 1992 in Hannover, der neben wissenschaftlichen auch einige kulturelle Höhepunkte geboten hat. Ich erinnere mich an Bodypainting in der Wandelhalle des Kuppelsaals. Nicht zuletzt für die Verdienste um die aktive Gestaltung der Curricula zu den Weiterbildungen Diabetesberater*in DDG und Diabetolog*in DDG erhielt Berend Willms die Gerhard-Katsch-Medaille 1991. 2001 erhielt er die Ehrenmitgliedschaft der Deutschen Diabetes Gesellschaft.

Bereits während seiner aktiven Zeit, aber auch darüber hinaus, war Berend Willms erfolgreich publizistisch tätig: 1992 gründete er zusammen mit Eberhard Standl die Zeitschrift „Diabetes und Stoffwechsel“, damals das offizielle Organ der Deutschen Diabetes Gesellschaft, im Jahre 2000 zusammen mit Michael Nauck den Diabetes-

Newsletter und im Jahre 2002 zusammen mit Lutz Heinemann die Zeitschrift „Diabetes Congress Report“. Er war jeweils Herausgeber und Chefredakteur.

Berend Willms war ein weitsichtig vorausschauender, pragmatisch anpackender, mitreißender und durchsetzungsfähiger Mensch, der viele Spuren in der Diabetologie hinterlassen hat. Er hat die Diabetologie zeit seines Wirkens in der Deutschen Diabetes Gesellschaft, aber auch in der deutschen Diabetologie im Allgemeinen, maßgeblich geprägt. Sein sicherer Blick für Entwicklungen, die aus seiner Sicht angestoßen, vorangetrieben, und vollendet werden sollten, hat die Entwicklung des Fachs Diabetologie zwischen den 1970er- und bis in die frühen 2000er-Jahre geprägt. Ich persönlich verdanke Berend Willms viel. Ich habe eine gut durchstrukturierte Klinik von ihm übernehmen dürfen. Er war ein tatkräftiger, lebenslustiger, im Privaten wie bei beruflichem Handeln durch Optimismus und Selbstvertrauen geprägter Mensch, der der Kultur in allen ihren Ausprägungen sehr stark zugeneigt war. Gerne erinnere ich mich an vierhändiges Klavierspiel und Einladungen zur Hausmusik. Wir verlieren mit seinem Tod einen bedeutenden Vorreiter der Diabetologie, dessen Lebenswerk wir nicht vergessen werden! Unser Mitgefühl gilt seinem Freundeskreis und insbesondere seiner Familie!

Professor Dr. Michael A. Nauck

Der Autor kommt aus derselben wissenschaftlichen „Schule“ wie Berend Willms (Abteilung Prof. Dr. W. Creutzfeldt, Universitätsklinik Göttingen) und folgte ihm im Jahr 2000 nach als Leitender Arzt des Diabeteszentrums Bad Lauterberg.

»Hier spielt die Medizin«

Vom Blatt zur Marken-Plattform: die neue Medical Tribune

WIESBADEN. Die Medical Tribune Deutschland (MT) begleitet Ärzt*innen seit den 1960er-Jahren mit praxisrelevanten, pointierten und verständlich aufbereiteten Informationen. Unter dem Claim „Hier spielt die Medizin“ erneuert sich die Marke inhaltlich, visuell und technologisch.

Die Medical Tribune Deutschland (MT) hat ihr Profil geschärft und konsequent darauf ausgerichtet, was Ärzt*innen wirklich weiterbringt. Ziel ist es, jede Information so bereitzustellen, dass sie zu besseren Entscheidungen für Patient*innen beiträgt.

Geschärftes Markenprofil: Die MT steht für unterhaltenden Nutzwert,

verbindet journalistische Qualität mit Praxisrelevanz und bleibt nah an der Lebensrealität der niedergelassenen Ärzt*innen.

Direkt, schnell, überall erreichbar: „Die Stärken der MT entfalten sich über alle Medienkanäle: Digital, Audio, Video, Print, Live und XR“, sagt HANNO SCHORLEMMER, Leitung Unternehmensentwicklung und Marketing der MedTriX Group. „So erreichen wir unsere Zielgruppen kanalübergreifend genau dort, wo sie leben, arbeiten und lernen.“

Relaunch für Digital und Print: Die neue Website medical-tribune.de ist ein interaktives News- und Wissensportal mit klarer Struktur, neuem CME-Bereich und schnellen, intuitiven

Über die MedTriX Group

Die MedTriX Group (MTX) zählt zu den führenden Medienhäusern für Medizin in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Über 250 Mitarbeiter:innen arbeiten an Standorten in Basel, Landsberg, München, Regensburg, Wien und Wiesbaden. Zum Verbund gehört auch die d+o GmbH als Datenspezialist im Gesundheitswesen.

Die Themenschwerpunkte reichen von Allgemeinmedizin und Innerer Medizin über Onkologie, Diabetologie, Pädiatrie und Wirtschaft bis hin zur Zahnmedizin. Zum Portfolio zählen medizinische Print- und Onlinepublikationen, Audio-, Video- und XR-Inhalte sowie digitale und analoge Eventformate. Bekannte Marken sind u.a.: Medical Tribune, ARZT & WIRTSCHAFT, JOURNAL ONKOLOGIE, Kinderärztliche Praxis, Diabetes-Anker und Zahnärztliche Mitteilungen.

Zugängen zu allen multimedialen Formaten. Auch die gedruckte Ausgabe wurde überarbeitet – für mehr Orientierung und Lesefreude. **»Hier spielt die Medizin«:** Das Motto steht für den typischen Mix aus Pro-

fessionalität und Leichtigkeit. „Wir kommunizieren mit Haltung und einer Prise Unterhaltung“, erläutert MT-Chefredakteurin KATHRIN STROBEL. „Die Medical Tribune informiert und inspiriert. Und sie will

dazu beitragen, dass Ärzt*innen Freude an ihrem Beruf haben.“ *MIX*

medical-tribune.de




forxiga (dapagliflozin)

DREI INDIKATIONEN. EINE ANTWORT.

HEUTE FÜR MORGEN

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



**Effektive
HbA1c-Senkung¹**



**Schützt Herz^{2,3,a}
und Nieren^{4,5,b}**



**Verträgliche¹, einfache¹ und
budgetschonende^{6-8,c} Therapie**

eGFR = geschätzte glomeruläre Filtrationsrate. HbA1c = HämoglobinA_{1c}. RRR = relative Risikoreduktion. a Kombiniertes primäres Endpunkt der DAPA-HF- und DELIVER-Studie bestehend aus: kardiovaskulärem Tod und einer Verschlechterung der Herzinsuffizienz.^{2,3} b Sekundärer Endpunkt in DECLARE: eGFR-Reduktion um $\geq 40\%$ auf < 60 ml/min/1,73 m² oder terminale Nierenkrankheit oder renaler Tod (RRR: 47%).⁴ c Es gelten die allgemeinen Grundsätze einer wirtschaftlichen Verordnung nach § 12 Sozialgesetzbuch V und der Arzneimittel-Richtlinie, insbesondere § 9. 1 Vgl. FORXIGA® Fachinformation, Stand August 2024. 2 Vgl. Solomon SD et al. N Engl J Med 2022; 387(12):1089-1098 (inkl. Supplement). 3 Vgl. McMurray JJV et al. N Engl J Med 2019; 381(21):1995-2008. 4 Vgl. Wiviott SD et al. N Engl J Med. 2019; 380(4):347-357 (inkl. Supplement). 5 Vgl. Mosenson O et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2019; 7:606-17. 6 Vgl. ASP-Monitor, Stand 01.08.2025. 7 Vgl. Rabattverträge FORXIGA®: <https://www.deutschesarztportal.de/wirtschaftlichkeit/aktuelle-rabattvertraege/rabattvertraege-zu-originalen/detail/produkt/1207>. 8 Vgl. Erstattungsbeitragsverhandlungen nach § 130b SGB V zu FORXIGA®: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/arzneimittel/verhandlungen_nach_ammog/ebv_130b/wirkstoff_120643.jsp.

Forxiga® 5 mg Filmtabletten, Forxiga® 10 mg Filmtabletten.

Wirkstoff: Dapagliflozin. Verschreibungspflichtig. **Zusammensetzung:** 1 Filmtablette Forxiga® 5 mg enthält Dapagliflozin-(2S)-Propan-1,2-diol (1:1) (1 H₂O), entsprechend 5 mg Dapagliflozin. 1 Filmtablette Forxiga® 10 mg enthält Dapagliflozin-(2S)-Propan-1,2-diol (1:1) (1 H₂O), entsprechend 10 mg Dapagliflozin. **Sonstige Bestandteile:** Mikrokristalline Cellulose, Lactose, Croscopovidon, Siliciumdioxid, Magnesiumstearat. Filmüberzug: Poly(vinylalkohol), Titandioxid, Macrogol 3350, Talkum, Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O. **Anwendungsgebiete:** Indiziert bei Erwachsenen und Kindern im Alter von 10 Jahren und älter zur Behandlung von unzureichend kontrolliertem Typ-2-Diabetes mellitus in Ergänzung zu einer Diät und Bewegung als Monotherapie, wenn Metformin aufgrund einer Unverträglichkeit als ungeeignet erachtet wird; zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung des Typ-2-Diabetes. Zu Studienergebnissen im Hinblick auf Kombinationen von Behandlungen, die Wirkung auf die Blutzuckerkontrolle, kardiovaskuläre und renale Ereignisse sowie die untersuchten Populationen, siehe Abschnitte 4.4, 4.5 und 5.1 der Fachinformation. Patienten mit schwerer Leberfunktionsstörung: Es wird eine Anfangsdosis von 5 mg empfohlen. Wenn diese gut vertragen wird, kann die Dosis auf 10 mg erhöht werden. Herzinsuffizienz: Indiziert bei erwachsenen Patienten zur Behandlung der symptomatischen, chronischen Herzinsuffizienz. Chronische Niereninsuffizienz: Indiziert bei erwachsenen Patienten zur Behandlung der chronischen Niereninsuffizienz. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Hypoglykämie (bei Anwendung mit einem Sulfonylharnstoff oder Insulin). *Häufig:* Vulvovaginitis, Balanitis und verwandte Infektionen des Genitalbereichs, Harnwegsinfektionen, Schwindel, Hautausschlag, Rückenschmerzen, Dysurie, Polyurie, erhöhter Hämatokrit, verminderte renale Kreatinin-Clearance zu Behandlungsbeginn, Dyslipidämie. *Gelegentlich:* Pilzinfektionen, Volumenmangel, Durst, Verstopfung, Mundtrockenheit, Nykturie, vulvovaginaler Pruritus, Pruritus genitalis, erhöhtes Kreatinin im Blut zu Behandlungsbeginn, erhöhter Harnstoff im Blut, Gewichtsreduktion. *Selten:* diabetische Ketoazidose (bei Typ-2-Diabetes). *Sehr selten:* nekrotisierende Faszitis des Perineums (Fournier-Gangrän), Angioödem, tubulointerstitielle Nephritis. **Weitere Hinweise:** siehe Fachinformationen. **Pharmazeutischer Unternehmer:** AstraZeneca GmbH, Friesenweg 26, 22763 Hamburg, E-Mail: azinfo@astrazeneca.com, www.astrazeneca.de, Servicehotline für Produktanfragen: 0800 22 88 660. Stand: August 2024.

AstraZeneca 

DE 8483107_25

Gemeinsam tagen, feiern und laufen

Beim Kongress locken interessante Workshops,
der Diabeteslauf und die DDG Night

BERLIN. Soll keiner sagen, beim Diabetes Kongress würden sich die Teilnehmenden nur wissenschaftlich weiterbilden und nicht auch praktisch tätig werden: In den Workshops wird viel ausprobiert (z. B. WS 22 zu Bewegungsnacks), der Erfahrungsaustausch steht an erster Stelle (z. B. WS 25 zu „Gutachten im Praxisalltag“). Schauen Sie sich die Auswahl auf dieser Seite und den Gesamtüberblick auf der Website an und sichern Sie sich jetzt schon einen oder mehrere Plätze. Auch während des Diabeteslaufs und bei der DDG Night bleibt es natürlich nicht bei theoretischen Ansätzen: Laufen Sie mit und tanzen und feiern Sie gemeinsam mit alten und neuen Bekannten und Freund*innen!



Glücklicher Start in den Kongress

Mittwoch, 13. Mai 2026, 17.00 – 18.00 Uhr

Die Eröffnungsveranstaltung nimmt Sie mit in den 60. Diabetes Kongress und gibt Ihnen einen Ausblick auf vier ereignisreiche Tage mit Fortbildung, Wissensaustausch und Miteinander in der Diabetologie unter dem Kongressmotto „Revolution der Mittel – Realität der Menschen.“



Die Keynote hält Professorin Dr. JUDITH MANGELSDORF (Foto). Sie ist Professorin für Positive Psychologie und Direktorin der Deutschen Gesellschaft für Positive Psychologie – und sie ist Glücksforscherin.

Foto: FotoFusion Berlin



Jetzt aber los: Beim Diabeteslauf ist Ehrgeiz im Spiel – und der Wille, gemeinsam Gutes zu tun.

Diabeteslauf: 7.000 Schritte bis zum Ziel

Donnerstag, 14. Mai, ab 17.30 Uhr vor dem CityCube

Ob laufend oder walkend, ob allein oder im Team – jeder Schritt zählt, wenn es darum geht, Diabetes sichtbar zu machen, Spenden zu sammeln und gemeinsam ein Zeichen zu setzen. In diesem Jahr wird das Motto ganz besonders in Szene gesetzt und die gemeinsamen Schritte vor Ort zusammengezählt. Seien Sie dabei! Vergessen Sie Ihren Fitnesstracker oder Ihre Smartwatch nicht, denn das Ziel ist, gemeinsam drei Millionen Schritte zu erreichen! Die Startgebühr geht an Projekte der Deutschen Diabetes Stiftung und von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe. Und: Dieses Jahr werden auch einige Lautsprecher*innen der #SagEsLaut-Kampagne an den Start gehen und so den Diabeteslauf aktiv unterstützen.

17.30 Uhr: Eröffnung | 18.00 Uhr: Warm-up |
18.15 Uhr: Startschuss

Mehr über den Lauf und Anmeldung:
diabeteskongress.de/programm/
#diabeteslauf



Foto: DDG/Dirk Deckbar



DDG Night: Schwoofen bei Clärchen

Freitag, 15. Mai, ab 19.00 Uhr
Clärchens Ballhaus
Auguststraße 24/25, 10117 Berlin

Mehr Berlin in einer Nacht geht nicht! Denn in diesem Jahr laden wir in eine echte Institution des Berliner Nachtlebens ein: Clärchens Ballhaus. In seiner mehr als 100-jährigen Geschichte hat das berühmte Ballhaus schon so einiges gesehen. Hier wird seit 1913 getanzt, gelacht, gefeiert und unter der legendären Discokugel geschwooft. Erleben Sie eine DDG Night in einzigartiger Berliner Kulisse, die lange in Erinnerung bleibt.

Die Tickets sind begrenzt: Wer schnell bucht, schwooft mit.
diabeteskongress.de/programm/#ddg-night



Foto: Clärchens Ballhaus

Vielfältiges Workshop-Angebot

Über 30 interaktive Workshops stehen in diesem Jahr auf dem Programm. Die Themen sind vielfältig – von Bewegungsförderung über Insulinpumpentherapie, AID-Systeme, KI, Apps und DiGA bis zu Tipps für die Niederlassung und die Verordnung von Schuhen und Einlagen. Ein Workshop dauert 90 Minuten.

- **Workshop 14: Gendermedizin und Frauengesundheit in der Diabetologie**
Donnerstag, 14. Mai, 16.00 – 17.30 Uhr
Vorsitzende: Prof. Dr. Claudia Eberle, Fulda.
- **Workshop 31: Immun gegen Veränderung?**
Samstag, 16. Mai, 10.45 – 12.15 Uhr
Vorsitzende: Sara Willms

- **Workshop 24: Praxis in Bewegung – das Praxisteam als Bewegungsmotor**
Freitag, 15. Mai, 16.00 – 17.30 Uhr
Vorsitzende: Dr. Heike Lüdecke, Berlin, und Dr. Ulrike Becker, Bonn. Ausgerichtet von der AG Diabetes, Sport & Bewegung.

Alle Workshops auf einen Blick und Anmelde-möglichkeit:
diabeteskongress.de/programm/#workshops



Querschnittsthemen

Gefährliche Mythen aus den sozialen Medien: über Risiken und Nebenwirkungen des Internets

Vorsitzende: PD Dr. Ulrike Schatz, Dresden,
und Maximilian Huttasch, Düsseldorf
Mittwoch, 13. Mai, 13.15 – 14.45 Uhr

Im Jahr 2026 suchen mehr Menschen denn je online nach Gesundheitsinformationen, oft noch vor dem Arztbesuch. Da Inhalte unreguliert veröffentlicht werden können und die Gesundheitskompetenz nachweislich gering ist, entsteht

ein idealer Nährboden für gefährliche Fehlinformationen. Das interdisziplinäre Speaker-Portfolio (Maximilian Huttasch; PD Dr. Tim Hollstein, Kiel; Alessandro Falcone, Düsseldorf, und Dr. Catharina Hamm, Bad Nauheim) ist selbst in den sozialen Medien aktiv, sieht diese Dynamiken täglich und ordnet sie kritisch ein. Die Session zeigt anhand aktueller Evidenz, welche Mythen und Trends im Stoffwechselbereich kursieren – und wie man ihnen kompetent begegnen kann.

Paul Langerhans-Vorlesung

Freitag, 15. Mai, 14.00 – 15.30 Uhr

Die Paul Langerhans-Vorlesung ist einer der feierlichen Höhepunkte des Diabetes Kongresses. Im Rahmen der Veranstaltung werden die Helmut-Otto-Medaille, die Ehrenmedaille, die Ehrennadel in Gold und der Silvia-King-Preis verliehen, außerdem werden die Posterpreisträger*innen ausgezeichnet.

Mit besonders großer Spannung erwartet wird jedes Jahr die Verleihung der Paul-Langerhans-Medaille und des Young Investigator Awards, die jeweils auch mit einer Preisvorlesung verbunden sind.

Freuen Sie sich auf einen tiefen Einblick in die Forschung und auf eine Begegnung mit Paul Langerhans selbst, denn der berühmte Mediziner und Forscher wird während der Veranstaltung zum Publikum sprechen.

DIABETES KONGRESS 2026

REVOLUTION DER MITTEL – REALITÄT DER MENSCHEN.

13.-16. Mai 2026 · CityCube Berlin



60 DIABETES
KONGRESS
2026 DDG



Jetzt Ticket buchen
und neue Erkenntnisse
gewinnen!

www.diabeteskongress.de

»Wissenschaft entsteht nicht nur auf Slides«

Was bringt der Diabetes Kongress 2026? Die Kongresspräsidentin im Interview

DRESDEN. Neues lernen, kontrovers diskutieren, Evidenz einordnen – das sind für Professorin Dr. Barbara Ludwig entscheidende Dimensionen eines gelungenen Kongresses. Warum sind ihr diese Aspekte so wichtig, woran forscht sie gerade und was hat sie sich für den Diabeteslauf vorgenommen?

? Wann waren Sie zum ersten Mal auf dem Diabetes Kongress?

Prof. Ludwig: Das war 2008. Das war das Jahr, nachdem ich aus den USA nach Deutschland zurückgekehrt war. Zu dieser Zeit wurde mir klar, dass die Diabetologie in meinem beruflichen Leben künftig wahrscheinlich eine wichtige Rolle spielen wird. Seither war ich mit wenigen Ausnahmen jedes Jahr dabei. Ein ganz besonderer Anlass war natürlich die Verleihung des Ernst-Friedrich-Pfeiffer-Preises im Jahr 2014.

? Was macht für Sie einen gelungenen Kongress aus?

Prof. Ludwig: Erstens die fachliche Substanz, die ist sicher ganz entscheidend. Wir alle möchten Neues lernen, wir möchten Kontroversen hören und die Evidenz einordnen können. Dann geht es natürlich immer um persönliche Begegnungen. Wissenschaft entsteht ja eben nicht nur auf Slides, sondern vor allen Dingen im Diskurs und im Gespräch zwischen Menschen. Das ist ein ganz, ganz wichtiger Aspekt des Diabetes Kongresses, den wir alle sehr schätzen.

Und dann geht es auch um die Erweiterung des Horizonts. Man tendiert ja dazu, immer dorthin zu gehen, wo man sich schon auskennt. Aber ein guter Kongress führt einen eben auch zu Themen, die nicht das eigene Kerngebiet sind. Beim Diabetes Kongress gibt es die Möglichkeit, dass z. B. Kliniker in Grundlagen-Sessions gehen, aber auch umgekehrt Grundlagenwissenschaftler die klinische Realität erleben. So werden wichtige Fragen generiert

und so kann wirkliche Translation entstehen. Man sollte sich trauen, aus der Komfortzone rauszugehen, auch wenn man nicht alles versteht. Niemand versteht immer alles!

? Ein neuer Horizont tut sich schon während der Eröffnung auf ...

Prof. Ludwig: Die Idee war, dass wir – was ja auch das Motto ausdrücken soll – den menschlichen Aspekt und auch die Komplexität, mit der wir es in der Diabetologie zu tun haben, in den Mittelpunkt stellen. Ganz bewusst wollten wir jemand Fachfremdes als Keynote-Speaker haben, dieses Jahr übrigens zum ersten Mal eine Frau. Wenn man das Motto „Revolution der Mittel – Realität der Menschen.“ hört, klingt das ein bisschen überfordernd und zumindest sehr herausfordernd. Deshalb war die Idee, mit dem Thema Glück einen etwas leichteren Einstieg zu finden. Es wird außerdem eine Videogrüßbotschaft von Forschungsministerin Dorothee Bär zu sehen sein.

? Sie haben das Motto schon genannt. Was steckt dahinter?

Prof. Ludwig: Wir erleben derzeit parallel mehrere Revolutionen: inkretinbasierte Therapien mit völlig neuen Optionen und metabolischen Effekten, die wir zum Teil noch gar nicht verstehen, beim Typ-1-Diabetes Closed-Loop-Systeme, digitale Datenauswertung und KI-gestützte Entscheidungsunterstützung, die Immuntherapien und auch die neuen Ansätze in der Betazellersatztherapie. All das hat eine ungeheure Dynamik, die man als historisch bezeichnen kann.



PROF. DR. BARBARA LUDWIG

Die Präsidentin des Diabetes Kongresses 2026 ist Fachärztin für Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie. Sie arbeitet in der Diabetologie der Medizinischen Klinik III des Dresdner Uniklinikums und leitet dort sowohl die Spezialambulanz Diabetologie als auch den Bereich Inseltransplantation. Bei der Planung des Kongresses steht ihr als Kongresssekretär ihr Kollege Professor Dr. Nikolaos Perakakis zur Seite.

Wichtig ist: Wenn diese Mittel und die Menschen aufeinandertreffen, ist eine Technologie ohne Beziehung zueinander unvollständig. Deswegen ist Fortschritt immer nur dann sinnvoll, wenn wir die Lebensrealität der Menschen verbessern – das soll ein Kern dieses Mottos sein. Fortschritt erzeugt nicht immer nur Hoffnung, sondern auch Überforderung. Wir müssen Mittel und Menschen zusammenbringen, und zwar so, dass sie für die Menschen zu einer Verbesserung führen.

? Was reizt Sie an der Diabetologie?

Prof. Ludwig: Ich habe mich immer für die Diabetologie interessiert, aber zunächst nicht als Fach. Angefangen habe ich in der Chirurgie und mich dort speziell für den Bereich Transplantation interessiert, insbesondere die Pankreastransplantation. Einige Jahre habe ich ausschließlich wissenschaftlich gearbeitet und einiges gelernt. Aber ich habe vor allem gemerkt, dass ich zurück in die Klinik will, dass der Patientenkontakt doch ein ganz entscheidend wichtiger Aspekt der Arbeit sein sollte und auch die Translation sehr viel einfacher macht. Aber natürlich wollte ich die wissenschaftliche Arbeit auf einem einigermaßen hohen Niveau weiterführen. Da war der Weg in die Diabetologie dann praktisch eine

Conditio sine qua non. Nichtsdestotrotz bin ich immer noch glücklich, wenn ich im Rahmen der Inseltransplantation in den OP-Saal darf. Das ist immer ein schöner Moment.

