# diabetes zeitung

Herausgegeben von der
Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)

10. Jahrgang · Nr. 3 · 7820 · 21. Mai 2025


# Koalitionsvertrag: von Diabetes kein Wort

## Parteien sind sich einig, sind beim Diabetes aber planlos

Fotos: stockvector – stock.adobe.com, iconicbestiary – stock.adobe.com

**BERLIN.** Wie bewerten DDG, BVND, VDBD und diabetesDE den Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD?

„Im gesamten Koalitionsvertrag findet sich kein einziges Mal der Begriff ‚Diabetes' – das ist angesichts von 9 Millionen betroffenen Menschen in Deutschland und jährlich rund 500.000 Neuerkrankungen ein fatales Versäumnis", kommentiert DDG Präsident Professor Dr. Andreas Fritsche das Regierungsprogramm. Positiv bewertet die DDG, dass eine Weiterentwicklung der Leistungsgruppen im stationären Bereich angekündigt wurde. Ansonsten aber sind Nachbesserungen nötig, sagen die vier Verbände. Sie fordern eine Präventionsstrategie, die Verankerung verhältnispräventiver Maßnahmen, die Stärkung von allen Fachberufen in Versorgung und Prävention und eine gesicherte Finanzierung der ambulanten und stationären Versorgung – kurz: einen klaren Fahrplan für die Diabetesversorgung. 4

## Licht im Nebel der Daten-Wolke

**MÜNCHEN.** Patientendaten in ein Cloud-System hochladen: Ist das rechtlich zulässig oder muss die Einwilligung des Betroffenen eingeholt werden? Rechtsanwalt Dr. jur. Thorsten Thaysen verweist auf eine Entscheidung des Hessischen Datenschutzbeauftragten zum Behandlungs- und Auftragsverarbeitungsvertrag und erklärt den Sachverhalt. 18

# »Mut, Neues auszuprobieren«

## Diabetes Kongress 2025: der Kongresspräsident im Interview

**ULM.** „Neue Dimensionen der Diabetologie" – das ist das Motto des 59. Diabetes Kongresses. Lust auf Neues hat und macht Kongresspräsident Professor Dr. Martin Heni. Er hat gemeinsam mit dem Programmkomitee und den beiden Kongresssekretärinnen das Programm gestaltet und z. B. das Konzept der „Battles of the Experts" weiterentwickelt. Es soll kontrovers diskutiert werden, z. B. über eine adjuvante medikamentöse Therapie bei Typ-1-Diabetes und den Nutzen von Präzisionsdiabetologie. Außerdem werden der interdisziplinäre Ansatz gelebt und internationale Partner verstärkt einbezogen.
Austausch und die Erfahrung eines Gemeinschaftsgefühls stehen für Prof. Heni im Vordergrund – und dieser Wunsch: „Ich hoffe, was wir aus dem Kongress mitnehmen, sind neue Ideen und der Mut, Neues im eigenen Wirkungsbereich auszuprobieren." Im Interview gibt er zudem Einblick in seine eigene Forschung zur Regulation von Stoffwechselprozessen durch das Gehirn. 14

## Funktionelle Heilung in Sicht?

**DRESDEN.** Inzwischen gibt es verschiedene Ansätze des Betazellersatzes bei Typ-1-Diabetes. Wie weit die Forschung auf den unterschiedlichen Wegen schon ist und welche Risiken es unter Umständen gibt, erklärt Professor Dr. Barbara Ludwig im Interview. Natürlich auch ein Thema: die Transplantation von Inselzellen aus eigenen Stammzellen in China. 17

MedTriX Group

# Digitales DMP auf dem Weg

## DDG und BVND nehmen Stellung zur Richtlinie des G-BA

**BERLIN.** Zu den digitalen DMP (dDMP) hat der G-BA eine Anforderungen-Richtlinie beschlossen, die u. a. vorsieht: digitales Terminmanagement, TI-Dienste „Kommunikation im Medizinwesen" und „TI-Messenger", Videokonsultationen, Nutzung der ePA z. B. auch für den Medikationsplan. DDG und BVND haben dazu Stellung genommen und Ergänzungen formuliert, die z. B. den Zugriff auf Daten in der ePA, die digitale Einschreibung, telemedizinische Leistungen und deren Vergütung, die personelle Ausstattung von Praxen und Kliniken und die Integration von DiGA betreffen. Mit der Einführung von dDMP wird frühestens ab 2026 gerechnet. 5

Foto: Planzer AG

## Rollt: Aufklärung auf Rädern

**STEINMAUR/TÜBINGEN.** Seit 2021 rollt ein Truck mit den wichtigsten Diabetes-Warnzeichen durch Deutschland mit dem Ziel, aufzuklären und eine Ketoazidose vor allem bei Kindern zu verhindern. Daran beteiligt ist auch die DDG. Das zeigt Wirkung – u. a. bei einer Schweizerin, deren Enkel Typ-1-Diabetes hat und die nun auch in der Schweiz eine Spedition fand, die einen Truck umgestaltet hat. Das Ergebnis beeindruckt … 6

Adressfeld

Seite 20 **Über 40 Jahre Inkretinforschung**

**BOCHUM.** Professor Dr. Michael Nauck war fast von Anfang an dabei und gibt einen interessanten Einblick in die Forschung an GIP und GLP1 und die Entwicklung von GLP1-RA.

Jetzt schon das Programm planen!
DIABETES KONGRESS 2025 DDG
28.–31. Mai 2025
Tipps für Ihre Programmplanung und zwei Interviews stimmen auf den Kongress ein – auf den Seiten 12 bis 16.
www.diabeteskongress.de

Seite 23 **Gutes Milieu für Wundheilung schaffen**

**CHAPEL HILL.** Bei Diabetes kann das Stoffwechselmilieu bei Infektionen das Wachstum von Bakterien und Antibiotikaresistenzen begünstigen. Studienreferat mit begleitendem Interview.

INHALT


**News & Fakten**
Diabetes fällt im Koalitionsvertrag durchs Raster – Verbände appellieren an die Regierung; DANK vermisst Maßnahmen gegen nichtübertragbarer Krankheiten; G-BA bahnt Weg für digitales DMP; Diabetes-Aufklärung auf der Straße nun auch in der Schweiz; 40 Jahre KORA-Studie; Verordnungsmöglichkeiten von Lipidsenkern erweitert; Interview mit Dr. Martina Plaumann (Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit); Meldungen „DDG macht Politik"; Neues aus der Diabetesforschung .... 4–10

**Kongress aktuell**
Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie: „Hypomap"; Diabetes Kongress 2025: Highlight-Symposien und Workshops, Interview mit VdK-Präsidentin Verena Bentele, Rahmenprogramm, „Präventionskompass" mit Hinweisen der AG Prävention; Diabetes Herbsttagung: Praxis-Digitalisierung .. 11–13, 16, 22

**Das Interview**
Kongresspräsident Professor Dr. Martin Heni: „Den Mut haben, Neues auszuprobieren" ..... 14

**Im Blickpunkt**
Stammzelltherapie bei Typ-1-Diabetes: Interview mit Professor Dr. Barbara Ludwig; Patientendaten in der Cloud: Datenschutz; Rückblick auf 40 Jahre Inkretinforschung mit Professor Dr. Michael Nauck; Zertifiziertes Zentrum: St. Rochus Hospital Castrop-Rauxel; KI-Thesenpapier der BÄK ..... 17–20, 27

**Forum Literatur**
Hyperglykämie begünstigt Antibiotikaresistenzen, inkl. Interview mit Professor Dr. Baptist Gallwitz .... 23

**Medizin & Markt**
Berichte aus der Industrie ..... 24

**Kurznachrichten**
Neu- oder rezertifizierte Arztpraxen, neue Diabetologinnen und Diabetologen, DDG Mediepreis ..... 26

**Weiterbildung & Qualifikation**
Diabetesedukation DDG (Diabetesberater*in DDG, Diabetesassistent*in DDG); Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG; Diabetespflegefachkraft DDG (Langzeit und Klinik); Fuß- und Wundassistent*in DDG; Diabetescoach DDG; Adipositasberater*in DAG-DDG; Orthopädieschuhmacher*in DDG, Seminare Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung in der Diabetologie, Fachpsycholog*in DDG ..... 28–29

**Job- & Praxenbörse**
Stellenangebote ..... 30–31

**Buntes** ..... 32


# »Wir haben einen klaren Fahrplan«

## Appell von DDG, BVND und VDBD an die neue Bundesregierung

Liebe Leserinnen und Leser,

die Diabetologie ist ein äußerst vielfältiges Fach – das hat sich mir in den zwei Jahren als Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft immer wieder neu gezeigt. Diese Vielfalt spiegelt die **diabetes zeitung** wider, mit Einblicken in das Leben von Menschen mit Diabetes ebenso wie mit Berichten aus der wissenschaftlichen und praktischen diabetologischen Arbeit. Klar ist: Es bleibt spannend, wie sich auch in dieser Ausgabe zeigt.

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

### »Kein Wort von Diabetes im Koalitionsvertrag«

Obwohl neun Millionen Menschen in Deutschland von dieser Erkrankung betroffen sind, wird der Diabetes im Koalitionsvertrag nicht einmal erwähnt. Zwar wurde angekündigt, die Leistungsgruppen im stationären Bereich weiterzuentwickeln – das lässt hoffen. Aber leider fehlen klare Aussagen zur Diabetesversorgung, auch eine Perspektive für die Bereiche Prävention, Versorgungssicherheit und Anerkennung von Gesundheitsfachberufen findet sich nicht. Wie DDG, BVND, VDBD und diabetesDE den Vertrag einschätzen und warum sie einen klaren Diabetes-Fahrplan fordern, lesen Sie auf Seite 4.

### »Diabetes Kongress 2025 mit neuen Dimensionen«

Wie es in der Diabetologie weitergeht, wird natürlich auch während des Diabetes Kongresses diskutiert werden. Was Sie erwartet, welche neuen Dimensionen in der Diabetologie es gibt und warum der Mut, Neues auszuprobieren, so wichtig ist, schildert Kongresspräsident Professor Dr. Martin Heni im Interview. Außerdem gibt es Hinweise auf Highlight-Symposien und das Rahmenprogramm – auf den Seiten 12 bis 16.

### »Truck-Projekt macht Schule«

Seit 2021 ist in Deutschland ein Silotruck, bedruckt mit den vier Warnzeichen des Typ-1-Diabetes, unterwegs und erhöht so im Vorbeifahren die Chancen zur Früherkennung. Dieses Projekt macht nun Schule und hat eine Schweizer Spedition inspiriert, ebenfalls einen ihrer Lastwagen entsprechend zu gestalten. Mehr über die Erfolgsgeschichte erfahren Sie auf Seite 6.

### »Insulin kann Heilung unterstützen«

Eine neue Studie zeigt, dass Hyperglykämie Antibiotikaresistenzen begünstigt. Warum das so ist und welche Konsequenzen daraus zu ziehen sind, lesen Sie im Studienreferat und im Interview mit Professor Dr. Baptist Gallwitz auf Seite 23.

Liebe Leserinnen und Leser,
dies ist mein letztes Editorial für die **diabetes zeitung**. Ab Ausgabe 4 wird Professor Dr. Julia Szendrödi, meine Nachfolgerin im Präsidentenamt der Deutschen Diabetes Gesellschaft, diese Aufgabe übernehmen. Es war mir eine große Freude, Sie durch die vergangenen Ausgaben zu begleiten und Ihnen hier und da Denkanstöße geben zu können. Natürlich bleiben wir weiterhin in Kontakt – und so freue ich mich schon sehr auf den persönlichen Austausch beim Diabetes Kongress in Berlin.

Ganz herzlich Ihr

*Prof. Dr. Andreas Fritsche*


diabeteszeitung

© 2025, MedTriX GmbH
Alleiniger Gesellschafter: Süddeutscher Verlag Hüthig Fachinformationen GmbH, München

**Verlag:** MedTriX GmbH

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

**CEO:** Oliver Kramer

**Geschäftsführung:** Stephan Kröck, Markus Zobel

**Gesamtredaktionsleitung Deutschland:** Günter Nuber

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

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

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

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

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

**Corporate Publishing:** Lena Feil

**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. Dirk Müller-Wieland, Prof. Dr. Michael Nauck, Prof. Dr. Andreas Neu, Prof. Dr. Annette Schürmann, Prof. Dr. Erhard Siegel, Prof. Dr. Thomas Skurk, Prof. Dr. Julia Szendrödi, Dr. Tobias Wiesner

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

**Koordination in der DDG Geschäftsstelle:** Franziska Fey

**Produktionsleitung Deutschland:** Ninette Grabinger
**Teamleitung Layout:** Andrea Schmuck
**Layout:** 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, Telefon: 0611 9746-121,
**Anzeigen:**
Julia Paulus, Telefon: 0611 9746-123
Telefax: 0611 9746 480-112
E-Mail: mtd-anzeigen@medtrix.group
Anzeigen-Preisliste Nr. 10 vom 1.1.2025

**Teamleitung Vertrieb:** Birgit Höflmair
**Vertrieb und Abonnentenservice:**
E-Mail: mtd-aboservice@medtrix.group
**Druck:** Vogel Druck und Medienservice GmbH & Co. KG
Leibnizstraße 5, D-97204 Höchberg
**Bezugsbedingungen:**
Jahresabonnement € 47, Studenten € 36,50
(inkl. Porto und MwSt., Ausland zuzüglich Porto)
Konto: HVB / UniCredit Bank AG
IBAN: DE12 7002 0270 0015 7644 62, BIC: 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.

www.blauer-engel.de/uz195
Dieses Druckerzeugnis wurde mit dem Blauen Engel ausgezeichnet
QB5

# *Das Wocheninsulin Awiqli®*

## kann einen Adhärenzvorteil ohne tägliches Neuinjizieren bieten.

***DOSISSICHERHEIT ÜBER DIE GESAMTE WOCHE:***

Einfach immer am gleichen Wochentag, innerhalb von 24 Stunden injizieren.
**Bei Typ 2 Diabetes verpasste Injektion innerhalb von 3 Tagen nachholen[1]**

**Hier mehr zur Therapieadhärenz erfahren.**

DE25AWQ00059

**Referenzen**
**1** Fachinformation Awiqli®, aktueller Stand.

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

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

novo nordisk®

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

# Diabetes fällt im Koalitionsvertrag durchs Raster

## Verbände appellieren an Regierung, mehr für Versorgung und Prävention zu tun

**BERLIN.** Die im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD angekündigten strukturellen Reformen in der Gesundheitsversorgung werden von DDG, diabetesDE, BVND und VDBD begrüßt. Die vier Verbände vermissen jedoch klare Aussagen zur Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus.

Die neue Bundesregierung lässt eine strategische Perspektive vermissen – insbesondere im Bereich Gesundheitsprävention, Versorgungssicherheit und Anerkennung von Gesundheitsfachberufen. Das beklagen DDG, diabetesDE, BVND und VDBD in einer Pressemitteilung. „Im gesamten Koalitionsvertrag findet sich kein einziges Mal der Begriff ‚Diabetes'. Das ist angesichts von neun Millionen betroffenen Menschen in Deutschland und jährlich rund 500.000 Neuerkrankungen ein fatales Versäumnis", moniert DDG Präsident Professor Dr. Andreas Fritsche.

Positiv bewertet die DDG die angekündigte Weiterentwicklung der Leistungsgruppen im stationären Bereich. „Unsere Vorschläge zur Anpassung der Leistungsgruppe 2 für komplexe Diabetologie und Endokrinologie wurden im zuständigen Ausschuss zur Kenntnis genommen. Das stimmt vorsichtig optimistisch", erklärt Prof. Fritsche.

Dennoch überwiegt die Sorge, dass die Versorgung chronisch kranker Menschen weiter unter Druck gerät. „Der Koalitionsvertrag verspricht Sonderregelungen nur für wenige spezialisierte Kliniken. Wir brauchen aber eine flächendeckende Sicherung der qualitativ hochwertigen Versorgung – mit strukturierten Angeboten, zertifiziertem Personal und einer soliden Finanzierung." Das gelte besonders für ländliche Regionen. Mindestens die DDG zertifizierten Abteilungen mit ihrem Fachpersonal sollten erhalten bleiben.

> »Wir brauchen sektorenübergreifende Versorgungsmodelle«

### Kein Wort zur Nationalen Diabetesstrategie

Dr. Jens Kröger, Vorstandsvorsitzender von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe, begrüßt die Ankündigung, die Rahmenbedingungen für Videosprechstunden, Telemonitoring und Telepharmazie zu verbessern. Doch auch er kritisiert: „Weder eine Nationale Diabetesstrategie noch konkrete Maßnahmen zur Prävention dieser chronischen Erkrankung finden sich im Regierungsvorhaben von CDU/CSU und SPD."

Toralf Schwarz, Vorsitzender des Bundesverbands Niedergelassener Diabetologen (BVND), warnt: „Die Verlagerung von stationärer in die ambulante Versorgung kann nicht die Lösung aller Probleme sein. Wir brauchen sektorenübergreifende Versorgungsmodelle – und deren Finanzierung muss gesichert sein." Kritisch bewertet er das angekündigte Primärarztsystem: „Wenn es klare Schnittstellen gibt, kann das funktionieren. Aber ob dadurch Wartezeiten verkürzt oder Kosten gespart werden, ist fraglich. Pauschalen für einfache Fälle können helfen, Ressourcen für Menschen mit komplexen Krankheitsbildern wie Diabetes frei zu machen. Aber diese Mittel müssen gezielt eingesetzt werden."

Kathrin Boehm, Vorsitzende des Verbands der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland (VDBD), zeigt sich enttäuscht über die unklare Rolle der Gesundheitsfachberufe im Koalitionsvertrag: „Die angekündigte Stärkung der Gesundheitsfachberufe ist wichtig – doch wir vermissen die gezielte Einbindung der Diabetesberatungsberufe. Diese müssen endlich in der Leistungsgruppe 2 der Krankenhausreform abgebildet werden."

Unumgänglich sei, das Fachpersonal, das nicht direkt aus der Pflege komme und seine Kompetenzen durch Weiterbildungen innerhalb des DQR-Anerkennungsverfahrens erworben habe, im Finanzierungskatalog der Reform zu berücksichtigen. Das betreffe rund die Hälfte aller Diabetesberater*innen und -assistent*innen. Würden diese Fachkräfte durch das Raster fallen, stünde Menschen mit Diabetes ein massives Versorgungsproblem bevor.

> »Was jetzt zählt, ist die Umsetzung mit klarem Fahrplan«

### Mehr interprofessionelle Zusammenarbeit

„Statt eines Primärarztsystems brauchen wir ein Primärversorgungssystem, das im Sinne einer interprofessionellen Zusammenarbeit Gesundheitsfachberufe mit Kompetenzübertragungen und Verantwortlichkeiten sowie Telemedizin strukturell und finanziell einbindet", so Boehm. Vereinfachung sei gut. Aber sie dürfe nicht dazu führen, dass komplexe Versorgungslagen durch ungeeignete Steuerungsinstrumente verschlechtert werden.

Die vier Verbände appellieren an die neue Bundesregierung, die Versorgung von Menschen mit Diabetes sowie die gesundheitliche Prävention konsequent in den Fokus zu rücken. „Die politische Weichenstellung für die kommenden vier Jahre darf die Realität der chronisch Kranken nicht ignorieren", so Schwarz.

Besonders kritisch sehen die Verbände, dass Verhältnisprävention im Koalitionsvertrag keine Rolle spielt. „Wir vermissen verpflichtende Regelungen wie Werbebeschränkungen für ungesunde Lebensmittel, eine Herstellerabgabe auf zuckergesüßte Getränke oder steuerliche Anreize für gesunde Ernährung – obwohl diese Maßnahmen kostengünstig wären und nachweislich wirken", sagt Dr. Kröger. Dies wird auch vom Bündnis DANK kritisiert (s. u.).

Zwar finden sich im Papier von Union und SPD einige Hinweise auf Prävention, etwa im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen oder Alltagsdrogen. Doch eine breite und systematische Strategie zur Prävention chronischer Krankheiten wie Diabetes und dessen Folgeerkrankungen fehlt. „Das ist eine vertane Chance – gerade angesichts der volkswirtschaftlichen und gesundheitspolitischen Bedeutung dieser Erkrankungen", betont Boehm.

Foto: makstorm – stock.adobe.com

### Verbände fordern: Jetzt Kurskorrektur vornehmen!

Die Verbände fordern daher Nachbesserungen an den Regierungsvorhaben, nämlich:

- eine nationale Präventionsstrategie mit klaren Zielen,
- die Verankerung verhältnispräventiver Maßnahmen,
- die Stärkung von allen Fachberufen in Versorgung und Prävention sowie
- eine gesicherte Finanzierung für qualitativ hochwertige Strukturen – ambulant wie stationär.

„Was jetzt zählt, ist die Umsetzung – und die braucht einen klaren Fahrplan sowie die Einbindung der Fachgesellschaften und Berufsverbände", unterstreicht Prof. Fritsche. *dz*

Presseinfo von DDG, diabetesDE, BVND, VDBD

# »Wer Kinder stärken will, darf ihre Gesundheit nicht ignorieren«

## DANK fordert Union und SPD auf, mehr für die Vermeidung nichtübertragbarer Krankheiten zu tun

**BERLIN.** „Der Koalitionsvertrag bleibt bei der Prävention nichtübertragbarer Krankheiten weit hinter unseren Erwartungen zurück", stellt Barbara Bitzer, Sprecherin der Deutschen Allianz Nichtübertragbare Krankheiten und Geschäftsführerin der DDG, fest.

Während CDU/CSU und SPD in ihrem Regierungsprogramm wirtschaftliche Stabilität und soziale Gerechtigkeit ambitioniert adressieren, fehlen konkrete und verbindliche Maßnahmen zur Reduktion von nichtübertragbaren Krankheiten, beklagt DANK. Dabei sei klar: „Wer Chancengleichheit, gesellschaftlichen Zusammenhalt und Wirtschaftswachstum will, darf die Gesundheit der nächsten Generation nicht ignorieren."