? Woran forschen Sie – und was könnte die Zukunft bringen?

Prof. Ludwig: Mein großes Thema ist der biologische Betazellersatz. Hier kommen derzeit die klinische Realität und die Forschungsansätze in gewisser Weise kontrovers zusammen. Beim Typ-1-Diabetes haben wir unfassbare technologische Fortschritte, und das legt die Messlatte für den Betazellersatz immer höher. Trotzdem ist das Thema nicht obsolet, denn wir wissen alle: Technologie bringt Menschen mit Typ-1-Diabetes große Erleichterungen, aber es ist natürlich keine Heilung. Das 24/7-Management bleibt für viele eine große Herausforderung. Deshalb besteht weiterhin diese große Vision, mit einem biologischen Betazellersatz wieder eine körpereigene Insulinsekretion herzustellen. Die klassische Inseltransplantation ist keine Therapieform, die in der Breite einsetzbar ist. Die Frage ist deshalb: Können wir zukünftig alternative Zellquellen verwenden,

»Man sollte sich aus seiner Komfortzone trauen«

sei es stammzellbasiert oder auch xenogenen Ursprungs, und können wir sie so verändern oder vor dem Immunsystem verbergen, dass wir zumindest keine potente Immunsuppression mehr brauchen?

? Welche Impulse kamen von Kongresssekretär Prof. Perakakis?

Prof. Ludwig: Nikolaos Perakakis hat bei klinischen Studien, Typ-2-Diabetes, metabolischen Erkrankungen und Komplikationen eine enorme Fachkompetenz und seine Professionalität in diesem Bereich hat dem Programm wichtige Impulse gegeben. Es hilft sehr, wenn man sich menschlich gut versteht – und das tun wir. Auch Humor ist immer hilfreich bei so einem Vorhaben ...

? Was erwartet die Teilnehmenden bei der DDG Night?

Prof. Ludwig: Jemand hat mir im Vorfeld gesagt: „Du weißt, was das Wichtigste ist, wenn du so ein Amt hast? Du musst eine gute Party organisieren!“ Ich hoffe, dass das gelingt und es ein unterhaltsamer Abend, eine unterhaltsame Nacht wird und wir Spaß haben werden.

? Der Diabeteslauf ist legendär. Werden Sie dabei sein?

Prof. Ludwig: Keine Frage! Medaillenambitionen hätte ich zwar schon und Ehrgeiz auch, aber dieses Jahr wird es wahrscheinlich nichts werden. Ich kann es ja auf den Stress während des Kongresses schieben, dass ich vielleicht nicht in Topform bin.

? Was sollen die Teilnehmenden vom Kongress mitnehmen?

Prof. Ludwig: Ich würde mir wünschen, dass man mit einer fachlichen Inspiration rausgeht, dass man mit mehr kritischen Fragen rausgeht, als man reingekommen ist, dass man neue Kontakte geknüpft hat. Das wäre ein sehr schönes Outcome, außerdem natürlich das Gefühl, dass man Teil einer Community ist, die lebendig und dynamisch, aber auch verantwortungsvoll ist. Ich würde mich sehr freuen, wenn das gelingt!

Interview: Nicole Finkenauer

nachgefragt

Neugierig auf die ganze Folge?

In der Podcast-Folge mit Professorin Barbara Ludwig geht es noch eingehender um Revolutionen in der Diabetologie, die Schwerpunkte des Diabetes Kongresses und ihre Lieblingsinseln. Ab 22. April können Sie Reinhören – auf medical-tribune.de, diabetologie-online.de und allen gängigen Podcast-Plattformen.



Für den Diabetologie-Durchblick:

der Podcast für Expert*innen



INHALT

GluCode-Hackathon: Digitalisierung der Diabetesversorgung
Prof. Susanne Reger-Tan, Prof. Lutz Heinemann 01

Die Fullys kommen
Gabriele Faber-Heinemann, Prof. Lutz Heinemann 03

CE-Kennzeichnung für CamDiab-Algorithmus
Gabriele Faber-Heinemann, Prof. Lutz Heinemann 03
Weitere Meldungen
Zusammengestellt von Gabriele Faber-Heinemann 04

MedTriX GmbH, Unter den Eichen 5
65195 Wiesbaden, T.: 0611 9746-0
E-Mail: mtd-kontakt@medtrix.group

Geschäftsführung:
Stephan Kröck, Markus Zobel

Redaktion: Nicole Finkenauer,
Gregor Hess, Matthias Heinz

Layout: Richard Hoppe, Sabine Roach

Veröffentlichung gemäß § 5 Hessisches
Pressegesetz (HPresseG): Alleine Gesellschafterin der MedTriX GmbH ist die Süddeutscher Verlag Hühlig Fachinformationen GmbH, München. Alleine Gesellschafterin der Süddeutscher Verlag Hühlig Fachinformationen GmbH ist die Kurpfälzische Verlagsbeteiligungs GmbH, Ludwigshafen.

IMPRESSUM



Übergeordnetes Ziel: Digitalisierung der Versorgung von Menschen mit Diabetes im Krankenhaus

Die Zukunft der Versorgung von Menschen mit Diabetes im Krankenhaus liegt in der Digitalisierung und Integration von Diabetestechnologie in die stationäre Versorgung. Dafür ist es erforderlich, bestehende Klinikinformationssysteme (KIS) diabetessensitiver zu gestalten als sie es derzeit sind, so dass die Besonderheiten der komplexen Diabetes-Erkrankung angemessen, sicher und effizient abgebildet werden können.

Dieses Ziel ist zu groß, um es in einem einzigen Schritt erreichen zu können. Deshalb setzt der GluCode-Hackathon bewusst auf einen inkrementellen Ansatz: Jeder Hackathon widmet sich einem klar definierten, praxisrelevanten Teilprojekt, das einen kleinen, aber wertvollen Beitrag zum großen Ganzen leistet.

GluCode-Hackathon: Digitalisierung der Diabetesversorgung

NEUE POLITISCHE VORGABEN. Sie erhöhen den Druck auf Kliniken. Der GluCode-Hackathon zeigt, wie interprofessionelle Teams digitale Lösungen entwickeln, um Dokumentation und Versorgung zu verbessern.

Rund jede vierte stationär behandelte Person ist von Diabetes betroffen. Diese Diabetesdiagnose ist im Krankenhaus mit einem ungünstigeren Verlauf assoziiert: ein etwa verdoppeltes Risiko für Komplikationen, eine im Mittel zwei Tage längere Verweildauer, rund 20 % höhere Behandlungskosten sowie ein erhöhtes Risiko für Wiederaufnahmen.

Gleichzeitig ist die stationäre Diabetesversorgung in vielen Kliniken organisatorisch und digital noch unzureichend abgebildet. Diabetesrelevante Informationen – von Therapieanpassungen über Schulungen bis hin zu interprofessionellen Interventionen – werden

häufig fragmentiert, analog und unsystematisch dokumentiert. Besonders deutlich wird dies bei der multimodalen Diabetes-Komplexbehandlung, die per Definition mehrere Berufsgruppen, strukturierte Maßnahmen und einen hohen Koordinationsaufwand umfasst.

Gesundheitspolitischer Rahmen: warum Kodierung jetzt entscheidend ist

Dies gewinnt vor dem Hintergrund aktueller gesundheitspolitischer Reformen besondere Bedeutung: Bezüglich des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) und des Krankenhaustransparenz- und Leistungsanpassungsgesetzes (KHAG) haben DDG und BVKD dazu aufgerufen, die multimodale Diabetes-Komplexbehandlung konsequent zu kodieren. Ziel ist es, den tatsächlichen Versorgungsaufwand sichtbar zu machen, die Relevanz der Diabetologie im stationären Set-

ting zu unterstreichen und damit langfristig die Sicherung der Versorgung von Menschen mit Diabetes zu gewährleisten. Denn mit dem KHVVG und KHAG werden Strukturen, Leistungsgruppen und Vergütungsmechanismen im Krankenhaus neu ausgerichtet. Leistungen, die nicht sauber dokumentiert und kodiert sind, laufen Gefahr, unsichtbar zu werden – mit direkten Konsequenzen für Ressourcen, Personal und zukünftige Versorgungsstrukturen. Eine verlässliche, strukturierte und digitale



Prof. Susanne Reger-Tan
Foto: Peter Hübbe/ HDZ NRW



Prof. Lutz Heinemann
heinemann@diateam.de
Foto: Mike Fuchs

Dokumentation der multimodalen Diabetes-Komplexbehandlung ist daher nicht nur eine Frage der Effizienz, sondern eine strategische Notwendigkeit für das Fach Diabetes.

Was ist ein Hackathon – und warum ist dieses Format so geeignet?

Ein Hackathon (Fusionswort aus Hacking und Marathon) ist ein zeitlich begrenztes, intensives Arbeitsformat, in dem interprofessionelle Teams aus verschiedenen Diabetes-Zentren gemeinsam an einer klar umrissenen Fragestellung arbeiten. Im Unterschied zu klassischen Projekten stehen Fokus, Geschwindigkeit und unmittelbare Umsetzbarkeit im Vordergrund.

Der besondere Mehrwert des GluCode-Hackathons liegt dabei nicht nur in der informationstechnischen Leistung, sondern auch in der Methodik: Im klinischen Alltag stehen IT, Controlling und Diabetesteams kaum jemals gleichzeitig und über einen längeren Zeitraum

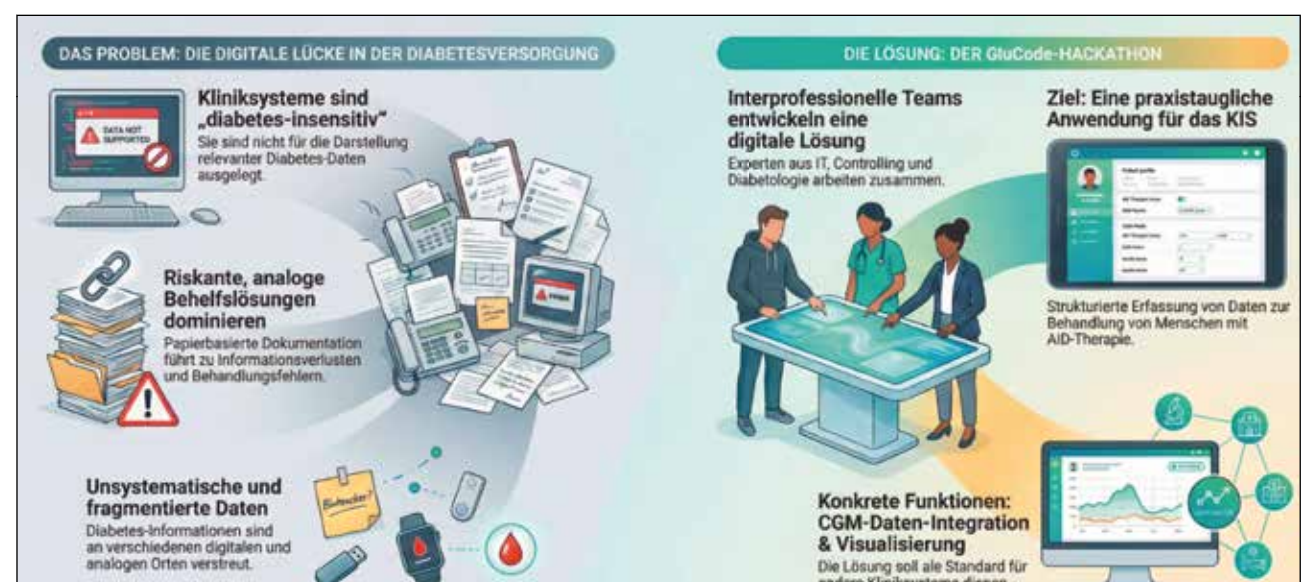


Abb. 1: Von Papier zu Pixeln: Der GluCode-Hackathon für ein modernes Diabetes-Management.

„Dokumentation entscheidet über Sichtbarkeit diabetologischer Leistungen.“

hinweg für die Lösung eines gemeinsamen Problems zur Verfügung. Genau dieses strukturelle Defizit adressiert der Hackathon.

„Im Alltag lösen wir Probleme zeitlich fragmentiert mit wenig Austausch untereinander – im Hackathon lösen wir sie sofort und gemeinsam.“

Die diatec als Workspace: Raum für konzentrierte Zusammenarbeit

Im Rahmen der diatec 2026 in Berlin wurde Ende Januar erstmals ein geschützter Workspace geschaffen, in dem interprofessionelle Teams aus mehreren Kliniken über 48 Stunden fokussiert an einer gemeinsamen Aufgabe arbeiten konnten. Beteiligt waren Teams aus:

- Herz- und Diabeteszentrum NRW, Bad Oeynhausen, Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum
- Diabetes Zentrum Mergentheim
- Mathias-Stiftung Rheine
- Universitätsklinikum Leipzig AÖR

Vertreten waren Diabetologie, Pflege, IT und Controlling – unterstützt durch den KIS-Hersteller Dedalus (ORBIS). Diese Konstellation ermöglichte es, medizinische Anforderungen, technische Machbarkeit und abrechnungsrelevante

Aspekte in Echtzeit zusammenzuführen.

Fokus 2026: multimodale Diabetes-Komplexbehandlung digital abbilden

Beim GluCode-Hackathon 2026 stand die konkrete, alltagsrelevante und politisch ganz aktuelle Herausforderung im Fokus: Wie kann die multimodale Diabetes-Komplexbehandlung strukturiert, vollständig und zu einem hohen Grad automatisiert in einem KIS dokumentiert werden?

Ziel war es, eine Lösung zu entwickeln, die

- sofort im Klinikalltag nutzbar ist,
- den Dokumentationsaufwand reduziert,
- die Kodierbarkeit verbessert
- und die interprofessionelle Leistung sichtbar macht.

Fazit und Ausblick: kleine Schritte, große Wirkung

Der GluCode-Hackathon 2026 zeigt, dass Digitalisierung im Krankenhaus pragmatisch gelingen kann, wenn

- klare Ziele definiert sind,
- interprofessionelle Expertise gebündelt wird
- und ein geeigneter Workspace zur Verfügung steht.

Die multimodale Diabetes-Komplexbehandlung war bewusst der erste Fokus – als zentraler Baustein zur Sichtbarmachung diabetologischer Expertise und als Voraussetzung für die langfristige Sicherung der stationären Diabetesversorgung.

Der GluCode-Hackathon wird 2027 fortgeführt. Auch dann wird er sich einem klar abgegrenzten Projekt widmen – immer mit dem Ziel, Schritt für Schritt die Digitalisierung der Diabetesversorgung im Krankenhaus voranzubringen.

GluCode-Hackathon

Der GluCode-Hackathon 2026 zeigt, wie interprofessionelle Teams aus Diabetologie, Pflege, IT und Controlling digitale Lösungen entwickeln.

Der Fokus in diesem Jahr: strukturierte Dokumentation der Diabetes-Komplexbehandlung im KIS – sofort nutzbar, effizienter und abrechnungsrelevant.



Abb. 2: Der lange Weg zur IT-Lösung im Klinikalltag.

Profession	Datum	Dauer (min)	Leistung	Mitarbeiter	Status
Diabetesberatung	01.01.2026	15	Visite: Aufnahmegespräch	Ruben Wissing	✓
Diabetesberatung	02.01.2026	15	Bemerkungen Arzt: Kein Plus, Patient ansprechbar	Max Mustermann	✓
Psychologie	03.01.2026	60		Ruben Wissing	✓
Diabetesberatung	05.01.2026	30	Aufnahmegespräch Diabetesklinik	Max Mustermann	✓
Diabetesberatung	08.01.2026	15	Bemerkungen Arzt: Tempor invidunt Lorem ipsum sadpasing elit	Ruben Wissing	✓
Physiotherapie	17.01.2026	20	Physiotherapeutische Leistung	Ruben Wissing	✓
Physiotherapie	24.01.2026	15	Physiotherapeutische Leistung	Ruben Wissing	✓
Podologie	12.02.2026	50		Max Mustermann	✓
Ergotherapie	10.01.2026	30		Jamal Buhl	✓

Profession	Datum	Dauer (min)	Leistung	Mitarbeiter
Diabetesberatung	01.01.2026	15	Visite: Aufnahmegespräch	Ruben Wissing
Diabetesberatung	02.01.2026	15	Bemerkungen Arzt: Kein Plus, Patient ansprechbar	Max Mustermann
Psychologie	03.01.2026	60		Ruben Wissing
Diabetesberatung	05.01.2026	30	Aufnahmegespräch Diabetesklinik	Max Mustermann
Diabetesberatung	08.01.2026	15	Bemerkungen Arzt: Tempor invidunt Lorem ipsum sadpasing elit	Ruben Wissing
Physiotherapie	17.01.2026	20	Physiotherapeutische Leistung	Ruben Wissing
Physiotherapie	24.01.2026	15	Physiotherapeutische Leistung	Ruben Wissing
Podologie	12.02.2026	50		Max Mustermann
Ergotherapie	10.01.2026	30		Jamal Buhl

Profession	Datum	Dauer (min)	Leistung	Mitarbeiter
Diabetesberatung	01.01.2026	15	Visite: Aufnahmegespräch	Ruben Wissing
Diabetesberatung	02.01.2026	15	Bemerkungen Arzt: Kein Plus, Patient ansprechbar	Max Mustermann
Psychologie	03.01.2026	60		Ruben Wissing
Diabetesberatung	05.01.2026	30	Aufnahmegespräch Diabetesklinik	Max Mustermann
Diabetesberatung	08.01.2026	15	Bemerkungen Arzt: Tempor invidunt Lorem ipsum sadpasing elit	Ruben Wissing
Physiotherapie	17.01.2026	20	Physiotherapeutische Leistung	Ruben Wissing
Physiotherapie	24.01.2026	15	Physiotherapeutische Leistung	Ruben Wissing
Podologie	12.02.2026	50		Max Mustermann
Ergotherapie	10.01.2026	30		Jamal Buhl

Abb. 3: Die GluCode-Lösung zur Dokumentation multimodale Komplexbehandlung Diabetes und Fehlernährung (8-984.3/4).

Stimmen aus dem Hackathon

AUSTAUSCH. Weitere Stimmen zum Hackathon finden Sie unter: www.diabetologie-online.de, Stichwort Hackathon.



Susanne Reger-Tan
Herz- und Diabeteszentrum NRW, Bad Oeynhausen, Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum
Foto: privat

Frau Professor Reger-Tan, Sie haben den GluCode-Hackathon ins Leben gerufen. Was war der zentrale Impuls für dieses Projekt?

Die Diabetologie ist das Fach par excellence, wenn es um Technologieintegration und Digitalisierung im medizinischen Alltag geht. In der ambulanten Versorgung leben wir das seit Jahren – mit CGM, AID-Systemen und datenbasierter Therapieentscheidung. Im stationären

Setting ist die Umsetzung jedoch deutlich herausfordernder, obwohl das Potenzial hier enorm ist. Genau diese Diskrepanz war ein wesentlicher Antrieb für den GluCode-Hackathon.

Sie engagieren sich auf vielen Ebenen für die digitale Weiterentwicklung der Diabetesversorgung. Wie fügt sich der GluCode-Hackathon in dieses Gesamtbild ein?

Wir arbeiten parallel auf unterschiedlichen Ebenen: strategisch in der Kommission Digitalisierung der DDG und im Verbund der Diabeteskliniken BVKD, Lutz Heinemann zusammen mit Johan Jendle auf europäischer Ebene in der EDDIG – der European Diabetes Data Integration Group, und ganz konkret als Klinik für Diabetologie und Endokrinologie am HDZ NRW in wissenschaftlichen Projekten mit vielen anderen Partnern. Gleichzeitig erreichen uns viele Anfragen aus anderen Häusern, die ähnliche Herausfor-

„Der GluCode-Hackathon schließt die Lücke zwischen Klinikbedarf und IT-Umsetzung.“

derungen haben. Wir schätzen diesen Austausch sehr – aber es gibt einen natürlichen Flaschenhals beim Transfer von klinischer Anforderung in die IT und konkreter Umsetzung in das KIS. Genau hier setzt der GluCode-Hackathon an.

Warum ist die diatec aus Ihrer Sicht der ideale Ort für dieses Format?

Die diatec bringt bereits das zusammen, was wir brauchen: engagierte Diabetesteams aus ganz Deutschland. Unsere Idee war es, diesen Rahmen konsequent weiterzudenken und die diatec als Workspace zu nutzen – ergänzt um IT-

Expert:innen und Controlling. So entsteht ein Raum, in dem klinikübergreifend und interprofessionell konkrete Lösungen konzentriert an einem Stück erarbeitet werden können. Nicht theoretisch, sondern praxisnah und sofort nutzbar. Der GluCode-Hackathon ist damit nicht nur ein Projekt, sondern auch ein neuer methodischer Ansatz, wie Digitalisierung im Krankenhaus realistisch vorangebracht werden kann.



Lars Jording
Herz- und Diabeteszentrum NRW, Bad Oeynhausen
Foto: privat

Herr Jording, Sie bringen umfassende IT-Expertise aus einem hochspezialisierten Diabeteszentrum ein. Wo lagen aus

Ihrer Sicht die größten digitalen Hürden bei der multimodalen Diabetes-Komplexbehandlung?

Neben der Technik an sich ist die größte Herausforderung die fehlende Struktur im klinischen Alltag. Die multimodale Komplexbehandlung ist fachlich klar definiert, wird aber im KIS häufig über zahlreiche Einzeldokumente, Freitexte und papierbasierte Bögen abgebildet. Aus IT-Sicht bedeutet das: keine eindeutige Datenstruktur, keine Prozesssicherheit und kaum Möglichkeiten zur Automatisierung. Unser Ziel war es daher, im GluCode-Hackathon gemeinsam diese Komplexität systematisch in eine digitale Struktur zu übersetzen.

Was unterscheidet den Hackathon methodisch von klassischen IT-Projekten im Krankenhaus?

Im normalen Klinikbetrieb fehlen uns schlicht die Zeitfenster, in denen IT, Diabetologie und Controlling gemeinsam und konzentriert

an einem Problem arbeiten können. Der Hackathon schafft genau diesen Raum. Wir konnten kontinuierlich kommunizieren, Anforderungen direkt klären, Lösungen unmittelbar testen und iterativ verbessern. Das beschleunigt Prozesse enorm und führt zu Lösungen, die nicht nur technisch funktionieren, sondern auch im klinischen Alltag bestehen.



PD Dr. med.
Dominik Bergis
Diabetes Zentrum
Bad Mergentheim
Foto: privat

Herr Dr. Bergis, aus Sicht einer Klinikleitung: Warum ist die strukturierte Dokumentation der multimodalen Diabetes-Komplexbehandlung aktuell so relevant?

Weil sie die Voraussetzung dafür ist, dass unsere Leistung überhaupt sichtbar wird, und warum wir im Alltag so viel Energie mit Doppeldokumentation und Suche relevanter Informationen einsetzen.

„Pragmatischer Ansatz: der Hackathon.“

Die DDG und der BVDK haben zu Recht dazu aufgerufen, die multimodale Komplexbehandlung konsequent zu kodieren. Gerade im Kontext von KHVVG und KHAG entscheidet eine saubere, strukturierte Dokumentation darüber, ob diabetologische Expertise in zukünftigen Versorgungsstrukturen berücksichtigt wird oder nicht. Ohne valide Daten verlieren wir nicht nur Erlöse, sondern perspektivisch auch Gestaltungsspielräume für unser Fach. Vergessen wir nicht unsere Ausgangsbasis: in Bad Mergentheim haben wir beispielsweise fünf unterschiedliche Papierdokumente für diese Dokumentation genutzt.