Das Bündnis von 21 medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Verbänden und Organisationen kritisiert, dass zentrale präventive Hebel wie eine Herstellerabgabe auf zuckergesüßte Getränke, die Mehrwertsteuerbefreiung gesunder Lebensmittel, eine tägliche Stunde Bewegung in Kita und Schule, die verpflichtende Umsetzung der DGE-Qualitätsstandards für Schulverpflegung sowie verbindliche Werbebeschränkungen für Lebensmittel mit zu viel Zucker, Fett und Salz, wenn diese sich an Kinder richten, im Koalitionsvertrag keine Erwähnung finden. „Strukturierte Präventionsmaßnahmen sind kein Nebenschauplatz, sondern eine zentrale politische Zukunftsaufgabe", so DANK.

### Der richtige Zeitpunkt, um wirkungsvoll zu investieren

„Auf über 140 Seiten bleibt die Prävention nichtübertragbarer Krankheiten im Koalitionsvertrag nahezu ungenannt. Dabei wäre jetzt der richtige Zeitpunkt, wirkungsvoll zu investieren, um langfristig unkontrollierte Folgekosten zu vermeiden. Es braucht lediglich den politischen Willen", betont Bitzer. DANK fordert die drei Parteien auf, Prävention zum politischen Schwerpunkt zu machen. In einem 6-Punkte-Plan hatte das Bündnis schon vor der Bundestagswahl konkrete Maßnahmen identifiziert und an die Politik adressiert. *dz*

Pressemitteilung von DANK

# G-BA bahnt den Weg fürs digitale DMP

## DDG und BVND fordern weitergehenden Transformationsprozess

**BERLIN.** Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Anforderungen an ein digitales DMP (dDMP) definiert. Als ergänzende freiwillige Module sind die dDMP bei Diabetes mellitus Typ 1 und 2 geplant. DDG und BVND haben dazu ausführlich Stellung bezogen.

Etwa 4,8 Mio. gesetzlich Versicherte, die an Diabetes Typ 1 oder 2 erkrankt sind, lassen sich in einem DMP leitliniengerecht behandeln und schulen. Ärztliche Konsultationen per Video gehören dazu. In einem dDMP kann z. B. dank eines Messenger-Dienstes auch auf Präsenzkontakte verzichtet werden. Im Bereich Diabetes soll den Ärzt*innen die Therapiesteuerung durch Zugriff „auf Daten aus ggf. verordneten Hilfsmitteln wie rtCGM erleichtert werden", verkündete der G-BA nach seinem Beschluss zur DMP-Anforderungen-Richtlinie.

### Kommunizieren mit KIM, TIM und der elektronischen Akte

Bevor die neuen dDMP in die Versorgung kommen, muss das Bundesgesundheitsministerium Näheres zu den technischen Anforderungen regeln. Mit der Einführung von dDMP wird frühestens ab 2026 gerechnet. Praxen und Versicherte können sich freiwillig dazu entscheiden. Als Teilnahmeanforderungen nennt der G-BA u. a.:

- digitales Terminmanagement, TI-Dienste „Kommunikation im Medizinwesen (KIM)" und „TI-Messenger (TIM)", Möglichkeit von Videokonsultationen.
- Versicherte dürfen der elektronischen Patientenakte (ePA) nicht widersprochen haben. Die ePA soll von den Praxen auch für DMP-relevante Daten wie den elektronischen Medikamentenplan verwendet werden.
- Eine im BfArM-Verzeichnis gelistete DiGA kann DMP-Teilnehmer*innen auch dann verordnet werden, wenn diese (noch) nicht im DMP empfohlen wird.

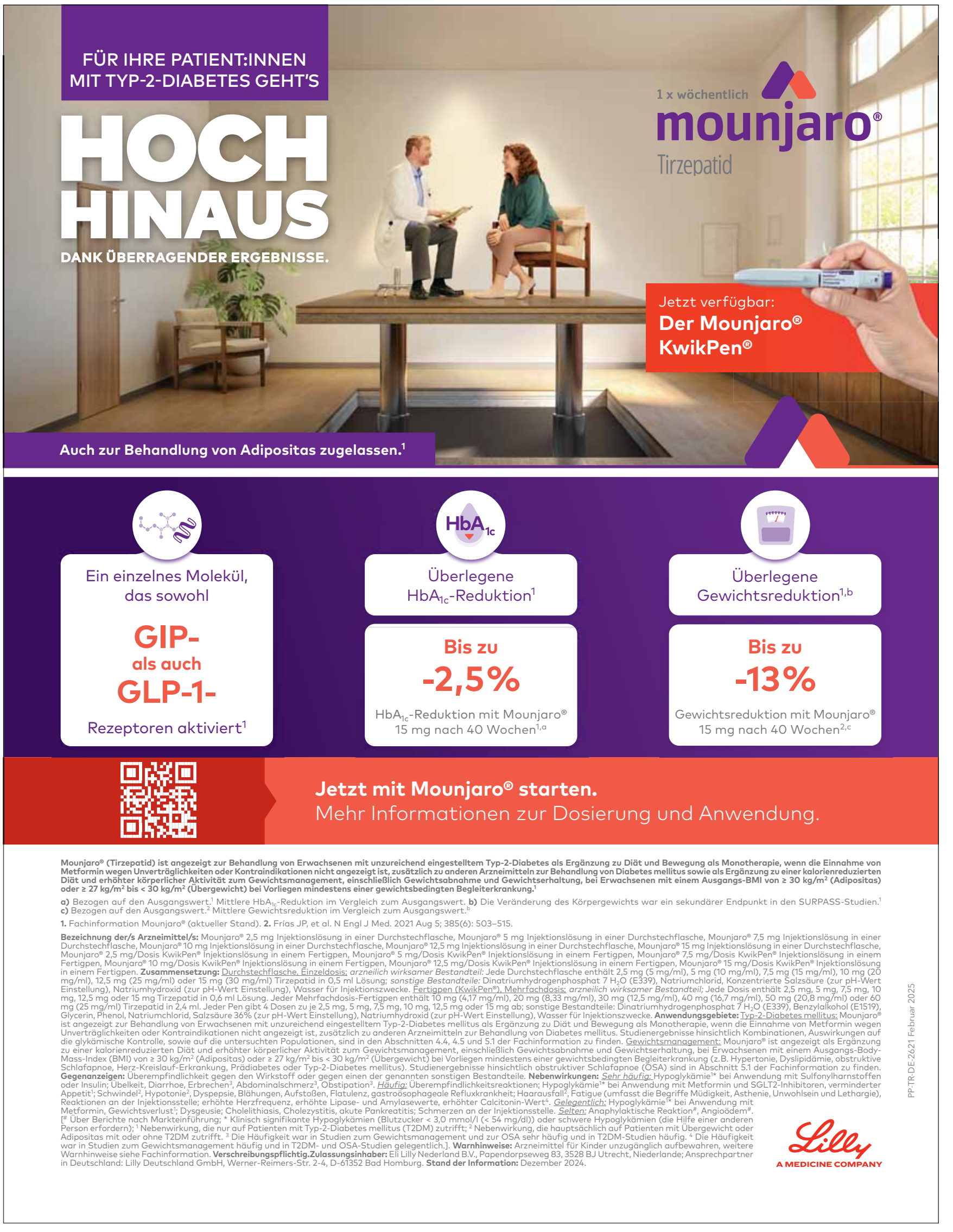
DDG und BVND haben den Beschlussentwurf des G-BA kommentiert und noch weitergehende Gedanken formuliert, damit die dDMP dem Anspruch an eine Transformation zur digitalen Versorgungsstruktur gerecht werden. Sie fordern:

- Die für das DMP notwendigen Daten müssen strukturiert aus der jeweiligen Primärquelle der Leistungserbringenden (PVS, KIS) gezogen und über die ePA allen an der Behandlung Beteiligten jederzeit zugänglich sein.
- Die digitale Einschreibung ins DMP muss ermöglicht werden. Die rückwirkende Ausschreibung (mit Honorarrückforderung trotz erfolgter Leistungserbringung) könne durch den elektronisch eindeutig identifizierbaren Teilnahmestatus verhindert werden.
- Digitale bzw. per Video erbrachte Leistungen wie ärztliche Beratung sowie durch Diabetesberater*innen, erweiterte Erreichbarkeit, Einzel- und Gruppenschulungen müssen mit einer adäquaten Vergütung Bestandteil der DMP-Verträge sein.
- In einer nahtlosen sektorenübergreifenden Versorgung müssen Menschen mit Diabetes auch während eines stationären Aufenthalts qualifiziert versorgt werden. Die (tele-)konsiliarische Mitbehandlung kann durch Fachpersonal aus dem ambulanten oder stationären Bereich erfolgen.
- Fachpersonal (Diabetesberater*innen, Psychodiabetologie) und die digitalisierte Ausstattung in Praxen und Klinik sind als Teil der DMP-Strukturqualität zu vergüten.

> »Fachpersonal ist zu finanzieren«

- Patientenzentrierung und personalisierte Versorgung sind durch die Integration von DiGA, beispielsweise mit intermittierender CGM-Nutzung, sowie die Erhebung patientenbezogener Outcomes zu unterstützen. Patientenschulungen lassen sich so ergänzen.
- Bislang gibt es bundesweit ungefähr 100 DMP-Verträge. Künftig sollte – zumindest für das digitale DMP Diabetes Typ 1 und Typ 2 – nur noch ein bundesweiter, sektorenübergreifender Vertrag geschlossen werden. *REI*

Foto: D3Damon/gettyimages




**Mounjaro® (Tirzepatid) ist angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen mit unzureichend eingestelltem Typ-2-Diabetes als Ergänzung zu Diät und Bewegung als Monotherapie, wenn die Einnahme von Metformin wegen Unverträglichkeiten oder Kontraindikationen nicht angezeigt ist, zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Diabetes mellitus sowie als Ergänzung zu einer kalorienreduzierten Diät und erhöhter körperlicher Aktivität zum Gewichtsmanagement, einschließlich Gewichtsabnahme und Gewichtserhaltung, bei Erwachsenen mit einem Ausgangs-BMI von ≥ 30 kg/m² (Adipositas) oder ≥ 27 kg/m² bis < 30 kg/m² (Übergewicht) bei Vorliegen mindestens einer gewichtsbedingten Begleiterkrankung.[1]**

**a)** Bezogen auf den Ausgangswert.[1] Mittlere $HbA_{1c}$-Reduktion im Vergleich zum Ausgangswert. **b)** Die Veränderung des Körpergewichts war ein sekundärer Endpunkt in den SURPASS-Studien.[1] **c)** Bezogen auf den Ausgangswert.[2] Mittlere Gewichtsreduktion im Vergleich zum Ausgangswert.[b]

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

**Bezeichnung der/s Arzneimittel/s:** Mounjaro® 2,5 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro® 5 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro® 7,5 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro® 10 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro® 12,5 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro® 15 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro® 2,5 mg/Dosis KwikPen® Injektionslösung in einem Fertigpen, Mounjaro® 5 mg/Dosis KwikPen® Injektionslösung in einem Fertigpen, Mounjaro® 7,5 mg/Dosis KwikPen® Injektionslösung in einem Fertigpen, Mounjaro® 10 mg/Dosis KwikPen® Injektionslösung in einem Fertigpen, Mounjaro® 12,5 mg/Dosis KwikPen® Injektionslösung in einem Fertigpen, Mounjaro® 15 mg/Dosis KwikPen® Injektionslösung in einem Fertigpen. **Zusammensetzung:** Durchstechflasche, Einzeldosis; *arzneilich wirksamer Bestandteil:* Jede Durchstechflasche enthält 2,5 mg (5 mg/ml), 5 mg (10 mg/ml), 7,5 mg (15 mg/ml), 10 mg (20 mg/ml), 12,5 mg (25 mg/ml) oder 15 mg (30 mg/ml) Tirzepatid in 0,5 ml Lösung; *sonstige Bestandteile:* Dinatriumhydrogenphosphat 7 $H_2O$ (E339), Natriumchlorid, Konzentrierte Salzsäure (zur pH-Wert Einstellung), Natriumhydroxid (zur pH-Wert Einstellung), Wasser für Injektionszwecke. Fertigpen (KwikPen®), Mehrfachdosis: *arzneilich wirksamer Bestandteil;* Jede Dosis enthält 2,5 mg, 5 mg, 7,5 mg, 10 mg, 12,5 mg oder 15 mg Tirzepatid in 0,6 ml Lösung. Jeder Mehrfachdosis-Fertigpen enthält 10 mg (4,17 mg/ml), 20 mg (8,33 mg/ml), 30 mg (12,5 mg/ml), 40 mg (16,7 mg/ml), 50 mg (20,8 mg/ml) oder 60 mg (25 mg/ml) Tirzepatid in 2,4 ml. Jeder Pen gibt 4 Dosen zu je 2,5 mg, 5 mg, 7,5 mg, 10 mg, 12,5 mg oder 15 mg ab; sonstige Bestandteile: Dinatriumhydrogenphosphat 7 $H_2O$ (E339), Benzylalkohol (E1519), Glycerin, Phenol, Natriumchlorid, Salzsäure 36% (zur pH-Wert Einstellung), Natriumhydroxid (zur pH-Wert Einstellung), Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Typ-2-Diabetes mellitus: Mounjaro® ist angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen mit unzureichend eingestelltem Typ-2-Diabetes mellitus als Ergänzung zu Diät und Bewegung als Monotherapie, wenn die Einnahme von Metformin wegen Unverträglichkeiten oder Kontraindikationen nicht angezeigt ist, zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Diabetes mellitus. Studienergebnisse hinsichtlich Kombinationen, Auswirkungen auf die glykämische Kontrolle, sowie auf die untersuchten Populationen, sind in den Abschnitten 4.4, 4.5 und 5.1 der Fachinformation zu finden. Gewichtsmanagement: Mounjaro® ist angezeigt als Ergänzung zu einer kalorienreduzierten Diät und erhöhter körperlicher Aktivität zum Gewichtsmanagement, einschließlich Gewichtsabnahme und Gewichtserhaltung, bei Erwachsenen mit einem Ausgangs-Body-Mass-Index (BMI) von ≥ 30 kg/m² (Adipositas) oder ≥ 27 kg/m² bis < 30 kg/m² (Übergewicht) bei Vorliegen mindestens einer gewichtsbedingten Begleiterkrankung (z.B. Hypertonie, Dyslipidämie, obstruktive Schlafapnoe, Herz-Kreislauf-Erkrankung, Prädiabetes oder Typ-2-Diabetes mellitus). Studienergebnisse hinsichtlich obstruktiver Schlafapnoe (OSA) sind in Abschnitt 5.1 der Fachinformation zu finden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder gegen einen der genannten sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Hypoglykämie[1*] bei Anwendung mit Sulfonylharnstoffen oder Insulin; Übelkeit, Diarrhoe, Erbrechen[3], Abdominalschmerz[3], Obstipation[3]. *Häufig:* Überempfindlichkeitsreaktionen; Hypoglykämie[1*] bei Anwendung mit Metformin und SGLT2-Inhibitoren, verminderter Appetit[1]; Schwindel[2], Hypotonie[2], Dyspepsie, Blähungen, Aufstoßen, Flatulenz, gastroösophageale Refluxkrankheit; Haarausfall[2], Fatigue (umfasst die Begriffe Müdigkeit, Asthenie, Unwohlsein und Lethargie), Reaktionen an der Injektionsstelle; erhöhte Herzfrequenz, erhöhte Lipase- und Amylasewerte, erhöhter Calcitonin-Wert[4]. *Gelegentlich:* Hypoglykämie[1*] bei Anwendung mit Metformin, Gewichtsverlust[1]; Dysgeusie; Cholelithiasis, Cholezystitis, akute Pankreatitis; Schmerzen an der Injektionsstelle. *Selten:* Anaphylaktische Reaktion#, Angioödem#. [# Über Berichte nach Markteinführung; * Klinisch signifikante Hypoglykämien (Blutzucker < 3,0 mmol/l (< 54 mg/dl)) oder schwere Hypoglykämien (die Hilfe einer anderen Person erfordern); [1] Nebenwirkung, die nur auf Patienten mit Typ-2-Diabetes mellitus (T2DM) zutrifft; [2] Nebenwirkung, die hauptsächlich auf Patienten mit Übergewicht oder Adipositas mit oder ohne T2DM zutrifft. [3] Die Häufigkeit war in Studien zum Gewichtsmanagement und zur OSA sehr häufig und in T2DM-Studien häufig. [4] Die Häufigkeit war in Studien zum Gewichtsmanagement häufig und in T2DM- und OSA-Studien gelegentlich.]. **Warnhinweise:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren, weitere Warnhinweise siehe Fachinformation. **Verschreibungspflichtig.Zulassungsinhaber:** Eli Lilly Nederland B.V., Papendorpseweg 83, 3528 BJ Utrecht, Niederlande; Ansprechpartner in Deutschland: Lilly Deutschland GmbH, Werner-Reimers-Str. 2-4, D-61352 Bad Homburg. **Stand der Information:** Dezember 2024.

Lilly
A MEDICINE COMPANY

PP-TR-DE-2621 Februar 2025

# Diabetes-Aufklärung auf der Straße

## Schweizer Transportfirma unterstützt Aufklärung via Truck – nach Vorbild aus Deutschland

**STEINMAUR/TÜBINGEN.** Nur wenn möglichst viele Menschen über die Symptome eines Typ-1-Diabetes Bescheid wissen, lassen sich potenziell lebensbedrohliche Stoffwechselentgleisungen bei der Manifestation vermeiden. Nach deutschem Vorbild ist nun auch in der Schweiz eine Kampagne buchstäblich „ins Rollen gekommen".

Der Truck mit den Diabetes-Warnzeichen wird in den nächsten Jahren durch die Schweiz fahren.

Fotos: Planzer AG

Die treibende Kraft hinter der just gestarteten Kampagne ist Silvia Müller, eine 63-jährige Lkw-Fahrlehrerin aus Steinmaur im Kanton Zürich. Sie wurde durch das Foto eines deutschen Lastwagens inspiriert, das ihre Tochter im April 2024 in Süddeutschland aufgenommen hatte. Der Truck gehört zur Flotte der Spedition Koch Silotransporte GmbH (Ratshausen/Baden-Württemberg) und ist seit 2021 in besonderer Mission unterwegs: Nachdem ihre Tochter vor einigen Jahren selbst an Typ-1-Diabetes erkrankt war, wollten Firmeninhaber Andreas Koch und seine Frau etwas dafür tun, auf die oftmals viel zu spät erkannte Stoffwechselerkrankung aufmerksam zu machen.

### Seit 2021 in Deutschland: Silotruck mit Warnzeichen

Sie ließen einen Silotruck mit den vier Warnzeichen des Typ-1-Diabetes – Durst, Harndrang, Gewichtsverlust, Abgeschlagenheit – und der Notfall-Telefonnummer 116117 bedrucken. Der Lastwagen ist seither überall in Deutschland unterwegs und informiert Eltern im Vorbeifahren über die Bedeutung der Früherkennung. Parallel dazu startete in Deutschland eine gemeinsame Informationskampagne des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzt*innen (BVKJ) und der DDG AG Pädiatrische und adoleszente Endokrinologie und Diabetologie (DGPAED). Ziel ist es, Eltern, pädagogische Fachkräfte und auch Haus- und Kinderärzt*innen für die Symptome des Typ-1-Diabetes zu sensibilisieren.

### Neuer Truck seit März in der Schweiz auf Tour

Nun ist der Funken also auch in die Schweiz übergesprungen. Müllers persönlicher Bezug zum Thema ist ihr heute achtjähriger Enkel, der kurz vor dem Eintritt in den Kindergarten die Diagnose Typ-1-Diabetes erhielt. „Wir wussten vorher nichts über diese Erkrankung und konnten die Symptome gar nicht einordnen", berichtet sie. Zum Glück war der kleine Junge bei der Diabetesmanifestation noch nicht in einem kritischen Zustand – doch die Familie weiß mittlerweile, dass viele andere Kinder zum Zeitpunkt der Diagnose aus Unkenntnis über die typischen Symptome eine diabetische Ketoazidose (DKA) entwickeln und intensivmedizinisch behandelt werden müssen.

Als ihre Tochter ihr das Foto des deutschen Kampagnen-Trucks zeigte, hatte Müller sofort die Idee, ein ähnliches Projekt auch in der Schweiz zu starten. Sie nahm Kontakt zur DDG auf und tauschte sich mit dem Kinderdiabetologen und DDG Past-Präsident Professor Dr. Andreas Neu vom Universitätsklinikum Tübingen aus, der die deutsche Kampagne begleitet. Dank ihres beruflichen Netzwerks gelang es der Schweizerin rasch, die Schweizer Spedition Planzer für die Kampagne zu begeistern. „Für mich sind Lastwagen mein täglich Brot, und ich arbeite schon lange als Fahrlehrerin mit der Firma zusammen."

> »Rollende Aufklärung: Idee hat Grenzen überschritten«

Müller wusste zwar, dass das Familienunternehmen regelmäßig soziale Projekte unterstützt, doch die schnelle und unbürokratische Unterstützung überraschte sie dann doch: „Ich hatte binnen neun Stunden eine Zusage, dass die Firma Planzer einen eigenen Aufklärungstruck gestalten und auf die Straße bringen möchte – ohne dass auch nur einmal nach den Kosten gefragt wurde." Und die belaufen sich auf immerhin rund 30.000 Schweizer Franken allein für das Bedrucken des Silotrucks.

Für die Gestaltung des Aufdrucks konnte Müller eine Klasse der Berufsschule für Gestaltung Zürich (SFGZ) gewinnen. Die Schüler*innen entwickelten verschiedene Designentwürfe, von denen einer schließlich umgesetzt wurde. Der auffällige Lkw wird in den kommenden Jahren durch die gesamte Schweiz fahren und soll auf diese Weise möglichst viele Menschen erreichen. Zudem wurde ein begleitendes Video produziert, das auch über den Kooperationspartner Swiss Diabetes Kids in sozialen Medien verbreitet wird.