Welche Rolle spielt der GluCode-Hackathon in diesem Zusammenhang?

Der Hackathon hat einen sehr pragmatischen Ansatz gewählt. Statt abstrakter Digitalstrategien ging es darum, konkrete KIS-Prozesse so zu gestalten, dass die Dokumentation der Komplexbehandlung vollständig, korrekt und möglichst automatisiert erfolgt. Das entlastet das Personal und verbessert gleichzeitig die Kodierfähigkeit. Für Kliniken ist das ein entscheidender Schritt, um Qualität, Wirtschaftlichkeit und Zukunftsfähigkeit miteinander zu verbinden.

Die Fullys kommen!

Automatisierte Insulindosierungssysteme (AID) entwickeln sich Schritt für Schritt in Richtung vollständiger Automatisierung. Während heutige Systeme noch als „Hybrid Closed Loop“ gelten und Nutzerinnen und Nutzer weiterhin Mahlzeitenboli eingeben müssen, zeigen neue Real-World-Daten, wie leistungsfähig diese Systeme bereits ohne aktive Eingriffe sein können.

Eine aktuelle Analyse in Diabetes Care deutet an, wohin die Reise gehen könnte: zu Systemen, die die Glukosekontrolle auch dann stabil halten, wenn Menschen im Alltag einmal keine Boli eingeben – ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu wirklich „fully automated“ Systemen.

In Diabetes Care wurde dazu kürzlich eine Studie mit dem Titel »MiniMed 780G Advanced Hybrid Closed-Loop System Use

During Days Without User-Initiated Boluses« veröffentlicht. Die Analyse untersuchte, wie sich das MiniMed-780G-System an Tagen verhält, an denen Anwender keine Mahlzeitenboli eingeben haben.

Real-World-Daten zeigen stabile Glukosewerte ohne Boli

Ausgewertet wurden CGM-Daten von 54.553 Nutzern, die zwischen dem 2. Januar 2020 und dem 31.

März 2025 mindestens zehn Tage ohne vom Nutzer initiierte Boli aufwies. Zusätzlich wurden die Teilnehmer nach verschiedenen Faktoren stratifiziert:

- Nutzung der Recommended Optimal Settings (ROS) – also einem Glukoseziel von 100 mg/dl und einer aktiven Insulinzeit von zwei Stunden,
- Alter (≤ 15 Jahre bzw. > 15 Jahre),
- Sowie Diabetes-Typ (Typ-1- oder Typ-2-Diabetes).

Die Ergebnisse zeigen ein klares Bild: Auch an Tagen ohne Bolusgaben konnte das System die Glukosewerte insgesamt stabil halten. Nutzer, die die empfohlenen optimalen Einstellungen (ROS) verwendeten, erreichten dabei durchweg bessere Ergebnisse als Anwender ohne diese Einstellungen.

So lag der mittlere Sensor-Glukosewert bei ROS-Nutzern bei 149 mg/dl, während er bei Nicht-ROS-Nutzern 160 mg/dl betrug. Gleichzeitig war die Time-in-Range mit 76 % deutlich höher als bei Anwendern ohne ROS (69 %). Auch der Glucose-Management-Indicator (GMI) fiel mit 6,9 % günstiger aus als bei Nicht-ROS-Nutzern (7,1 %).

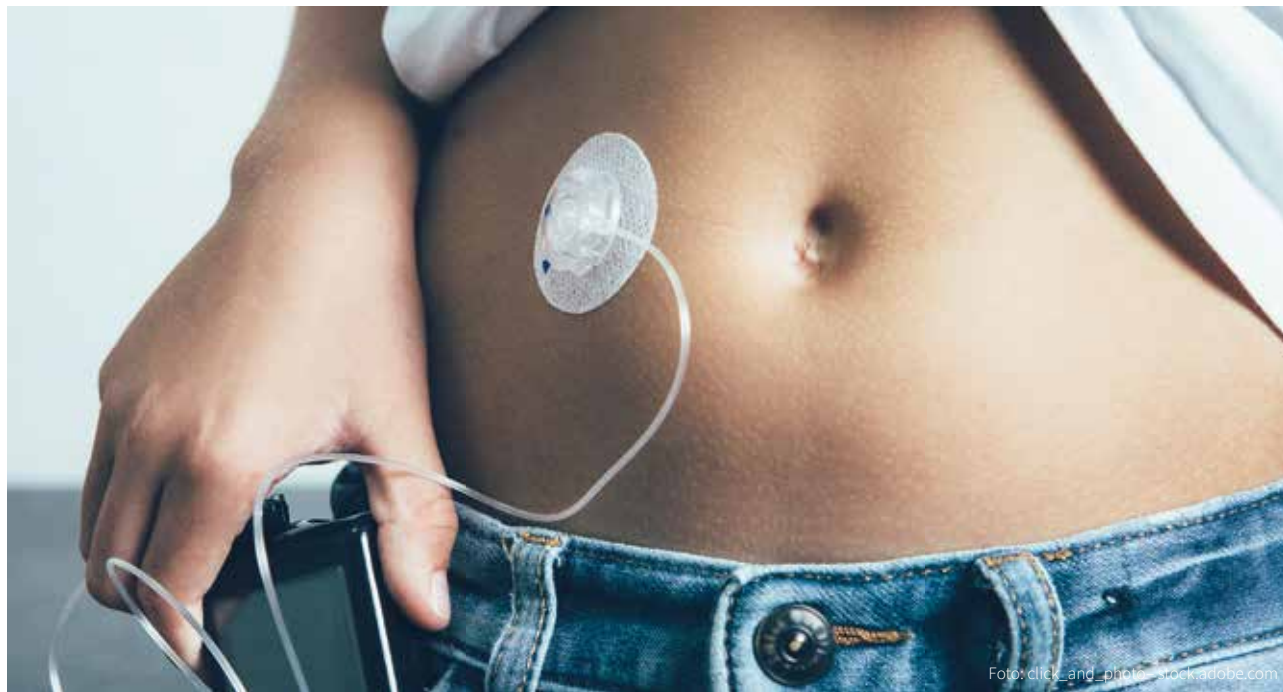
Verbesserte Kontrolle

Diese Vorteile zeigten sich unabhängig vom Alter:

- Bei Anwendern ≤ 15 Jahren lag die Time-in-Range bei 70 % gegenüber 63 % ohne ROS.
- Bei Anwendern > 15 Jahren betrug sie 77 % gegenüber 70 %.
- Besonders interessant ist die sogenannte Triple-Target-Analyse (GMI < 7 %, TIR > 70 %, TBR < 4 %).
- In der Typ-1-Diabetes-Gruppe erreichten 58 % der ROS-Nutzer dieses Ziel, verglichen mit 33 % der Nicht-ROS-Nutzer.
- In der Typ-2-Diabetes-Gruppe lagen die Werte sogar bei 77 % gegenüber 57 %.

Fazit: Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass das MiniMed-780G-System auch an Tagen ohne aktiv eingegebene Mahlzeitenboli eine effektive glykämische Kontrolle ermöglichen kann. Auch wenn es sich weiterhin um ein Hybrid-Closed-Loop-System handelt, zeigen diese Daten deutlich, wie nah moderne AID-Systeme bereits an ein vollständig automatisiertes Glucosemanagement heranreichen.

GFH, LH



CamDiab-Algorithmus erhält CE-Kennzeichnung

Die Entwicklung automatisierter Insulindosierungssysteme schreitet weiter voran. Während heutige Systeme meist noch als „Hybrid Closed Loop“ arbeiten und Nutzer weiterhin Mahlzeitenboli eingeben müssen, rücken vollständig automatisierte Systeme zunehmend näher. Ein wichtiger Schritt in diese Richtung kommt nun aus Cambridge: Das Unternehmen CamDiab hat für seinen vollständig geschlossenen Regelkreis-Algorithmus (Fully Closed Loop, FCL) eine CE-Kennzeichnung in Europa erhalten.

CamDiab gab in einer Pressemitteilung bekannt, dass der neue FCL-Algorithmus ohne Kohlenhydratzählung und ohne vom Nutzer initiierte Mahlzeitenboli auskommt. Damit unterscheidet sich das System grundlegend von heutigen hybriden Closed-Loop-Systemen, die weiterhin auf aktive Eingaben der Anwender angewiesen sind.

Der Algorithmus baut auf der bereits etablierten mylife CamAPS FX-Plattform auf, die in Europa und den USA als hybrides AID-

System zugelassen ist. Das System ist kompatibel mit FreeStyle Libre 3 und Libre 3 Plus von Abbott sowie dem Dexcom G6. Die aktuelle CE-Zulassung erweitert diese Plattform um einen vollständig automatisierten Regelmodus.

Vollautomatisierte AID-Systeme rücken mit CamDiab näher

Nach Angaben von CamDiab soll der FCL-Modus vor allem die kognitive Belastung im Alltag mit Diabetes reduzieren, da Entscheidungen über Mahlzeitenboli oder Kohlenhydratmengen entfallen. Neben verbesserten glykämischen Ergebnissen stellt das Unternehmen daher auch mögliche Vorteile für Lebensqualität und Therapiekomfort in den Vordergrund.

Erste klinische Daten zum FCL-Algorithmus wurden auf der ADA 2024 vorgestellt. Gabija Krutkyte von der Universität Bern präsentierte dort die Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie mit 37 Teilnehmern, die sich einer größeren elektiven Bauchoperation unterzogen – einer klinischen

Situation mit stark schwankenden Glukosewerten und strengen Zielbereichen.

Die Ergebnisse waren bemerkenswert: Teilnehmer, die den CamAPS-HX-FCL-Algorithmus verwendeten, erreichten eine mittlere Time-in-Range (100–180 mg/dl) von 80 %, während sie in der Standard-Insulintherapiegruppe lediglich 54 % betrug. Das entspricht einem Gewinn von rund 6,2 Stunden pro Tag im Zielbereich.

Der Vorteil resultierte vor allem aus einer deutlichen Reduktion von Hyperglykämien: Die Zeit oberhalb von 180 mg/dl sank von 32 % auf 9 %. Gleichzeitig kam es nicht zu einer Zunahme von Hypoglykämien. Die CE-Kennzeichnung für den CamDiab-Algorithmus fällt in eine Phase, in der weltweit intensiv an vollständig automatisierten AID-Systemen gearbeitet wird. So zeigte die EVOLUTION-

Machbarkeitsstudie von Insulet, dass FCL-Systeme ohne manuelle Bolusgaben die Glukosekontrolle ebenfalls deutlich verbessern können. Insulet plant, ein entsprechendes System der nächsten Generation voraussichtlich 2028 auf den Markt zu bringen. Die EVOLUTION2-Studie soll 2026 starten, eine Zulassungseinreichung ist für 2027 vorgesehen.

Auch Tandem Diabetes Care meldete Fortschritte in seinem FCL-Programm: Die bisherigen klinischen Studien sind abgeschlossen, eine zulassungsrelevante Studie soll 2026 beginnen. Medtronic arbeitet an einem neuen FCL-Algorithmus der nächsten Generation mit dem Namen Vivera, was den allgemeinen Trend zu stärker automatisierten Systemen weiter unterstreicht.

Fazit: Wann der CamDiab-FCL-Algorithmus im klinischen Alltag verfügbar sein wird, ist noch unklar. Fest steht: In den kommenden Jahren dürfte eine ganze Reihe vollständig automatisierter AID-Systeme auf den Markt kommen.

GFH, LH

„FCL von CamDiab kommt ohne Mahlzeitenboli aus.“

Fully Closed Loop – DIY-Systeme zeigen, was bereits möglich ist

Während kommerzielle AID-Systeme noch überwiegend als Hybrid-Closed-Loop-Systeme arbeiten und weiterhin Mahlzeitenankündigungen oder Bolusgaben erfordern, experimentiert die Open-Source-Community schon länger mit vollständig automatisierten Insulindosierungsstrategien. Eine aktuelle Übersichtsarbeit in *Diabetologia* zeigt nun, wie weit diese Entwicklung bereits gediehen ist – und welche Chancen, aber auch Grenzen derzeit bestehen.

Die Übersichtsarbeit mit dem Titel »Fully closed-loop systems: can people with type 1 diabetes just do it? Insights from open-source systems« wurde von Rayhan Lal (Stanford University), Katarina Braune (Universität Potsdam) und Dana Lewis (OpenAPS) gemeinsam mit weiteren Autoren veröffentlicht. Sie analysiert klinische Studien, Real-World-Daten und Erfahrungen von Nutzern selbstgebauter AID-Systeme (DIY/Open Source), um zu beurteilen, wie realistisch eine vollständig automatisierte Insulintherapie bei Menschen mit Typ-1-Diabetes bereits heute ist.

Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass bolusfreie Insulindosierung in ausgewählten Nutzergruppen bereits heute möglich sein kann, auch wenn klinische und regulatorische Hürden einer breiten Anwendung noch entgegenstehen.

Der Ausgangspunkt dieser Entwicklung sind die heute weit verbreiteten Hybrid Closed Loop (HCL)-Systeme. Sie haben nachweislich zu deutlichen Verbesserungen der Time in Range (TIR) und zu einer Reduktion von Hypoglykämien geführt. Dennoch bleibt ein entscheidender Eingriff durch die Nutzer notwendig: Die Systeme müssen weiterhin über Mahlzeiten

informiert werden, meist durch die Eingabe der geschätzten Kohlenhydratmenge, um postprandiale Hyperglykämien zu vermeiden – insbesondere nach großen oder schnell resorbierten Mahlzeiten.

Open-Source-Systeme treiben vollautomatisierte AID voran

Real-World-Daten zeigen allerdings, dass vergessene oder zu kleine Mahlzeitenboli einer der stärksten Prädiktoren für Dysglykämien sind. Dieses Problem betrifft besonders Jugendliche, Menschen mit hoher Alltagsbelastung durch die Therapie sowie Personen, denen die Kohlenhydratschätzung schwerfällt. Damit entsteht eine wachsende Diskrepanz zwischen technologischen Möglichkeiten und gelebter Praxis. Die Reduktion oder vollständige Eliminierung von Mahlzeitenankündigungen gilt daher als einer der wichtigsten nächsten Entwicklungsschritte für AID-Systeme.

Hier setzen Open-Source-AID-Systeme an, die teilweise bereits heute bolusfreie Strategien ermöglichen. Zu den Plattformen, die entsprechende Funktionen unterstützen, gehören:

- OpenAPS
- AndroidAPS

- iAPS
- Diese Systeme verfügen über Funktionen, die in kommerziellen AID-Systemen bislang meist nicht verfügbar sind, darunter:
 - Erkennung nicht angekündigter Mahlzeiten (Unannounced Meals, UAM)
 - Super-Microboli (SMB) zur frühzeitigen Insulinabgabe
 - dynamische Anpassung der Insulinsensitivität
 - flexible, nutzerdefinierte Automatisierungsschwellen

Solche Funktionen ermöglichen eine besonders schnelle Reaktion des Systems auf frühe Glukoseanstiege. Ein entscheidender Vorteil der Open-Source-Systeme besteht zudem darin, dass Nutzer selbst festlegen können, wie stark sie mit dem System interagieren möchten – von vollständiger Kohlenhydrateingabe bis hin zu einem nahezu bolusfreien Betrieb.

Durch die weltweite Nutzung dieser Systeme ist inzwischen eine Menge an Beobachtungsdaten entstanden, die zeigen, dass eine Anpassung der Insulindosierung auch ohne Mahlzeiteingaben möglich sein kann. Erste klinische Studien liefern ebenfalls Hinweise auf die Machbarkeit solcher Strategien.

In der Pancreas4ALL-Pilotstudie mit Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes (n=16) wurden drei Strategien miteinander verglichen: quantitative Kohlenhydratangaben, qualitative Mahlzeitenankündigungen und vollständig fehlende Mahlzeitenangaben. In allen drei Varianten erreichten die Teilnehmer eine mittlere Time-in-Range



„Bolusfreie Insulindosierung kann bereits funktionieren.“

auf die Sicherheit ergaben sich keine relevanten Unterschiede.

Trotz dieser Ergebnisse betonen die Autoren, dass vollständig automatisierte AID-Systeme noch nicht bereit für eine breite klinische Anwendung sind. Die Wirksamkeit solcher Systeme hängt derzeit stark von stabilen CGM-Daten, einer gut vorhersehbaren Insulinaufnahme und regelmäßigen Tagesabläufen ab. Besonders große oder kohlenhydratreiche Mahlzeiten sind eine Herausforderung – vor allem aufgrund der physiologischen Grenzen subkutaner Insulintherapien.

Fazit: Vollständig automatisierte Insulindosierung ist in ersten Ansätzen möglich. Open-Source-AID-Systeme liefern Impulse und Lösungsansätze. In Zukunft könnten zusätzliche Therapien, neue Sensorik und Multi-Analyte-Systeme zu einer zuverlässigen Automatisierung beitragen. GFH, LH

von 80–83 %, bei gleichzeitig niedrigen Hypoglykämieraten.

Studien zeigen Chancen und Grenzen bolusfreier Strategien

Auch die CLOSE-IT-Studie, eine randomisierte kontrollierte Studie mit 75 Erwachsenen mit Typ-1-Diabetes, untersuchte eine vollständig automatisierte Insulinabgabe ohne Mahlzeitenankündigung über zwölf Wochen. Ergebnisse zeigten vergleichbare glykämische Resultate: Die mittlere Time-in-Range lag bei 66 % ohne Mahlzeitenankündigung gegenüber 69 % mit Mahlzeitenankündigung. Auch in Bezug

AID-Systeme werden immer autonomer

Die Vision eines vollständig automatisierten Insulindosierungssystems – eines Fully Closed Loop (FCL) – rückt zunehmend in den Fokus der Diabetesforschung. Auch der letzte EASD-Kongress gab dem Thema eine prominente Bühne: Ein eigenes Symposium sowie mehrere wissenschaftliche Beiträge beschäftigten sich damit, wie nah wir dieser nächsten Entwicklungsstufe bereits gekommen sind. Das FCL-Symposium stand unter der Leitung von Roman Hovorka (Cambridge), einem der zentralen Pioniere der Closed-Loop-Forschung. Den Auftakt machte Moshe Phillip (Israel) mit einem Überblick über die Rolle automatisierter Insulindosierungssysteme (AID) in der klinischen Praxis. Anschließend beleuchtete Katrien Benhalima (Belgien) die Chancen und Herausforderungen der derzeit verfügbaren Hybrid-AID-Systeme.

Der dritte Vortrag von Charlotte Boughton (Großbritannien) widmete sich schließlich direkt der Frage, wie vollständig automatisierte Systeme in Zukunft bei Menschen mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes eingesetzt werden könnten. Auch in den Sessions mit freien wissenschaftlichen Vorträgen wurde das Thema aufgegriffen. N. Kadiyala aus der Arbeitsgruppe von Roman Hovorka stellte Ergebnisse der CLEAR-Phase-2-Studie vor (OP 09-51), in der ein Fully-Closed-Loop-System untersucht wurde. In dieser randomisierten Studie verbesserte die achtwöchi-

ge Nutzung eines FCL-Systems mit dem CamAPS-HX-Algorithmus – ohne Kohlenhydrateingabe und ohne Mahlzeitenboli – die glykämische Kontrolle im Vergleich zu einer konventionellen Pumpentherapie mit CGM bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Typ-1-Diabetes und erhöhtem HbA_{1c} ($\geq 7,5$ %).

Postprandiale Spitzen bleiben eine Herausforderung

Eine qualitative Teilstudie untersuchte zusätzlich die Auswirkungen auf den Alltag der Teilnehmer. Zwölf Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 13 bis 20 Jahren nahmen an virtuellen, halbstrukturierten Interviews teil und beantworteten standardisierte Fragebögen zur Diabetesbelastung (PAID-T), zur Angst vor Hypoglykämien (HFS) sowie zur Zufrie-

denheit mit Closed-Loop-Systemen (INSPIRE). Die Teilnehmer berichteten übereinstimmend, dass der Aufwand für das Diabetesmanagement deutlich geringer geworden sei. Da weder Kohlenhydrate abgeschätzt noch Mahlzeitenboli abgegeben werden mussten, fühlten sich viele weniger belastet.

Dies führte zu einer spürbaren Verbesserung der Lebensqualität, mit einem stärkeren Gefühl von Freiheit und Normalität. Einige Teilnehmer berichteten zudem von positiven Effekten auf körperliche Aktivität, Schlaf, soziale Aktivitäten, Stimmung und Arbeitsalltag.

Besonders positiv wurde auch die „Boost“-Funktion bewertet, die eine vorübergehend intensivere Insulinabgabe ermöglicht, um die Glukosekontrolle zu stabilisieren. Kritisiert wurden vor allem die relativ langsame Reaktion des Algorithmus auf postprandiale Gluko-

sespitzen sowie Probleme mit den Infusionssets. Rund die Hälfte der Teilnehmer verwendete im Alltag eine Omnipod-Patchpumpe.

Die Fragebogendaten zeigten keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen der FCL-Phase und der üblichen Therapie in Bezug auf Hypoglykämieangst (FCL: 56 vs. Standardtherapie: 60; $p = 0,22$) oder Diabetesbelastung (FCL: 63 vs. 72; $p = 0,12$). Die Ergebnisse des INSPIRE-Fragebogens zeigten jedoch hohe Zufriedenheit.

Fazit: Bei Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes konnte ein Fully-Closed-Loop-System den Therapieaufwand deutlich reduzieren und zu einer verbesserten Lebensqualität beitragen. Die Daten zeigten, dass vollständig automatisierte Systeme ein Ansatz sein könnten, um gerade in dieser Altersgruppe die Therapieergebnisse zu verbessern. GFH, LH

„Fully Closed Loop reduziert den Therapieaufwand.“

Voneinander und aus Fehlern lernen

Beim DFS wird multiprofessionell und interdisziplinär zusammengearbeitet

BAD MERGENTHEIM. Die Teilnehmenden der Jahrestagung AG Diabetischer Fuß lernten voneinander – und aus „Pleiten, Pech und Pannen“. Zudem stellten werdende Orthopädienschuhmacher*innen DDG im Rahmen ihrer Fortbildung Fälle vor.

Was waren die wichtigsten Impulse der Jahrestagung? Und was muss in der Therapie und Versorgung des Diabetischen Fußsyndroms (DFS) verbessert werden? Tagungspräsident Dr. KARL ZINK, Oberarzt an der Diabetes Klinik Bad Mergentheim, und Dr. MICHAEL ECKHARD, Sprecher der AG Diabetischer Fuß der DDG, Chefarzt der GZW Diabetes-Klinik Bad Nauheim und Leiter des Universitären Diabeteszentrums Mittelhessen in Gießen, ziehen Bilanz.

Was ist der häufigste Irrtum in Ihrem Gebiet „Diabetes und Fuß“?

Dr. Karl Zink: Der häufigste Irrtum ist immer noch, dass Patienten und Behandler denken: Bei Diabetes heilen Wunden grundsätzlich schlecht. Mittlerweile ist gut untersucht, dass Wundheilungen nur dann durch die BZ-Stoffwechsellage beeinträchtigt sind, wenn diese sehr schlecht reguliert ist. Insofern ist es gut, dass sich durchgesetzt hat, dass elektive Operationen bei Menschen mit Diabetes möglichst erst erfolgen, wenn die Blutzuckerwerte besser reguliert sind (HbA_{1c} zumindest unter 8,5%). Für das Diabetische Fußsyndrom ist aber das Problem oft, dass die wesentlichen Faktoren unberücksichtigt bleiben: Das ist die Druckentlastung und danach zu schauen, dass die Durchblutung ausreichend gut ist.

Dr. Michael Eckhard: Ein Irrtum ist auch zu denken, das Diabetische Fußsyndrom sei nur eine Wunde am Fuß eines Menschen mit Diabetes. Das ist es nicht. Es ist ein eigenständiges Krankheitsbild mit ganz eigenen Mustern und Problemfeldern, die es unbedingt zu adressieren gilt. Deshalb bedarf es auch nicht nur einer Wundbehandlung.