Müller blickt mit Stolz auf das Erreichte: „Ich habe fast ein Jahr lang an diesem Projekt gearbeitet und bin glücklich, dass der Truck nun auf Tour geht." Gemeinsam mit den anderen Beteiligten hofft sie, dass sich dank der vermehrten Aufklärung auch in der Schweiz die Ketoazidoserate bei neudiagnostizierten Kindern und Jugendlichen mit Diabetes deutlich senken lässt.

### Kampagne zeigt Erfolge – aber Aufklärung braucht Zeit

Erfahrungswerte zum Effekt derartiger Aufklärungsaktionen gibt es unter anderem aus Stuttgart, wo im Zuge einer mehrjährigen Kampagne an Schulen, bei Kinderärzt*innen und im öffentlichen Raum die DKA-Rate bei Erstmanifestation des Typ-1-Diabetes von 28 auf 16 % sank. Allerdings brauche nachhaltige Aufklärung Zeit, betont Prof. Neu: „In Stuttgart haben wir erst im dritten Jahr messbare Erfolge gesehen. Es ist entscheidend, kontinuierlich und wiederholt zu informieren."

Der Erfolg der bundesdeutschen Kampagne, die für die Schweizer Aktion Pate stand, lässt sich derzeit noch nicht mit Zahlen belegen. „Die Evaluation über das DPV-Register läuft noch, wir rechnen bis Ende des laufenden Jahres mit ersten Ergebnissen", erklärt Prof. Neu. Dass es trotz hoher Diabetesinzidenz noch immer Informationsdefizite gibt, treibt ihn an: „Es darf nicht passieren, dass Kinder mit einer schweren DKA ins Krankenhaus kommen, weil ihr Umfeld die Warnsignale nicht erkannt hat. Daran müssen wir weiter arbeiten. Deshalb freuen wir uns sehr, dass die Idee nun Grenzen überschreitet." *Antje Thiel*

### So rollen die Trucks durch Deutschland und die Schweiz

- Ein Video über den Schweizer Truck ist abrufbar über die LinkedIn-Seite des Unternehmens Planzer
  **www.linkedin.com/company/planzer-transport-ag**
- Ein Video über den Silotruck der Firma Koch ist erreichbar über
  **diabetes-anker.de/aktuelles/ddg-kampagne-ketoazidose-praevention**
- Informationen zur Informationskampagne von DDG und AGPD/DGPAED:
  **www.ddg.info/arbeitsgemeinschaften/paediatrische-diabetologie/ketoazidose *und* dgpaed.de/diabetes-mellitus.html**

# 40 Jahre KORA-Studie

## Seit Jahrzehnten wegweisende Beiträge zur öffentlichen Gesundheitsforschung

**AUGSBURG.** In diesem Jahr feiert die KORA-Studie (Kooperative Gesundheitsforschung in der Region Augsburg) ihr 40-jähriges Bestehen. Seit ihrer Gründung hat die Studie rund 18.000 Teilnehmende begleitet und Erkenntnisse zu Prävention, Früherkennung und nichtübertragbaren Krankheiten gewonnen.

Die Kora-Studie wurde 1984 im Rahmen des MONICA-Projekts (Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease) der WHO ins Leben gerufen. Inzwischen ist KORA „eine Vorzeigestudie bei Helmholtz Munich, die gesundheitspolitische Maßnahmen maßgeblich beeinflusst und unser Wissen über Prävention und Behandlung von Krankheiten nachhaltig erweitert hat", betont Professor Dr. Annette Peters, Direktorin des Instituts für Epidemiologie bei Helmholtz Munich und Hauptverantwortliche der KORA-Studie.

Ausgehend von der KORA-Studie gibt es u. a. viel Forschung im Bereich Diabetes und Adipositas.

- Eine Studie untersucht die Auswirkungen extremer Temperaturen auf Menschen mit chronischen Erkrankungen wie Bluthochdruck, Diabetes und COPD.
- 2003 stellten KORA-Forschende fest, dass fast die Hälfte der Teilnehmenden im Alter von 55 bis 74 Jahren mit Typ-2-Diabetes unbemerkt erkrankt war und 20 % sich in einem Prädiabetes-Stadium befanden. Diese Erkenntnis beeinflusst bis heute Strategien zur Diabetesprävention.
- 2025 wird eine digital unterstützte Lebensstil-Interventionsstudie starten, um die Wirksamkeit personalisierter Gesundheitsprogramme zu erforschen, die Menschen helfen sollen, ihre Gesundheitsziele zu erreichen.

*Helmholtz Munich/Red.*

**helmholtz-munich.de/en/epi/cohort/kora/kora-studienzentrum**

# Lipide senken, Risiko senken

## G-BA erweitert die Verordnungsmöglichkeit von Lipidsenkern

**BERLIN.** Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Verordnungsmöglichkeit von Lipidsenkern wie Statinen an aktuelle medizinische Erkenntnisse angepasst. Dies betrifft auch Menschen mit Typ-1-Diabetes und Mikroalbuminurie. Die Erweiterung ist mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft getreten.

Lipidsenker können nun auch verordnet werden, wenn das kardiovaskuläre Risiko, innerhalb der nächsten zehn Jahre einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu erleiden, mindestens 10 % beträgt. Bisher lag diese Schwelle bei mindestens 20 %.

### Erweiterung gilt auch für Typ-1-Diabetes mit Mikroalbuminurie

Diese Änderung erweitert die Indikationsstellung und eröffnet neue Möglichkeiten, das kardiovaskuläre Risiko frühzeitig zu adressieren. Besonders wichtig ist, dass der G-BA nun auch Typ-1-Diabetes mit Mikroalbuminurie sowie die familiäre Hypercholesterinämie als klare Indikationen für die Verordnung von Lipidsenkern definiert hat. Für diese Patientengruppen ist die Verordnung von Lipidsenkern künftig generell vorgesehen, auch wenn das Risiko eines Herzinfarkts oder Schlaganfalls unter 10 % liegt.

Zusätzlich wurden vom G-BA Patientengruppen festgelegt, bei denen auch unterhalb der 10-Prozent-Marke ein hohes kardiovaskuläres Risiko bestehen kann (s. Link zum Beschluss). Ziel ist es, durch den frühzeitigen Einsatz von Lipidsenkern zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen beizutragen.

Dazu Professor Dr. Josef Hecken, Vorsitzender des G-BA: „Ob das Senken von erhöhten Blutfettwerten mit Arzneimitteln trotz der damit möglicherweise einhergehenden Nebenwirkungen sinnvoll ist, hängt vom individuellen Risiko für eine Herz-Kreislauf-Erkrankung ab. In vielen Fällen können erhöhte Blutfettwerte durch Primärprävention wie gesunde und angepasste Ernährung sowie ausreichend Bewegung ganz vermieden oder gesenkt werden. Diese Primärprävention muss immer Vorrang vor Arzneimitteltherapien haben, weil sie keine harmlosen Fruchtgummis sind, sondern ihre Neben- und Langzeitwirkungen immer auch ein Risiko darstellen können."

### Lebensstiländerungen reichen manchmal nicht aus

Aber: „Bei einem hohen Risiko, das man beispielsweise anhand von Alter, Geschlecht oder auch einer familiären Vorbelastung gut abschätzen kann, kann ein angepasster Lebensstil alleine in manchen Fällen nicht ausreichend sein. Die nun beschlossene generelle Absenkung der sog. Risikoschwelle von 20 auf 10 % bewirkt, dass in diesen Fällen Versicherte von den vorbeugenden Effekten von Lipidsenkern profitieren werden – durch den neuen Schwellenwert werden weiterhin nur jene Gruppen fokussiert, bei denen die Vorteile überwiegen. Über die aktuell hierzu vorliegende Evidenzlage besteht auch Konsens bei allen maßgeblichen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften", erklärte Prof. Hecken.

> »Keine generelle Absenkung«

Unterhalb von 10 % gebe es jedoch nur einzelne Patientengruppen, bei denen risikoverstärkende Faktoren vorliegen, z. B. Menschen mit einer bestimmten schweren psychischen Erkrankung oder einer HIV-Infektion. Ein generelles Absenken der Risikoschwelle auf unter 10 % sei mit derzeitigen evidenzbasierten Erkenntnissen nicht vereinbar, so Prof. Hecken.

*G-BA/Red.*

**www.g-ba.de/beschluesse/6970**

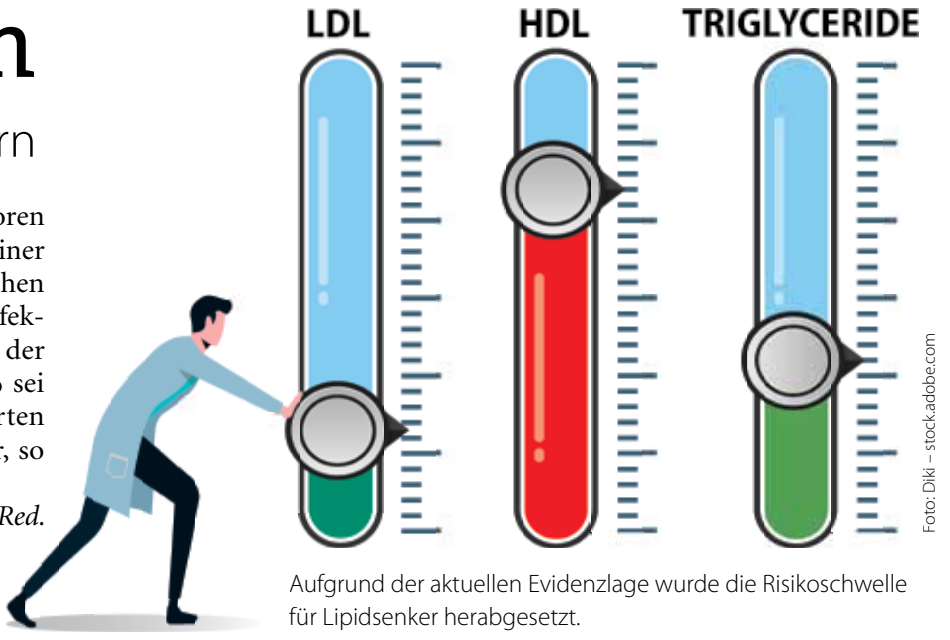



Foto: Diki – stock.adobe.com

Aufgrund der aktuellen Evidenzlage wurde die Risikoschwelle für Lipidsenker herabgesetzt.

# Was jede und jeder zur Vorbeugung tun kann

## Mit dem Diabetesnetz Deutschland will das BIÖG die Prävention stärken

**KÖLN.** Zu den Aufgaben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gehörte es, Organisationen, die sich mit der Prävention des Diabetes mellitus beschäftigen, zu verbinden. Auch die DDG ist Mitglied des Diabetesnetzes und bringt ihre Expertise ein. Seit Mitte Februar heißt die BZgA Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit. Ein Anlass, bei Dr. Martina Plaumann, die diese Aktivitäten im BIÖG koordiniert, nachzufragen, was erreicht wurde und welche Aufgaben anstehen.

INTERVIEW

**Dr. Martina Plaumann**
**stellvertretende Referatsleiterin im Bereich Diabetes am Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)**
Foto: Ralf Bauer

**? Frau Dr. Plaumann, Sie sind im BIÖG im Referat „Prävention des Diabetes mellitus, seiner Risikofaktoren und Folgeerkrankungen" tätig. Was genau tun Sie da?**
**Dr. Martina Plaumann:** Ich bin stellvertretende Referatsleiterin. 2023 habe ich das Netzwerk „Diabetesnetz Deutschland – gemeinsam gesünder" ins Leben gerufen. Damit setzen wir nach und nach die Nationale Aufklärungs- und Kommunikationsstrategie zu Diabetes mellitus um. Diese Strategie wurde 2022 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums entwickelt – gemeinsam mit einem Fachbeirat. Im Netzwerk arbeiten viele wichtige Akteure aus dem Bereich Diabetesprävention zusammen. Gemeinsam entwickeln wir qualitätsgesicherte Informationsmaterialien, die wir über unsere Kanäle verbreiten. Die gebündelte Expertise der Beteiligten ist dabei unglaublich wertvoll. Wir als Bundesinstitut koordinieren das Ganze, stimmen uns eng mit den Fachleuten ab und entwickeln auch eigene Materialien zur Aufklärung und Prävention. Ein aktueller Schwerpunkt ist, das Netzwerk noch bekannter zu machen.

**? Es gibt Flyer mit Infos zu Typ-2-Diabetes, Risikofaktoren und wie man vorbeugen kann – auch in leichter Sprache, Englisch und Türkisch. Und bei diabinfo.de können Menschen den Typ-2-Diabetes-Risikotest machen. Was hat das bislang gebracht?**
**Dr. Plaumann:** Ein zentrales Angebot der Strategie ist das unabhängige und qualitätsgesicherte Diabetesportal diabinfo.de. Es wird zu einem großen Teil von uns finanziert und ist ein Gemeinschaftsprojekt von Helmholtz Munich, dem Deutschen Diabetes-Zentrum und dem Deutschen Zentrum für Diabetesforschung. Diabinfo wird regelmäßig evaluiert und erhält gute Bewertungen von Fachkreisen und Bevölkerung. Unsere gedruckten Materialien, etwa Flyer, sind auch für Multiplikator*innen gedacht: Also Menschen, die andere beraten, etwa in der Praxis oder im Betrieb. Diese Materialien bieten erste Infos und verweisen dann auf das Portal. Vor der Veröffentlichung testen wir die Inhalte mit der Zielgruppe, holen Feedback ein und passen sie an – ein wichtiger erster Schritt in Sachen Qualitätssicherung und Evaluation. Und: Die kontinuierliche Auswertung der Online-Angebote zeigt, wie sehr sich Menschen informieren wollen. Allein 2024 verzeichnete diabinfo 3,2 Millionen Abrufe.

**? Ist das dennoch insgesamt nicht etwas dürftig angesichts der Zunahme an Neuerkrankungen?**
**Dr. Plaumann:** Prävention wirkt nicht über Nacht. Es braucht Zeit – und vor allem ein gutes Zusammenspiel zwischen Politik, Wissenschaft, Verbänden und Kommunen. Auch die Kombination von Maßnahmen, die die Lebensverhältnisse verbessern, und solchen, die das Verhalten ansprechen, ist wichtig. Dass wir inzwischen 27 Institutionen im Netzwerk versammelt haben, die alle an einem Strang ziehen, ist jedenfalls ein erster großer Schritt. Natürlich wissen wir: Da liegt noch ein weiter Weg vor uns.

> »Es braucht verlässliche Informationen«

Foto: www.diabetesnetz.info

Bestellen oder downloaden und verteilen: diabetesnetz.info/infomaterialien.

**? 2020 beschloss der Bundestag die Nationale Diabetesstrategie. Ein „Health-in-all-policies"-Ansatz fehlt. Es wird vor allem auf Freiwilligkeit gesetzt. DDG und DANK fordern mehr Verhältnis- statt Verhaltensprävention, etwa mehr Kinderschutz in der Lebensmittelwerbung, gesünderes Essen in Schulkantinen, mehr Bewegung durch Schulsport. Was kann das BIÖG in diesem Sinne tun?**
**Dr. Plaumann:** Verhältnisprävention – also Maßnahmen, die die Lebensbedingungen verbessern – ist absolut zentral. Sie hilft den Menschen, im Alltag gesünder zu leben. Das geht oft nur über politische Entscheidungen, wie Gesetze oder Verordnungen auf Bundes- oder Landesebene. Gleichzeitig braucht es verlässliche Informationen, damit die Menschen auch verstehen, warum etwas wichtig ist – also verhaltensbezogene Prävention. Studien zeigen: Am besten funktioniert ein Mix aus beidem. Als Bundesinstitut fokussieren wir uns darauf, die Bevölkerung für das Thema Diabetes zu sensibilisieren – und zu zeigen, was jede und jeder selbst zur Vorbeugung tun kann.

**? Was hat das Diabetesnetzwerk künftig vor? Gibt es übergreifende Strategien zu Kindern/Jugendlichen, Bewegung und Ernährung?**
**Dr. Plaumann:** Bisher lag der Fokus klar auf der Prävention von Typ-2-Diabetes – und das bleibt wichtig. Jetzt schauen wir verstärkt auch auf die Früherkennung. Da gibt es viele Überschneidungen mit anderen nichtübertragbaren Krankheiten, zum Beispiel beim Gesundheits-Check-up. Auch wenn unsere Strategie vor allem Erwachsene im Blick hat, wissen wir natürlich, wie sehr eine Typ-1-Diabetes-Diagnose das Leben von Kindern und Familien verändert. Wir sind deshalb im engen Austausch mit Expertinnen und Experten, um Fachkräfte in Kitas und Schulen besser zu erreichen. Sie sollen sich sicher fühlen im Umgang mit Kindern mit Diabetes – davon profitieren am Ende vor allem die Kinder selbst.

**? Wie wirkt sich die Umwidmung der BZgA zum BIÖG auf Ihre Arbeit aus, etwa was die Zusammenarbeit mit dem Robert Koch-Institut betrifft?**
**Dr. Plaumann:** Im Februar 2025 wurde eine Kooperationsvereinbarung geschlossen. Auf dieser Basis wird der Austausch zu unterschiedlichen Themen gestärkt und ausgebaut. Im Bereich der Diabetesprävention haben wir immer sehr eng mit unseren Kolleginnen und Kollegen des RKI zusammengearbeitet, die auch die Diabetes-Surveillance erarbeitet haben. Das RKI ist Partner in unserem Diabetesnetz. Die Zusammenarbeit ist wichtig, da die gesundheitsbezogene Aufklärung der Bevölkerung immer Hand in Hand mit aktuellen Forschungsergebnissen gehen sollte.

*Interview: Michael Reischmann*

DDG macht Politik

## DDG gratuliert Abgeordneten zum Einzug in den 21. Deutschen Bundestag

Die DDG hat umgehend Kontakt aufgenommen zu Mitgliedern des neuen Bundestages mit Expertise in der Gesundheitspolitik. „Wir gratulieren und wünschen Ihnen einen erfolgreichen Start in die parlamentarische Arbeit!", schreiben Präsident Prof. Dr. Andreas Fritsche, Vizepräsidentin Prof. Dr. Julia Szendrödi und Past Präsident Prof. Dr. Andreas Neu den Abgeordneten. Sie äußern große Erwartungen an die neue Regierung hinsichtlich der begonnenen und anstehenden Reformen, insbesondere der Krankenhausreform. Natürlich wünschen sie sich auch eine Neuauflage der Nationalen Diabetesstrategie. „Es gibt viel zu tun! Wir unterstützen Sie gern mit evidenzbasierten Zahlen, Daten und Fakten zur Versorgungssituation, zur Diabetesforschung und zum Thema Prävention", lautet die Einladung zum persönlichen Gespräch. Sobald die Ausschüsse konstituiert sind, wird die DDG um Termine für einen Austausch bitten. Zu den Parlamentariern, die freundlich antworteten und der Zusammenarbeit mit der DDG positiv entgegensehen, gehören u. a. Prof. Hans Theiss und Dr. Stephan Pilsinger von der CSU, Adrian Grasse (CDU) sowie Dr. Janosch Dahmen und Prof. Armin Grau von den Grünen.

Foto: Bernd Kröger – stock.adobe.com

## Stärkung der Qualität in der Pflege macht Diabetesexpertise notwendig

DDG und VDBD fordern, an der wissenschaftlichen Weiterentwicklung der Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus (WiWePP) bzw. der Pflegepersonalregelung PPR 2.0 beteiligt zu werden. Ihnen ist es wichtig, dass in der weiteren Planung die Diabetesexpertise im Rahmen des Qualitätsmixes und bei den hinterlegten Kriterien für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität berücksichtigt wird. Das gilt vor allem für die Erweiterung der Kompetenzen der Pflege um heilkundliche Tätigkeiten im Bereich der diabetischen Stoffwechsellage.
Grundsätzlich begrüßen DDG und VDBD die geplante weitere Stärkung der Qualität in der Pflege. In einer gemeinsam mit der DDG Arbeitsgemeinschaft Geriatrie & Pflege verfassten Stellungnahme verweisen sie auf ihre entsprechenden Kommentierungen zur Krankenhausreform und zum Entwurf des Pflegekompetenzgesetzes.
Der VDBD hat darüber hinaus im Februar 2025 ein Positionspapier veröffentlicht, das auch die Personalbemessung in der Pflege berührt. DDG und VDBD erinnern daran, dass seit über einem Jahrzehnt ein umfassendes, qualitätsgesichertes, evidenzbasiertes und anerkanntes Zertifizierungssystem für Behandlungseinrichtungen etabliert ist.

## Ernährungssystem belastet Gesellschaft mit hohen Umwelt- und Gesundheitskosten

Foto: Greenpeace

Die bei der Erzeugung von Fleisch in Deutschland entstehenden Schäden durch Treibhausgasemissionen, Feinstaub und Schadstoffe in der Luft summieren sich auf jährlich rund 21 Mrd. Euro. Hinzu kommen Gesundheitskosten in Höhe von gut 16 Mrd. Euro durch den übermäßigen Konsum von rotem Fleisch, Schinken und Wurst, der die Risiken für Herz- und Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und Typ-2-Diabetes erhöht. Zudem kann ein zu hoher Zuckerkonsum neben Adipositas, Diabetes und Bluthochdruck auch zu Karies und Parodontose führen. Das belastet das deutsche Gesundheitssystem mit weiteren knapp 12 Mrd. Euro jährlich. Das besagt eine Studie des Forums Ökologisch-Soziale Marktwirtschaft, die von Greenpeace, dem Wissenschaftsbündnis Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK) und dem Wissenschaftsjournalisten Dr. Eckart von Hirschhausen in Berlin vorgestellt wurde. Diese sog. externen Umwelt- und Gesundheitskosten des Ernährungssystems werden nicht von den Verursachern getragen und schlagen sich auch nicht in den Verbraucherpreisen nieder. Wirtschaft, Sozialversicherungen und Steuerzahlende müssen dafür aufkommen. Barbara Bitzer, Sprecherin von DANK und Geschäftsführerin der DDG, kommentiert: „Wir können es uns nicht mehr leisten, auf wirkungslose freiwillige Maßnahmen der Industrie und gut gemeinte Appelle an die Eigenverantwortung zu setzen. Nichtübertragbare Krankheiten belasten die Betroffenen ein Leben lang, überfordern unser Gesundheitssystem und haben erhebliche wirtschaftliche Folgen. Hier ist die Politik in der Verantwortung. Wir brauchen dringend Präventionsmaßnahmen, die die gesunde Wahl zur einfachen Wahl machen."

JETZT INFORMIEREN!

# EFFEKTIVES DIABETESMANAGEMENT IM GRÜNEN BEREICH

- Zeitsparendes, wirtschaftliches und einfaches Diabetesmanagement[1,2,3]
- Schnelles Starten[4] und Anwenden
- Vernetzbarer Sensor mit Pumpe und Pen[5]
- Klare, leicht verständliche Darstellung des grünen Zielbereichs

Dexcom G7

Das Dexcom G7 ist in einer mmol/L- und mg/dL-Ausführung verfügbar. | **1** Dexcom G7 Benutzerhandbuch. 2023;9:115. | **2** Thomas A, et al. Expertenaustausch zum Einsatz von kontinuierlichem Glukosemonitoring (CGM) im Diabetesmanagement: Eine aktuelle Bestandsaufnahme und Blick in die Zukunft. Diabetologie. 2022;1-12. | **3** Dexcom G7 Benutzerhandbuch. 2023;1:3. | **4** Garg SK, et al. Accuracy and Safety of Dexcom G7 Continuous Glucose Monitoring in Adults with Diabetes. Diabetes Technol Ther. 2022;24(6):373-380. | **5** https://www.dexcom.com/de-de/pumpen | Dexcom G7 Empfänger optional. | Kompatible Geräte sind separat erhältlich. Eine Liste kompatibler Geräte finden Sie unter: www.dexcom.com/compatibility | 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. © 2024 Dexcom, Inc. Alle Rechte vorbehalten. | www.dexcom.com | +1.858.200.0200 | Dexcom, Inc. 6340 Sequence Drive San Diego, CA 92121 USA | MDSS GmbH, Schiffgraben 41, 30175 Hannover, Germany | MAT-3573 REV001/ 05. 2024 | Agenturfoto. Mit Model gestellt.

**Dexcom Deutschland GmbH | Haifa-Allee 2 | 55128 Mainz | Medizinischer Kontakt: +49 6131 4909065**

# Wie entstehen Betazellen? Wie wirkt Insulin im Gehirn?

## DZD-Forschende schauen genau auf unreife Zellen und das Gehirn als Schaltstelle

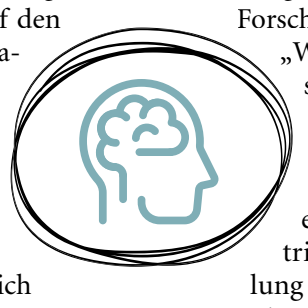
**NEUHERBERG.** Faszinierende neue Erkenntnisse gibt es zur Insulinempfindlichkeit des Gehirns nach einer kurzzeitigen hohen Kalorienzufuhr bei normalgewichtigen Menschen und damit zur Entstehung von Adipositas. Informationen über Adipositas finden Interessierte seit Kurzem auf diabinfo.de. Ebenfalls interessant: Es wurde weiter daran geforscht, wie unreife Zellen der Bauchspeicheldrüse ihre Entwicklung steuern und so zu Alpha- oder Betazellen werden. Für seine Forschung zu Folgekrankheiten ausgezeichnet wurde einmal mehr DZD-Speaker Professor Dr. Michael Roden.

DZD Deutsches Zentrum für Diabetesforschung

## Übergewicht und die Rolle von Insulin im Gehirn

Die Insulinempfindlichkeit des Gehirns steht im Zusammenhang mit langfristiger Gewichtszunahme und ungesunder Körperfettverteilung. Welche Prozesse spielen sich dabei im Gehirn genau ab und welche Auswirkungen hat die Insulinwirkung im Gehirn auf normalgewichtige Menschen?

Diesen Fragen gingen Professor Dr. Stephanie Kullmann aus der Tübinger Universitätsklinik für Diabetologie, Endokrinologie, Nephrologie und ihr Team in ihrer Studie auf den Grund. Prof. Kullmann ist darüber hinaus stellvertretende Leiterin der Abteilung Metabolic Neuroimaging beim DZD-Partner Institut für Diabetesforschung und Metabolische Erkrankungen (IDM) von Helmholtz Munich an der Universität Tübingen. „Unsere Ergebnisse zeigen erstmalig, dass bereits eine kurzzeitige Einnahme von hochverarbeiteten, ungesunden Lebensmitteln (z. B. Schokoriegel und Chips) zu einer gravierenden Veränderung im Gehirn von gesunden Menschen führt und dies als Ausgangpunkt von Adipositas und Typ-2-Diabetes gelten kann“, erläutert Studienleiterin Prof. Kullmann.



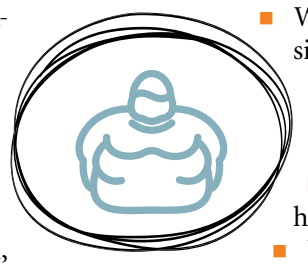
Im gesunden Zustand hat Insulin im Gehirn eine appetitzügelnde Wirkung. Insbesondere bei Menschen mit Adipositas reguliert das Insulin das Essverhalten allerdings nicht mehr richtig, eine Insulinresistenz entsteht. „Interessanterweise zeigt das Gehirn bei unseren gesunden Studienteilnehmern eine ähnliche Abnahme der Empfindlichkeit gegenüber Insulin nach kurzzeitiger hoher Kalorienzufuhr wie bei Menschen mit krankhaftem Übergewicht“, stellt Prof. Kullmann fest. „Dieser Effekt ist sogar eine Woche nach Rückkehr zu einer ausgewogenen Ernährung zu beobachten“, ergänzt die Forscherin.

„Wir gehen davon aus, dass sich die Insulinreaktion des Gehirns an kurzfristige Änderungen der Ernährung anpasst, bevor überhaupt eine Gewichtszunahme eintritt und somit die Entwicklung von Übergewicht und weiterer Folgeerkrankungen begünstigt“, schlussfolgert Professor Dr. Andreas Birkenfeld, Ärztlicher Direktor der Inneren Medizin IV, Direktor des IDM und DZD-Vorstand sowie Letztautor der Studie. Aufgrund der neuen Erkenntnisse fordert er, dass die Forschung zum Beitrag des Gehirns für die Entstehung von Adipositas und weiterer Stoffwechselerkrankungen in Zukunft verstärkt werden muss. *DZD*

Kullmann S et al. 2025 Mar;7(3): 469-477; doi: 10.1038/s42255-025-01226-9

## Neu auf diabinfo.de: Informationen zu Adipositas

Adipositas ist eine chronische Erkrankung, die eine lebenslange Betreuung und individuell angepasste Therapie erfordert. Allein in Deutschland sind mehr als 16 Millionen Menschen davon betroffen. Diese Zahl zeigt, wie groß der Bedarf an aktuellen, neutralen und wissenschaftlich geprüften Informationen zu Adipositas ist.



Das Portal diabinfo.de, ein gemeinsames Angebot von Helmholtz Munich, dem Deutschen Diabetes-Zentrum (DDZ) und dem Deutschen Zentrum für Diabetesforschung (DZD), stellt jetzt unabhängige Informationen zu der Erkrankung bereit. Alle, die sich für das Thema interessieren, können sich dort informieren über Krankheitsbild, Begleit- und Folgeerkrankungen. Außerdem gibt es Antworten auf diese Fragen:

- Was kann ich tun, um Adipositas vorzubeugen?
- Wie hoch ist mein Risiko und wie wird Adipositas diagnostiziert?
- Wie wird Adipositas behandelt?
- Wie verbreitet ist Adipositas in Deutschland?

Das Informationsangebot ist erreichbar unter www.diabinfo.de/vorbeugen/adipositas. *DZD*

## Preis der Dr. Heinz Bürger-Büsing-Stiftung

DZD-Speaker Professor Dr. Michael Roden wurde für seine wegweisenden wissenschaftlichen Forschungen zur Entstehung und Verhinderung von Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus mit dem Forschungspreis der Dr. Heinz Bürger-Büsing-Stiftung ausgezeichnet.

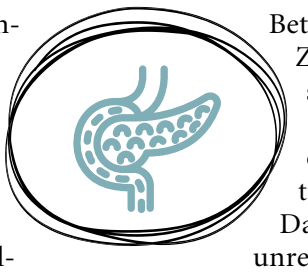
Prof. Roden, Wissenschaftlicher Geschäftsführer und Vorstand des Deutschen Diabetes-Zentrums (DDZ) sowie Direktor der Klinik für Endokrinologie und Diabetologie am Universitätsklinikum Düsseldorf, wurde ausgezeichnet für seine Arbeiten zur metabolischen Dysfunktion-assoziierten steatotischen Lebererkrankung (Metabolic Dysfunction-Associated Steatotic Liver Disease – MASLD) sowie zur Neuropathie und zu kardiovaskulären Störungen. „Diese Auszeichnung gilt nicht nur der langjährigen klinischen und experimentellen Forschung meiner Arbeitsgruppen, sondern auch der erfolgreichen Entwicklung der wissenschaftlichen Aktivitäten am Deutschen Diabetes-Zentrum. Mein besonderes Interesse liegt dabei in der Untersuchung des Energiestoffwechsels der Leber sowie seiner Bedeutung für die Entstehung und Therapie von Typ-2-Diabetes und MASLD“, sagt Prof. Dr. Roden.

Der Forschungspreis der Dr. Heinz Bürger-Büsing-Stiftung wird jährlich für herausragende Arbeiten im Bereich der klinischen beziehungsweise experimentellen Diabetesforschung mit Ausrichtung auf Diabetes im Kindesalter, Diabetes während der Schwangerschaft und Prävention von Folgeerkrankungen des Diabetes vom Vorstand der Stiftung auf Empfehlung ihres Kuratoriums vergeben. *DZD*

## Wie entstehen Betazellen?

Ein Forschungsteam unter der Leitung von Professor Dr. Henrik Semb, Direktor des Instituts für Translationale Stammzellforschung beim DZD-Partner Helmholtz Munich, hat neue Erkenntnisse darüber gewonnen, wie unreife Zellen der Bauchspeicheldrüse ihre Entwicklung steuern.

Die Studie zeigt, wie die apikal-basale Polarität eine entscheidende Rolle dabei spielt, ob sich unreife Zellen der Bauchspeicheldrüse in Betazellen oder Alphazellen differenzieren, die den Blutzuckerspiegel maßgeblich regulieren. Die Forschenden fanden heraus, dass Veränderungen der Zellpolarität diesen Entscheidungsprozess beeinflussen.



Die Erstautoren Ulf Tiemann und Dr. Chenglei Tian verwendeten ein neuartiges menschliches Stammzellsystem und fortschrittliche Werkzeuge wie Einzelzell-RNA-Sequenzierung und Geninaktivierung, um die molekularen Mechanismen zu identifizieren, die diesen Prozess steuern.

Sie entdeckten, dass polarisierte unreife Zellen der Bauchspeicheldrüse einen spezifischen molekularen Weg nutzen, um die Konzentration von cAMP zu erhöhen, einem Signalmolekül, das externe Signale zur Regulierung der Genaktivität überträgt. Mehr cAMP in den Zellen hemmt die Aktivität eines Gens namens ARX, das mit der Entwicklung von Alphazellen verbunden ist, was zur Entstehung von Betazellen führt. Verlieren die Zellen dagegen ihre Polarität, sinkt der cAMP-Spiegel, das ARX-Gen bleibt aktiv und die Zellen werden in Richtung Alphazellen gelenkt.

Das Verständnis dafür, wie unreife Zellen der Bauchspeicheldrüse entscheiden, ob sie zu Beta- oder Alphazellen werden, eröffnet neue Möglichkeiten für Diabetestherapien. Durch die Manipulation dieser zellulären Prozesse konnten die Forschenden nachweisen, dass die Methoden zur Bildung neuer Betazellen aus Stammzellen verbessert werden können. *DZD*

Tiemann U et al. Dev Cell 2025 Mar 4: S1534-5807(25)00113-3; doi: 10.1016/j.devcel.2025.02.008

Fotos: FourLeafLover – stock.adobe.com; Kittichai – stock.adobe.com

# »Hypomap«: eine Karte des menschlichen Hypothalamus

## Wie wirken GLP1-Analoga? Detaillierte Darstellung verbessert das Verständnis

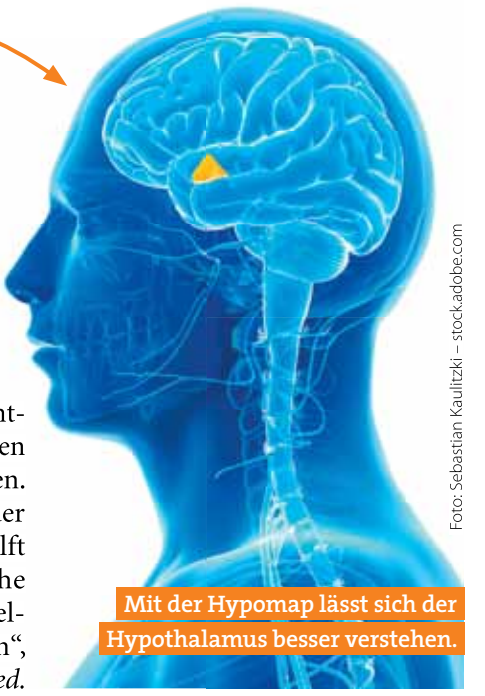


Foto: Sebastian Kaulitzki – stock.adobe.com

Mit der Hypomap lässt sich der Hypothalamus besser verstehen.

**BADEN-BADEN/ALTDORF.** Eine neue Studie zum menschlichen Hypothalamus bietet erstmals eine detaillierte „Karte" dieser Hirnregion – und damit die Möglichkeit, gezieltere Behandlungsmöglichkeiten für Diabetes und Adipositas zu entwickeln.

Der Hypothalamus ist für grundlegende biologische Prozesse wie Hunger, Körpertemperatur und Schlaf verantwortlich. „Es ist bisher jedoch noch nicht vollständig geklärt, welche spezifischen Zelltypen genau im Hypothalamus die Nahrungsaufnahme regulieren und den Appetit unterdrücken", so Professor Dr. Jens C. Brüning, Direktor der Poliklinik für Endokrinologie an der Uniklinik Köln, Präsident der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) und Mitkoordinator der Brain Academy im Deutschen Zentrum für Diabetesforschung (DZD).

### So steuert das Hormon Leptin das Essverhalten

Bisher beruhte das Wissen über die genaue Struktur des Hypothalamus hauptsächlich auf Tierversuchen. Um die erste „Karte" des menschlichen Hypothalamus zu erstellen, wurden 433.369 Zellen untersucht. Die daraus entstandene „Hypomap" stellt dar, welche Gene in spezifischen Zelltypen aktiv sind, welche Zellen für die Regulierung von Appetit und Energiehaushalt verantwortlich sind und wie diese Zellen miteinander interagieren.

Die Studie befasst sich auch mit der Rolle des Hormons Leptin, das vorwiegend von Fettzellen gebildet wird. Es signalisiert dem Gehirn, dass genug Energie vorhanden ist, und steuert den Appetit. Noch ist nicht vollständig geklärt, welche Nervenzelltypen mit welchem Genexpressionsmuster durch Leptin gesteuert werden und somit den Hunger beeinflussen. Für diesen Signalweg ist zudem der Melanocortin-Rezeptor (MC4R) relevant: Dieser leitet Signale im Gehirn weiter und unterdrückt u. a. das Hungergefühl oder beeinflusst den Energieverbrauch.

„Die Entdeckung, dass Leptin und MC4R in bestimmten Nervenzellen zusammenwirken, deutet darauf hin, dass diese Zellen wichtig für die Appetitkontrolle sind", erklärt Brüning. „Diese Erkenntnisse sind entscheidend für die Entwicklung neuer Therapien gegen Fettleibigkeit und Stoffwechselerkrankungen."

Die Studie befasst sich zudem mit der Verteilung von GLP1-Rezeptoren im Hypothalamus. Die Hypomap lässt uns besser verstehen, an welchen Nervenzellen genau im Gehirn GLP1-Analoga wirken, und hat das Potenzial, als Grundlage für die Entwicklung neuer Medikamente gegen Adipositas und Diabetes zu dienen. „Die detaillierte Untersuchung der Neuronen im Hypothalamus hilft uns zu verstehen, durch welche Substanzen bestimmte Nervenzellen angesprochen werden können", so Prof. Brüning. *DGE/Red.*

> »Wo genau wirken GLP1-Analoga?«

### Bedeutung der Hypomap

„Mit der Veröffentlichung der Hypomap haben die Forschenden einen wichtigen Meilenstein in der biomedizinischen Forschung gesetzt. Die detaillierte Kenntnis des menschlichen Hypothalamus könnte künftig nicht nur bei der Behandlung von Adipositas und Diabetes von Bedeutung sein, sondern auch bei anderen Stoffwechselerkrankungen", so Prof. Brüning abschließend. „Die neuen Erkenntnisse bieten eine hervorragende Grundlage, um medikamentöse Therapien gezielt weiterzuentwickeln und neue, effektive Behandlungsansätze für Stoffwechselerkrankungen zu finden."


Glucose-Tests als Fertiglösung

**Endlich glycerolfrei gemäß Empfehlung der DDG***

JETZT ERHÄLTLICH

erster zugelassener Screeningtest

- Leitliniengerechte Fertiglösungen**
- Fruchtiger Johannisbeergeschmack
- Screening- und Toleranztest aus einer Hand

| | |
|---|---|
| INORY-GlucoScreen 50 g | PZN 19376038 |
| INORY-GlucoTest 75 g/300 ml | PZN 19376044 |

Zeit für INORY

* Der Verzicht auf Glycerol wird empfohlen nach: Gemeinsames Positionspapier der Kommission Labordiagnostik in der Diabetologie.[1]

** Das zweistufige Testverfahren, das der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinie[2] empfiehlt, wird in der S3-Leitlinie für Gestationsdiabetes[3] beschrieben. Abweichend zur Mutterschafts-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses[2] empfiehlt die deutsche S3-Leitlinie für Gestationsdiabetes[3] in Anlehnung an internationale Leitlinien eine direkte Ausführung des Diagnosetests. Dieser ist dann nicht erstattungsfähig.

1. Heinemann L, et al. Gemeinsames Positionspapier der Kommission Labordiagnostik in der Diabetologie der DDG und DGKL (KLD) und der Kommission Apotheker in der Diabetologie BAK/DDG zur Herstellung einer oGTT-Lösung für die Diagnose eines Diabetes einschließlich eines Gestationsdiabetes. Diabetologie und Stoffwechsel. 2020;15(06):470-471. Addendum: Analyse und Vorschläge zur Herstellung. Diabetologie und Stoffwechsel. 2020;15(06):472-476.
2. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Geburt (Mutterschafts-Richtlinie/Mu-RL). In der Fassung vom 21. September 2023, letzte Änderung 28. September 2023. Abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3335/Mu-RL_2023-09-28_iK-2023-12-19.pdf (Letzter Zugriff: April 2025).
3. Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft fur Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Arbeitsgemeinschaft Geburtshilfe und Pränatalmedizin (AGG). S3-Leitlinie Gestationsdiabetes mellitus (GDM), Diagnostik, Therapie und Nachsorge. 2. Auflage. AWMF-Registernummer: 057-008. Version 3.0. Stand: 28. Februar 2018. Gültig bis: 27. Februar 2023 (in Überarbeitung). Abrufbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/057-008l_S3_Gestationsdiabetes-mellitus-GDM-Diagnostik-Therapie-Nachsorge_2019-06-abgelaufen.pdf (Letzter Zugriff: April 2025).

**Inory-GlucoScreen 50 g Lösung zum Einnehmen. Wirkstoff:** Glucose. **Zusammensetzung:** 200 ml Lösung enth. 50 g Glucose als Glucose-Monohydrat (Ph.Eur.). **Sonst. Bestandt.:** Natriumbenzoat, Citronensäure, Schwarze-Johannisbeer-Aroma, Gereinigtes Wasser. **Anwendungsgebiete:** Screening auf Schwangerschaftsdiabetes mit einem oralen Glucose Screening Test (oGST). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gg. den Wirkstoff od. einen der sonst. Bestandt.. Körperl. Stress, z.B. nach einer Operation oder einem Trauma, bei einem Infekt oder einer anderen akuten Erkrankung. Manifester Diabetes mellitus. Zustand nach Magen-Darm-Resektion. Stark reduzierter Allgemein- und Ernährungszustand. Elektrolytstörungen (inkl. Kalium-, Magnesium- oder Phosphatmangel). **Nebenwirkungen:** Häufig (kann bis zu 1 von 10 Behandelten betreffen): Hypoglykämische Reaktion. Gelegentlich (kann bis zu 1 von 100 Behandelten betreffen): Magendruck, Übelkeit, Erbrechen. Selten (kann bis zu 1 von 1000 Behandelten betreffen): allergische Reaktionen, z.B. Hautrötung. Häufigkeit nicht bekannt: Schwitzen, Schwindel, Ohnmacht, Kopfschmerzen, Müdigkeit, Bauchbeschwerden, Blähungen, Erhöhung der Herzfrequenz ohne Erhöhung des Blutdrucks, signifikante Verzögerung der Magenentleerung. **Warnhinweise:** Jede Flasche enthält Natriumbenzoat. Packungsbeilage beachten. Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. **Stand der Information:** 11/2024, **MIDAS Pharma GmbH, Rheinstraße 49, 55218 Ingelheim am Rhein, Deutschland**

**Inory-GlucoTest 75 g/300 ml Lösung zum Einnehmen. Wirkstoff:** Glucose. **Zusammensetzung:** 300 ml Lösung enth. 75 g Glucose als Glucose-Monohydrat (Ph.Eur.). **Sonst. Bestandt.:** Natriumbenzoat, Citronensäure, Schwarze-Johannisbeer-Aroma, Gereinigtes Wasser. **Anwendungsgebiete:** Zur Diagnose oder zum Ausschluss einer Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) und/oder einer gestörten Glucosetoleranz. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gg. den Wirkstoff od. einen der sonst. Bestandt.. Körperl. Stress, z.B. nach einer Operation oder einem Trauma, bei einem Infekt oder einer anderen akuten Erkrankung. Manifester Diabetes mellitus. Zustand nach Magen-Darm-Resektion. Stark reduzierter Allgemein- und Ernährungszustand. Elektrolytstörungen (inkl. Kalium-, Magnesium- oder Phosphatmangel). **Nebenwirkungen:** Häufig (kann bis zu 1 von 10 Behandelten betreffen): Hypoglykämische Reaktion. Gelegentlich (kann bis zu 1 von 100 Behandelten betreffen): Magendruck, Übelkeit, Erbrechen. Selten (kann bis zu 1 von 1000 Behandelten betreffen): allergische Reaktionen, z.B. Hautrötung. Häufigkeit nicht bekannt: Schwitzen, Schwindel, Ohnmacht, Kopfschmerzen, Müdigkeit, Bauchbeschwerden, Blähungen. Erhöhung der Herzfrequenz ohne Erhöhung des Blutdrucks, signifikante Verzögerung der Magenentleerung. **Warnhinweise:** Jede Flasche enthält Natriumbenzoat. Packungsbeilage beachten. Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. **Stand der Information:** 11/2024, **MIDAS Pharma GmbH, Rheinstraße 49, 55218 Ingelheim am Rhein, Deutschland**

# Viele Dimensionen, ein Ziel

## Neues erfahren über alle Dimensionen des Diabetes – und in Workshops Praxiswissen aufbauen

**BERLIN.** Der Diabetes hat viele Dimensionen – einige neue, aber auch viele, die Menschen, die sich mit Diabetes beschäftigen, schon lange begleiten. Aufgegriffen wird z. B. das viel diskutierte Thema Teilhabe. Für das Symposium „Nichts ist unmöglich" konnte VdK-Präsidentin Verena Bentele gewonnen werden (Interview auf der rechten Seite). Schon länger gibt es das starke politische Engagement für die Verhältnisprävention – Aktuelles dazu im DANK-Symposium. Einen neuen Aspekt bringen Medikamente mit langer Wirkdauer in die Diabetestherapie. Schauen Sie sich außerdem bei den Workshops um – das Angebot ist vielfältig!