Mit Blick auf die Jahrestagung: Was kommt Ihnen in den Sinn?

Dr. Karl Zink: Dieses Jahr hatten wir das erste Mal 60 Orthopädienschuhmacher*innen dabei, welche die neue Weiterbildung

Orthopädienschuhmacher*in DDG durchlaufen haben und einen Fall aus ihrer täglichen Arbeit präsentiert haben. Demnächst bekommen alle ihre Ernennungsurkunde. Jetzt können wir unseren Patienten Orthopädienschuhmacher*innen nennen, von denen wir wissen, dass sie eine gute und fundierte Ausbildung genossen haben.

Die Tagung war sehr gut besucht. Wir hatten über 300 Teilnehmende vor Ort und 70 bis 80 im Online-Stream. Und in den ebenfalls gut besuchten praxisorientierten Workshops konnten Neueinsteiger z. B. lernen, wie man einen Gips anlegt, oder wurden an das Filzen zur Druckentlastung herangeführt. Diejenigen, die schon ein bisschen länger dabei sind, konnten an einem Dummy üben, zu tenotomieren, also die Beugesehne zu durchtrennen.

Dr. Michael Eckhard: Es war eine tolle Atmosphäre und die Tagung hatte einen sehr familiären Charakter. Wir sind eine multiprofessionell und interdisziplinär zusammengesetzte AG. Der Austausch vor Ort, sich weiterzuentwickeln und voneinander zu lernen, ist das Allerwichtigste. Natürlich gab es sehr gute Vorträge, und es geht auch immer um die strukturelle Weiterentwicklung der Versorgung. Wir dürfen da nicht stehen bleiben! Wir zertifizieren seit über 22 Jahren Fußbehandlungszentren. Aber leider ist a) die Versorgung noch nicht flächendeckend und sind wir b) viel zu wenige. Das hat im Wesentlichen damit zu tun, dass es keine deutschlandweiten Vergütungsstrukturen gibt. Im stationären Bereich sowieso nicht, aber auch in vielen KVen ist die Versorgung bisher noch rein ideell, weil Angehörige verschiedenster Professionen sagen: Uns ist das wichtig,



Tagungspräsident
Dr. Karl Zink, Bad Mergentheim,
während der Eröffnung.



Auch Dr. Michael Eckhard,
Sprecher der AG Diabetischer Fuß,
stimmte auf die Tagung ein.



PD Dr. Dominik Bergis, Chefarzt
Diabetes Zentrum Bad Mergentheim,
begrüßte die Teilnehmenden.



Großes Interesse an den Vorträgen, in denen es z. B. um Bypass-Operationen und Gefäßinterventionen ging. Fotos: AG Diabetischer Fuß

wir machen das. Aber die Nachhaltigkeit wird erst kommen, wenn wir die unbedingt nötigen Vergütungsstrukturen haben.

Für den stationären Bereich haben wir gerade beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte einen Antrag für eine Komplexpauschale Diabetischer Fuß eingereicht. Damit soll sich die Vorhaltung von Behandlungsstrukturen für eine schnelle und zeitnahe optimierte Versorgung auch tatsächlich in den Krankenhäusern wiederfinden. Das ist derzeit nicht so. Sie können mit ihrem diabetischen Fuß in ein x-beliebiges Krankenhaus in Deutschland gehen. Irgendwas wird dort auch ir-

»Gut waren die Sessions zu Pleiten, Pech und Pannen«

wird auch mit KI letztlich unsere Verantwortung bleiben. Nach den vielen positiven Rückmeldungen ist es eindeutig, dass wir die Session „Pleiten, Pech und Pannen“ regelmäßig anbieten und erweitern werden, sodass dann auch z. B. ein Orthopädienschuhmacher, eine Podologin, eine Wundassistentin einen Fall vorstellen. Wir wollen Fehler nicht verschweigen, sondern aus ihnen lernen. Interview: Nicole Finkenauer, Günter Nuber

Jahrestagung der AG Diabetischer Fuß

Was waren für Sie die wichtigsten Impulse der Tagung?

Dr. Karl Zink: Wir haben immer das Problem, dass wir Patienten haben, die keine Schmerzen empfinden, obwohl sie eine schwere Durchblutungsstörung haben. Da ist immer die Frage: Wann muss ich intervenieren und wann eher zuwarten? Dazu gab es eine engagierte Pro-Contra-Diskussion. Fazit: Es ist anscheinend doch besser, zuzuwarten und wirklich erst zu intervenieren, wenn tatsächlich ein Problem da ist, wenn also wieder eine Fußwunde aufgetreten ist. Trotzdem muss man natürlich immer den Einzelfall betrachten ... Gut waren auch die vier Sessions zu „Pleiten, Pech und Pannen“, in denen wir Fälle vorgestellt haben, bei denen wir etwas übersehen haben, wo wir im Rückblick Fehler gemacht haben.

Dr. Michael Eckhard: Hinterher sind wir häufig schlauer, aber die Entscheidungen müssen wir prospektiv treffen. Dabei wird uns in Zukunft durchaus KI helfen können, aber die richtige Entscheidung für den individuellen Patienten vor Ort

»Das Allerwichtigste: der Austausch, sich weiterzuentwickeln, voneinander zu lernen«



In den Workshops konnte das Filzen zur Druckentlastung geübt und das Tenotomieren trainiert werden (r.). Fotos: AG Diabetischer Fuß



Für den Diabetologie-Durchblick
der Podcast für Expert*innen



Neugierig auf die komplette Podcast-Folge?

Dann hören Sie sich die Folge mit Dr. Karl Zink und Dr. Michael Eckhard in voller Länge an und erfahren Sie noch mehr über Wundversorgung, Entscheidungsfindung, Fehlerkultur und Versorgungsstrukturen. Zugriff auf diese und weitere Folgen haben Sie auf den Portalen diabetologie-online.de und medical-tribune.de und auf allen gängigen Podcast-Plattformen.



Schmerzhafte DPN: eine stark unterschätzte Belastung im Diabetes-Management

Topische Therapie mit dem Capsaicin-8%-Pflaster kann überaktive Nervenzellen beruhigen

Die topische Therapie mit dem Capsaicin-8%-Pflaster kann wesentlich dazu beitragen, die Schmerzen bei diabetischer Polyneuropathie (DPN) zu lindern und die stark eingeschränkte Lebensqualität der davon betroffenen Menschen mit Diabetes zu verbessern.¹

In Deutschland leidet etwa ein Viertel der rund elf Millionen Menschen mit Diabetes mellitus unter Empfindungsstörungen an Füßen oder Händen.^{2,4} Ursache ist oftmals eine schmerzhafte DPN (pDPN) die bereits zum Zeitpunkt der Diabetesdiagnose oder sogar schon im Prädiabetes-Stadium auftreten kann.³ Als eine der am stärksten beeinträchtigenden Folgeerkrankungen des Diabetes geht die pDPN für die Betroffenen mit erheblichen Einschränkungen ihrer Lebensqualität einher.

Patient:innen erfahren oft keine anhaltende Linderung

Bei Patient:innen einer retrospektiven deutschen Kohortenstudie bestanden die Schmerzen bei pDPN im Durchschnitt bereits seit rund fünf Jahren, zumeist ohne spürbare Linderung im Verlauf.¹ Die durchschnittliche Schmerzintensität betrug 57,5 mm auf einer von 0 (keine Schmerzen) bis 100 (maximal vorstellbarer Schmerz) reichenden visuellen Analogskala (VAS). Bei einer somit moderaten bis starken Belastung betraf der Schmerz mit 60,3% am häufigsten die Hände, gefolgt von Füßen mit 30,5% und Beinen mit 9,2%. Bei einem vielfältigen Beschwerdebild dominierten Kribbeln (66,5%), brennende Schmerzen (61%) und Taubheitsgefühl (55%). Werte der körperlichen und psychischen Komponente der Lebensqualität lagen deutlich unterhalb des Normbereichs.¹ Die therapeutische Situation ist der Kohortenstudie zufolge unbefriedigend: Im Mittel nahmen die Betroffenen vier Medikamente gegen neuropathische Schmerzen ein, nachdem sie bereits

7,7 systemische Therapien durchlaufen hatten.¹ In einer Online-Befragung gaben 82% der Patient:innen mit pDPN an, täglich unter mittelstarken bis starken Schmerzen zu leiden.⁵ Trotz hoher Krankheitslast und Prävalenz bleibt die Erkrankung häufig unerkannt.⁵ Somit besteht nach wie vor ein ungedeckter Handlungsbedarf in Diagnostik und Versorgung.

Topische Verfahren: Wirksamkeit und neues Potenzial

Im Rahmen der medikamentösen Therapie der pDPN empfiehlt die Deutsche Diabetes Gesellschaft als Erstlinienoption auch die topische Anwendung des Capsaicin-8%-Pflasters (Qutenza®) – neben systemischen Wirkstoffen wie Duloxetin, Gabapentin oder Pregabalin.⁶ Mit dem lokal wirksamen, hoch dosierten Capsaicin-Pflaster lassen sich überaktive nozizeptive Nervenfasern modulieren und Belastungen durch systemische Medikamente vermeiden,⁷ was gerade bei polymedizierten Diabetespatient:innen von Vorteil ist. Denn die lokale Applikation mit Qutenza® kann mit systemischer Medikation kombiniert werden.^{8,9} Die Wirksamkeit des Capsaicinpflasters ist durch zahlreiche klinische Studien belegt und mit jener systemischer Therapien vergleichbar.¹⁰ In der STEP-Studie bewirkte bereits die einmalige Behandlung eine signifikante Schmerzreduktion und Verbesserungen der Schlafqualität gegenüber Placebo, ohne dass sensorische Verschlechterungen beobachtet wurden.¹¹ Durch die PACE-Studie sind bei Mehrfachanwendung über 52 Wochen anhaltende Verbesserungen der Lebensqualität und der neurologischen Symptomscores bei guter Verträglichkeit dokumentiert.¹² Deutsche Real-World-Daten aus der CASPAR-Studie zeigen zudem, dass die wiederholte Applikation des hoch dosierten Capsaicinpflasters dessen Wirksamkeit verstärken kann.¹ Die ASCEND-Studie bestätigt eine anhaltende Effektivität über verschiedene neuropathische Schmerzätiologien hinweg.¹³ Mit einer Normalisierung neuronaler Markerproteine deuten aktuelle Forschungsergebnisse darüber hinaus auf regenerative Prozesse und damit auf das Potenzial der Krankheitsmodifikation durch das hochdosierte Capsaicin-pflaster (8%) hin.¹⁴

Fazit

Die pDPN ist eine der am stärksten beeinträchtigenden Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus. Eine in der Erstlinie empfohlene Therapieoption ist das topische Capsaicin-8%-Pflaster, das überaktive Nervenzellen beruhigt und sich besonders für Patient:innen mit Polymedikation eignet. Bei einer oftmals schon nach der ersten Applikation spürbaren Schmerzlinderung kann die Wirksamkeit bei Mehrfachanwendung noch zunehmen.

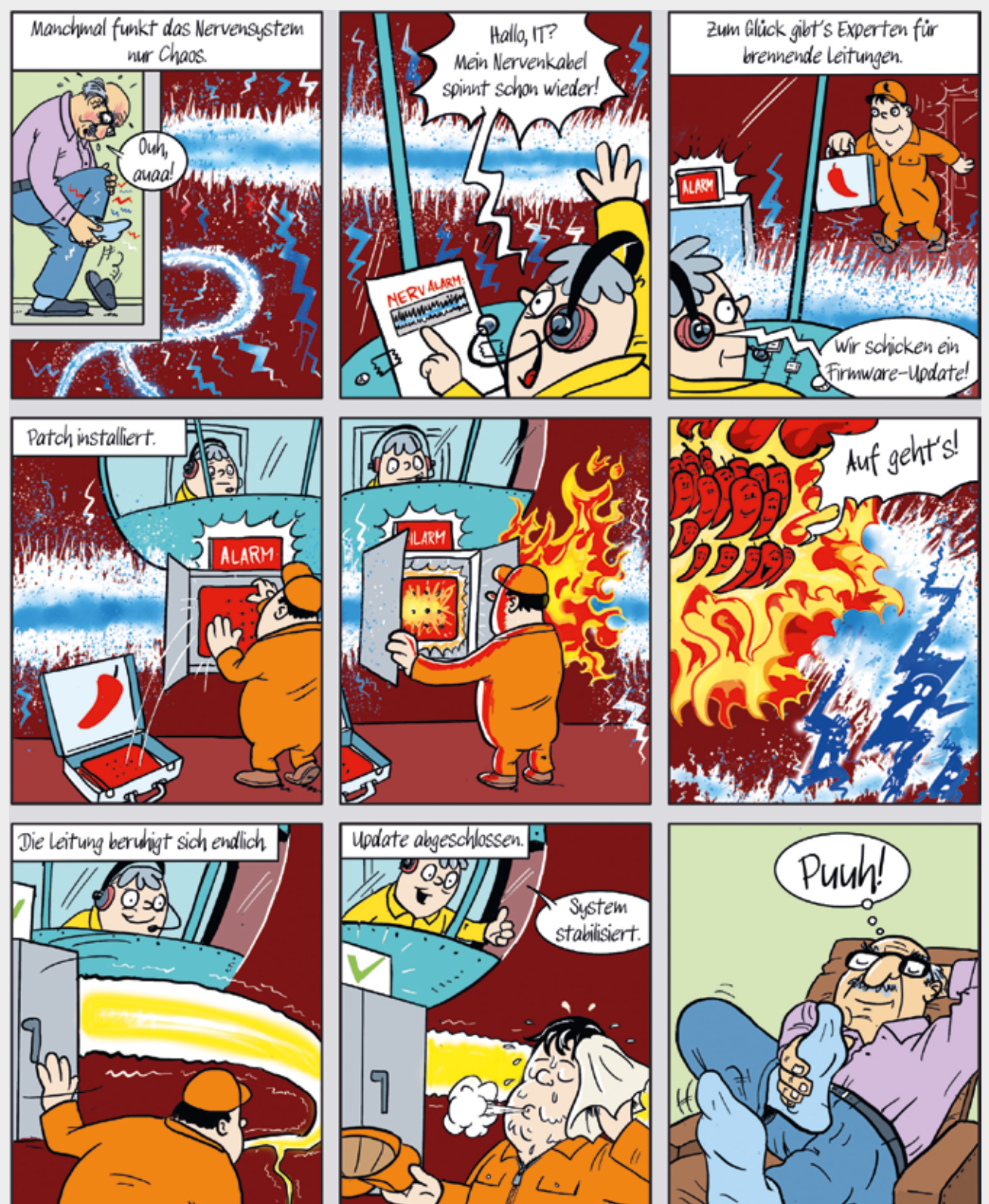
1. Überall MA et al. J Diabetes Complications 2025; 39: 109085 I 2. https://www.diabetesde.org/ueber_diabetes/was_ist_diabetes/_diabetes_in_zahlen; letzter Zugriff: 14.02.2026 I 3. Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2025 I 4. Ziegler D et al. Pain Med 2009; 10: 393-400 I 5. Tesfaye et al. J Diabetes Complications 2023; 37: 108417 I 6. Ziegler D et al. Diabetologie 2022; 17(Suppl 2): 339-353 I 7. Fachinformation QUTENZA® 179 mg kutanes Pflaster, 10/2023 I 8. Tesfaye et al. Lancet 2022; 400: 680-690 I 9. Ziegler et al. Diabetes Res Clin Pract 2022; 186: 109063 I 10. Van Nooten F et al. ClinTher 2017; 39: 787-803 I 11. Simpson et al. J Pain 2017; 18: 42-53 I 12. Vinik AI et al. BMC Neurology 2016; 16: 251 I 13. Mankowski C et al. BMC Neurol 2017; 17: 80 I 14. Anand P et al. Frontiers Neur 2022; 13: 998904

Aktuelle/r Fachinformation/ Pflichttext Qutenza®:



Verlauf einer therapieresistenten pDPN unter topischem Capsaicin 8%

Dr. med. Maria Keul, MVZ im Altstadt-Carree Fulda GmbH
Der 73-jährige Patient litt seit Jahren an einer pDPN mit brennenden und einschießenden Schmerzen der unteren Extremitäten, mit deutlicher Einschränkung von Schlaf, Alltag und Lebensqualität. Trotz umfangreicher Vorbehandlungen – u.a. mit Analgetika und mehreren Antikonvulsiva – blieb eine anhaltende Schmerzkontrolle aus. Ab April 2024 erfolgte schließlich eine Therapie mit dem 8%igen Capsaicin-Pflaster mit vier Anwendungen im Abstand von etwa drei Monaten. Bereits nach der ersten Applikation trat eine spürbare, wenn auch nur vorübergehende Schmerzreduktion ein, die sich mit jeder weiteren Behandlung stabilisierte. Nach der dritten und vierten Anwendung war der Patient vollkommen schmerzfrei. Unter einer Reduktion der begleitenden Analgetikatherapie verbesserte sich die Lebensqualität deutlich, und auch sportliche Aktivität war wieder möglich. Zu Beginn auftretende Missempfindungen nach der Applikation gingen im Behandlungsverlauf vollständig zurück.



Das digitale Diagnose-Tool SymptomCheck^{PLUS}

Mit dem SymptomCheck^{PLUS} können Ärzt:innen und Patient:innen neuropathische Schmerzen strukturiert erfassen. Validierte Scores ermöglichen es, Symptome objektiv zu dokumentieren, die diagnostische Einordnung zu präzisieren und therapeutische Entscheidungen gezielter zu treffen. Gleichzeitig unterstützt das Tool eine verlässliche Verlaufskontrolle im Behandlungsprozess.

Jetzt SymptomCheck^{PLUS} nutzen!
Zum digitalen Tool gelangen Sie hier:



Prävention auf höchstem Niveau

Forschende des DZD arbeiten weiterhin daran, Typ-2-Diabetes und Folgeerkrankungen zu verhindern/ Ausblick auf den CEDA-Kongress

NEUHERBERG. Welche Personen entwickeln Typ-2-Diabetes und Komplikationen? Das lässt sich vielleicht schon bald anhand eines Bluttests auf bestimmte epigenetische Marker feststellen. Jetzt schon möglich ist es, mit Blutflussrestriktion zu trainieren. Der Unterschied zu klassischem Krafttraining: Es wird viszerales Fettgewebe abgebaut. Lust auf noch mehr neue Erkenntnisse? Beim Jahreskongress der Central European Diabetes Association spielen Prävention und Präzisionsdiabetologie eine große Rolle. Kommen Sie Ende Juni nach Düsseldorf – alle wichtigen Informationen zum Kongress finden Sie hier.



DZD
Deutsches Zentrum
für Diabetesforschung

Spezielles Training reduziert viszerales Fett

Beim Blutflussrestriktionstraining (BFRT) werden aufblasbare Manschetten an den Oberschenkeln angelegt. Der venöse Blutfluss wird so vollständig unterbunden, der arterielle Zufluss um bis zu 80% reduziert. Trainiert wird mit Gewichten von nur rund 30% der individuellen Maximalkraft. Trotzdem entsteht ein intensiver Trainingsreiz, weil Anpassungsprozesse aktiviert werden, die sonst erst bei deutlich höheren Belastungen auftreten.

In einer vom DZD unterstützten Studie des Deutschen Diabetes-Zentrums (DDZ) absolvierten 20 Menschen mit Typ-2-Diabetes zwölf Wochen lang dreimal wöchentlich ein Training entweder mit BFRT oder als klassisches Krafttraining. Beide Gruppen steigerten ihre Muskelkraft in ähnlichem Ausmaß. Zudem verbesserten sich Ruhepuls und Blutdruck, auch das Fettgewebe nahm ab; die Teilnehmenden verloren Gewicht. Der entscheidende Unterschied: Klassi-

sches Krafttraining verringerte vor allem das Unterhautfett, BFRT reduzierte hingegen das viszerale Fettgewebe.

„Viszerale Fett gibt nicht nur Fettsäuren, sondern auch entzündungsfördernde Botenstoffe ins Blut ab“, erklärt Professor Dr. MICHAEL RODEN, Wiss. Direktor und Sprecher des Vorstands des DDZ sowie Direktor der Abteilung für Endokrinologie und Diabetologie, Universitätsklinikum Düsseldorf. „Wird dieses

Fettgewebe gezielt reduziert, sind besonders günstige Auswirkungen auf die Prävention und Therapie zu erwarten. Dass dies bei BFRT, einer Trainingsform mit niedriger Belastung, auftritt, ist ein besonderer Vorteil für Menschen mit

Typ-2-Diabetes.“ Durch BFRT wurden außerdem die Mitochondrien im Muskel zahlreicher und leistungsfähiger und es wurden Prozesse gefördert, die die Angiogenese im Muskel unterstützen. **DZD**

Trinks N et al. Cell Metab 2026 Jan 28; S1550-4131(25)00547-9; doi: 10.1016/j.cmet.2025.12.016



Marker mit Perspektive

Frühere Studien des DZD und seiner Partner hatten gezeigt, dass sich Prädiabetes in mindestens sechs Cluster einteilen lässt: drei mit moderatem und drei mit hohem Risiko für Typ-2-Diabetes bzw. Komplikationen.

Diese detaillierte Klassifikation ist sehr wertvoll, aber für die tägliche Routine einfach zu aufwendig“, erklärt Dr. MERIEM OUNI,

korrespondierende Autorin der Studie. Sie forscht am Deutschen Institut für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke (DIfE), Partner des DZD.

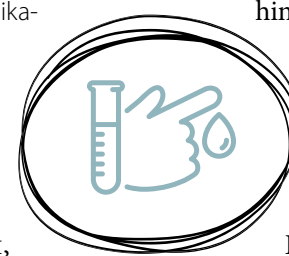
In der nun veröffentlichten Studie kombinierten die Forschenden deshalb Blutanalysen zur DNA-Methylierung mit modernen Methoden des maschinellen Lernens. Dafür haben sie Proben von Personen aus mehreren Studienkohorten mit bekanntem Prädiabetes-Risikoprofil untersucht. Das Ergebnis: Mit 1.557 epigenetischen Markern im Blut sind sie in der Lage, Personen den Hochrisiko-Clustern mit einer Genauigkeit von rund 90% korrekt zuzuordnen – auch in einer unabhängigen Validierungskohorte. Besonders be-

merkenswert ist, dass viele dieser Marker clusterspezifisch sind und unterschiedliche biologische Signalwege widerspiegeln. „Unsere Ergebnisse deuten darauf hin, dass epigenetische Marker im

Blut ein leistungsfähiges Frühwarnsystem sind“, erläutert Professorin Dr. ANNETTE SCHÜRSMANN, Vorständin im DZD und Letztautorin der Studie.

Das bedeutet: Anstelle zeit- und kostenintensiver klinischer Untersuchungen wäre ein standardisierter Bluttest denkbar, der eine differenzierte Risikobewertung ermöglicht und präventive Maßnahmen deutlich gezielter steuert als bisher. „Unser nächster Schritt ist deshalb, unsere Erkenntnisse in einen praxistauglichen Test zu überführen“, erklärt Dr. Ouni. Zuerst soll die Zahl der Marker gezielt eingegrenzt werden. Darauf aufbauend ist die Entwicklung eines maßgeschneiderten Analyse-Chips vorgesehen, der eine einfache und zugleich kosteneffiziente Identifikation von Prädiabetes-Risikoclustern in der Routinediagnostik erlaubt. **DZD**

Singh A et al. Biomark Res. 2026 Jan 17; 14(1): 19; doi: 10.1186/s40364-025-00887-8



CEDA-Kongress 2026 in Düsseldorf

Nachwuchswissenschaftler*innen im Fokus

Mit zwei „Young Investigator Sessions“ richtet sich der Kongress gezielt an den wissenschaftlichen Nachwuchs: Forschende der nächsten Generation erhalten hier die Möglichkeit, ihre Arbeiten vor einem großen Fachpublikum zu präsentieren und sich mit erfahrenen Expert*innen auszutauschen. Wer Abstracts einreicht, wird sein Forschungsthema als Poster präsentieren und mit anderen Forschenden darüber diskutieren können. Abseits der Vortragsäle bietet das Networking-Dinner im Düsseldorfer Stadtzentrum Gelegenheit zu informellem Austausch und interdisziplinärem Dialog.