### Politik

#### DANK-Symposium: Die neue Bundesregierung: Neustart oder Handbremse für die Präventionspolitik in Deutschland?

**Vorsitzende: Barbara Bitzer, Berlin, und Dr. Katrin Schaller, Heidelberg**
**Samstag, 31. Mai, 10.45 – 12.15 Uhr (mit Livestream)**

Tabakkonsum, Bewegungsmangel, schädlicher Alkoholkonsum und ungesunde Ernährung: Die Risikofaktoren für nichtübertragbare Erkrankungen, z. B. Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Typ-2-Diabetes oder Adipositas, sind hinlänglich bekannt. Diese nichtübertragbaren Krankheiten sind weltweit die häufigste Ursache für verlorene Lebensqualität und einen vorzeitigen Tod. Zahlreiche dieser Krankheits- und Todesfälle wären vermeidbar, wenn Präventionsmaßnahmen frühzeitig und gesellschaftlich umfassend greifen und die Politik mehr Verhältnisprävention wagen würde.
Die neue Bundesregierung kann in den kommenden vier Jahren die Weichen für eine Präventionswende in Deutschland stellen. Im Symposium der Deutschen Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK) werden aktuelle präventionspolitische Aspekte aus den Blickwinkeln der verschiedenen Risikofaktoren diskutiert. Im Fokus steht die Frage: Was muss sich politisch ändern, damit weniger Menschen erkranken und die gesunde Wahl zur einfacheren Wahl wird? Während des Symposiums sprechen wird Dr. Kathrin Schaller, Heidelberg, zum Thema „Tabak & Alkohol: Steuern und Werbeverbote – was können wir für die Ernährungspolitik lernen?"; PD Dr. Tobias Effert wird in seinem Vortrag „Steuermodelle auf dem Prüfstand: Was bringen eine gesunde Mehrwertsteuer und eine Herstellerabgabe auf zuckergesüßte Getränke?" die wirtschaftliche Perspektive vertreten und bei DANK-Sprecherin Barbara Bitzer, Berlin, geht es um: „Warum wir unbequem bleiben (müssen): Update DANK-Aktivitäten und Ausblick auf die neue Legislaturperiode".
Eingeladen ist zudem ein politischer Akteur. Eine Podiumsdiskussion mit allen Expert*innen schließt sich an.

### Psychodiabetologie & Soziales

#### Nichts ist unmöglich! Soziale Teilhabe mit Diabetes – in Schule, Beruf und Alltag

**Vorsitzende: Professor Dr. Julia Szendrödi, Heidelberg, und Dr. Wolfgang Wagener, Düsseldorf**
**Mittwoch, 28. Mai, 15.15 – 16.45 Uhr**

Mehr als 9 Millionen Menschen in Deutschland leben mit Diabetes. Der Diabetes begleitet sie in jeder Lebenslage – von der Kita über die Schule bis ins Berufsleben und die Freizeit. Viele empfinden ihre Erkrankung als „Last" und fühlen sich in bestimmten Lebensabschnitten sozial isoliert. Aber auch Familienmitglieder und Freund*innen sehen sich im Alltag mit verschiedenen Herausforderungen konfrontiert und managen den Diabetes der Betroffenen mit. Wie kann mehr Inklusion in Schule und Kita gelingen, wie die Integration am Arbeitsplatz und in der Freizeit? Welche gesamtgesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen müssen für mehr Teilhabe von Menschen mit Diabetes geschaffen werden?
Konkret geht es um „Das schaffe ich schon allein. Warum Schulgesundheitsfachkräfte eine Investition in die Zukunft sind" (Professor Dr. Andreas Neu, Tübingen), „Die besondere Rolle von Teilhabe und partizipativer Entscheidungsfindung aus ärztlicher Sicht" (Prof. Julia Szendrödi) und „Nichts ohne uns – alles mit uns: Wie mehr Teilhabe für Menschen mit Diabetes gelingen kann. Die Patientensicht".
Wir freuen uns außerordentlich auf den Impuls und den Diskussionsbeitrag von Verena Bentele, Präsidentin des VdK Sozialverbandes (Interview rechts). Sie spricht über „Systemwechsel statt Ausreden – was soziale Teilhabe mit Gerechtigkeit zu tun hat". Eine Podiumsdiskussion schließt sich an.

### Vielfältiges Workshop-Angebot

Während des Diabetes Kongresses werden 28 interaktive Workshops angeboten. Ein Workshop dauert 90 Minuten. Die Themen sind vielfältig – von Technologie über Ernährung, herausfordernde Patientensituationen, Bewegung bis zur Begutachtung der Fahreignung …

- **WS 13 Machen Sie Ihre Praxis grüner!**
  **Donnerstag, 29. Mai, 14.00 – 15.30 Uhr**
  **Vorsitzende:** Dr. Friedrich Wilhelm Petry, Wetzlar; Theresia Schoppe, Warstein; Prof. Dr. Christian Unsöld, Ratingen. Ausgerichtet von der AG Diabetes, Umwelt & Klima. Themengebiet: Querschnittsthemen
- **WS 24 Apps auf Rezept/DiGA & more**
  **Freitag, 30. Mai, 16.00 – 17.30 Uhr, Raum R3**
  **Vorsitzende:** Prof. Dr. Claudia Eberle, Fulda; Prof. Dr. Karin Lange, Hannover; Dr. Sandra Schlüter, Northeim. Themengebiet: Diabetestechnologie
- **WS 27 Herausforderung bei der Betreuung von Schwangeren mit Diabetes mellitus und Migrationshintergrund**
  **Samstag, 31. Mai, 9.00 – 10.30 Uhr**
  **Vorsitzende:** Dr. Jens Stupin, Regensburg; Claudia Krüger, Gevelsberg; Johanna Karapinar, Osnabrück. Der Workshop wird ausgerichtet durch die AG Diabetes & Schwangerschaft der DDG. Themengebiet: Schwangerschaft & Diabetes

**Alle Workshops und Anmeldemöglichkeit:**
**diabeteskongress.de/programm/#workshops**

### Pharmakotherapie

#### Eine Tablette täglich – ein Auslaufmodell?

**Vorsitzende: Dr. Alexander Risse, Berlin, und Manfred Krüger, Krefeld**
**Samstag, 31. Mai, 9.00 – 10.30 Uhr**

Die Entwicklung und Anwendung von Arzneimitteln mit sehr langer Wirkdauer (eine Woche, zwei Wochen, einen Monat, ein halbes oder ein ganzes Jahr) nach einer Applikation schreiten kontinuierlich voran. Diese Entwicklung beeinflusst auch die interdisziplinäre Betreuung von Menschen mit Diabetes erheblich.
Im Rahmen des Symposiums bietet die Einführung durch Professor Dr. Thomas Forst (Mainz) einen Überblick über die aktuelle Entwicklung dieser Arzneimittel. Anschließend werden Nutzen und Risiken in einer spannenden Podiumsdiskussion beleuchtet. Teilnehmer sind: Dr. Ralf-Uwe Häußler (Berlin), Manfred Krüger (Krefeld), Professor Dr. Bernhard Kulzer (Bad Mergentheim) und Dr. Alexander Risse (Berlin). Dabei steht der praktische Bezug im Fokus: Welche Auswirkungen haben diese langwirkenden Pharmakotherapien auf die tägliche Arbeit in Arztpraxen, Apotheken und Kliniken? Welche zusätzlichen Beratungsinhalte sind für die Menschen mit Diabetes entscheidend?
Wir laden alle herzlich ein, sich mit den neuesten Erkenntnissen und Fragestellungen auseinanderzusetzen. Lassen Sie uns gemeinsam die Potenziale und Herausforderungen dieser modernen Therapieoptionen diskutieren.
Das Symposium wird ausgerichtet von der Kommission Apotheker in der Diabetologie (BAK/DDG).

### Wissenswertes rund um den Diabetes Kongress 2025

- Für An- und Abreise kann das Veranstaltungsticket der Deutschen Bahn genutzt werden. Zudem werden Hotelzimmerkontingente zu besonderen Konditionen bereitgehalten. Mehr über die Angebote unter diabeteskongress.de/teilnahme-infos/#anreise
- Für Kinder zwischen 3 und 12 Jahren wird im Untergeschoss des CityCube eine Kinderbetreuung angeboten. Bitte unbedingt vorher anmelden!
- Der Stand der DDG befindet sich im Diabetes-Forum im ersten Obergeschoss, Halle B, Stand DF01
- Um alle möglichen Zertifizierungspunkte zu erhalten, müssen Sie Ihren Teilnahmeausweis vor- und nachmittags jeweils einmal scannen lassen.
- Im Anschluss an den Kongress stehen die Vorträge sechs Monate auf der DDG Online-Plattform ab dem 31. Mai 2025, 14.00 Uhr, zur Verfügung.

### So planen Sie Ihr Programm

Individuelle Planung oder Programm als PDF über **diabeteskongress.de** oder über die **App der DDG für Smartphone und Tablet.** Mit der App ist auch die Teilnahme an Live-Votings möglich.

Apple App Store | Google Play

# »Soziale Teilhabe ist kein Privileg«

## VdK-Präsidentin Verena Bentele spricht beim Diabetes Kongress 2025

INTERVIEW

Verena Bentele
VdK-Präsidentin
Foto: Susie Knoll

**BERLIN.** Verena Bentele wird im Symposium „Nichts ist unmöglich! Soziale Teilhabe mit Diabetes" (links) eine der Vortragenden sein. Im Interview gibt sie einen Einblick in die Arbeit des VdK („Sozialverband VdK Deutschland").

**? Mit welchen Anliegen von Menschen mit Diabetes beschäftigt sich der VdK?**

**Bentele:** Die Rechtsberatung des VdK hilft Mitgliedern, berechtigte Ansprüche gegenüber Leistungsträgern wie Krankenkassen, Rentenversicherungen und Behörden durchzusetzen. Zwei Beispiele aus jüngster Vergangenheit zeigen, wie wichtig unser Einsatz ist:

- Im April 2024 hat der VdK-Landesverband Hessen-Thüringen für den damals sechsjährigen Anton, der mit Typ-1-Diabetes lebt, vor dem Sozialgericht eine Begleitperson für die Schule durchgesetzt. Die Krankenkasse hatte das zuvor abgelehnt mit der Begründung, dies sei keine Leistung der medizinischen Behandlungspflege. Dazu muss man wissen: Bis Oktober 2023 war die Kostenübernahme durch die Krankenkassen problemlos. Seitdem gilt jedoch eine geänderte Richtlinie zur Häuslichen Krankenpflege, auf die sich die Kassen berufen. Der VdK rät generell zum Widerspruch, wenn dies der Fall ist. Notfalls sollte auch der Weg vor das Sozialgericht nicht gescheut werden. Der VdK begleitet seine Mitglieder beim juristischen Weg und weicht nicht von ihrer Seite.
- In einem anderen Gerichtsverfahren wurde nach über fünf Jahren einem Kind mit Typ-1-Diabetes ein höherer Pflegegrad zugesprochen. Aufgrund der überlangen Verfahren bei Behörden und Sozialgerichten hat die Familie den VdK Nord um Unterstützung gebeten und zu guter Letzt ihr Recht bekommen.

**? In Ihrem Vortrag geht es um soziale Teilhabe und Gerechtigkeit. Wie hängt beides zusammen?**

**Bentele:** Das Einkommen, die Herkunft oder die gesundheitliche Situation dürfen bei der sozialen Teilhabe keine Rolle spielen. Das ist meine tiefe Überzeugung und dafür kämpfe ich tagtäglich mit dem VdK. Es liegt auf der Hand, dass soziale Gerechtigkeit mit Teilhabe für alle Menschen verbunden ist – angefangen bei der Gesundheitsversorgung über den Zugang zu Bildung und Arbeit bis hin zu barrierefreiem Wohnraum. Die bestehenden Strukturen schließen Menschen mit chronischer Erkrankung oftmals aus. Dabei ist soziale Teilhabe kein Privileg, sondern ein Grundrecht. Deutschland hat die UN-Behindertenrechtskonvention ratifiziert. Die Umsetzung zieht sich jedoch seit Jahren hin. Wir brauchen endlich echte Fortschritte, insbesondere im Gesundheitswesen.

**? Wie würde der vom VdK geforderte Systemwechsel die Lage von Menschen mit Diabetes verbessern?**

**Bentele:** Eine ideale barrierefreie und inklusive Gesellschaft ermöglicht allen Menschen eine gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Zunächst muss unabhängig vom individuellen finanziellen Background der Betroffenen die Versorgung verbessert werden. Wie die beiden Beispiele zeigen, müssen wir Ansprüche, insbesondere die von Kindern, immer wieder gegen die Sozialversicherungen und Behörden durchsetzen. Die Versorgungsqualität darf dabei nicht vom Portemonnaie der Betroffenen oder ihrer Eltern abhängen.

> »Wir brauchen echte Fortschritte«

Für viele chronisch Erkrankte ist das dauerhafte Neubeantragen von Leistungen oder der erneute Nachweis der Erkrankung eine permanente Belastung. Ein echter Systemwechsel muss auch dieses Problem angehen. Es kann nicht sein, dass Menschen mit Diabetes Leistungen ständig neu beantragen und rechtfertigen müssen, obwohl sie bereits genehmigt wurden. Sie müssen verlässlich, kontinuierlich und barrierearm unterstützt werden. Zudem hat die Erkrankung oft Auswirkungen auf das Arbeitsleben, die Mobilität oder das Sozialleben. Das muss bei der Vergabe von Schwerbehindertenausweisen oder Nachteilsausgleichen stärker berücksichtigt werden. Was auch zu einem Systemwechsel gehört, sind umfassende Aufklärung, Prävention und diskriminierungsfreie Teilhabe. Menschen mit Diabetes und generell Menschen mit chronischen Krankheiten sollten auch sozial Anerkennung und Berücksichtigung finden.

*Interview: Nicole Finkenauer*

# »Den Mut haben, Neues auszuprobieren«

## Was bringt der Diabetes Kongress 2025? Der Kongresspräsident im Interview

**ULM.** Neue Dimensionen der Diabetologie – so lautet das Motto des Diabetes Kongresses 2025. Welche Dimensionen das genau sind und was die Teilnehmenden sonst noch Neues erwartet, berichtet Kongresspräsident Professor Dr. Martin Heni.

**Herr Professor Heni, was macht einen gelungenen Kongress aus?**
**Prof. Heni:** Am wichtigsten an Kongressen finde ich den persönlichen Austausch mit Leuten, die man schon lange kennt, wichtig ist aber auch, neue Leute kennenzulernen, mit ihnen in Austausch zu gehen und von ihnen Neues zu lernen – und zwar über die Fachgrenzen hinweg. Die Interdisziplinarität finde ich beim Diabetes Kongress immer besonders bereichernd, es kommen Teilnehmende aus der Wissenschaft, aus den Beratungsberufen, aus der Medizin. So gibt es die Möglichkeit, viele neue Leute kennenzulernen und Gemeinsamkeiten zu entdecken. Ich finde es toll, Neuigkeiten sowohl aus der Versorgung als auch aus der Wissenschaft mitzunehmen. Außer auf Kongressen gibt es wenige Möglichkeiten, das in so komprimierter Form zu tun und über den Tellerrand hinauszublicken. So lässt sich etwas über Themen lernen, die gar nicht so auf dem Schirm waren und es sind oft die interessantesten Dinge, die man auf diese Weise mitnimmt.

**Das Kongressmotto lautet: „Neue Dimensionen der Diabetologie – Individuell. Interdisziplinär. Innovativ." Welche Dimensionen sind gemeint?**
**Prof. Heni:** Es gibt kaum ein Fach in der Medizin, das in den letzten Jahren so innovativ war wie die Diabetologie. Wir haben ganz neue Möglichkeiten der pharmakologischen Therapie, wir haben neue Konzepte im Einsatz von Technologie und zunehmend setzen wir auch die neuen Methoden der künstlichen Intelligenz sowohl im Screening als auch in der Therapie ein. Ein großer Fortschritt ist auch, dass wir mit anderen Fachdisziplinen immer stärker zusammenarbeiten, dass aber auch andere Disziplinen von uns lernen und dass auf einmal mit Innovationen aus der Diabetologie Krankheiten, an die wir erst gar nicht gedacht hatten, behandelt werden können. Das ist neu.

»Am wichtigsten finde ich den Austausch«

**Welche weiteren Dimensionen würden Sie sich wünschen?**
**Prof. Heni:** Ich wünsche mir, dass Patientinnen und Patienten stärker eingebunden werden. Da können wir mehr machen. Im Moment kommt viel aus der Medizin, aus der Wissenschaft, und daraus entsteht viel Gutes und Neues. Die Patientenperspektive mehr einzubinden, kann aber auch ein großer Gewinn sein. Außerdem wünsche ich mir, dass wir auf europäischer und internationaler Ebene noch stärker zusammenarbeiten. Die Herausforderungen, die wir haben, sind in vielen Bereichen in Europa und auf der Welt die gleichen und zusammen ist man immer stärker als alleine.

**Und in welcher Dimension ist die Diabetologie zu wenig unterwegs?**
**Prof. Heni:** Ein Thema, das mir sehr wichtig ist, ist die Prävention. Wir sind schon richtig gut, wenn es um Therapie geht. Aber in der Prävention sowohl von Diabetes und Adipositas als auch von Komplikationen können und sollen wir besser werden. Die Prävention geht über die Diabetologie hinaus, es ist ein gesamtgesellschaftliches Thema.
Und auch bei der Technologie sollten wir mehr machen. Es wird im Moment sehr aus der Technologie heraus gedacht. Ich glaube, hier brauchen wir mehr klinischen Bezug und mehr Bezug zu den Bedürfnissen der Betroffenen.

nachgefragt

**Werfen wir einen Blick auf Ihre eigene Forschung: Woran forschen Sie mit Ihrer Ulmer Arbeitsgruppe?**
**Prof. Heni:** Wir interessieren uns sehr dafür, wie unterschiedliche Organe im Körper zusammenarbeiten, um den Stoffwechsel im Lot zu halten. Ein Schwerpunkt dabei ist, wie diese Prozesse durch das Gehirn reguliert werden. Wir haben uns sehr um das Hormon Insulin gekümmert, um andere Hormone zwischenzeitlich auch, und versuchen zu verstehen, wie Störungen zu einem Phänotyp führen, der Betroffene zu einem hohen Risiko von metabolischen Erkrankungen und Komplikationen prädisponiert. Es geht darum, zu verstehen, warum manche Menschen Diabetes und Komplikationen bekommen und andere nicht.

Foto: Mariaclaudia Cerrai Ceroni/Uni Ulm

**KURZBIOGRAFIE PROF. DR. MARTIN HENI**

Der Wissenschaftler und Arzt ist Leiter der Sektion Endokrinologie und Diabetologie der Klinik für Innere Medizin I am Universitätsklinikum Ulm. Mit seiner Arbeitsgruppe forscht er an der Interaktion zwischen Gehirn und Stoffwechsel. Prof. Heni hat 2019 den Ferdinand-Bertram-Preis (inzwischen: Young Investigator Award) der DDG und 2022 den Minkowski-Preis der EASD erhalten. Als Kongresssekretärinnen stehen ihm Dr. Julia Hummel und Sabrina Wangler zur Seite. Den Diabetes Kongress besucht Prof. Heni seit 2008.

Ich habe früh entschieden, nicht an der Maus zu forschen. Bei Menschen lässt sich durch sehr gut geplante Studien viel herausfinden und auch Mechanismen verstehen. Ziel ist mittelfristig auch, neue prädiktive Marker zur Identifikation von Hochrisikopersonen zu finden und schließlich auch Präventions- und Therapieansätze. Davon sind wir noch ein ganzes Stück weit entfernt.

**An der Programmplanung waren auch die beiden Kongresssekretärinnen Dr. Julia Hummel und Sabrina Wangler beteiligt. Welche Impulse haben die beiden eingebracht?**
**Prof. Heni:** Ich bin sehr froh, die beiden an der Seite zu haben. Zum einen haben wir intensiv über verschiedene Themen diskutiert. Es hilft sehr, unterschiedliche Sichtweisen auszutauschen und nicht alles alleine zu entscheiden. Die beiden haben die Themenvielfalt gestärkt und sehr darauf geachtet, dass wir sowohl die Qualität der Beiträge im Auge behalten als auch die Vielfalt der Formate. Das war wirklich Teamwork auf Augenhöhe.
Im Programm haben wir vier Battles of the Experts. Das Konzept wurde schon beim letzten Diabetes Kongress ausprobiert; wir haben nun versucht, es zu einem tatsächlichen „Kampf" zwischen Experten weiterzuentwickeln. Wir haben auch sehr viel Wert gelegt auf die Kooperation mit anderen Fachgesellschaften und ausländischen Partnerinnen und Partnern. Ganz bewusst haben wir Professor Tuckermann, den Präsidenten der DGE, ins Programmkomitee genommen, um auch die Sichtweise der Endokrinologie stärker einzubringen.

**Welche Highlights im Programm empfehlen Sie besonders?**
**Prof. Heni:** Kommen Sie zur Eröffnungsveranstaltung, die wird wie jedes Jahr super. Das ist der programmatische Auftakt: Es geht los in einen tollen Kongress. Gehen Sie zu den Battles of the Experts: Es wird kontrovers, es wird lehrreich und es wird hoffentlich auch unterhaltsam. Und gehen Sie in Nachwuchssymposien: Das ist die Zukunft der Diabetologie.

»Neue Impulse und neue Ideen«

**Ein legendäres Event ist der Diabetes-Lauf. Werden Sie teilnehmen?**
**Prof. Heni:** Auf jeden Fall, klar, Bewegung gehört zur Diabetologie, auch für den Kongresspräsidenten.
Ich bin kein langjähriger leidenschaftlicher Läufer, aber seit einigen Wochen im Training, um mich vorzubereiten. Wir machen auch als Mannschaft mit, mit Kolleginnen und Kollegen aus unserem Team und aus allen Berufsgruppen.

**Was sollen die Besucherinnen und Besucher vom Diabetes Kongress mitnehmen? Was wünschen Sie sich?**
**Prof. Heni:** Neue Impulse und neue Ideen, die man in den eigenen Tätigkeitsbereich mitnehmen kann. Außerdem sollte jeder mindestens einen neuen Menschen kennengelernt haben, einen neuen Bekannten oder Freund. Und ich hoffe, dass alle, die beim Diabetes Kongress dabei sind, erleben, was für ein tolles Fach wir sind, was für eine tolle Community, und wie schön es ist, Teil einer solch aktiven Community zu sein.
Die Teilnehmenden werden auch einen Blick werfen können auf die Zukunft der Diabetologie und sehen, wo es hingehen soll. Das betrifft die Umwälzungen im Gesundheitswesen, und auch in der Forschung werden wir sehen, was andere machen und auf welchem Weg die Forschung ist. Ich hoffe, was wir aus dem Kongress mitnehmen, sind neue Ideen und der Mut, Neues im eigenen Wirkungsbereich auszuprobieren. Das wünsche ich uns allen.

*Interview: Günter Nuber, Nicole Finkenauer*

**Neugierig auf die ganze Folge?**
Darin erfahren Sie mehr über Prof. Henis Forschung, seinen Werdegang und die Schwerpunktthemen und die Ausgestaltung des Diabetes Kongresses 2025 (QR-Code). Zugriff auf alle Folgen von *O-Ton Diabetologie* haben Sie auf diabetologie-online.de/o-ton-diabetologie und medical-tribune.de und auf den gängigen Podcast-Plattformen.

# BIS 2040 …

# … WIRD SICH DIE ZAHL DER MENSCHEN MIT AUTOIMMUNEM TYP-1-DIABETES VORAUSSICHTLICH VERDOPPELN.*,[1]

## ES IST AN DER ZEIT, 1 SCHRITT VORAUS ZU SEIN.

**T1D SCHRITT VORAUS**

Jeder Mensch kann einen autoimmunen Typ-1-Diabetes (T1D) entwickeln.[2] Einige haben jedoch ein höheres Risiko, wie z. B. durch eine familiäre Vorgeschichte oder eine andere Autoimmunerkrankung.[3–5] Mit der Früherkennung kann der autoimmune T1D Monate und Jahre vor dem Auftreten von Symptomen entdeckt werden. So werden mehr Menschen vor den Gefahren einer zu späten Diagnose geschützt.[6,7]

**Scannen Sie den QR-Code, um mehr zu erfahren über Risikogruppen und die Notwendigkeit, noch heute mit der Früherkennung zu beginnen,[6,8] oder besuchen Sie www.gemeinsam-typ1.de**

T1D: Typ-1-Diabetes.

* Basierend auf einer geschätzten Anzahl von 8,4 Millionen Menschen mit autoimmunem T1D im Jahr 2021 und prognostizierten 13,5–17,4 Millionen im Jahr 2040, die mit einem zeitdiskreten Markov-Krankheits-Todes-Modell auf Kohortenebene vorhergesagt wurde, das entwickelt wurde, um Schätzungen der Prävalenz und Inzidenz von autoimmunem T1D und der damit verbundenen Sterblichkeit und Lebenserwartung weltweit im Jahr 2021 zu erstellen.[1]

**Referenzen: 1.** Gregory GA *et al. Lancet Diabetes Endocrinol* 2022; 10: 741–60; **2.** Karges B *et al. Diabetes Care* 2021; 44: 1116–24; **3.** Besser REJ *et al. Pediatr Diabetes* 2022; 23: 1175–87; **4.** Ludvigsson JF *et al. Diabetes Care* 2006; 29: 2483–8; **5.** Skov J *et al. Eur J Endocrinol* 2022; 186: 677–85; **6.** Besser REJ *et al. Arch Dis Child* 2022; 107: 790–5; **7.** Insel RA *et al. Diabetes Care* 2015; 38: 1964–74; **8.** Hummel S *et al. Diabetologia* 2023; 66: 1633–42.

MAT-DE-2404156-2.0-12/2024

Sanofi-Aventis Deutschland GmbH · medinfo.de@sanofi.com
Lützowstraße 107 · 10785 Berlin · www.sanofi.de

sanofi

# Neue Inspirationen, sportliche Höhepunkte und viel Miteinander

## Diabetes-Lauf, DDG Night und Eröffnungsveranstaltung runden den Diabetes Kongress 2025 ab

**BERLIN.** Auch abseits des wissenschaftlichen Fachprogramms hat der Diabetes Kongress wieder viel zu bieten und bringt Menschen aus der Diabetologie auf neuen Wegen zusammen. Und wie immer gilt bei der legendären DDG Night: Tanzen unbedingt erwünscht!

### Eröffnungsveranstaltung: Startschuss in die Kongresstage

**Mittwoch, 28. Mai 2025, 17.00 Uhr, Raum A8**

Stimmen Sie sich gemeinsam mit uns auf vier ereignisreiche und hochinformative Kongresstage ein. In der Eröffnungsveranstaltung nehmen wir Sie mit in neue Dimensionen der Diabetologie. Freuen Sie sich unter anderem auf Professor Dr. ROLF DRECHSLER von der Universität Bremen, der uns dazu einlädt, die Grenzen und Potenziale von KI kennenzulernen. Anschließend laden wir zum fröhlichen Get-together bei kühlen Getränken und leckeren Snacks ein.

Professor Dr. Rolf Drechsler

Foto: Universität Bremen/AGRA

Mitmachen, damit sich was bewegt: Warm-up zum Diabetes-Lauf 2024 mit viel guter Laune.

### Diabetes-Lauf: Jeder Schritt zählt!

**Donnerstag, 29. Mai 2025, 18.15 Uhr, vor dem CityCube Berlin**

Auf die Plätze, fertig, los: An Christi Himmelfahrt fällt der Startschuss für den traditionellen Diabetes-Lauf. Gemeinsam wollen wir ein Zeichen für die Diabetologie und für Menschen mit Diabetes setzen. Die fünf Kilometer lange Strecke rund um das Messegelände ist für Sportläufer*innen, Jogger*innen und Walker*innen gleichermaßen geeignet. Die eingenommenen Spendengelder werden für Projekte und Kampagnen für Menschen mit Diabetes gestiftet.

Foto: DDG/Dirk Deckbar

### DDG Night: die Nacht der Nächte für die Diabetologie

**Freitag, 30. Mai 2025, ab 19 Uhr, Wasserwerk Berlin**

Feiern Sie gemeinsam mit uns in der lichtdurchfluteten und außergewöhnlichen „Kathedrale der Arbeit" – dem legendären Wasserwerk Berlin nur wenige Fahrminuten vom CityCube entfernt. Kühle Drinks, kulinarische Überraschungen und Wow-Momente aus Licht und LED-Akrobatik eröffnen auch bei der DDG Night ganz neue Dimensionen. Freuen Sie sich auf einen Abend in einzigartiger Atmosphäre, der in Erinnerung bleiben wird.
Sichern Sie sich auch kurzfristig noch Ihr Ticket. Für Gesundheitsfachkräfte und Studierende gibt es ermäßigte Ticketpreise.

Foto: Wasserwerk Berlin

# Präventionskompass für den Diabetes Kongress

## Symposien zum Thema Prävention – eine Zusammenstellung der AG Prävention

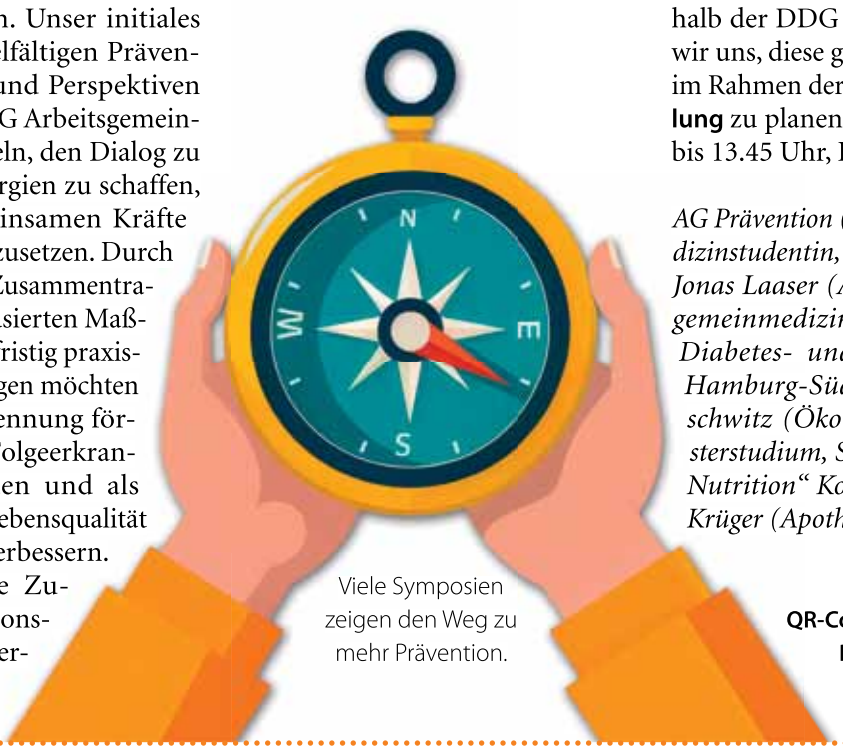
**BERLIN.** Diabetes erforschen – behandeln – verhindern" ist die Mission der DDG. Wer sich beim Diabetes Kongress intensiv über Prävention informieren möchte, hat dazu in vielen Symposien Gelegenheit. Die AG Prävention verweist auf diese Veranstaltungen – und macht auf ihren Neustart und ihre Aktivitäten aufmerksam.

Das Thema Prävention beschäftigt und verbindet alle Bereiche der DDG – egal, ob es sich um Primär-, Sekundär- oder Tertiärprävention handelt, um Verhaltens- oder Verhältnisprävention. Im Fokus steht das Ziel, die Gesundheit unserer Patient*innen ganzheitlich zu fördern und den Herausforderungen der Diabetesprävention gemeinsam zu begegnen.
Sowohl die Agenda Diabetologie 2030 der DDG als auch der 6-Punkte-Plan der Deutschen Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK) zeigen der Politik einen klaren Weg auf, wie dies gesellschaftlich gelingen kann. Zahlreiche Präventionsmaßnahmen stehen zur Verfügung: Neben steuerlichen Instrumenten sind auch Werbebeschränkungen für ungesunde Lebensmittel, Tabak und Alkohol sinnvolle Ansätze, die zwingend umgesetzt werden müssen. Prognosen zufolge wird die Zahl der aktuell 9 Millionen Menschen mit Diabetes bis 2040 auf mindestens 12 Millionen ansteigen. Die damit verbundenen Folgeerkrankungen und die steigenden Kosten für das Gesundheitssystem unterstreichen die Notwendigkeit, dass Prävention zu einer zentralen gesundheitspolitischen Priorität werden muss. Besonders im Kontext des Regierungswechsels sind entschlossene Maßnahmen gefragt, um Forschung, Behandlung und Prävention nachhaltig zu stärken.

### Aktivitäten bündeln, Dialog fördern, Synergien schaffen

Mit dem Neustart der AG Prävention wollen wir die Diabetesprävention auf eine neue, zukunftsweisende Grundlage stellen. Unser initiales Ziel ist es, die vielfältigen Präventionsaktivitäten und Perspektiven innerhalb der DDG Arbeitsgemeinschaften zu bündeln, den Dialog zu fördern und Synergien zu schaffen, um unsere gemeinsamen Kräfte noch gezielter einzusetzen. Durch klare Strukturen, Zusammentragen von evidenzbasierten Maßnahmen und langfristig praxisnahen Empfehlungen möchten wir eine Früherkennung fördern, langfristig Folgeerkrankungen vermeiden und als oberstes Ziel die Lebensqualität der Betroffenen verbessern.
Möchten Sie die Zukunft der Präventionsbestrebungen innerhalb der DDG mitgestalten, freuen wir uns, diese gemeinsam mit Ihnen im Rahmen der **Mitgliederversammlung** zu planen (Do., 29. Mai, 12.15 bis 13.45 Uhr, Raum M7).

*AG Prävention (Emily Scheutzel (Medizinstudentin, UKE Hamburg); Dr. Jonas Laaser (Assistenzarzt für Allgemeinmedizin und Diabetologie, Diabetes- und Hausarztzentrum Hamburg-Süd); Jasmin von Zezschwitz (Ökotrophologin im Masterstudium, Studiengang „Human Nutrition" Kopenhagen); Manfred Krüger (Apotheker in Krefeld))*



Viele Symposien zeigen den Weg zu mehr Prävention.

**QR-Code zur AG Prävention**

Foto: kilmoshi – stock.adobe.com (generiert mit KI)

### DiGA, Älterwerden, adjuvante Medikamente bei Typ-1-Diabetes, Subtypen, Prävention …

#### Symposien zum Thema Prävention

Was ist der aktuelle Stand der Prävention? Wo gibt es Überschneidungen und was kann im Alltag umgesetzt werden?

- **Mittwoch, 28. Mai, 13.15–14.45 Uhr**
  DiGA in der Diabetestherapie – ein Update mit Outcome-Daten, Raum A1
- **Mittwoch, 28. Mai, 15.15–16.45 Uhr**
  Älter werden mit Diabetes mellitus: Ausbruch aus dem Kreislauf Diabetes, Gebrechlichkeit und Sarkopenie (Symposium der AG Prävention), Raum A2 (Livestream)
- **Donnerstag, 29. Mai, 10.30–12.00 Uhr**
  Diabetesprävention – wie, wann und womit?, Raum A3 (Livestream)
- **Donnerstag, 29. Mai, 10.30–12.00 Uhr**
  Battle of the Experts: Gibt es Platz für adjuvante medikamentöse Therapien bei Typ-1-Diabetes zur Prävention von mikrovaskulären und makrovaskulären Komplikationen?, Raum A1
- **Donnerstag, 29. Mai, 14.00–15.30 Uhr**
  Typ-2-Diabetes bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, Raum A3 (Livestream)
- **Donnerstag, 29. Mai, 16.00–17.30 Uhr**
  CEDA-Symposium: Praktische Bedeutung der neuen Diabetes-Subtypen f. Prävention u. Therapie, Raum A4
- **Freitag, 30. Mai, 16.00–17.30 Uhr**
  Prävention beim Diabetes mellitus Typ 1 und 2 aus verschiedenen Blickwinkeln (Symposium diabetesDE), Raum A3 (Livestream)

# »Krankheitsverändernde Therapien, keine Heilung«

## Professor Dr. Barbara Ludwig über neue Forschungsansätze bei Typ-1-Diabetes

**DRESDEN.** Wie weit sind wir von der (funktionellen) Heilung des Typ-1-Diabetes entfernt? Über Chancen und Herausforderungen in der Pankreas- , Insel- und Xenotransplantation beim Typ-1-Diabetes sprachen wir mit Prof. Dr. Barbara Ludwig, Medizinische Klinik III, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden.

INTERVIEW

**Prof. Dr. Barbara Ludwig**
**Diabetesforscherin**
Foto: privat

**? Über all Ihren Forschungsansätzen steht der biologische Betazellersatz beim Typ-1-Diabetes. Welche internationalen Ansätze gibt es hierzu und was tut sich in Deutschland?**
**Prof. Dr. Barbara Ludwig:** Die Pankreas-Organ- und Inseltransplantation sind die klassischen Verfahren des Betazellersatzes, die heute an vielen Standorten durchgeführt werden und grundsätzlich auch sehr erfolgreich sind, aber eben zwei große Einschränkungen haben: die limitierte Verfügbarkeit von Spenderorganen und die Notwendigkeit einer potenten Immunsuppression, um Abstoßungen zu verhindern, sowohl bei Pankreas- als auch bei Inseltransplantation. Weltweit arbeiten viele Forschergruppen an Möglichkeiten, diesen Problemen zu begegnen. In Deutschland spielt unter anderem das Netzwerk des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung (DZD) eine wichtige Rolle.

**? Ein weiterer Fokus Ihrer Arbeit liegt auf Versuchen, alternative Zellquellen zu identifizieren. Sie verfolgen hier zwei Richtungen …**
**Prof. Ludwig:** Das ist richtig: Im Fokus stehen zwei Ansätze, einerseits, aus sogenannten IPS, also induzierten pluripotenten Stammzellen, inselartige Cluster im Labor zu generieren. Diese Protokolle funktionieren mittlerweile gut, sind aber noch nicht sehr effizient. Andererseits ist das Thema Xenotransplantation, also die Verwendung tierischer Zellen, relevant. In den letzten Jahren hat sich hier viel getan aufgrund der Tatsache, dass wir heute in der Lage sind, genetisch modifizierte Spendertiere zu generieren. Da liegt auch Deutschland weit vorn, insbesondere mit der Forschung von Professor Dr. Eckard Wolf in München. Bei den Inseltransplantationen gibt es hier ebenfalls erste erfolgreiche Ansätze. Diese beiden Felder könnten hochattraktive alternative Zellquellen sein.

**? Ob Stammzell- oder Xenotransplantation: Es gibt das Problem Immunsuppression. Wie weit ist man hier inzwischen?**
**Prof. Ludwig:** Wenn wir weiter für diese Transplantationen solch eine potente systemische Immunsuppression brauchen, wird es nie für eine breitere Gruppe von Patient*innen eine sinnvolle Therapie sein.

**? Bei der Stammzelltransplantation werden neue Betazellen entweder aus dem eigenen Körper oder von Spendenden erzeugt. Wo genau liegt hier das Potenzial?**
**Prof. Ludwig:** Die Transplantation von aus Stammzellen generierten Inselclustern ist eine neue Entwicklung mit sehr hohem Potenzial – sie stünden praktisch unlimitiert zur Verfügung und könnten durch Manipulation so verändert werden, dass keine Immunsuppression notwendig wäre. Erste klinische Studien dazu laufen aktuell und zeigen sehr vielversprechende Ergebnisse. Dennoch ist der Weg bis zu einem breiteren Einsatz, wie gesagt, sicherlich noch weit.

**? Einem chinesischen Forscherteam ist eine Transplantation von autologen Stammzellen bei einer 25-Jährigen mit Typ-1-Diabetes gelungen. Seit über einem Jahr weist sie einen stabilen Blutzuckerspiegel auf und benötigt kein zusätzliches Insulin. Werten Sie das als Durchbruch?**
**Prof. Ludwig:** Das ist schon ein großer Erfolg, zumal sie nach wie vor insulinunabhängig ist, wie ich von Kollegen gehört habe. Aber obwohl hier autologe Zellen transplantiert wurden, ist eine Immunsuppression im Spiel, da die Patientin zuvor schon transplantiert war. Es wurde in dieser Publikation ein sehr spezielles Protokoll verwendet für die Generierung der Inselcluster. Das ist schon sehr beachtlich.

**? Was Stammzellen im Körper anrichten könnten, weiß man heute noch nicht, oder?**
**Prof. Ludwig:** Das ist Gegenstand der Untersuchungen in den klinischen Studien. Es gibt sehr tiefgehende Testungen dieser Zellen und sehr umfängliche präklinische Forschung dazu in Tiermodellen. Bislang gibt es keinen Hinweis darauf, dass von diesen Zellen eine Gefahr der Entartung ausgeht. Die Zellen müssen fertig ausdifferenziert sein, um dann nicht Gefahr zu laufen, sich zum Beispiel in Tumorzellen zu differenzieren.

**? Wie gefährlich sind die tierischen Zellen bei Xenotransplantation?**
Es gibt intrinsische Risiken wie zum Beispiel die Übertragung von Keimen. Zusammen mit dem Leibniz-Institut für Polymerforschung in Dresden entwickeln wir momentan Systeme, bei denen wir die Inseln in sogenannten Makrokapseln platzieren, sodass sie vom Immunsystem abgeschirmt sind und man auf Immunsuppression verzichten und ein hohes Maß an Sicherheit gewährleisten kann. Man hätte damit auch die Möglichkeit, sollten die Zellen nicht ausreichend funktionsfähig sein, diese Devices in toto wieder aus dem Körper zu entfernen.