CEDA bringt Europas Diabetes-Expertise nach Düsseldorf

Das Deutsche Diabetes-Zentrum (DDZ) richtet den Jahreskongress 2026 der Central European Diabetes Association (CEDA) aus. Kongresspräsident ist Professor Dr. MICHAEL RODEN, wissenschaftlicher Geschäftsführer und Sprecher des Vorstands des DDZ sowie Direktor der Klinik für Endokrinologie und Diabetologie am Universitätsklinikum Düsseldorf.

- **Wann?** 25. bis 27. Juni 2026
- **Wo?** Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Universitätsklinikum Düsseldorf, Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf, MNR-Building 13.55, Hörsäle 13A und 13B
- **Kontakt:** info@ceda2026.com



Prof. Dr. Michael Roden zu Gast bei O-Ton Diabetologie; Themen: Ausblick auf den CEDA-Kongress, Diabetes und Fettleber;

www.diabetologie-online.de/o-ton-diabetologie#81



Programm, Anmeldung, Abstracts: ceda2026.com



Vernetzung und Austausch: Symposien mit DZD und EASD

Ein besonderes Highlight des Kongresses ist ein gemeinsames Symposium mit der EASD, die ihren Sitz ebenfalls in Düsseldorf hat. So soll die CEDA noch stärker als bisher mit der europäischen Diabetesforschung vernetzt und der wissenschaftliche Austausch auf internationaler Ebene weiter ausgebaut werden. Die Teilnehmenden können sich auf Diskussionen über Diabetes und Adipositas, Gene und die Pathophysiologie des Typ-2-Diabetes sowie Chronobiologie freuen.

Im gemeinsamen Symposium des DZD und des DDZ stehen die Fortschritte in der Diabetestechnologie im Fokus. Führende Expert*innen des DZD werden aufzeigen, wie Innovationen in der Diabetestechnologie den Weg zu personalisierten Therapien für Menschen mit Diabetes ebnen.

Mehr als 80 Referierende und Themen von Prävention bis Hightech

Die Vortragsthemen sind klinisch hoch relevant (u. a. Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Präzisionsdiabetologie und die Heterogenität des Diabetes, Begleiterkrankungen, Prävention). Zudem werden neue therapeutische Ansätze, Innovationen in der Diabetestechnologie und aktuelle Entwicklungen bei Adipositas umfassend beleuchtet. Somit richtet sich der Kongress sowohl an Forschende als auch an praktizierende Ärzt*innen. Ergänzt wird das Programm durch hochkarätige Satellitensymposien.

Medizin & Markt



Foto: iStock/AzmanJaka

Keine Lücken in der Evidenz, aber ...

... was aktuelle Daten zu Semaglutid zeigen, sollte umgesetzt werden

➔ Fachpressekonferenz – Novo Nordisk MAINZ. Die Einführung von Ozempic® 2 mg und die Zulassung von Wegovy® 7,2 mg unterstreichen die wachsende Bedeutung von Semaglutid in der Therapie von Typ-2-Diabetes und Adipositas.

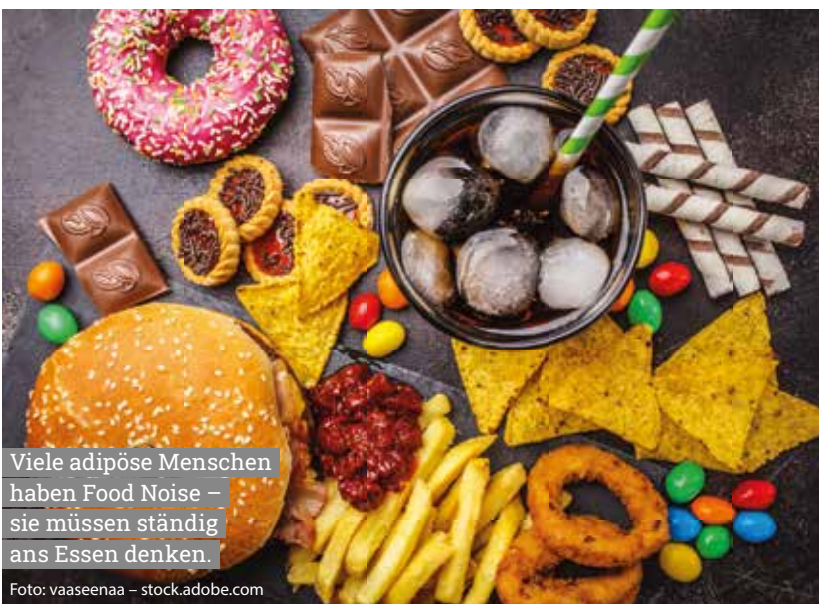
Ozempic® 2 mg ermöglicht eine deutlich stärkere HbA_{1c}- und Gewichtsreduktion als die 1-mg-Dosis und bietet darüber hinaus kardiovaskuläre und renale Vorteile. Semaglutid ist das einzige Inkretinmimetikum mit einem vom G-BA bestätigten kardiovaskulären Zusatznutzen und wird in

Leitlinien für Menschen mit Typ-2-Diabetes und CKD empfohlen. Zudem verbessert es als bislang einziges Inkretinmimetikum die funktionellen Parameter bei komorbider PAVK. In der NVL wird der frühe Einsatz von GLP1-RA bei kardioresalen Risiken empfohlen. „Ozempic® ist die Nr. 1 unter den GLP1-RA in der Behandlung von Typ-2-Diabetes – für eine wirksame Blutzuckersenkung und Gewichtsreduktion. Mit Ozempic® 2 mg stehen nun noch stärkere und nachhaltigere Effekte zur Verfügung“, fasste Dr. ANDREAS LIEBL, Chefarzt am Diabeteszentrum der m&i-Fachklinik

Bad Heilbrunn, zusammen. Die STEP-UP-Studie zeigt mit Wegovy® 7,2 mg eine durchschnittliche Gewichtsreduktion von rund 21 %, wobei 84 % auf Fettmasse entfallen; die Muskelkraft bleibt erhalten. Ein Drittel der Patient*innen erreichte ≥ 25 % Gewichtsverlust. Zusätzlich profitieren Betroffene von einer verbesserten Kontrolle des Essverhaltens, einer deutlichen Reduktion von emotionalem und unkontrolliertem Essen sowie von weniger Heißhungerattacken. Die INFORM-Daten bestätigen zudem eine ausgeprägte Abnahme des „Food Noise“. Damit unterstützt Semaglutid sowohl metabolische Verbesserungen als auch nachhaltige Verhaltensänderungen. Bei all diesen positiven Ergebnissen sei klar: „Wir haben kein Evidenz-, sondern ein Umsetzungsproblem“, so Professor Dr. MATTHIAS BLÜHER, Endokrinologe und Diabetologe am Universitätsklinikum Leipzig.

Ein Vertreter des Unternehmens Novo Nordisk gab einen Einblick, „wie Novo Nordisk die Therapie von morgen gestaltet“: Man bemühe sich um Kombinationstherapien, z. B. mit einem Amylinanalogon. Zudem sei eine „Wegovy-Pille“ geplant, und: Im zweiten Halbjahr 2026 solle es einen Single-Dose-Pen 7,2 mg geben. *nf*

Weniger Gewicht, besserer HbA_{1c}, niedrigeres CV-Risiko – mehr Lebensqualität und Gesundheit dank Semaglutid?; online



Viele adipöse Menschen haben Food Noise – sie müssen ständig ans Essen denken.

Foto: vaaseenaa – stock.adobe.com

Effektiv das DMÖ behandeln

Bei diabetischem Makulaödem (DMÖ): Aflibercept als Biosimilar

➔ Fachpressekonferenz – Celltrion BAD HOMBURG. Seit Dezember 2025 ist das erste Biosimilar zur Behandlung des diabetischen Makulaödems verfügbar: Eydenzelt (Studiename: CT-P42) hat in einer Langzeitstudie seine Wirksamkeit und Sicherheit im Vergleich zum zugelassenen Originalpräparat mit dem Wirkstoff Aflibercept als Referenz bestätigt.

Wie Professor Dr. FRANK G. HOLZ, Ophthalmologe aus Bonn, berichtete, nahmen 348 Menschen mit diabetischem Makulaödem an der Studie teil: randomisiert 173 im Verum-Arm, 175 im Referenz-Arm. Die Makulaödeme der Teilnehmenden hatten zu Beginn der Studie im Mittel einen

Durchmesser von fast 500 Mikrometern. Der primäre Endpunkt war die mittlere Veränderung des bestkorrigierten Visus (best corrected visual acuity, BCVA) in Woche acht. Die Phase-3-Studie dauerte 52 Wochen. Die Sehschärfe nahm in beiden Gruppen nahezu vergleichbar zu, das Ödem vergleichbar ab. „Es gab überhaupt kein Signal, dass CT-P42 in irgendeiner Weise auffällig war (...) mit einer Nebenwirkung, sowohl was das Auge anbelangt als auch systemische Effekte (...)“ Bei thromboembolischen Effekten, die bei einer Hemmung des Vascular Endothelial Growth Factor (VEGF) wichtig zu betrachten sind, „gab es auch erfreulicherweise ganz wenige

Ereignisse in der Altersgruppe“. Die Zahlen waren ebenfalls vergleichbar zwischen Original und Biosimilar. Die Drop-out-Rate lag bei 11 bis 12 %: „Das ist ein Umfang, der typisch ist, im Rahmen liegend.“ Zusammenfassend sagte der Ophthalmologe: „Die randomisierte prospektive Phase-3-Studie zeigte die therapeutische Gleichwertigkeit zwischen CT-P42 und Aflibercept.“

Bisher sind Biosimilars in der Ophthalmologie relativ neu. „Ich denke, es muss Vertrauen geschaffen werden in der Nutzung der Biosimilars, damit sie auch dann in der Fläche angewandt werden“, so der Experte. Er rechnet durch das neue Medikament mit steigenden Versorgungszahlen. „In der Augenheilkunde ist es erfreulich, dass sich das Armamentarium erweitert – hier zusätzlich mit dem Potenzial an Kosteneinsparungen.“ Nach Informationen des Unternehmens liegt der Preis für Eydenzelt 20 % unter dem des Originalpräparats. *Dr. Katrin Kraatz*

Neu: Eydenzelt™ – Das Aflibercept-Biosimilar von Celltrion Healthcare; online

NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

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

LDL: Leitlinien-Update empfiehlt frühe Senkung

Individuelle LDL-C-Zielwerte noch stärker am kardiovaskulären Risiko orientiert

➔ Fachpressekonferenz – Sanofi BERLIN. Die Senkung des LDL-Cholesterins (LDL-C) so früh wie möglich nach Befund eines hohen CV-Risikos oder nach einem akuten Ereignis (z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall) beginnen und intensiv genug sein, um die Zielwerte schneller zu erreichen, empfiehlt das Focused Update der ESC/EAS-Leitlinie zur Dyslipidämie vom Sommer 2025. Denn eine frühe und anhaltende LDL-C-Senkung ist mit einer besseren Prognose verbunden als eine frühzeitige, aber nicht dauerhafte oder spätere Zielwerterreichung.

„Das Grundkonzept ist nach wie vor: Je höher das Risiko, desto niedriger der LDL-C-Zielwert“, betont Dr. JULIA MARIA BRANDTS, RWTH Aachen. Sobald also eine Atherosklerose vorliegt, sollte man deshalb bereits von Sekundärprävention sprechen, „nicht erst, wenn ein kardiovaskuläres Ereignis stattgefunden hat“. Beim LDL-C-Ziel hat das Focused Update strengere Vorgaben bei den Kategorien festgelegt und die Gruppe mit extrem hohem Risiko ergänzt. Lässt sich der LDL-C-Zielwert trotz oraler Lipidsenker (Statin und Ezetimib) nicht erreichen, kann man einen PCSK9-Hemmer (PCSK9i) wie Alirocumab (Praluent®) einsetzen. Dieser Wert liegt für Patient*innen mit sehr hohem Risiko, etwa für die meisten Menschen mit Diabetes und/oder bekannter atherosklerotischer kardio-

vaskulärer Erkrankung (ASCVD), bei < 55 mg/dl (< 1,4 mmol/l). Gleichzeitig sollte der Ausgangswert um mindestens 50 % gesenkt werden. Im Mittel liege der LDL-C bei 130 bis 140 mg/dl, so Dr. Brandts. Selbst mit einem hochintensiven Statin lande man hier nicht bei < 55 mg/dl, erklärte sie. Dass der PCSK9-Hemmer den LDL-C-Wert konsequent senken kann, haben die ODYSSEY-Studien bereits gezeigt. Dass dies auch schon vor dem ersten CV-Ereignis möglich ist, belegen aktuelle Daten aus einer Subgruppenanalyse der ODYSSEY-CHOICE-I-Studie. Die Analyse von Patient*innen mit ASCVD, aber ohne ACS, wurde beim ESC-Kongress 2025 in Madrid vorgestellt. Auch bei der Monatsdosis 300 mg Alirocumab lag die LDL-C-Senkung, wie in der Gesamtkohorte, bei 60 bis 65 % und blieb über 48 Wochen konstant. Dass durch die LDL-C-senkende Wirkung des PCSK9-Hemmers das relative Risiko für schwerwiegende CV-Ereignisse (MACE) bei ACS-Patient*innen signifikant um 17 % reduziert werden konnte, zeigen die Fünf-Jahres-Daten einer Post-hoc-Analyse der ODYSSEY-OUTCOMES-Studie. Davon profitierten insbesondere Personen mit Komorbiditäten wie Diabetes, die ein höheres MACE-Risiko mitbringen, was auch eine Real-World-Studie aus den USA für Patient*innen ohne ACS gezeigt hat, betont Dr. Brandts. *Angela Monecke* Sanofi – Unsere Highlights 2025; online

Echtzeit-Glukosewerte bei Typ-2-Diabetes

➔ Pressemitteilung – Abbott

BARCELONA. Während des ATTD-Kongresses wurden Ergebnisse der randomisierten kontrollierten Studie FreeDM2 vorgestellt. Die Studie aus Großbritannien belegt nach Angaben von Abbott: Nach vier Monaten hatten Personen, die die FreeStyle Libre-Technologie nutzten, eine um 0,6 % stärkere HbA_{1c}-Reduktion und 2,5 Stunden pro Tag mehr im Zielbereich im Vergleich zu Blutzuckermessungen per Fingerstich. Verbesserungen wurden von den Teilnehmenden selbst erzielt, indem sie im Alltag Echtzeit-Glukosewerte nutzten.

Adipositas: proaktive, umfassende Beratung

➔ Pressemitteilung – Lilly

BAD HOMBURG. Obwohl Adipositas bereits seit dem Jahr 2000 von der WHO als chronische Erkrankung anerkannt ist, erleben Menschen mit Adipositas im hausärztlichen Behandlungsalltag noch immer verbreitet Stigmatisierung statt Behandlungsangebote. Dies schließt das Unternehmen Lilly aus zwei im Auftrag des Unternehmens durchgeführten Umfragen. Sie zeigten, dass Behandelnde die Erkrankung nicht konsequent ansprechen; Therapieempfehlungen beschränkten sich meist auf den Verweis auf Lebensstiländerungen. Von grundlegender Bedeutung sei eine empathische Kommunikation. Ein vorurteilsfreier Überblick über die verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten zeige Menschen mit Adipositas, dass ihre Erkrankung ernst genommen wird. Zu einem umfassenden Beratungsangebot gehörten auch moderne medikamentöse Therapieoptionen wie der GIP/GLP1-Rezeptoragonist Tirzepatid.

JETZT
INFORMIEREN!



DER DIABETES MEINER PATIENTEN? IM GRÜNEN BEREICH

durch effektives Diabetesmanagement mit Dexcom G7^{*1,2,3}

- Weniger Hypo- und Hyperglykämien durch vorausschauende Warnungen^{1,4,5}
- Dexcom Clarity ermöglicht eine effiziente und effektive Therapieanpassung dank einfacher Dateninterpretation^{6,7}
- Einziger Sensor mit direkter Verbindung zur Smartwatch – auch ohne Handy⁸



Dexcom G7

Kompatible Geräte sind separat erhältlich. Eine Liste kompatibler Geräte ist zu finden unter: www.dexcom.com/compatibility

* Diese Ergebnisse wurden mit einer früheren Dexcom CGM-Generation erzielt. Aufgrund vergleichbarer oder besserer Leistung, Produkteigenschaften und Benutzerfreundlichkeit sind mit Dexcom G7 ähnliche Ergebnisse zu erwarten. Siehe Benutzerhandbuch Dexcom G7 | 1 Welsh JB, et al. Comparisons of Fifth-, Sixth-, and Seventh-Generation Continuous Glucose Monitoring Systems. J Diabetes Sci Technol. 2024;18(1):143-147. | 2 Lind M, et al. Sustained Intensive Treatment and Long-term Effects on HbA1c Reduction (SILVER Study) by CGM in People With Type 1 Diabetes Treated With MDI. Diabetes Care. 2021;44(1):141-149. | 3 Lind N, et al. Comparing Continuous Glucose Monitoring and Blood Glucose Monitoring in Adults With Inadequately Controlled, Insulin-Treated Type 2 Diabetes (Steno2tech Study): A 12-Month, Single-Center, Randomized Controlled Trial. Diabetes Care. 2024;47(5):881-889. | 4 Puh S, et al. Real-world hypoglycemia avoidance with a continuous glucose monitoring systems predictive low glucose alert. Diabetes Technol Ther. 2019;21(4):155-158. | 5 Acciaroli G, et al. Mitigation of Rebound Hyperglycemia With Real-Time Continuous Glucose Monitoring Data and Predictive Alert. J Diabetes Sci Technol. 2022;16(3):677-682. | 6 Edelman SV, et al. Utilizing continuous glucose monitoring in primary care practice: What the numbers mean. Prim Care Diabetes. 2021;15(2):199-207. | 7 Medizinische Einrichtungen können die Glukosedaten eines Patienten nur einsehen, wenn der Patient sich entscheidet, diese über Dexcom Clarity mit ihnen zu teilen. Medizinische Einrichtungen können sich für Dexcom Clarity unter clarity.dexcom.com/professional/ registrieren | 8 Um einen neuen Dexcom G7-Sensor mit einer kompatiblen Apple Watch zu koppeln, wird ein kompatibles Smartphone benötigt. | Um die Funktion Share/Follow nutzen zu können, darf das Smartphone des Dexcom G7 Nutzers höchstens 10 Meter vom Sensor entfernt sein. | Das Dexcom G7 ist in einer mmol/L- und mg/dL-Ausführung verfügbar. | Dexcom, Dexcom Clarity, Dexcom Follow, Dexcom One, Dexcom Share, Share sind eingetragene Marken von Dexcom, Inc. in den USA und sind möglicherweise in anderen Ländern eingetragen. © 2026 Dexcom, Inc. Alle Rechte vorbehalten. | www.dexcom.com | Tel.: +1.858.200.0200 | Dexcom, Inc. 6340 Sequence Drive San Diego, CA 92121 USA | MAT-6974 REV001 DE-de / 01.2026 | Agenturfoto. Mit Model gestellt.

Dexcom Deutschland GmbH | Haifa-Allee 2 | 55128 Mainz | HCP-Hotline: +49 6131 4909065

Neu- oder re-zertifizierte Kliniken und Arztpraxen

(im Zeitraum 14.01. bis 03.03.2025)

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 0		
SANA Kliniken Leipziger Land, Diabeteszentrum	04552 Borna	Diabeteszentrum DDG
PLZ 1		
Sana Klinikum Lichtenberg, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	10365 Berlin	Diabetes Exzellenzzentrum DDG
Praxis Dr. med. Iris Dötsch	10711 Berlin	Diabetes Exzellenzzentrum DDG ZUSATZKOMPETENZ DIABETES & SCHWANGERSCHAFT DDG ZUSATZKOMPETENZ DIABETES & FUSS DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. med. Peter Stoll/Mohamed Elzeby	12099 Berlin	Diabetes Exzellenzzentrum DDG
Praxis Dr. med. Uta Bollmann	14195 Dahlem	Fußbehandlungseinrichtung DDG
PLZ 3		
HELIOS Klinikum Hildesheim GmbH, Klinik für Kinderheilkunde und Jugendmedizin	31135 Hildesheim	Diabeteszentrum DDG
Helios Kliniken Mittelweser Nienburg, Innere 2	31582 Nienburg	Diabeteszentrum DDG
Knappschafts-Klinik Bad Driburg	33014 Bad Driburg	Diabeteszentrum DDG
Diabeteszentrum Bad Lauterberg	37431 Bad Lauterberg	Diabetes Exzellenzzentrum DDG ZUSATZKOMPETENZ DIABETES & FUSS DDG
PLZ 4		
Internistische Schwerpunktpraxis Bereich Diabetologie	41238 Mönchengladbach	Diabeteszentrum DDG ZUSATZKOMPETENZ DIABETES & SCHWANGERSCHAFT DDG ZUSATZKOMPETENZ DIABETES & FUSS DDG
Diabetes Schwerpunktpraxis Dr. med. Banu Beyenal	42105 Wuppertal	Fußbehandlungseinrichtung DDG

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
BAG Dres. med. Driouach-Bleckmann/Bayer/Hintz/Berndt	45309 Essen	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Gemeinschaftspraxis MU Dr. Ingrid Rein und Dr. med. Ingrid Wüller	48231 Warendorf	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Silke Fröhlich, Hauptbetriebsstätte	41238 Senden	Diabeteszentrum DDG ZUSATZKOMPETENZ DIABETES & FUSS DDG
PLZ 5		
Maria-Hilf-Krankenhaus Rhein/Erft gGmbH	50126 Bergheim	Diabeteszentrum DDG ZUSATZKOMPETENZ DIABETES & FUSS DDG
Praxis JO20 Eugen Steffens, Helena Steffens	51143 Köln	Diabeteszentrum DDG ZUSATZKOMPETENZ DIABETES & FUSS DDG
Gemeinschaftspraxis Dres. Klempt/Ardjomand	51469 Bergisch Gladbach	Diabeteszentrum DDG
Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein gGmbH, Gefäßchirurgie und Phlebologie	56073 Koblenz	Fußbehandlungseinrichtung DDG
PLZ 7		
Gemeinschaftspraxis Dres. Wizemann & Boeckh	71083 Herrenberg	Diabeteszentrum DDG
PLZ 9		
Klinikum Nürnberg-Süd, Schwerpunkt Nephrologie und Hypertensiologie	90471 Nürnberg	Diabeteszentrum DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. med. Christoph Münch	95032 Hof	Diabeteszentrum DDG
Kliniken Hochfranken Münchberg und Naila, Innere Medizin	95213 Münchberg	Diabeteszentrum DDG
Klinikum Fichtelgebirge ö.R., Medizinische Klinik	95615 Marktredwitz	Diabeteszentrum DDG

Herzlichen Glückwunsch ...

... an die ersten Orthopädieschuhmacher*innen DDG!