**? Wird das schon an Patient*innen getestet?**
Es gab in der Vergangenheit bereits Testungen mit solchen Systemen, die mehr oder weniger erfolgreich verlaufen sind. Wir selbst haben vor einigen Jahren einen ersten Patienten mit Typ-1-Diabetes mit unserem Prototyp transplantiert, mit allogenen humanen Inseln, was grundsätzlich sehr erfolgreich und die Basis für die Weiterentwicklung dieses Systems war, das wir jetzt in der Präklinik, sprich im Tiermodell, in den Händen haben.

**? Gilt für Zell- oder Organtransplantationen nach wie vor, dass nur schwer oder schwerstkranke Patient*innen mit Typ-1-Diabetes dafür infrage kommen, Menschen mit Typ-2-Diabetes aufgrund ihrer Insulinresistenz aber ohnehin nicht?**
**Prof. Ludwig:** Das ist richtig. Bei notwendiger Immunsuppression muss man Nutzen und Risiko abwägen. Glücklicherweise gibt es die klassischen Patient*innen mit Typ-1-Diabetes und schweren Hypoglykämien, die früher auf der Warteliste für eine Inseltransplantation standen, heute fast nicht mehr. Es ist eine extrem erfreuliche Entwicklung, dank Sensortechnologie und AID-Systemen. Dennoch gibt es spezielle Patientengruppen, die aus diversen Gründen damit nicht behandelbar sind, beispielsweise bei peripherer Insulinresistenz oder Unverträglichkeiten gegenüber diesen Systemen.

**? Erschweren AID-Systeme etwa Ihre Forschungsaktivitäten?**
**Prof. Ludwig:** Diese Techniken werden immer besser, die Messlatte für alternative Therapien liegt immer höher. Denn ich muss rechtfertigen, wenn ich Patient*innen mit Zellen behandle und immunsupprimiere.

**? Neben den symptomatischen Therapien gibt es nun den Wirkstoff Teplizumab, mit dem sich Typ-1-Diabetes um etwa drei Jahre verzögern lässt. Wie schätzen Sie den Erfolg ein?**
**Prof. Ludwig:** Es wäre tatsächlich eine kausale Therapie der Erkrankung, also der Versuch einer wirklichen Heilung des Typ-1-Diabetes. Mit einer Immuntherapie wie dem Teplizumab, einem monoklonalen Anti-CD3-Antikörper, geht man ja an den eigentlichen Kern der Erkrankung, an die fehlgeleitete Autoimmunreaktion. Die Ergebnisse aus den USA mit diesem Wirkstoff zeigen einen relevanten Erfolg. Es ist ein Anfang, der Ansatz ist grundsätzlich zielführend.
Ein weiterer wichtiger Ansatz ist eine Art „Insulinimpfung“, wie er etwa durch die Gruppe um Prof. Dr. Anette Ziegler verfolgt wird. Dabei werden Menschen identifiziert, die eine Hochrisikokonstellation für Typ-1-Diabetes haben, und primär präventiv behandelt, das sind sehr vielversprechende und Hoffnung machende Ansätze.

**? Wie weit sind wir von einer Heilung des Typ-1-Diabetes entfernt?**
**Prof. Ludwig:** Für meinen Forschungsbereich spreche ich lieber von einer sog. „funktionellen Heilung“: Wir versuchen, die Funktion der Insulinproduktion wiederherzustellen, um den Stoffwechsel zu stabilisieren und Komplikationen zuverlässig zu verhindern. Mit den verschiedenen Ansätzen sind wir auf einem guten, wenn auch noch weiten Weg. *Interview: Angela Monecke*

> »Die Messlatte für alternative Therapien liegt durch die AID-Systeme immer höher«

> »Netzwerk des DZD spielt u. a. wichtige Rolle«

### Typ-1-Diabetes: Technik und Transplantationen

„In China ist es Forschenden offenbar gelungen, eine Frau mit Typ-1-Diabetes zu heilen.“ Diese Nachricht über eine erfolgreiche Transplantation von Inselzellen aus eigenen Stammzellen bei einer 25-jährigen Patientin, deren Blutzuckerspiegel bis heute stabil ist, sorgte auch in der deutschen Diabetologie für Diskussionen. DDG Präsident Professor Dr. Andreas Fritsche sprach von „erstaunlichen Ergebnissen“, blieb aber skeptisch: Bevor nicht mehr Patientinnen und Patienten behandelt würden, und das über längere Zeit, könne man „noch nicht vom Durchbruch sprechen“, betonte er. Zumal die junge Frau zuvor bereits mehrere Organe transplantiert bekommen hat und deshalb Immunsuppressiva einnimmt. Ohne diese Medikamente würde ihr Körper vermutlich auch die aus den Stammzellen gewonnenen Betazellen abstoßen, erklärte er.
Auf der Verbesserung heutiger Diabetestechnologie und der Erforschung des Typ-1-Diabetes liegt auch der Fokus der Diabetes-Organisation Breakthrough T1D (früher „Juvenile Diabetes Research Foundation“; JDRF). Deren Projekt ACT (Accelerate Cell Therapies) verfolgt das Ziel, die Entwicklung von Zelltherapien zur Heilung von Typ-1-Diabetes durch koordinierte Anstrengungen u. a. in Forschung und Entwicklung erheblich zu beschleunigen.
In Deutschland sind u. a. das Deutsche Zentrum für Diabetesforschung (DZD) und das Helmholtz Zentrum München federführend in der Diabetesforschung.

Wang S et al. Cell. 2024 Oct 31; 187(22): 6152-6164.e18; doi: 10.1016/j.cell.2024.09.004

**Prof. Danne über die Ziele von „Breakthrough T1D“:**
**www.diabetologie-online.de/o-ton-diabetologie/#55**

**Die Immunsuppression bleibt in der Diabetesforschung das größte Problem.**
Foto: BillionPhotos.com – stock.adobe.com

# Licht im Nebel der Cloud

## Datenschutzbeauftragter betont das Erfüllen des ärztlichen Behandlungsauftrages

**MÜNCHEN.** Darf eine diabetologische Praxis Patientendaten in ein Cloudsystem hochladen? Jurist Dr. Thorsten Thaysen verweist auf eine Entscheidung des Hessischen Datenschutzbeauftragten zum Behandlungs- und Auftragsverarbeitungsvertrag.

Glukosemesssysteme mit Cloudanbindung bieten therapeutische Vorteile und ersparen den Patient*innen das Auslesen der Daten in der Praxis. Andererseits übermittelt z. B. ein Patient seine sensiblen Gesundheitsdaten an den Hersteller des Cloudsystems und damit an eine dritte Partei, die zunächst außerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung steht. Daher stellt sich die Frage, ob die Übermittlung der Patientendaten in die Cloud datenschutzrechtlich zulässig ist oder ob dafür etwa die Einwilligung des Patienten eingeholt werden muss.
Für die diabetologische Praxis war bisher zu empfehlen, eine datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit möglichst dadurch zu vermeiden, dass die Entscheidung über die Nutzung des Cloudsystems den Patient*innen überlassen bleibt. Diese Lösung war jedoch nicht immer umsetzbar oder führte zu zusätzlichen Aufwänden.
Im Tätigkeitsbericht des Hessischen Datenschutzbeauftragten für das Jahr 2022 (S. 227 ff.) ist ein Verfahren aufgeführt, das bislang zwar weitgehend unbemerkt geblieben ist, das aber Bedeutung für die datenschutzrechtliche Beurteilung der Zulässigkeit des Einsatzes von Glukosemesssystemen mit Cloudanbindung hat.
Es ging um folgenden Sachverhalt: Ein Patient wurde zur Erstellung von Bildern an eine radiologische Praxis überwiesen. Dort erklärte der Patient, dass er keine Weitergabe seiner Gesundheitsdaten an Dritte wünsche. Sollte eine Weitergabe doch notwendig werden, wollte er zuvor darüber informiert und nach seiner Einwilligung gefragt werden.

### Patient verlangte umgehend die Löschung seiner Daten

Nach der Untersuchung erhielt der Patient eine CD mit seinen Bilddaten sowie ein Informationsblatt, in dem beschrieben wurde, wie er seine Bilder auch online abrufen konnte. Für den Online-Abruf übermittelte die Praxis die Bilddaten an einen Dienstleister, der diese auf seinem Cloud-Server speicherte. Dem Patienten teilte die Praxis mit, dass die Daten auf dem Server des Dienstleisters gelöscht werden würden, falls er keinen Online-Zugang wünsche. Daraufhin verlangte der Patient die Löschung seiner Daten aus der

**Rechtsanwalt Dr. jur. Thorsten Thaysen, München**
Foto: privat

Cloud. Dies erfolgte umgehend. Der Patient erhob dennoch Beschwerde beim Hessischen Datenschutzbeauftragten (Aufsichtsbehörde für den Datenschutz): Er sei nicht ausreichend über die Datenweitergabe an den Dienstleister informiert worden und habe außerdem in eine solche Weitergabe nicht eingewilligt.
Der Datenschutzbeauftragte bewertete das Vorgehen der Praxis als datenschutzkonform. Diese war aufgrund des Behandlungsvertrages in dem für die Therapie erforderlichen Umfang berechtigt, Gesundheitsdaten auch ohne Einwilligung des Patienten zu verarbeiten, da eine gesetzliche Erlaubnis zur Datenverarbeitung vorlag (Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO). Die Übermittlung der Bilddaten an die Cloud des Dienstleisters habe der unkomplizierten Weitergabe an die überweisenden Ärzt*innen gedient und sei damit für die Erfüllung des Behandlungsvertrages erforderlich gewesen.

> »Einwilligung wird nicht benötigt«

Insbesondere habe es sich um keinen zusätzlichen Newsletter- oder Recall-Service gehandelt. Die Übermittlung in die Cloud sei durch eine Auftragsverarbeitung gedeckt und verstoße auch nicht gegen die ärztliche Schweigepflicht, da das Gesetz den Einsatz solcher Dienstleister ausdrücklich gestatte. Dadurch sei der Schutz der Daten ausreichend gewährleistet, sodass an veralteten Technologien und Übermittlungswegen nicht festgehalten werden müsse. Auch wenn die Bewertung des Datenschutzbeauftragten nicht explizit für ein Glukosemesssystem mit Cloudanbindung erfolgte und formal nur Hessen betrifft, können daraus allgemeine Erkenntnisse für die datenschutzrechtliche Beurteilung von Cloudsystemen in der diabetologischen Praxis gezogen werden. Die Cloud-Technologie dient hier ebenfalls der Übermittlung der Messdaten von Patient*innen an die diabetologische Praxis sowie die Verfügbarkeit dieser Daten für ggf. mitbehandelnde Ärzt*innen.

Ein heißes Eisen: Cloudsysteme und die ärztliche Schweigepflicht.

Fotos: woravut – stock.adobe.com, magicmary – stock.adobe.com

> »Unkomplizierte Weitergabe an die Überweisenden«

Damit spricht viel dafür, dass sich auch diabetologische Praxen auf eine gesetzliche Erlaubnis für die Übermittlung von Patientendaten in Cloudsysteme und das Auslesen berufen können (Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO). Übermittlung und Auslesen sind ebenso wie im beschriebenen Fall erforderlich, um den Behandlungsvertrag durchzuführen. Die diabetologische Praxis benötigt dafür keine Patienteneinwilligung. Es liegt auch keine Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht vor.

### Datenschutzbericht liefert Praxen eine gute Begründung

Zudem verlangen die Hersteller von cloudbasierten Glukosemesssystemen regelmäßig den Abschluss eines Auftragsverarbeitungsvertrages mit der Praxis, so dass auch insoweit eine Vergleichbarkeit mit dem Sachverhalt im Tätigkeitsbericht des Datenschutzbeauftragten besteht.
Das heißt: Es bleibt bei der Empfehlung, den Patient*innen die Entscheidung über die Nutzung des Cloudsystems zu überlassen und in der Praxis möglichst keine Patientendaten ins Cloudsystem hochzuladen. Wenn jedoch die Abläufe in der Praxis die Speicherung erfordern sollten, kann die Bewertung des Hessischen Datenschutzbeauftragten für die Begründung der Zulässigkeit herangezogen werden.
Dabei ist darauf zu achten, dass die Praxis einen Auftragsverarbeitungsvertrag mit dem Hersteller des Messsystems abgeschlossen hat und keine Einwilligung vom Patienten wegen des Hochladens der Daten in die Cloud eingeholt wird, da diese aufgrund der gesetzlichen Erlaubnis nicht notwendig ist.

*Dr. jur. Thorsten Thaysen*

# Kleben bleiben

## Neuer Therapieansatz: Molekulare Klebstoffe schützen insulinproduzierende Zellen

**DUISBURG-ESSEN.** Spezielle Moleküle – sogenannte molekulare Klebstoffe – stabilisieren eine entscheidende Protein-Interaktion, die die Zerstörung von insulinproduzierenden Betazellen verhindert.

Besonders bei Typ-2-Diabetes führt eine anhaltend hohe Belastung durch Zucker und Fette im Blut – die sogenannte Glukolipotoxizität – dazu, dass Betazellen geschädigt und schließlich zerstört werden.

Ein Forschungsteam der Universität Duisburg-Essen, der Icahn School of Medicine am Mount Sinai (USA) und der Technischen Universität Eindhoven (Niederlande) hat herausgefunden, dass sich dieser Prozess gezielt aufhalten lässt: Normalerweise schützen viele verschiedene Faktoren die Betazellen vor Überlastung, unter anderem indem sie eine Bindung zwischen dem Stoffwechselregulator ChREBPα und dem Protein 14-3-3 vermitteln. Dieser Schutzmechanismus versagt, sobald der Blutzuckerspiegel zu stark und oft ansteigt.

### Molekularkleber stärkt die Bindung Protein – Regulator

Mit neu entwickelten molekularen Klebstoffen gelingt es, die Bindung zwischen ChREBPα und 14-3-3 gezielt zu verstärken. Dadurch werden die Betazellen vor den toxischen Folgen des hohen Blutzuckers bewahrt, was ihren Funktionsverlust aufhält. Bisher galten Transkriptionsfaktoren wie ChREBP als kaum beeinflussbare Zielstrukturen für Medikamente. „Zum ersten Mal ist es gelungen, mit kleinen Molekülen die Aktivität von ChREBP gezielt zu steuern – ein Meilenstein mit enormem therapeutischem Potenzial“, erklärt Professor Dr. Markus Kaiser von der Universität Duisburg-Essen.
Der nächste Schritt besteht für die Forschenden darin, die molekularen Klebstoffe weiter zu optimieren und in präklinischen Modellen zu testen.

Klebstoffe gibt es auch auf molekularer Ebene. Sie können helfen, insulinproduzierende Zellen zu schützen.

Foto: joeycheung – stock.adobe.com (generiert mit KI)

Pressemitteilung Universität Duisburg-Essen

Katz LS et al. Nat Commun 2025 Mar 2; 16(1): 2110; doi: 10.1038/s41467-025-57241-7

BEI TYP 2 DIABETES

**24 %**

**Risikoreduktion für schwere Nierenereignisse[1]**

**20 %**

**Risikoreduktion für Tod jeglicher Ursache[1]**

# OZEMPIC®

Ozempic®* ist der einzige GLP-1 RA mit nachgewiesener Risikoreduktion für schwere Nierenereignisse und Tod jeglicher Ursache[1] bei Menschen mit Typ 2 Diabetes und CKD.

**Informieren Sie sich:**
Auf der novoakademie erwarten Sie weitere Informationen zu Niere, Diabetes und neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen.

1. Perkovic V et al. N Engl J Med 2024;391:109–121 (+Suppl.)
   **Einzelheiten zur Studie:** FLOW ist die weltweit erste Nieren-Endpunktstudie mit einem GLP-1 Rezeptoragonisten. In dieser Studie bei Menschen mit Typ 2 Diabetes und einer vorbestehenden CKD wurde untersucht, ob Semaglutid 1 mg das Voranschreiten einer CKD verzögert sowie das Risiko einer renalen und kardiovaskulären Mortalität senkt.

* Semaglutid 1 mg, 1x pro Woche, s.c.

CKD, chronische Nierenerkrankung (chronic kidney disease); GLP-1 RA, Glucagon-like Peptide-1 Rezeptoragonist

**Ozempic® 0,25 mg Injektionslösung im Fertigpen. Ozempic® 0,5 mg Injektionslösung im Fertigpen. Ozempic® 1 mg Injektionslösung im Fertigpen. Ozempic® 2 mg Injektionslösung im Fertigpen.** *Wirkstoff:* Semaglutid. **Zusammensetzung:** *Arzneilich wirksamer Bestandteil:* 0,25/0,5/1/2 mg Semaglutid. Analogon zu humanem Glucagon-like peptide-1 (GLP-1), gentechnisch hergestellt durch rekombinante DNS-Technologie in *Saccharomyces cerevisiae* Zellen. *Sonstige Bestandteile:* Natriummonohydrogenphosphat-Dihydrat, Propylenglycol, Phenol, Salzsäure (zur Einstellung des pH-Wertes), Natriumhydroxid (zur Einstellung des pH-Wertes), Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Behandlung des unzureichend kontrollierten Diabetes mellitus Typ 2 bei Erwachsenen als Zusatz zu Diät und körperlicher Aktivität. Als Monotherapie, wenn die Anwendung von Metformin aufgrund einer Unverträglichkeit oder Kontraindikationen ungeeignet ist. Zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung des Diabetes mellitus. Für Studienergebnisse hinsichtlich Kombinationen, Auswirkungen auf die glykämische Kontrolle, kardiovaskuläre und renale Ereignisse, sowie untersuchte Populationen, siehe Abschnitte 4.4, 4.5 und 5.1 der Fachinformation. **Art der Anwendung:** Zur subkutanen Injektion in das Abdomen, den Oberschenkel oder den Oberarm. Ozempic® darf nicht intravenös oder intramuskulär angewendet werden. Einmal wöchentlich zu einem beliebigen Zeitpunkt zu oder unabhängig von den Mahlzeiten. Tag der wöchentlichen Anwendung kann bei Bedarf gewechselt werden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Semaglutid oder einen der sonstigen Bestandteile. Nicht während der Schwangerschaft und Stillzeit anwenden. **Warnhinweise:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. Den Pen nicht mit aufgeschraubter Nadel aufbewahren. Darf nur von einer Person verwendet werden. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Übelkeit, Durchfall, Hypoglykämie (bei gleichzeitiger Anwendung mit Sulfonylharnstoff oder Insulin). Häufig: Erbrechen, Hypoglykämie (bei gleich-zeitiger Anwendung mit oralen Antidiabetika außer Sulfonylharnstoff oder Insulin), Verdauungsstörung, Magenschleimhautentzündung („Gastritis"), Sodbrennen („gastroösophageale Refluxkrankheit" (GERD)), Magenschmerzen, aufgeblähter Bauch, Verstopfung, Aufstoßen, Gallensteine, Schwindel, Müdigkeit, Gewichtsverlust, geringerer Appetit, Blähungen (Flatulenz), Erhöhung von Pankreasenzymen (wie Lipase und Amylase). Gelegentlich: Änderungen des Geschmacksempfindens, schneller Puls, Reaktionen an der Injektionsstelle (z. B. Ausschlag, Hautreizung), allergische Reaktionen (z. B. Hautausschlag, Jucken), Verzögerung der Magenentleerung. Schwerwiegend: Komplikationen bei diabetischer Retinopathie (häufig), akute Pankreatitis (gelegentlich), anaphylaktische Reaktionen (selten), Angioödem (selten), Darmverschluss (Häufigkeit nicht bekannt). **Verschreibungspflichtig. Novo Nordisk A/S, Novo Allé, 2880 Bagsværd, Dänemark.**
**Stand:** Dezember 2024

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

DE25OZM00030

novo nordisk®

1x pro Woche OZEMPIC® Semaglutid Injektion

# »Eine sehr beglückende Erfahrung«

## Persönlicher Rückblick auf über 40 Jahre Inkretinforschung

**BOCHUM.** Die Entwicklung von GLP1-Rezeptoragonisten (GLP1-RA) hat die Therapie des Typ-2-Diabetes und darüber hinaus revolutioniert. Nur wenige Forschende sind so eng mit der Geschichte dieser Substanzen verbunden wie Professor Dr. Michael Nauck, der bereits zu Beginn seiner wissenschaftlichen Laufbahn Teil einer sehr aktiven Arbeitsgruppe um den Inkretin-Pionier Professor Dr. Werner Creutzfeldt wurde.

Das Glukagon-ähnliche Peptid-1 (GLP1) ist ein Inkretinhormon, das die Insulinausschüttung steigert und zudem das Hungergefühl unterdrückt. Es wurde erstmals von der Arbeitsgruppe um Werner Creutzfeldt beschrieben.
Foto: catalin – stock.adobe.com

> »Substanzklasse mit breitem Therapiespektrum«

Dass er seine fachärztliche Weiterbildung an einer Universitätsklinik absolvieren und dabei an wissenschaftlichen Projekten mitarbeiten möchte, stand für Professor Dr. Michael Nauck früh fest. Den Stoffwechselexperten, der heute die diabetologische Forschung im St. Josef-Hospital (Klinikum der Ruhr-Universität Bochum) leitet, verschlug es Anfang der 1980er-Jahre ans Uniklinikum Göttingen, wo Professor Dr. Werner Creutzfeldt ab 1964 eine Arbeitsgruppe für Inkretinforschung etabliert hatte. „Creutzfeldt hatte damals John Brown nach Göttingen eingeladen, der als Erster das Darmhormon GIP sequenziert hatte“, erinnert sich Prof. Nauck, „dieses Forschungsfeld fand ich sehr reizvoll.“

### GIP: Zu Anfang gab es keine klinische Anwendung

Dass er allerdings mehr als vier Jahrzehnte lang an Inkretinhormonen forschen würde, war für den jungen Arzt damals noch nicht absehbar. In seinen ersten Projekten beschäftigte er sich vor allem mit dem Glukoseabhängigen insulinotropen Polypeptid (GIP). Und hierfür zeichnete sich zunächst keine klinische Anwendung ab: „Wir wussten, dass dieses Peptidhormon aus dem Darm bei Gesunden die Insulinausschüttung kräftig stimuliert. Etwa zwei Drittel der Insulinausschüttung nach dem Essen gehen auf das Konto der GIP“, erzählt Prof. Nauck. „Doch leider wirkt es eben nur bei Gesunden und nicht bei Menschen mit Diabetes.“

Therapeutische Perspektiven taten sich erst 1987 mit der Entdeckung des Glukagon-ähnlichen Peptid-1 (GLP1) und seiner Charakterisierung als Inkretinhormon auf. „Mit GLP1 mussten wir viele alte Fragen noch einmal neu stellen: Was ist seine physiologische Rolle? Wie wirkt es bei Typ-2-Diabetes?“, berichtet der Forscher. Tatsächlich konnte die Substanz zur großen Überraschung der Arbeitsgruppe – anders als GIP – auch bei Menschen mit Diabetes die Insulinausschüttung steigern: „Wir haben damals Patienten mit sehr hohen Blutzuckerwerten statt Insulin GLP1 verabreicht. Innerhalb von vier Stunden hatte sich ihr Blutzuckerspiegel normalisiert.“ Ein großes Hindernis war allerdings die geringe Halbwertszeit von GLP1. Die Substanz wird im Körper binnen weniger Minuten durch das Enzym Dipeptidylpeptidase 4 (DPP4) abgebaut und in der Niere eliminiert. Für einen therapeutischen Einsatz hätte es also einer kaum praktikablen kontinuierlichen Zufuhr bedurft.