Zur Tagung der AG Diabetischer Fuß (S. 17) kamen Teilnehmende des ersten Kurses Orthopädieschuhmacher*in DDG. Letzter Teil der Fortbildung ist es, dort einen Fall zu präsentieren. Foto: AG DF

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

Name, Ort

Dr. Mirjam Röhner, Rottenburg
 Dr. Philipp Conzen, Bonn
 Dr. Christiane Pfeiffer Pinto, Schopfheim
 Dr. Lisa Grause, Brüggen
 Ceren Akamp, Dortmund
 Joanna Helena Seibert, Dortmund
 Darius Arkawazi, Mannheim
 Karim Elarnaoti, Bielefeld
 Ramia Kailouh, Volkmarsen
 Nataliya Auer, Bad Bentheim
 Mohamed Amen Elzeby, Berlin
 Karin Westhoff, Ingolstadt
 Christina Kilens, Köln
 Christine Kössler, Niederkassel
 Dr. Hannes Digomann, Stuttgart
 Dr. Lena Elisabeth Onken, Hamburg
 Verena Bauer, Mistelgau
 Dr. Carola Hofmann, Sachsenheim
 Daniela Neumaier, Stuttgart

Kontakt zur Redaktion

Bei Fragen, Wünschen und Anregungen wenden Sie sich gerne an die Redaktion, E-Mail: diabeteszeitung@medtrix.group. Natürlich können Sie uns auch einen Leserbrief schicken – oder Sie rufen in der Redaktion an: **MedTriX GmbH, Unter den Eichen 5, 65195 Wiesbaden, ☎ Telefon: 0611/9746-0**



Ergebnisse zum Staunen

dt-Report, KI – und Änderungsbedarf

BERLIN. „Interoperabilität – mehr als Technik?!“ – unter diesem Motto stand die 15. diatec-Fortbildungskonferenz. Gestartet wurde traditionell mit aktuellen Daten aus dem Digitalisierungs- und Technologie-Report Diabetes (dt-Report).

Der dt-Report ist eine „ganz wichtige Datenbasis“, wie **BARBARA BITZER**, Geschäftsführerin der DDG, betonte. Der Report beruht dieses Mal auf Antworten von mehr als 6.500 Menschen mit Diabetes und über 1.000 medizinischen Expert*innen. Die Umfrage wurde in der DACH-Region und weiteren europäischen Ländern durchgeführt. Da es den dt-Report und die Umfragen schon seit 2018 gibt, lassen sich mittlerweile Entwicklungen erkennen. Menschen mit Diabetes nutzen z. B. immer häufiger AID-Systeme. Interessant dabei: Die befragten Nutzer*innen von AID-Systemen beschäftigen sich mehr Zeit am Tag mit ihrem Diabetes als die ohne AID-System. Das stellte Professor **Dr. DOMINIC EHRMANN** vom Forschungsinstitut Diabetes-Akademie Bad Mergentheim (FIDAM) mit Erstaunen fest. Neue Belastungen durch Diabetes-Technologien hin-

gegen werden seltener gesehen, so Professor **Dr. BERNHARD KULZER**, einer der FIDAM-Geschäftsführer.

Zuerst Geld- oder zuerst Personalmangel?

Diabetes-Technologien beeinflussen auch die Betreuung und Versorgung der Menschen mit Diabetes und das, was in Praxen und Krankenhäusern geschieht. So steigt die durchschnittliche Zeit jedes Menschen mit Diabetes in der Sprechstunde mit der steigenden Technologisierung der Therapie, was auch finanzielle Aspekte hat. Im Statement zur Podiumsdiskussion sagte **Dr. PATRICIA EX** (BKK Dachverband): „Seit ein paar Jahren beobachten wir einen Wettbewerb, ob uns zuerst das Geld oder

»Daten für die KI:
auf Qualität achten«

das Personal ausgeht.“ Diskutiert wurde über Finanzen, Weiterbildung, Sektorengrenzen, DMP und „Kleinstaaterei“. Auch die Politik war vertreten. Mit Blick auf die Diabetologie sagte **Dr. CHRISTOPH NEUMANN**, Diabetologe aus München: „Natürlich muss sich in unserem Land etwas ändern, das ist klar!“ Immer wieder wurde die KI zum Thema. Spannend bei einer speziellen KI-Session war, was Expert*innen, die nicht aus der Diabetologie kamen wie **SEBASTIAN LOBENTANZER** vom Helmholtz Munich, erklärten: „Wir müssen qualitätsgetrieben sein.“ KI ist auch gut nutzbar in der Prävention – mit der Einschränkung, dass man genau darauf achten muss, welche Daten als Basis dienen. Passt die Auswahl nicht, können einzelne Subgruppen u. U. nicht erfasst werden. Die Verantwortung für die Ergebnisse liegt nach seiner Aussage immer beim Anbieter, nicht beim Bot. Dass die verwendeten Daten hochwertig sein müssen, bevor sie in KI-Modelle einfließen, betonte auch Professor **Dr. SYLVIA THUN** (Charité, Berlin). Solche Daten bietet das Deutsche Forschungsdatenportal



15 Jahre diatec-Fortbildungskonferenz! Die Macher*innen auf der Bühne (v. l. n. r.): Sarah Biester, Prof. Bernhard Kulzer, Prof. Norbert Hermanns, Gabriele Faber-Heinemann, Prof. Lutz Heinemann, Prof. Susanne Reger-Tan, Dr. Tobias Wiesner, Prof. Dominic Ehrmann.

Foto: Dr. Karin Kraatz/MedTrix

für Gesundheit (FDPG). Auch weltweit eröffnet KI Chancen, vor allem in Ländern, die keinen oder einen schlechten Zugang zu bestimmten Untersuchungen haben, stellte IDF-Präsident Professor **Dr. PETER SCHWARZ** vom Paul-Langerhans-Institut Dresden eindrücklich dar.

Strengere Zielwerte in der Diskussion

Auch Themen wie die Time in Normoglycaemia (TING) standen im Programm. Was bedeutet dieser enge Zielbereich medizinisch und für die Menschen mit Diabetes? Die Diskussion dazu wurde eingeleitet von **PD Dr. DOMINIK BERGIS**, Chefarzt der Diabetes-Klinik Bad Mergentheim, und Professor **Dr. NORBERT HERMANN**s, Geschäftsführer des

FIDAM. Im Publikum saßen viele Expert*innen, die selbst mit Typ-1-Diabetes leben, sodass das Thema aus beiden Perspektiven betrachtet wurde. Und was lernt ein Arzt in Weiterbildung über Diabetes? Schon im Studium taucht das Thema kaum auf. Und in der Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin ist großes eigenes Engagement gefragt, erzählte **Dr. JONAS LAASER** von der AG Nachwuchs der DDG. Auch dafür sind Veranstaltungen wie die diatec gut und wichtig. *Dr. Katrin Kraatz*

diatec-Fortbildungskonferenz 2026

Die Ergebnisse des dt-Reports sind abrufbar unter dt-report.de. Ein Archiv der Umfrageergebnisse gibt es auf dut-report.de.



Unerklärliche Glukoseverläufe? Schilddrüse checken!

Eine Störung der Schilddrüsenfunktion beeinflusst die Diabetestherapie – und umgekehrt

MANNHEIM. Hinter instabilen Glukosekurven, ungewohnten Hypo- oder Hyperglykämien und einem stark veränderten Insulinbedarf steckt oft eine unerkannte Schilddrüsenfunktionsstörung. Neue Daten zeigen, wie stark Hyper- und Hypothyreose den Glukosestoffwechsel beeinflussen und weshalb der Blick auf die Schilddrüse bei Diabetes so wichtig ist.

Diabetes und auch Schilddrüsenerkrankungen für sich genommen sind weit verbreitet. „Wir haben in Deutschland knapp neun Millionen Menschen mit Diabetes“, sagte Professor **Dr. KARSTEN MÜSSIG** vom Franziskus-Hospital Harderberg, Kongresspräsident der Diabetes Herbsttagung. Insbesondere beim Typ-2-Diabetes, aber auch beim Gestations- und Typ-1-Diabetes steigen die Fallzahlen seit Jahren an. Schilddrüsenfunktionsstörungen sind ebenfalls weit verbreitet. So fänden sich beim Schilddrüsen-Screening bei rund einem Drittel der berufstätigen Bevölkerung morphologische Veränderungen, bei älteren Menschen sogar bei der Hälfte.

Bei Typ-2-Diabetes: Metformin senkt das Struma-Risiko

Zwischen beiden Krankheitsgruppen bestehen vielfältige Assoziationen. So sei das Struma-Risiko bei Menschen mit Typ-2-Diabetes um das 2,6-Fache erhöht. Dass die Jod-

ausscheidung im Urin mit einer Insulinresistenz assoziiert ist, lässt auf eine schlechtere Jodversorgung bei Diabetes schließen: „Je mehr Jod ausgeschieden wird, desto besser der Glukosestoffwechsel“, erklärte Prof. Müssig. Zugleich gebe es einen überraschenden Einfluss der Therapie. „Bei Frauen sehen wir, dass Metformin offenbar eine protektive Rolle spielt: Ohne Metformin ist die Schilddrüse größer, mit Metformin sinkt das Risiko für ein Struma.“

Auch für die um knapp 20% höhere Inzidenz von Schilddrüsenkarzinomen bei Diabetes gab er eine plausible Erklärung: „Insulin steuert nicht nur den Glukosestoffwechsel, sondern beeinflusst auch proliferative



Bei nicht erklärten Glukoseverläufen sollte an eine Störung der Schilddrüse gedacht werden.

Foto: Kudryavtsev – stock.adobe.com

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

destabilisieren. Die hormonellen Verflechtungen sind komplex. „Hyper- und Hypothyreose reduzieren beide die Insulinsensitivität, wirken aber unterschiedlich auf die Insulinsekretion“, betonte Prof. Müssig. Während bei einer Hyperthyreose die Insulinsekretion vermindert und die hepatische Glukoseproduktion erhöht ist, verhält es sich bei einer Hypothyreose genau umgekehrt. Mit Blick auf die klinischen Konsequenzen erklärte Prof. Müssig: „Bei Hashimoto sinken renale Insulin-Clearance und Glukoneogenese. Damit verringert sich auch der Insulinbedarf, die Insulindosis muss angepasst werden.“ Bei einer Hyperthyreose hingegen steigen hepatische Glukoseproduktion und Glykolyse: Hyperinsulinämie, Insulinresistenz und gestörte Glukosetoleranz sind die Folge. Seine zentrale Botschaft lautete daher: „Bei unerklärlichen Glukoseverläufen sollte man immer auch an die Schilddrüse denken und entsprechende Untersuchungen veranlassen.“ *Antje Thiel*

Diabetes Herbsttagung 2025

Überprüfung der Schilddrüse: Was steht in den Leitlinien?

Die Zusammenhänge zwischen Diabetes und Schilddrüsenerkrankungen werden von den Leitlinien nur teilweise abgebildet. So empfiehlt die **amerikanische Diabetesgesellschaft (ADA)** zwar, bei Diagnosestellung eines Typ-1-Diabetes TSH und schilddrüsen-spezifische Antikörper zu bestimmen. Im weiteren Verlauf erfordern negative Antikörperbefunde jährliche TSH-Kontrollen, positive Befunde kürzere Intervalle. Bei Typ-2-Diabetes hingegen gibt es bislang trotz der Hinweise auf erhöhte Hypothyreose- und Karzinominzidenzen keine Screening-Empfehlung. In der **DDG S3-Leitlinie zu „Diagnostik, Therapie, und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter“** ist festgehalten: „Bei Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes sollen bei Diabetesmanifestation eine TSH-Bestimmung und eine Bestimmung der Schilddrüsenautoantikörper (TPO-AK) erfolgen, danach alle 1-2 Jahre bei asymptomatischen Individuen. Eine häufigere TSH-Bestimmung soll bei Symptomen einer Schilddrüsenfunktionsstörung, Struma oder positiven Schilddrüsenautoantikörpern durchgeführt werden.“ Auch in der **S2e-Leitlinie „Diabetes in der Schwangerschaft“** der DDG finden sich Empfehlungen.

Weiterhin bestens beschirmt

Wechsel in der Schirmherrschaft der AG Nachwuchs

WIESBADEN. Mit Professorin Dr. Henriette Kirchner übernimmt erneut eine Naturwissenschaftlerin eine Förderrolle in der AG Nachwuchs. Professorin Dr. Annette Schürmann, ihre Vorgängerin, hat die Arbeitsgemeinschaft lange entscheidend geprägt. Der Wechsel steht sowohl für Kontinuität als auch für neue Impulse.



Prof. Dr. Annette Schürmann
Potsdam-Rehbrücke
Foto: Michael Reinhardt/DiF



Prof. Dr. Henriette Kirchner
Lübeck
Foto: privat



Dr. Irena Drozd
Dresden
Foto: DDG/Dirk Deckbar

Mit dem Eintritt in den Ruhestand hat Professorin Dr. ANNETTE SCHÜRMAN, bis Sommer 2025 am Deutsches Institut für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke tätig, auch ihre Aufgabe als Schirmherrin der AG Nachwuchs der DDG abgegeben. „Mir war wichtig, dass es wieder eine Naturwissenschaftlerin wird – und keine Medizinerin“, sagt die Molekularbiologin. Denn moderne Diabetologie sei ohne interdisziplinäre Forschung nicht denkbar: „Wir brauchen Impulse aus Biochemie, Bioinformatik, Molekularbiologie, Ernährungswissenschaften oder Pharmazie. Nur gemeinsam mit der Klinik entsteht wirklich wirksame translationale Medizin.“

„Großeltern“ der AG beraten und geben Raum

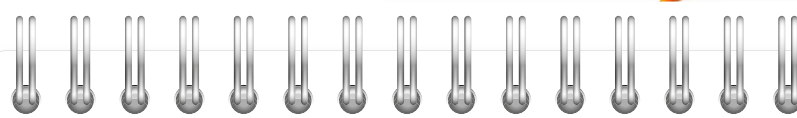
Prof. Schürmann war von Beginn an prägend für die Entwicklung der AG. Sie gehörte zu den Initiatorinnen der Reisestipendienprogramme, war intensiv in den Aufbau des Mentoringprogramms eingebunden und gestaltete viele Jahre die Nachwuchsarbeit mit. „Aus dem Kreis derer, die sich um die Reisestipendien kümmerten, entstand schließlich die Idee, eine eigene AG Nachwuchs zu gründen“, erinnert sie sich. Gemeinsam mit Professor Dr. JOCHEN SEUFERT von der Uniklinik Freiburg leitete sie diese zunächst selbst, bevor die Verantwortung an jüngere Kolleg*innen übergang. Ein Meilenstein war für sie der erste Students' Diabetes Day in Aachen. „Das große positive Feedback war eines meiner Highlights“, sagt Prof. Schürmann. Heute gestalten viele ehemalige Stipendiat*innen diese Veranstaltungen selbst. Rückblickend beschreibt Prof. Schürmann ihre Rolle so: „Wir waren quasi die Großeltern der AG – man trägt keine unmittelbare Verantwortung, kann aber im Hintergrund hin und wieder

»Zusammenarbeit zwischen Medizin und Naturwissenschaften weiter stärken«

beratend oder lenkend eingreifen.“ Ihrer Nachfolgerin Professorin Dr. HENRIETTE KIRCHNER gibt sie mit auf den Weg: „Die enge Zusammenarbeit zwischen Medizin und Naturwissenschaften weiter zu stärken – das wünsche ich mir sehr.“ Die Ernährungswissenschaftlerin vom Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, die am Institut für Humangenetik forscht und seit vielen Jahren in der Diabetes- und Adipositasforschung tätig ist, greift diesen Wunsch gern auf. „Ich arbeite sehr gern mit Nachwuchs – das macht mir große Freude“, sagt sie.



Foto: wolfelarry – stockadobe.com



Die Arbeitsgemeinschaft Nachwuchs der DDG

Die AG Nachwuchs unterstützt den Vorstand darin, die Lehre und die Karrieremöglichkeiten in der Diabetologie zu verbessern – z. B. durch die Stipendienprogramme und Students' Diabetes Days. Die AG trägt zudem ihre Ziele stark nach außen, kürzlich hat sich ein Team Medien aus fünf Frauen gefunden.

- Zur Medienarbeit gehört, in wechselnder Besetzung jeweils zum Diabetes Kongress und zur Diabetes Herbsttagung eine Folge des Podcasts O-Ton Diabetologie zu gestalten. Die aktuelle AG-Nachwuchs-Folge (s. QR-Code) ist während der Herbsttagung in Mannheim entstanden, zu Gast waren AG-Schirmherr Dr. Jochen Seufert, AG-Sprecher Dr. JONAS LAASER und Dr. LAURA-SOPHIE LANDWEHR von der AG Young Active Research in Endocrinology (YARE) der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie.
- In der diabetes zeitung und in anderen Publikationen ist die AG immer wieder präsent – eine Mediathek mit Podcasts und Artikeln gibt es auf ddg.info/die-ddg/arbeitsgemeinschaften/nachwuchs.
- Aktuelles wird über Instagram ([ddg_ag_nachwuchs](https://www.instagram.com/ddg_ag_nachwuchs)) und LinkedIn verbreitet.



Live von der Diabetes Herbsttagung 2025 – ein Gespräch über Fachärztemangel, Interdisziplinarität und Nachwuchsförderung.
diabetologie-online.de/o-ton-diabetologie#76



Verzahnung: „Wir entwickeln im Labor Therapien, die in der Klinik ankommen sollen. Dafür brauchen wir den engen Austausch mit den klinisch Tätigen.“ Umgekehrt wünscht sie sich mehr Forschungsbegeisterung bei jungen Ärzt*innen: „Wir brauchen für die Zukunft translationale Forschung – klinische Kolleg*innen müssen naturwissenschaftlicher denken, Forschende klinischer.“ Konkret plant sie für

»Dem Nachwuchs den Zugang zu Netzwerken erleichtern«

die Tagungen der DDG neue Workshopformate, etwa zu KI-gestütztem Schreiben, Drittmittelinwerbung und Karrierewegen in der Wissenschaft. Auch Veranstaltungen mit dem DZD sollen ausgebaut werden. „Mein Ziel ist es, dem Nachwuchs den Zugang zu Netzwerken zu erleichtern und zugleich die Angst vor Hierarchien zu nehmen.“

Generationswechsel steht für Kontinuität

Dr. IRENA DROZD von der Universitätskinderklinik in Dresden, eine der Sprecherinnen der AG Nachwuchs, freut sich auf die Zusammenarbeit. „Unsere Schirmherr*innen repräsentieren uns nach außen und zum DDG Vorstand, beraten uns bei Programmen, Publikationen und Veranstaltungen.“ Auch ganz praktisch sei ihre Unterstützung wichtig: „Wenn wir Referent*innen für Symposien suchen oder Kontakte in die Forschung brauchen, profitieren wir enorm von ihren Netzwerken.“ Rückblickend hebt Dr. Drozd insbesondere die Aufbauarbeit von Prof. Schürmann hervor: „Sie war eine der Mitgründerinnen der AG, die ohne sie in der aktuellen Form gar nicht existieren würde.“ Zugleich sieht sie in Prof. Kirchners Profil große Chancen: „Durch ihre enge Anbindung an das DZD kennt sie Förderwege und Entscheidungsstrukturen sehr genau. Davon werden unsere Mitglieder profitieren.“ Für 2026 plant die AG Students' Diabetes Days ein sichtbares Nachwuchsprogramm auf den Tagungen der DDG sowie weitere Podcasts und Medienformate. „Mit Prof. Kirchner möchten wir als AG noch präserter werden, auch in gesundheitspolitischen Debatten“, so Dr. Drozd. Der Generationswechsel steht für Kontinuität – und für eine gezielte Weiterentwicklung von Sichtbarkeit und Förderung des diabetologischen Nachwuchses. *Antje Thiel*

+++ NEWS-TICKER +++ NEWS-TICKER +++ NEWS-TICKER +++ NEWS-TICKER +++

Aktualisierte Leitlinie: keine Empfehlung für Krebsdiäten

Die im Leitlinienprogramm Onkologie aktualisierte S3-Leitlinie „Klinische Ernährung in der Onkologie“ spricht sich gegen restriktive Diäten bei Krebs aus. Sogenannte Krebsdiäten und Fastenprogramme sind nicht geeignet, betonen die an der Leitlinie beteiligten Fachgesellschaften. Studien zeigen keinen Nutzen, aber ein hohes Risiko für Mangelernährung, was bei Krebspatient*innen zum Tod führen kann. Neu in die Leitlinien aufgenommen wurde das Kapitel zur Ernährung bei operativer Tumorthherapie. Eingegangen wird außerdem auf die Ernährung in Palliativsituationen (leitlinienprogramm-onkologie.de).

Qualitätssiegel auch für ernährungstherapeutische Praxen

Menschen mit ernährungsmitbedingten Erkrankungen wie Adipositas, Mangelernährung oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten haben es bislang oft schwer, qualitätsgesicherte ambulante Praxen für Ernährungstherapie zu finden. Verlässliche Informationen zu geeigneten Einrichtungen fehlen. Das soll sich nun ändern: Erstmals können auch niedergelassene ernährungstherapeutische Praxen nach dem unabhängigen nutriZert-System zertifiziert werden. Das nutriZert-System ist bereits aus Kliniken, Klinikabteilungen und ernährungsmedizinischen Praxen bekannt. Weitere Informationen auf nutrizert.de.

Bewegung snacks

Exercise Snacks und Yoga als niederschwellige Bewegungsangebote

MANNHEIM. Zeitmangel, fehlende Motivation oder körperliche Einschränkungen erschweren es vielen, die empfohlenen 150 Minuten Aktivität pro Woche plus Kraft- und Gleichgewichtstraining zu erreichen. Ein pragmatischer Blick auf Alternativen zeigt, dass auch kleine Bewegungseinheiten und Achtsamkeitsübungen den Stoffwechsel positiv beeinflussen.

Die Bewegungsempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) möchte Professor Dr. Christian Brinkmann von der Sporthochschule Köln gar nicht infrage stellen. Doch Menschen mit Diabetes und ihre Behandlungsteams sollten wissen, dass auch kurze, unkomplizierte Belastungseinheiten von 30 Sekunden bis fünf Minuten („Exercise Snacks“), die jederzeit in den Alltag integrierbar sind, einen messbaren gesundheitlichen Nutzen haben. Beispiele sind Treppensteigen, Marschieren auf der Stelle, Boxbewegungen oder der klassische Hampelmann.

Geringeres Mortalitätsrisiko ohne echten Sport

Schon eine Minute pro Snack reicht aus, solange die Belastung subjektiv bei etwa 7 bis 8 von 10 liegt. Der Nutzen ist eindrucksvoll belegt: In einer großen Beobachtungsstudie mit mehr als 25.000 Teilnehmenden und sieben Jahren Nachbeobachtungszeit senkten drei einminütige Belastungsspitzen pro Tag das Mortalitätsrisiko um rund 30% – „und zwar bei Personen, die ansonsten keinen Sport treiben“, wie Prof. Brinkmann betonte. In den letzten Monaten seien etliche Studien zum Effekt von Exercise Snacks erschienen, „in den Ergebnissen alle relativ deckungsgleich.“

Auch die Effekte auf den Diabetes sind beachtlich: Kurze Belastungseinheiten vor den Mahlzeiten senkten in einer Studie den mittleren Tagesglukosewert um etwa 10 mg/dl. Selbst das reine Unterbrechen langer Sitzzeiten wirkte sich aus – die Zeit in Hyperglykämie halbierte sich nahezu. Wichtig sei jedoch die richtige

Einordnung der Daten. „Man muss bei Studien genau hinsehen, was da eigentlich verglichen wird“, sagte er mit Blick auf Arbeiten, in denen vermeintliche Exercise Snacks eher hochintensivem Intervalltraining (HIIT) ähnelten. Fazit: „Nutzen Sie Exercise Snacks – drei Mal täglich eine Minute lang eine anstrengende bis sehr anstrengende Aktivität.“

ANJA ORTMANN-HEUSER aus Herrsching empfahl Yoga als weitere niederschwellige, ressourcenorientierte

Ergänzung der Bewegungstherapie. Anders als es in den sozialen Medien häufig suggeriert wird, gehe es bei Yoga nicht um akrobatische Balanceakte: „Wir müssen nicht maximal beweglich sein, um Yoga zu machen. Alles, was man braucht, ist die Fähigkeit zu atmen“, erklärte die Yoga-Lehrerin und Ayurveda-Beraterin. Für viele ihrer Teilnehmenden sei der Einstieg überhaupt erst durch alltagstaugliche und individuell angepasste Übungen möglich.

Bei Diabetes verbessern sich vor allem die Insulinsensitivität durch geringere Kortisolausschüttung infolge der Entspannung und die glykämische Kontrolle durch Bewegung. Der Fokus auf Atmung und Entspannung fördere aber auch Achtsamkeit, Selbstwirksamkeit und Resilienz:



Empfehlung: statt Chips Bewegung snacks. Foto: Hey this is Tazim – stock.adobe.com

„Ich komme zur Ruhe, ich bin mit mir verbunden“, beschrieb sie den Effekt. Dadurch entstehe mehr Freiraum, um auf einen Reiz nicht impulsiv, sondern bewusst zu reagieren: „Das ist ein Nährboden für förderliche Verhaltensänderungen.“

Antje Thiel

Diabetes Herbsttagung 2025

HEUTE:

EIN KLARES GESPRÄCH ÜBER DAS GÜRTELROSE-RISIKO



Folgen Sie der neuen **STIKO** Empfehlung**

MORGEN:

SCHUTZ VOR SCHMERZHAFTEN LANGZEITFOLGEN^{*,1-3}



Fiktive Patientin

IHRE EMPFEHLUNG SCHÜTZT

Die 10 effektivsten Yoga-Übungen

Yoga ist mehr als Gymnastik: Forschende der TU Chemnitz zeigen, dass die Kombination von Körperübungen, Atemtechniken und Meditation besonders wirksam ist – ob bei Bluthochdruck, Stress oder für mehr Wohlbefinden im Alltag. Auf Basis von Forschungsergebnissen am Institut für Psychologie hat Dr. Karin Matko die aus ihrer Sicht zehn effektivsten Übungen zusammengetragen, die Interessierte problemlos zum Beispiel in ihren Homeoffice- oder Studienalltag einbauen und so für eine gesunde Abwechslung sorgen können.

Weitere Informationen und alle Übungen im Video und als Bilderstrecke auf

diabetes-anker.de



PMA-DE-GSK-JRNA-250005 12/2025



SHINGRIX Pflichtangaben: gsk.to/Shingrix-Pflichtangaben



* SHINGRIX bietet keinen 100%igen Schutz für geimpfte Personen; ** Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt die Impfung gegen Herpes zoster (HZ) für Personen ≥ 60 Jahren sowie als Indikationsimpfung für Personen ≥ 18 Jahren mit erhöhtem HZ-Risiko; 1. Fachinformation SHINGRIX, aktueller Stand; 2. Strezova A, et al. EClinicalMedicine. 2025;83:10324; 3. Harpaz R, et al. MMWR Recomm Rep. 2008;57(RR-5):1-30; 4. RKI. Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut. Epid Bull 45/2025 (letzter Abruf: November 2025). Alle Markenzeichen sind Eigentum der GSK Unternehmensgruppe oder durch diese lizenziert. © 2026 GSK Unternehmensgruppe oder seine Lizenzgeber. GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG, 81675 München. de.gsk.com

Die diabetes zeitung – jetzt auch digital

mit Bonusmaterial und interaktiven Inhalten



Dokument



Video



Podcast



Umfrage



Interview



Bildgalerie

- Exklusive multimediale Inhalte
- Einen Tag früher informiert
- 3 Ausgaben beides testen: digital & gedruckt



Jetzt testen!

qr.medtrix.group/dz-digital

DDG Deutsche
Diabetes
Gesellschaft

MedTriX Group
we care for media solutions

Auf der Höhe der Zeit behandeln

Diabetesschwerpunktpraxis setzt auf digitale Tools

LINDLAR. Medizinische Expertise auf höchstem Qualitätsniveau gibt es auch auf dem Land. Das Diabeteszentrum Lindlar im Oberbergischen Kreis ist schon zum zweiten Mal in Folge als „Diabetes Exzellenzzentrum DDG“ zertifiziert worden. Damit garantiert die Praxis von Michael Naudorf Menschen mit Diabetes eine Rundum-Versorgung nach modernsten Erfordernissen.

Es liegt uns am Herzen, unsere Patient*innen mit Diabetes mellitus so zu versorgen, dass sie eine hohe Lebenserwartung und gute Lebensqualität haben, ohne dass sie Gefahr laufen, tückische Folgeerkrankungen zu entwickeln wie Herzinfarkte, Schlaganfälle, Nierenversagen, Blindheit oder einen diabetischen Fuß“, umreißt MICHAEL NAUDORF die Philosophie seiner Praxis. Der Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin, Diabetologe DDG und Koordinationsarzt im Fußnetz DFS weiß nur zu gut, wovon er redet. Er hat selbst Typ-2-Diabetes und kennt daher nicht nur die Risiken, sondern auch die alltäglichen Herausforderungen, vor die ein Diabetes mellitus die Betroffenen stellt.

Eigene Erkrankung als Motor für hohe Versorgungsstandards

Seine eigene Erkrankung war für ihn auch ein Motor, die Versorgungsstandards seiner Praxis frühzeitig nach den Leitlinien der DDG zur Diabetesbehandlung auszurichten und sich hierfür auch Brief und Siegel geben zu lassen. Ab Mitte der 2000er-Jahre durfte sich die Praxis bereits „Diabeteszentrum DDG“ nennen. Seit Mai 2022 erfüllt die Einrichtung die Standards eines Diabetes Exzellenzzentrums DDG. Der Zertifizierungsaufwand sei enorm, räumt Naudorf ein, lohne

»Im Fokus: Lebenserwartung und Lebensqualität«

sich aber. Als Belege hierfür wertet er den Qualitätszuwachs für seine Praxis und die oftmals langjährigen Überlebensraten seiner Diabetespatient*innen. „Wir führen zwar keine repräsentative Statistik. Dennoch haben wir festgestellt, dass wir auffällig viele alte bis sehr alte Patient*innen mit einem gut eingestellten Diabetes mellitus betreuen“, sagt er. Zum Teil seien diese über neunzig Jahre alt. Grundlage jeder Diabetesbehandlung bildet ein knapp einstündiges Gespräch sowie eine ausführliche Dokumentation der Startsymptomatik durch eine der beiden in der Schwerpunktpraxis angestellten



Vom Zertifikat profitieren Patient*innen und Praxisteam. Foto: Anwar Fauzan – stock.adobe.com

Diabetesberaterinnen. Anschließend würden die notwendige Therapieschritte im Team besprochen und der jeweilige individuelle Behandlungsplan festgelegt. „Nur wenn wir möglichst viel über unsere Patient*innen wissen, können wir eine gute Therapie machen“, erklärt der Diabetologe. Zum Versorgungsangebot von Naudorfs Praxis gehören eine internistische Betreuung, fundierte und

strukturierte Schulungen sowie die Möglichkeit, sich im Bedarfsfall in der zertifizierten Fußbehandlungseinrichtung DDG versorgen zu lassen – alles unter einem Dach vereint. In der Fußambulanz führen zwei zertifizierte Wundassistent*innen DDG parallel zur täglichen Sprechstunde spezialisierte Wundbehandlungen durch.

Eine enge Kooperation mit Neurologen, Chirurgen, Podologen, Pflegediensten, Orthopädiezentren und einem stationären Fußzentrum in unmittelbarer Nähe garantiere eine qualifizierte externe Weiterversorgung. „Unser Ziel ist es, erforderliche stationäre Aufenthalte, zum Beispiel für eine chirurgische Intervention bei komplizierteren Fußwunden, so kurz wie möglich zu halten, das heißt unter einer Woche“, so der Diabetologe.

Im Schulungszentrum der Praxis wiederum lernen die Betroffenen nicht nur die Basics eines effektiven Diabetesmanagements, sondern auch den Umgang mit sämtlichen Therapieoptionen, angefangen bei konventionellen Ansätzen bis hin zu strukturierten digitalen Behandlungsprogrammen, einschließlich

KI-gestützter Technologien wie durch Künstliche Intelligenz gesteuerte Insulinpumpen oder Apps.

Niedergelassene müssen unbedingt am Ball bleiben

„Wir befinden uns in einer Phase des Umbruchs in der Diabetesversorgung, bei der wir niedergelassenen Diabetologen den Anschluss nicht verpassen sollten, nicht nur, um unseren Patient*innen den Umgang mit der Erkrankung zu erleichtern, sondern auch, um die Verankerung modernster Technologien im deutschen Sozialrecht voranzutreiben und damit eine Kostenerstattung zu gewährleisten“, so Naudorf. Hiervon profitierten letztlich nicht nur die Menschen mit Diabetes, sondern langfristig gesehen auch die Kostenträger, da ein effektives Therapiemanagement Krankenhausweisungen und Folgeschäden reduziere.

Durch Zertifizierung immer auf der Höhe der Zeit

Als Nutznießer einer standardisierten Versorgung sieht Naudorf aber auch das Team seiner Praxis, da bei jeder Rezertifizierung Prozesse angepasst und Handbücher aktualisiert werden müssten. „Das ist sehr aufwendig, hat aber den Vorteil, dass wir immer auf der Höhe der Zeit bleiben“, so der Diabetologe. Naudorf ist sich sicher, dass sich in der Diabetestherapie in Zukunft noch sehr viel mehr erreichen lassen wird, da sich die Technologien ständig weiterentwickeln. Als Beispiel nennt er die Antikörpertherapie, mit der sich die Manifestierung eines Diabetes mellitus Typ 1 bereits um Jahre verzögern ließe.

Petra Spielberg



Foto: Michael Becken-Heuser

Praxisinhaber
Michael Naudorf

STECKBRIEF

- **Ort:** Lindlar (Oberbergischer Kreis, Nordrhein-Westfalen)
- **Anzahl der Patient*innen/Quartal:** ca. 2.000
- **Diabetes-Team:** 1 Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin/Diabetologe DDG, 2 Diabetesberaterinnen DDG, 2 Wundassistent*innen DDG, 3 MFA/Nichtärztliche Praxisassistent*innen

Identifizieren mit EDENT1FI

Aufbau von Screening-Programmen für frühe Stadien von Typ-1-Diabetes in Europa

MÜNCHEN/LEUVEN. Ziel des Projekts EDENT1FI ist es, Screening und Monitoring von Typ-1-Diabetes in Europa zu etablieren. Mittlerweile wurden von den in Europa geplanten über 200.000 Kindern und Jugendlichen bereits 100.000 auf frühe Stadien von Typ-1-Diabetes gescreent.

Aufbauend auf der Fr1da-Studie hat EDENT1FI („European action for the Diagnosis of Early Non-clinical Type 1 diabetes For disease Interception“) Screening-Programme in Tschechien, Polen und Portugal aufgebaut und bestehende Initiativen in Deutschland, Italien, dem Vereinigten Königreich, Dänemark und Schweden gestärkt.

„Obwohl zunächst unklar war, ob die in Deutschland durch die Fr1da-Studie entwickelten Screening-Prinzipien auch erfolgreich auf Regionen mit ganz unterschiedlichen Gesundheitssystemen übertragbar sind, haben sich diese Programme bereits als äußerst erfolgreich erwiesen. Der

Erfolg von EDENT1FI zeigt, dass ein Screening auf frühe Stadien von Typ-1-Diabetes in ganz Europa effektiv umgesetzt werden kann“, sagt Professorin Dr. ANETTE-GABRIELE ZIEGLER, leitende Co-Koordinatorin von EDENT1FI, Helmholtz Munich. Mit EDENT1FI ist es gelungen, den

Nachweis von Inselautoantikörpern zu harmonisieren und die Datenerfassung sowie -verarbeitung länderübergreifend zu standardisieren. Zusätzlich wurden zentrale Labore eingerichtet und umfassende Qualitätskontrollen etabliert. So konnten bislang mehr als 100.000 Kinder und Jugendliche untersucht werden – bei einer Screening-Rate von etwa 6.500 Teilnehmenden pro Monat.

Frühe Diagnose gewinnt durch neue Therapien an Bedeutung

„100.000 gescreente Kinder zu erreichen ist ein wichtiger Meilenstein für die Diagnose von Typ-1-Diabetes im Frühstadium. Angesichts neu zugelassener und zukünftiger

krankheitsmodifizierender Therapien gewinnt eine frühzeitige Diagnose zusätzlich an Bedeutung. Dieser Erfolg zeigt, wie internationale Zusammenarbeit die Versorgung von Menschen mit Typ-1-Diabetes verändern kann“, erklärt Professorin CHANTAL MATHIEU, leitende Co-Koordinatorin von EDENT1FI, KU Leuven.

Im Januar 2026 wurde der immunmodulierende Wirkstoff Teplizumab in Europa für Kinder ab acht Jahren mit präsymptomatischem Typ-1-Diabetes (Stadium 2) zugelassen. Eine frühe Diagnose ermöglicht es, Therapien wie Teplizumab in Betracht zu ziehen.

Helmholtz Munich/Red.

Über EDENT1FI

Das Forschungsprojekt EDENT1FI ist eine gemeinsame Initiative von 27 Partnerorganisationen aus Wissenschaft, Industrie und gemeinnützigen Organisationen aus 13 europäischen Ländern.

Das Projekt wird von der Innovative Health Initiative (IHI) im Rahmen von Horizon Eu-

rope gefördert und erhält zusätzlich Unterstützung durch den Helmsley Charitable Trust, Breakthrough T1D sowie weitere Partnerorganisationen.

www.edent1fi.eu

Angebote zur **DDG** Fort- & Weiterbildung



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



Ein Update für die Doppelseite „Weiterbildung & Qualifikation“: Das ist neu

Das Fort- und Weiterbildungsangebot der Deutschen Diabetes Gesellschaft hat sich in den letzten Jahren stetig erweitert. Um alle Angebote auf der Doppelseite „Weiterbildung & Qualifikation“ abbilden zu können, wurde die Darstellung der einzelnen Kurse gestrafft. So ist es möglich, auch die Kurse für Ärzt*innen aufzunehmen und einen Gesamtüberblick zu erhalten. Nutzen Sie die Links und QR-Codes, um sich weiter zu informieren und sich auch gleich für den ausgewählten Kurs anzumelden. Auf der Website der DDG finden Sie zudem u. U. weitere Kursangebote.

FÜR ÄRZT*INNEN

Kurs Klinische Diabetologie

Der Kurs Klinische Diabetologie ist eine Fortbildungsveranstaltung der DDG, die alle Diabetesformen sowie Folge- und Begleiterkrankungen aufgreift und die evidenzbasierten Behandlungsoptionen praxisorientiert vermittelt. Der Kurs ist verpflichtender Bestandteil der Weiterbildung zur/zum Diabetolog*in DDG und kann gleichermaßen zur komprimierten Prüfungsvorbereitung beim Erwerb der Zusatzbezeichnung Diabetologie genutzt werden.



Kurs-Nr.	Termin	Ort
110	04.05.2026 – 20.06.2026	Stuttgart und online <i>Kurs für Kinder- und Jugendmediziner*innen</i>
109	07.09.2026 – 24.10.2026	Berlin und online <i>Kurs für Ärzt*innen, die an diabetologischer Expertise interessiert sind bzw. sich in der Weiterbildung zu Diabetolog*innen DDG befinden.</i>

Kommunikation und patientenorientierte Gesprächsführung

Mit diesem Kurs bietet die DDG seit jeher eine ärztliche Fortbildung für höchste Ansprüche an. Das Ziel der viertägigen Fortbildungsveranstaltung ist die individuell optimierte ärztliche Gesprächsführung. Der Kurs ist Voraussetzung zur Anerkennung Diabetolog*in DDG.



Termin	Ort
05.06.2026 – 14.06.2026	Göttingen und online
30.09.2026 – 18.10.2026	Göttingen und online
20.11.2026 – 05.12.2026	Göttingen und online
26.06.2026 – 29.06.2026	Augsburg und online
04.09.2026 – 07.09.2026	Augsburg und online
20.11.2026 – 23.11.2026	Augsburg und online
27.05.2026 – 24.06.2026	Essen und online
22.07.2026 – 12.08.2026	Essen und online
26.08.2026 – 16.09.2026	Essen und online

Adiposilog*in DAG-DDG

Mit der Fortbildung der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) und der DDG bringen Ärzt*innen ihr Wissen zur chronischen Erkrankung Adipositas auf den aktuellen Stand. Vermittelt wird ein kompakter Überblick über die Forschungslage und nichtmedikamentöse, medikamentöse und interventionelle Behandlungsmethoden. Die Lehrinhalte umfassen Aspekte aus Medizin, Ernährungs- und Bewegungstherapie und Psychologie.



Termin	Ort
27.04.2026 – 29.04.2026	online <i>Kurs für Diabetolog*innen</i>
28.09.2026 – 01.10.2026	online <i>Interprofessioneller Teamkurs für Ärzt*innen, Psycholog*innen, Sportwissenschaftler*innen, Ernährungswissenschaftler*innen, Ökotropholog*innen und Gesundheitsfachkräfte</i>
26.11.2026 – 28.11.2026	online <i>Kurs für Diabetolog*innen</i>

Diabetologie KOMPAKT

Das Fortbildungsangebot aus dem Bereich Fachexpertise der DDG Akademie vermittelt Ärzt*innen in kompakter Form die wichtigsten Neuerungen aus Praxisempfehlungen und Leitlinien (u. a. Nationale VersorgungsLeitlinie Typ-2-Diabetes). Mit der Teilnahme wird die jährliche Fortbildungsverpflichtung als anerkannte*r Diabetolog*in DDG vollumfänglich erfüllt.



Termin	Ort
09.05.2026	online <i>Kurs für Ärzt*innen</i>

FÜR GESUNDHEITSFACHKRÄFTE UND ANDERE BERUFSGRUPPEN

Diabetesedukation DDG

Die Weiterbildungen Diabetesassistent*in DDG und Diabetesberater*in DDG wurden harmonisiert und unter dem Begriff Diabetesedukation zusammengefasst. Die Qualifikationen wurden modularisiert und stellen damit eine zeitlich und räumlich flexibilisierte Weiterbildung für Menschen mit unterschiedlichen Bedürfnissen und Vorqualifikationen dar. Durch die Fortbildung Diabetescoach*in DDG haben Diabetesberater*innen DDG mit langjähriger Berufserfahrung nun die Möglichkeit, ihre Methodenkompetenz für die Beratung weiter auszubauen. Weitere Kurse ab 2027 finden Sie auf der Website.



Diabetesassistent*in DDG

Kurs-Nr.	Termin	Weiterbildungsstätte
RH 12	20.04.2026 – 21.08.2026	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine
JE 06	04.05.2026 – 27.11.2026	Diabeteszentrum Thüringen Jena
JE 06	04.05.2026 – 11.09.2026	Diabeteszentrum Thüringen Jena <i>Qualifizierung Assistenz in der Diabetologie LÄK</i> >>LETZTE PLÄTZE<<
BO 05	22.06.2026 – 23.10.2026	Augusta Akademie Bochum
LP 03	29.06.2026 – 27.11.2026	Diabeteszentrum Leipzig
RB 09	06.07.2026 – 20.11.2026	Katholische Akademie Regensburg
HH 03	24.08.2026 – 18.12.2026	Diabetes-Akademie Nord Hamburg
BMH 03	14.09.2026 – 22.01.2027	Diabetes Akademie Bad Mergentheim
RH 13	14.09.2026 – 22.01.2027	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine
BO 06	28.09.2026 – 08.01.2027	Augusta Akademie Bochum
RB 10	19.10.2026 – 22.01.2027	Katholische Akademie Regensburg
RH 14	02.11.2026 – 05.03.2027	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine
TR 03	09.11.2026 – 09.04.2027	Diabetes-Akademie Südostbayern Traunstein



Diabetesberater*in DDG

Kurs-Nr.	Termin	Weiterbildungsstätte
RH 12	20.04.2026 – 16.04.2027	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine >>LETZTE PLÄTZE<<
BO 05	22.06.2026 – 18.06.2027	Augusta Akademie Bochum
RB 09	06.07.2026 – 16.04.2027	Katholische Akademie Regensburg
BMH 03	14.09.2026 – 24.09.2027	Diabetes Akademie Bad Mergentheim
RH 13	14.09.2026 – 03.09.2027	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine
BO 06	28.09.2026 – 08.10.2027	Augusta Akademie Bochum
RB 10	19.10.2026 – 03.12.2027	Katholische Akademie Regensburg
RH 14	02.11.2026 – 29.10.2027	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine
TR 03	09.11.2026 – 14.01.2028	Diabetes-Akademie Südostbayern Traunstein



Aufbauqualifikation zur Diabetesberater*in DDG

Kurs-Nr.	Termin	Weiterbildungsstätte
RH 09	27.04.2026 – 27.11.2026	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine
JE 05	15.06.2026 – 22.01.2027	Diabeteszentrum Thüringen Jena
RB 08	15.06.2026 – 13.11.2026	Katholische Akademie Regensburg
RH 11	03.08.2026 – 19.02.2027	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine
BO 04	10.08.2026 – 29.01.2027	Augusta Akademie Bochum
RH 12	05.10.2026 – 16.04.2027	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine
BO 05	23.11.2026 – 18.06.2027	Augusta Akademie Bochum
RB 09	30.11.2026 – 16.04.2027	Katholische Akademie Regensburg



Nutzen Sie die Möglichkeiten der Weiterbildung für Gesundheitsfachkräfte!

- ➔ **Vorteil für Arbeitgeber:** Mit der Diabetesbildung DDG bilden Sie Ihre Mitarbeitenden für Klinik, Praxis und auch Reha-Einrichtungen aus.
- ➔ **Vorteil für Kursteilnehmende:** Das modulare Konzept gibt Ihnen die Möglichkeit, den Abschluss Diabetesassistent*in DDG auf dem Weg zur Diabetesberater*in zusätzlich zu erwerben.
- ➔ Sie interessieren sich für die Diabetesbildung und haben Fragen? Kommen Sie zur Infoveranstaltung **Fit für die Diabetesbildung** – Expert*innen stehen Rede und Antwort! Für nähere Informationen: QR-Code scannen oder Link nutzen.



www.ddg.info/diabetesbildung

NEU

Sie sind Diabetesberater*in DDG und möchten sich für Ihre Berufsgruppe engagieren? Bewerben Sie sich für das neue Mentoringprogramm der DDG

für Kurse der Diabetesbildung!
Informieren Sie sich bei Ihrer Weiterbildungsstätte oder in der DDG Geschäftsstelle und erwerben sie dafür Fortbildungspunkte des VDBD!



www.ddg.info/mentoring-programm-ddg

Kurs-Nr.	Termin	Weiterbildungsstätte
BMH 03	08.03.2027 – 24.09.2027	Diabetes Akademie Bad Mergentheim
BO 06	08.03.2027 – 08.10.2027	Augusta Akademie Bochum
RH 13	08.03.2027 – 03.09.2027	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine
TR 03	12.04.2027 – 14.01.2028	Diabetes-Akademie Südostbayern Traunstein
RH 14	19.04.2027 – 29.10.2027	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine
RB 10	31.05.2027 – 03.12.2027	Katholische Akademie Regensburg



Diabetescoach*in DDG

Kurs-Nr.	Termin	Weiterbildungsstätte
DC 05	17.06.2026 – 20.11.2026	Katholische Akademie Regensburg/ Diabetes Akademie Bad Mergentheim
DC 06	02.12.2026 – 04.06.2027	Katholische Akademie Regensburg/ Diabetes Akademie Bad Mergentheim



Fuß- und Wundassistent*in DDG

Ziel der Fortbildung ist es, Angehörige von Fachberufen im Gesundheitswesen mit abgeschlossener Ausbildung und Berufserfahrung für eine Assistententätigkeit auszubilden, in der sie unter Anleitung von Ärzt*innen Menschen mit Diabetischem Fußsyndrom professionell versorgen.

Kurs-Nr.	Termin	Weiterbildungsstätte
60	31.08.2026 – 09.09.2026	CID Centrum für integrierte Diabetesversorgung Köln
22	13.10.2026 – 21.10.2026	Katholische Akademie Regensburg
13	03.11.2026 – 11.11.2026	Diabetes Akademie Bad Mergentheim
28	11.11.2026 – 20.11.2026	Diabetes Zentrum Thüringen Jena



Adipositasberater*in DAG-DDG

Vermittelt wird ein kompakter Überblick über den Forschungsstand, nichtmedikamentöse, medikamentöse und interventionelle Methoden in der Adipositasbehandlung. Die Lehrinhalte umfassen Aspekte aus Medizin, Ernährungs- und Bewegungstherapie und Psychologie.

Termin	Weiterbildungsstätte
04.05.2026 – 13.05.2026	Katholische Akademie Regensburg und online
22.06.2026 – 01.07.2026	Katholische Akademie Regensburg und online
03.12.2026 – 09.12.2026	Katholische Akademie Regensburg und online
19.10.2026 – 23.10.2026	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine und online



Orthopädienschuhmacher*in DDG

Mit der Fortbildung speziell für die Schuhversorgung bei Menschen mit Diabetischem Fußsyndrom wurde ein neuer Standard für Qualität im Gesundheitshandwerk geschaffen. Im Kurs werden wissenschaftliche Erkenntnisse mit Expertise aus der Orthopädienschuhtechnik verbunden.

Kurs-Nr.	Termin	Weiterbildungsstätte
RB 02	11.05.2026 – 19.05.2026	Katholische Akademie Regensburg
FU 04	15.06.2026 – 24.06.2026	IETEC Akademie Fulda
RB 03	08.10.2026 – 16.10.2026	Katholische Akademie Regensburg
FU 05	16.11.2026 – 25.11.2026	IETEC Akademie Fulda



Diabetes & Pflege DDG

Die DDG bietet qualitativ hochwertige Fortbildungen für verschiedene Kompetenzlevel und verschiedene Pflegesettings. Pflegepersonal wird befähigt, die notwendigen Therapie- und Behandlungsstrategien in die Pflegeplanung einfließen zu lassen, den Pflegeprozess zu optimieren und nachhaltig zur Verbesserung der Lebensqualität der Patient*innen beizutragen.

Diabetesversierte Pflege DDG



Kurs-Nr.	Termin	Weiterbildungsstätte
02	23.04.2026	online
03	22.10.2026	online



Diabetes Pflegefachkraft DDG (Klinik)

Kurs-Nr.	Termin	Weiterbildungsstätte
DPFK Kurs 18	04.05.2026 – 26.06.2026	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine
DPFK Kurs 19	28.09.2026 – 30.10.2026	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine



Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG

Kurs-Nr.	Termin	Weiterbildungsstätte
BaQ BW 13	28.04.2026 – 29.04.2026	Asklepios Klinikum Bad Wildungen
BaQ BK 08	28.04.2026 – 29.04.2026	Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich
BaQ BW 15	16.06.2026 – 17.06.2026	Asklepios Klinikum Bad Wildungen
BaQ RB 14	23.09.2026 – 24.09.2026	Katholische Akademie Regensburg
BaQ BW 14	28.10.2026 – 29.10.2026	Asklepios Klinikum Bad Wildungen
BaQ BK 09	24.11.2026 – 25.11.2026	Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich

WEITERBILDUNGSSTÄTTEN

Vom Ostseestrand bis in die Alpen – die DDG Fort- und Weiterbildungsstätten bieten mit einem engagierten Team ein umfassendes Angebot. Weitere Informationen erhalten Sie auf den Websites der Einrichtungen. Hier finden Sie alle Einrichtungen, deren Angebote in dieser Ausgabe abgebildet sind.

Name und Angebote	Adresse und Kontaktdaten
Akademie der Stiftung Mathias-Spital Rheine Kurse Diabetesassistent*in DDG, Diabetesberater*in DDG (Aufbauqualifikation), Diabetes & Pflege, Fuß- und Wundassistentin DDG	Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine Ansprechpartnerin: Marion Pruß ☎ 05971/42-7319 ✉ info@afg-rheine.de 🌐 www.afg.mathias-stiftung.de
Augusta Akademie Diabetesassistent*in DDG, Diabetesberater*in DDG, Diabetesberater*in DDG (Aufbauqualifikation)	Dr.-C.-Otto-Straße 27, 44879 Bochum Ansprechpartnerin: Marie Grothe ☎ 0152/56458325 ✉ m.grothe@augusta-bochum.de ☎ 0234/5173 ✉ info@augusta-akademie.de 🌐 www.augusta-akademie.de
CID Centrum für integrierte Diabetesversorgung Fuß- und Wundassistent*in DDG	Luxemburger Straße 124 (3105), 50939 Köln Ansprechpartner: Dr. Gerald Engels ☎ 0221/9349461 ✉ schulung@cid-direct.de
Diabetes-Akademie Nord Kurse Diabetesassistent*in DDG	Mönckebergstraße 5, 20095 Hamburg Ansprechpartner: Vladimir Pogorelets ☎ 0175/8421669 ✉ info@diabetes-akademie-nord.de 🌐 www.diabetes-akademie-nord.de
Diabeteszentrum Thüringen e.V. Diabetesassistent*in DDG, Diabetesberater*in DDG, Fuß- und Wundassistent*in DDG	Am Klinikum 1, 07747 Jena Ansprechpartnerin: Dr. Nadine Zeise ☎ 03641/9324346 ✉ nadine.kuniss@med.uni-jena.de 🌐 www.diabetes-thueringen.de
Diabeteszentrum Leipzig e.V. Diabetesassistent*in DDG	Lütznener Straße 145, 04179 Leipzig Ansprechpartnerin: Carola Köhler ☎ 0163/2153519 ✉ diabeteszentrum.leipzig@web.de
IETEC-Akademie Orthopädienschuhmacher*in DDG	Bahnhofstraße 1, 36037 Fulda Ansprechpartnerin: Sarah Rieger ☎ 0175/2928537 ✉ sarah.rieger@ietec.de 🌐 ietec.de
Diabetes Akademie Bad Mergentheim Diabetesassistent*in DDG, Diabetesberater*in DDG, Diabetesberater*in DDG (Aufbauqualifikation), Fuß- und Wundassistent*in DDG	Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim Ansprechpartnerin: Kathrin Boehm, Simone Pschiebl ☎ 07931/594-165 ✉ info@diabetes-zentrum.de 🌐 www.diabetes-akademie.de
Katholische Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Diabetesassistent*in DDG, Diabetesberater*in DDG, Diabetesberater*in DDG (Aufbauqualifikation), Diabetescoach*in DDG, Fuß- und Wundassistent*in DDG, Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG, Orthopädienschuhmacher*in DDG	Ostengasse 27, 93047 Regensburg Ansprechpartnerin: Christiane von Lottner ☎ 0941/5696-22 ✉ c.vonlottner@katholischeakademie-regensburg.de 🌐 www.katholischeakademie-regensburg.de
Diabetes-Akademie Südostbayern Diabetesassistent*in DDG, Diabetesberater*in DDG, Diabetesberater*in DDG (Aufbauqualifikation)	An der Eiche 1, 83278 Traunstein Ansprechpartnerinnen: Isabell Baumgartner und Bettina Hafner-Masek ☎ 08663/3090713 ✉ info@diabetes-akademie.net 🌐 diabetes-akademie.net

Die DDG Job- und Praxenbörse

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



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

Ihre Ansprechpartnerin in der DDG Geschäftsstelle ist:
Anna Schäfer
E-Mail: service@ddg.info

STELLENANGEBOTE

ÄRZT*INNEN

direkt zu allen Anzeigen für Ärzt*innen



Bad Nenndorf, 04.03.2026

Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: MVZ Wittum + Eriksen
- Adresse: Hauptstraße 11, 31542 Bad Nenndorf
- Ansprechpartnerin: Anja Friedrich, karriere@wittum-eriksen.de
- Website: www.wittum-eriksen.de

Hann. Münden, 15.02.2026

Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 13.04.2026
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetologie Hann. Münden
- Adresse: Vogelsang 105, 34346 Hann. Münden
- Ansprechpartner: Dr. med. Martin Hirschler, 05541/996506, dochirschler@icloud.com
- Website: www.diabetologie-hann-muenden.de

Hamel, 10.02.2026

Diabetolog*in DDG LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabeteszentrum L1
- Adresse: Lohstraße 1, 31785 Hameln
- Ansprechpartner: Dr. med. Michael Momma, m.momma@diabeteszentrum-l1.de
- Website: www.diabeteszentrum-l1.de

Günzburg, 26.01.2026

Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: MVZ Die Internisten Güzburg
- Adresse: Lindenallee 4, 89312 Günzburg
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Cordula Schropp, 08221/967800, praxismanagement@internist-gz.de
- Website: www.mvz-gz.de

Oldenburg, 20.01.2026

Pädiater*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Klinikum Oldenburg AöR
- Adresse: Rahel-Straus-Straße 10, 26133 Oldenburg
- Ansprechpartner: Axel Heep, heep.axel@klinikum-oldenburg.de
- Website: www.klinikum-oldenburg.de/karriere/jobs/stellenbeschreibung/fachaerztin-facharzt-wmd-fuer-kinder-und-jugendmedizin-diabetologie-und-endokrinologie

Hamburg, 12.01.2026

Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabeteszentrum Dr. Jung
- Adresse: Möllner Landstraße 8, 22111 Hamburg
- Ansprechpartnerin: Claudia Jung, 0160/3664627, Claudia@familie-jung.eu
- Website: www.diabetologie-hamburg.de



Mehr Jobs, mehr Auswahl, mehr berufliche Perspektiven

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

GESUNDHEITSFACHKRÄFTE

direkt zu allen Anzeigen für Gesundheitsfachkräfte



Berlin, 03.03.2026

MFA (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.07.2026
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetesschwerpunktpraxis diab-doc
- Adresse: Wederstraße 85, 12347 Berlin
- Ansprechpartnerin: Dr. Nasila Nouniaz-Wirbelauer, 030/627 30 401, info@diab-doc.de
- Website: www.diab-doc.de

Illertissen, 25.02.2026

Diabetesassistent*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: ENDODIABETIKUM
- Adresse: Krankenhausstraße 7, 89257 Illertissen
- Ansprechpartnerin: PD Dr. med. Dorothee Baur, info@endodiabetikum.de

Ingelheim, 18.02.2026

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: befristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Dres. Himmelsbach/Altes
- Adresse: Carolinenstraße 6, 55218 Ingelheim
- Ansprechpartner: Dr. med. Frido Himmelsbach, 0152/28864159, himmelsbach@dialyse-ingelheim.de
- Website: www.himmelsbach-altes.de

Deggendorf, 05.02.2026

MFA (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Internistische Gemeinschaftspraxis am Pflögator
- Adresse: Pflögasse 31, 94469 Deggendorf
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Anja Santner, 0991/383 1330, anja.santner@gmail.com
- Website: www.praxisampfliegator.de

Deggendorf, 05.02.2026

Wundassistent*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit

- Veröffentlicht von: Internistische Gemeinschaftspraxis am Pflögator
- Adresse: Pflögasse 31, 94469 Deggendorf
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Anja Santner, 0991 383 1330, anja.santner@gmail.com
- Website: www.praxisampfliegator.de

Horb am Neckar, 05.02.2026

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.05.2026
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis Urs Kiefner – Schwerpunktpraxis Diabetologie
- Adresse: Burgstall 9, 72160 Horb am Neckar
- Ansprechpartner: Urs Kiefner, 07451/6279112, u.kiefner@praxis-kiefner.de
- Website: www.praxis-kiefner.de

Bergisch Gladbach, 26.01.2026

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis Diabetes Bensberg
- Adresse: Kölner Straße 19-21, 51429 Bergisch Gladbach
- Ansprechpartner: Markus Spangenberg, bewerbung@diabetes-bensberg.de
- Website: www.diabetes-bensberg.de

Aachen, 22.01.2026

MFA (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetische Schwerpunktpraxis Meißner, Dr. Wolter
- Adresse: Viehhofstraße 43, 52066 Aachen
- Ansprechpartnerin: Gabriele Jansen, 0241/5591346, praxis-meissner@diabetes-ac.de
- Website: www.diabetes-meissner.de

Herford, 11.01.2026

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.04.2026
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis Schiergott
- Ansprechpartner*in: praxis-leipzigerstrasse-magdeburg@web.de
- Website: praxis-schiergott.de

Frankfurt, 09.01.2026

Diabetesassistent*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. Hönig
- Adresse: Düsseldorfer Str. 15-17, 60329 Frankfurt
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Angela Hönig, 0174/3307106, info@diabetespraxis-hoenig.de
- Website: www.diabetespraxis-hoenig.de

Direkt zu allen Stellenangeboten



Mannheim, 08.01.2026

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Endokrinol. Gemeinschaftspraxis
- Adresse: Kurfürstenpassage P7, 24, 68161 Mannheim
- Ansprechpartnerin: Diana Sommer, 0621/1250-8679, bewerbung@endokrima.de
- Website: www.endokrima.de

Zetel, 07.01.2026

Auszubildende*r (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. med. Monica Codausi
- Adresse: Bohlenberger Straße 10, 26340 Zetel
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Monica Codausi, 0178/3047682, monica.codausi@gmail.com

Darmstadt, 07.01.2026

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.05.2026
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetologische Schwerpunktpraxis Langer/Lisowski/Worms
- Adresse: Rheinstraße 7-9, 64283 Darmstadt
- Ansprechpartner: Dr. med. Rafael Lisowski, lisowski@diab-da.de
- Website: www.diab-da.de

STELLENGESUCHE

Gröbenzell, 27.01.2026

Diabetolog*in DDG

- Berufsgruppe: Ärztliches Personal
- Einsatzort: Fürstenfeldbruck, Dachau, München
- Arbeitsbeginn: 17.08.2026
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Ansprechpartner*in: doktor_herzog@yahoo.de

Quierschied, 10.01.2026

Diabetesberaterin DDG

- Berufsgruppe: Diabetesberaterin DDG, Dipl.-Oecotrophologin
- Einsatzort: Saarbrücken und Umgebung
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Ansprechpartner*in: an.schmitt.an@t-online.de

Düsseldorf, 11.01.2026

Diabetesassistent*in DDG

- Einsatzort: Magdeburg - Praxis Schiergott
- Arbeitsbeginn: 01.10.2026
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Ansprechpartner*in: arrt@gmx.de

Direkt zu allen Stellengesuchen



NACHFOLGEGESUCHE

Augsburg, 24.02.2026

Diabetologisch-nephrologische Schwerpunktpraxis/Hausärztlicher Internist

- Praxisbezeichnung: Diabetologisch-nephrologische Schwerpunktpraxis
- Adresse: Vinzenz-von-Paul-Platz 1, 86152 Augsburg
- Ansprechpartner: Dr. med. Joachim Weckermann, 0173/9733141, Weckermannjoachim@yahoo.de

Direkt zu allen Nachfollegesuchen

**DDG – SOCIAL MEDIA**

Vernetzen Sie sich auf Facebook, Instagram, YouTube und LinkedIn.



Fotos: icons gate – stock.adobe.com

Einladung zur DDG Mitgliederversammlung

DDG Deutsche Diabetes Gesellschaft

Sehr geehrte DDG Mitglieder,

wir möchten Sie ganz herzlich zur ordentlichen DDG Mitgliederversammlung einladen, die am **15. Mai 2026 von 8:00 – 10:00 Uhr** als reine Präsenzveranstaltung im Rahmen des **Diabetes Kongresses im CityCube Berlin** stattfinden wird.

Tagesordnung

- Begrüßung und Totengedenken
- Genehmigung der Tagesordnung
- Genehmigung des Protokolls der letzten Mitgliederversammlung vom 30.05.2025
- Bericht der Präsidentin
- Verleihung der Ehrenmitgliedschaften
- Bericht des Schatzmeisters
- Bericht der Kassenprüfer
- Beschluss über die Entlastung des Vorstands
- Beschluss über den vom Vorstand vorgelegten Haushaltsplan 2027
- Wahl Präsident*in für den Diabetes Kongress 2028
- Wahl Präsident*in der Diabetes Herbsttagung 2028
- Wahl der Kassenprüfer*innen für die Jahre 2027/28
- Bericht diabetesDE
- Einladung zur Diabetes Herbsttagung 13.–14.11.2026 in Dresden (Prof. Dr. Reger-Tan / Dr. Schlüter)
- Einladung zum Diabetes Kongress 05.–08.05.2027 in Berlin (Univ. Prof. Dr. Robert Wagner)

Die Tagesordnung, alle Entscheidungsvorlagen sowie den Haushaltsplan finden Sie fristgerecht drei Wochen vor der Mitgliederversammlung im geschützten Mitgliederbereich auf der DDG Homepage. Für Rückfragen zu Ihren Zugangsdaten wenden Sie sich gern an die DDG Geschäftsstelle unter **mitglieder@ddg.info**

Herzliche Grüße
Prof. Dr. Julia Szendrödi



BUNTES

Eine unendliche Geschichte?

Der lange (und noch andauernde) Kampf um Diabetesprävention

BERLIN. Schon seit vielen Jahren kämpfen DDG und DANK für die Einführung einer „Zuckersteuer“ auf gesüßte Getränke, auch die Mehrwertsteuer auf Lebensmittel war immer wieder ein Thema. Die dz berichtete ab Ausgabe 1 darüber – eine Auswahl.

Schon in der allerersten Ausgabe der diabeteszeitung im April 2016 wurde ausführlich berichtet: Beim Jahresempfang der DDG sprach sich Professor Dr. jur. EDGAR FRANKE (SPD), damals Vorsitzender des Gesundheitsausschusses im Bundestag, für ein Verbot von an Kinder gerichteter Fernsehwerbung für ungesunde Lebensmittel und für einen höheren Mehrwertsteuersatz für ungesunde Lebensmittel aus.

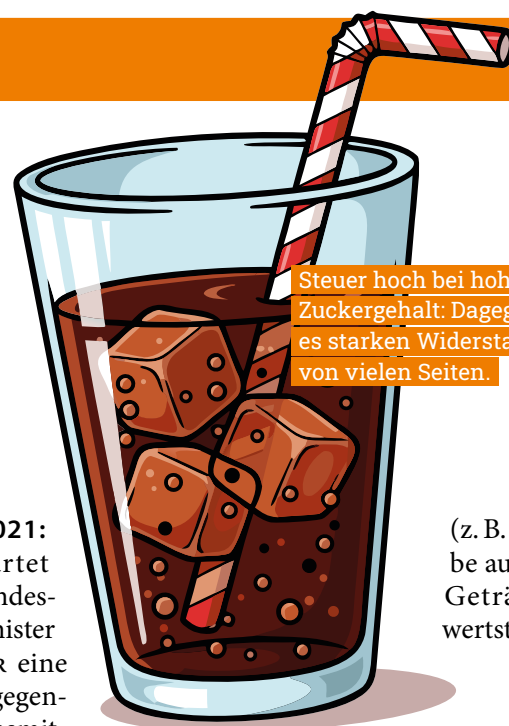
Der CDU-Politiker MICHAEL HENNRICH, ebenfalls Mitglied im Gesundheitsausschuss, plädierte hingegen für Eigenverantwortlichkeit und sagte: „Wir müssen aufpassen, dass wir den Menschen nicht jede Lebensfreude vergällen.“ Und die DDG forderte damals schon eine Zucker-Fett-Steuer. Wie ging es weiter – und wo stehen wir heute?

- **Juli 2017:** Das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) hat einen Entwurf zur Reduktion von Zucker, Fetten und Salz in Fertigprodukten vorgelegt. Die DDG bemängelt das Fehlen verbindlicher Regeln.
- **Februar 2018:** Die Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK) begrüßt die Absicht der künftigen Bundesregierung aus CDU/CSU und SPD, die „Prävention in allen Lebensbereichen deutlich zu stärken“. Noch in diesem Jahr soll ein Konzept für eine „Nationale

Reduktionsstrategie für Zucker, Fett und Salz (...) mit verbindlichen Zielmarken und einem verbindlichen Zeitplan“ erarbeitet werden, heißt es im Koalitionsvertrag.

- **September 2019:** Bisher gibt es keine Fortschritte in der politischen Umsetzung einer „Nationalen Diabetesstrategie“. Im internationalen Vergleich hinkt Deutschland hinterher: Mehr als drei Viertel der OECD-Länder haben bereits eine nationale Diabetesstrategie oder einen Aktionsplan zu Diabetes.
- **Juli 2020:** Die Nationale Diabetesstrategie wird verabschiedet, DANK kritisiert die Inhalte zur Prävention aber als unzureichend. U. a. bleibt die Zuckerreduktion in Softdrinks unklar. Einmal mehr fordert DANK die höhere Besteuerung ungesunder Produkte bei gleichzeitiger Entlastung gesunder Produkte.
- **April 2021:** Der Runde Tisch des BMEL, zu dem auch Vertreter*innen der DDG und des DZD eingeladen worden sind, endet ohne Ergebnisse. DDG und DZD bedauern den offenen Ausgang und weisen darauf hin, wie wichtig es sei, z. B. die Werbung ungesunder Lebensmittel an Kinder nicht nur zaghaft zu regulieren, wie jüngst vom BMEL mit dem Zentralverband der Deutschen Wirtschaft (ZAW) vereinbart, sondern diese Art Werbung zu verbieten.

- **Dezember 2021:** DANK erwartet vom neuen Bundesernährungsminister CEM ÖZDEMİR eine „klare Kante“ gegenüber der Lebensmittel-Lobby. Der Einfluss der Lebensmittelwirtschaft auf die Ausgestaltung der laut Koalitionsvertrag geplanten Ernährungsstrategie solle von Beginn an begrenzt werden.
- **November 2022:** TV-Koch JAMIE OLIVER appelliert gemeinsam mit einem Bündnis aus etwa 40 Organisationen, darunter DDG und DANK, an die Ampel-Koalition, Kinder und Jugendliche vor Werbung für Lebensmittel mit viel Zucker, Fett oder Salz zu schützen.
- **April 2023:** DANK kritisiert die aktuelle Kampagne der Bundesvereinigung der Ernährungsindustrie (BVE) gegen eine Beschränkung der Lebensmittelwerbung als „irreführend auf allen Ebenen“. Die Ernährungsindustrie bediene sich der Strategien der Tabak-Lobby.
- **Juni 2024:** Ein breites Bündnis aus Organisationen – darunter DANK und DDG – appelliert in einem offenen Brief an Bundeskanzler OLAF SCHOLZ, das Gesetz zur Beschränkung von Werbung für ungesunde Lebensmittel, die sich an Kinder und Jugendliche richtet (KLWG), noch vor der Sommerpause umzusetzen.
- **Mai 2025:** Am Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung aus CDU/CSU und SPD kritisiert DANK, dass zentrale präventive Hebel



(z. B. Herstellerabgabe auf zuckergesüßte Getränke, Mehrwertsteuerbefreiung gesunder Lebensmittel, eine tägliche Stunde

Bewegung in Kita und Schule, verpflichtende Umsetzung der DGE-Qualitätsstandards für Schulverpflegung und verbindliche Werbebeschränkungen für Lebensmittel mit zu viel Zucker, Fett und Salz, wenn die Werbung sich an Kinder richtet) im Koalitionsvertrag nicht erwähnt werden.

- **Januar 2026:** Zur Grünen Woche appelliert DANK erneut an die Politik, die wirksame Prävention von nicht-übertragbaren Krankheiten nicht zu verschleppen. 2026 müsse das „Jahr der Prävention“ werden. DANK begrüßt besonders die jüngste Initiative der CDU in Schleswig-Holstein zur Einführung einer Herstellerabgabe auf zuckergesüßte Getränke. Auch Simone Borchardt, gesundheitspolitische Sprecherin der CDU-Bundestagsfraktion, schließt eine Zuckersteuer für mehr Prävention nicht aus.
- **März 2026:** Bundestagsabgeordnete verschiedener Parteien sprechen sich für die Zuckersteuer aus (s. S. 8/9). Bundesgesundheitsministerin NINA WARKEN scheint noch nicht eindeutig entschieden zu sein. *nf*

Quelle: diabeteszeitung ab 2016, Pressemitteilungen der DDG ab 2017



+++ Die nächste Ausgabe der diabeteszeitung erscheint am 3. Juni +++