Der nächste Durchbruch gelang mit der Entdeckung von Exendin-4, einem Peptid aus dem Speichel der nordamerikanischen Gila-Krustenechse – nahezu identisch mit GLP1, aber resistent gegen DPP4. Prof. Nauck erklärt: „Es ließ sich synthetisch herstellen, war leidlich verträglich und zeigte beeindruckende Effekte: Senkung des Blutzuckers und moderater Gewichtsverlust.“

### GLP1: Die Pharma-Industrie war zunächst nicht interessiert

Während sich die akademische Forschung früh für GLP1 bzw. Exendin-4 interessierte, ließ das Engagement der Industrie zunächst auf sich warten. „Hintergrund waren Patentstreitigkeiten in den 1990er-Jahren“, erinnert sich Prof. Nauck. „Einer der Entdecker von GLP1 machte sehr weitreichende Ansprüche geltend, die alle Pharmafirmen zu hohen Lizenzzahlungen gezwungen hätten.“ Erst nach Klärung dieser Streitigkeiten nahm die Entwicklung um das Jahr 2000 herum an Fahrt auf.

Der Rest ist Medizingeschichte: 2009 wurde Liraglutid als erstes täglich zu injizierendes GLP1-Präparat zugelassen, gefolgt von den wöchentlichen Präparaten Dulaglutid bzw. Semaglutid und neuerdings auch dem dualen Agonisten Tirzepatid. Diese sind nicht nur als Antidiabetika, sondern auch als Medikamente zur Behandlung der Adipositas zugelassen.

### Gewichtsabnahme: erst „nur ein kleiner Nebeneffekt“

„Die Gewichtsabnahme, die wir durch GLP1-RA bei Patienten beobachteten, war anfangs nur ein kleiner Nebeneffekt“, sagt Prof. Nauck. Unter Exenatid hätten Patient*innen im Schnitt etwa ein bis anderthalb Kilogramm Körpergewicht verloren. „Das ist aus heutiger Sicht nicht viel, doch im Vergleich zu Insulin, mit dem die Menschen dieselbe Menge zugenommen hätten, war es doch ein Erfolg.“ Mit den heutige GLP1-RA hingegen sind Gewichtsreduktionen von bis zu 15 Prozent des Körpergewichts realistisch. Damit ist eine Therapie von Übergewicht und all seiner Komplikationen möglich – von Herzinsuffizienz über die stoffwechselassoziierte steatotische Lebererkrankung (MASLD) oder Schlafapnoe bis hin zu Gelenkverschleiß.

### GLP1-RA punkten mit Kardioprotektion

Das breite Spektrum von Einsatzmöglichkeiten der Substanzklasse habe man damals nicht ansatzweise erahnen können, meint Prof. Nauck. In einzelnen Studien gab es zwar früh Hinweise auf eine kardioprotektive Wirkung: „Darin hatten Patienten eine dramatisch bessere Herzfunktion, wenn sie nach einem Herzinfarkt mit GLP1-RA behandelt wurden. Doch diese Ergebnisse hat – auch wegen der eher mäßigen Studienqualität – kaum jemand wirklich ernst genommen.“

Für die weitere Entwicklung in der Diabetologie erwies sich vor allem die AKKORD-Studie von 2008 als Glücksfall. Sie zeigte, dass eine aggressive Blutzuckersenkung das Risiko makrovaskulärer Komplikationen wie Herzinfarkt, Schlaganfall oder kardiovaskulär bedingten Tods wider Erwarten nicht senkt und stattdessen das Risiko gefährlicher Hypoglykämien erhöht. „Seither ist es Pflicht, in Zulassungsstudien für neue Diabetesmedikamente auch die kardiovaskuläre Sicherheit zu untersuchen“, berichtet der Experte. Und genau in diesem Aspekt konnten die GLP1-RA ein ums andere Mal punkten. „Diesen kardiovaskulären Outcome-Studien haben wir ungeheuer viel zu verdanken“, meint Prof. Nauck. Mittlerweile wird neben dem kardioprotektiven auch der nephroprotektive Effekt von GLP1-RA in eigenständigen Studien untersucht: „Mit GLP1-RA kann man nicht nur den Blutzucker senken und kardiovaskuläre Komplikationen vermeiden, sondern auch das Fortschreiten einer Nierenerkrankung in Richtung Dialyse hinauszögern.“

### Zwiespalt, wenn es um „Abnehmspritzen“ geht

In der breiten Öffentlichkeit sind GLP1-RA aktuell allerdings fast ausschließlich wegen ihres Einflusses auf das Körpergewicht in den Schlagzeilen. Manch einem ist ein wenig mulmig bei dem Gedanken, dass nun „Abnehmspritzen“ vermehrt an die Stelle von Ernährungsumstellung und mehr Bewegung treten. Auch Prof. Nauck ist in dieser Frage durchaus zwiegespalten: „Natürlich gibt es mir ein ungutes Gefühl, wenn durch ungesunde Lebensumstände erst eine Pandemie des Übergewichts erzeugt wird und man diese Missstände dann mit Pharmaka wieder geradebiegen muss.“ Andererseits hat er großes Verständnis für Menschen mit Adipositas, die nach vielen fehlgeschlagenen Versuchen endlich erfolgreich abnehmen möchten und sich für die medikamentöse Therapie entscheiden.

Gleichzeitig kritisiert er die weiterhin bestehenden Einschränkungen bei der Kostenerstattung, aufgrund derer es aktuell eine Frage des Geldbeutels ist, ob man Zugang zu GLP1-RA für die Adipositastherapie erhält: „Dass man hochwirksame Medikamente, die in bestimmten Situationen sogar lebensverlängernd wirken, grundsätzlich nicht zulasten der GKV verordnen kann, wird von namhaften Experten der Medizinethik als unethisch beurteilt“, mahnt Prof. Nauck.

Rückblickend sagt er: „Was mich persönlich betrifft, kann ich nur von Glück reden, dass ich als junger Assistenzarzt mit einem Projekt beginnen konnte, das mich so weit getragen hat. Das ist eine sehr beglückende Erfahrung, dass da so eine überwältigende Entwicklung stattgefunden hat. Sie hat mir eine Laufbahn ermöglicht, wie ich sie mir besser nicht hätte ausdenken können.“ *Antje Thiel*

### Claude-Bernard-Medaille für Forschungserfolge

Im Rahmen ihres Jahreskongresses zeichnete die Europäische Diabetesgesellschaft (EASD) Prof. Michael Nauck 2022 mit der Claude-Bernard-Medaille aus. Mit dieser höchsten Auszeichnung, die in der europäischen Diabetologie für innovative Forschung zu vergeben ist, würdigte die EASD u. a. seine maßgebliche Rolle in der Erforschung des Therapieprinzips der GLP1-RA. Abb. rechts: Prof. Dr. Michael Nauck (Mitte) kurz nach der Verleihung des Claude-Bernard-Preises 2022 in Stockholm. Prof. Dr. Baptist Gallwitz, DDG, und Dr. Astrid Glaser, DZD, waren mit die Ersten, die gratulierten.

Foto: Angela Monecke

### Werner-Creutzfeldt-Preis der DDG

Werner Creutzfeldt (1924–2006) war bis zu seiner Emeritierung im Jahr 1992 Direktor der Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie an der Medizinischen Universitätsklinik der Universität Göttingen. Seine Forschung galt u. a. den Inkretinen – erstmals wurde GLP1 1979 von der Arbeitsgruppe um Prof. Creutzfeldt in Göttingen beschrieben. Seit 2007 vergibt die DDG den Werner-Creutzfeldt-Preis für herausragende Arbeiten auf dem Gebiet der Pathophysiologie und Therapie des Diabetes, insbesondere mit dem Schwerpunkt im Bereich „gastrointestinale Hormone“. Als erster Forscher erhielt Prof. Nauck die Auszeichnung.

DIABETES KONGRESS DDG

# NEUE DIMEN-SIONEN DER DIABETOLOGIE

INDIVIDUELL. INTERDISZIPLINÄR. INNOVATIV.

**Diabetes Kongress 2025**

28. – 31. Mai 2025
CityCube Berlin

## ALLE VORTRÄGE SECHS MONATE LANG ON-DEMAND

**www.diabeteskongress.de**

# »Die digitale Praxis ist keine Hexerei!«

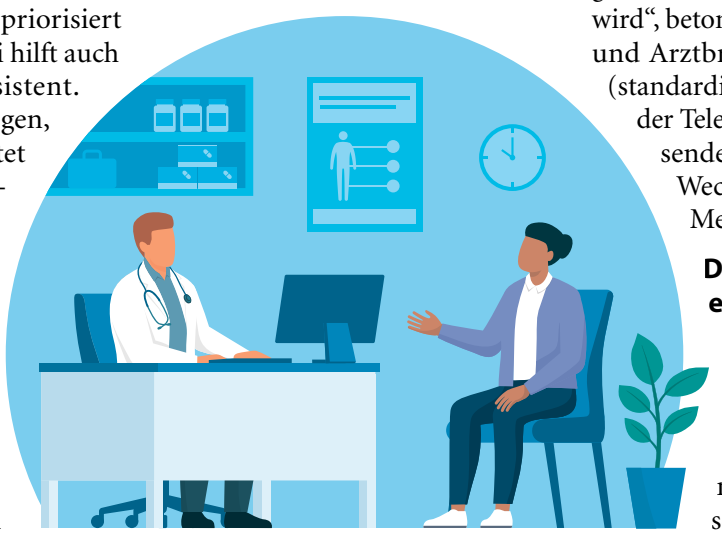
## Digitalisierte Prozesse helfen auch beim Stressabbau im Diabetesteam

**HANNOVER.** In Sachen Digitalisierung des Gesundheitswesens liegt Deutschland laut OECD-Ranking unter 22 Nationen nur auf dem drittletzten Platz. Insbesondere in vielen Arztpraxen sind Vorbehalte noch weitverbreitet – obwohl es viele Vorteile gibt.

Als Dr. Ulrike Becker 2022 zusammen mit einer Kollegin in Bonn eine hausärztliche Praxis übernahm, fand sie dort ausschließlich analoge Karteikarten vor. Neben der fachlichen Erweiterung der Praxis um einen diabetologischen Schwerpunkt galt es also, alle Karten zu digitalisieren, Akten einzuscannen, Daten digital zu übernehmen und weiterzuführen. Die Veränderungen kosteten zwar einiges an Geld und Nerven – doch Dr. Becker ist froh, dass ihre Praxis in Sachen Digitalisierung nicht bei der Verwaltung von Patientenakten haltgemacht hat. Sie schilderte die Arbeitserleichterungen, die eine konsequente Umstellung auf digitale Prozesse mit sich bringt.

> »Konsequente Umstellung auf digitale Prozesse«

„Der erste Kontakt mit der Praxis findet häufig über die Homepage statt, die als digitales Aushängeschild dient", berichtete sie. Die Diabetologin empfindet digitale Kontakte als besonders effizient: „Wir können sie besser abarbeiten als Anrufe, weil sie sich gezielt und priorisiert bearbeiten lassen." Dabei hilft auch der digitale Telefonassistent. Er nimmt Anrufe entgegen, transkribiert sie und leitet sie als Textnachricht weiter. „Bei uns gibt es kein Besetztzeichen mehr, das wissen Patienten auch zu schätzen. Und unsere MFA werden nicht ständig in ihrem Arbeitsfluss gestört, das reduziert die Stressbelastung." Dank Internettelefonie sei auch ortsunabhängiges Arbeiten möglich, eine Medizinische Fachangestellte (MFA) arbeite einmal pro Woche im Homeoffice. Sogar bei der Raumpflege lässt sich die Praxis digital helfen; ein Putzroboter wird in nicht hygienekritischen Bereichen eingesetzt.



Pumpen- und AID-Daten werden ins PVS übertragen – und stehen so gleich im Sprechzimmer bereit. Foto: elenabs/gettyimages

### Die vielfältigen Möglichkeiten des PVS nutzen

Entscheidend ist aus Dr. Beckers Sicht die Nutzung der vielfältigen digitalen Möglichkeiten des Praxisverwaltungssystems (PVS): „Wenn Patienten in unsere Praxis kommen, wird jedes Mal ihre Chipkarte ausgelesen (…). Manche haben nämlich seit dem letzten Termin die Kasse gewechselt oder sind umgezogen, das Einlesen erspart uns also viel Arbeit." Als Nächstes folge die Auslesestation, von der aus die Daten von Pumpen- und AID-Systemen direkt ins PVS übertragen und im Sprechzimmer genutzt werden können.

Und auch die Fußambulanz arbeitet voll digital: So werden Wundfotos vom iPhone ins PVS übertragen – „das ist auch datensicher, weil es nirgendwo anders zwischengespeichert wird", betonte Dr. Becker. E-Rezepte und Arztbriefe werden über KIM (standardisierter E-Mail-Dienst in der Telematikinfrastruktur) versendet – inklusive Check auf Wechselwirkungen mit dem Medikationsplan.

### Digitale Prozesse entlasten das Team

Dr. Becker geht davon aus, dass die meisten Praxen nur ein Drittel der PVS-Möglichkeiten nutzen. Ihr Rat: „Beschäftigen Sie sich damit, auch wenn ein Wechsel wehtut. Ich habe es gemacht – es war schmerzhaft und teuer, aber ich habe es noch keinen Tag bereut." Reibungslose digitale Prozesse tragen dazu bei, das Praxisteam zu entlasten: „Ich habe festgestellt, dass meine MFA nicht so oft krank sind, wenn sie weniger stressbelastet sind. In diesen Stressabbau müssen wir reininvestieren, das zahlt sich aus." *Antje Thiel*

Diabetes Herbsttagung 2024

### Retinopathie-Screening in der Diabetespraxis

Eine praxisnahe Lösung für das Screening auf diabetische Retinopathie präsentierte der in Fulda niedergelassene Diabetologe Dr. Jörg Simon. „Ich bin kein Retinopathiespezialist, doch Sie werden sehen, dass man das auch nicht werden muss." Mithilfe einer Funduskamera und KI-Software können bereits in der DSP Augenhintergrundaufnahmen analysiert werden. „Damit lassen sich die vier häufigsten augenärztlichen Erkrankungen bei Diabetes erfassen."

Eine entsprechende Kamera sei zwar mit rund 19.000 Euro nicht billig, doch wenn man sie nicht als Einzelpraxis, sondern gemeinsam mit anderen Praxen anschaffe, amortisiere sich die Investition innerhalb von zwei Jahren.


MEDICAL REPORT

# Früherkennung von Typ-1-Diabetes bietet entscheidende Vorteile

## Inselautoantikörper als Marker für eine rechtzeitige Diagnose

**Die klinische Manifestation des Typ-1-Diabetes ist nicht selten von Komplikationen akuter Stoffwechselentgleisungen wie einer diabetischen Ketoazidose (DKA) begleitet.[1] Die Autoimmunkrankheit entwickelt sich jedoch schon Monate bis Jahre vor dem Auftreten von Symptomen.[2,3] Ein Nachweis von Inselautoantikörpern ermöglicht eine frühzeitige Diagnose des Typ-1-Diabetes und bietet Betroffenen und ihren Familien wertvolle Zeit, sich auf die Erkrankung vorzubereiten.[3,4] Die flächendeckende Einführung von Früherkennungsprogrammen könnte die Versorgung daher erheblich verbessern.[5]**

Typ-1-Diabetes ist die häufigste Stoffwechselerkrankung im Kindes- und Jugendalter.[6] Bei der Erkrankung kommt es zu einer fehlgeleiteten Immunreaktion, wodurch die insulinproduzierenden Betazellen der Bauchspeicheldrüse zerstört werden und die Insulinproduktion stetig abnimmt.[7] Die Pathogenese ist komplex: neben einer genetischen Prädisposition werden bestimmte Umweltfaktoren als beitragend angesehen.[7] Grundsätzlich kann jedoch jede*r Typ-1-Diabetes entwickeln, unabhängig von Alter, Lebensstil oder Familienanamnese.[8]

### DKA: Akutkomplikation mit Folgen

Die Krankheit verläuft in drei Stadien, von denen die ersten beiden asymptomatisch sind. In Stadium 3 tritt der klinische Diabetes mit Polyurie, Polydipsie, Gewichtsverlust und Müdigkeit auf.[3] Wird die Erkrankung erst dann diagnostiziert, tritt in 20–30 % der Fälle eine DKA auf.[1] Diese ist mit einer schlechten Langzeit-Blutzuckereinstellung und neurokognitiven Einschränkungen verbunden.[9] Dr. Eva Hahn, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Kinder-Endokrinologin und -Diabetologin, betont: „Wir sehen die Kinder oft erst, wenn sie bereits eine klinische Manifestation aufweisen. Eine frühere Diagnose könnte die diabetische Ketoazidose verhindern."

### Frühe Marker: die Rolle der Inselautoantikörper

Bei der Autoimmunreaktion werden Inselautoantikörper gebildet, die entscheidend für die Früherkennung des Typ-1-Diabetes sind. Der Nachweis von ≥ 2 Autoantikörpern gilt als Positivbefund der Erkrankung im Frühstadium und bringt ein Lebenszeitrisiko für klinisch manifesten Typ-1-Diabetes von nahezu 100 % mit sich.[2] Eine frühe Diagnose ermöglicht eine zeitnahe medizinische Betreuung durch Spezialist*innen sowie eine gezielte Aufklärung von Patient*innen und deren Familien. Das erlaubt Betroffenen, sich frühzeitig mit der Diagnose vertraut zu machen, und erleichtert die Anpassung an ein Leben mit Typ-1-Diabetes.[4,8] Regelmäßige Verlaufskontrollen helfen, den richtigen Zeitpunkt für den Start der Insulintherapie zu finden.[9] Studien zeigen: Durch Diagnose des Typ-1-Diabetes im präsymptomatischen Stadium kann die DKA-Rate deutlich gesenkt und die langfristige Stoffwechselkontrolle verbessert werden.[5,9] Eltern berichten zudem von einer geringeren psychischen Belastung, wenn die Diagnose frühzeitig und ohne Akutkomplikationen gestellt wird.[5] Langfristig könnten auch die Kosten für Krankenhausaufenthalte und Akutbehandlungen gesenkt werden.[10]

### Effektive Früherkennung erfordert interdisziplinäre Zusammenarbeit

Trotz Belegen für die Vorteile der frühen Diagnose erfolgt in Deutschland keine routinemäßige Früherkennungsuntersuchung für Typ-1-Diabetes. Die S3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter" der Deutschen Diabetes Gesellschaft empfiehlt die Testung auf Autoantikörper bisher lediglich bei Kindern mit klinischem Diabetesverdacht.[2] „Dass Pädiater*innen ohne klinische Auffälligkeiten Autoantikörper bestimmen lassen, ist sehr selten", so Dr. Hahn. „Wir müssen Familien aufklären und ihnen die Möglichkeiten der Früherkennung verständlich machen." Wichtige Schritte für die Implementierung einer systematischen Frühidentifikation sind die Fortbildung der Kinderärzt*innen und die Etablierung von überregionalen Laboratorien, die die Testung durchführen.[5] Um eine optimale Versorgung zu gewährleisten, ist zudem eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Pädiater*innen, Diabetolog*innen und Hausärzt*innen erforderlich.

### Früherkennung: Wer kann sich wo testen lassen?

Im Rahmen der Fr1da-Studie (https://www.fr1da.de/) haben alle Kinder im Alter von 2–10 Jahren in Bayern, Niedersachsen, Hamburg, Sachsen, Hessen und Rheinland-Pfalz die Möglichkeit, sich freiwillig und kostenlos auf Inselautoantikörper testen zu lassen. Dies kann z. B. im Rahmen der regulären Vorsorgeuntersuchungen erfolgen. Darüber hinaus wird der Früherkennungstest für Verwandte von Typ-1-Diabetes-Patient*innen deutschlandweit angeboten. Infrage kommen Personen zwischen 1–21 Jahren, die einen nahen Verwandten mit Typ-1-Diabetes haben. Das Verwandten-Screening ist besonders relevant, da nahe Angehörige von Betroffenen ein deutlich erhöhtes Risiko haben, selbst an Typ-1-Diabetes zu erkranken.[9]


1. Baechle C et al. Diabetes Res Clin Pract 2023; 197: 110559
2. DDG 2023. S3-Leitlinie: Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter, AWMF-Registernummer: 057-016
3. Insel RA et al. Diabetes Care 2015; 38: 1964-1974
4. Besser REJ et al. Arch Dis Child 2022; 107: 790-795
5. Achenbach P et al. Gesundheitswesen 2025; 87: 27-37
6. Biester T et al. Diabetologe 2017; 13: 152-160
7. van Belle TL et al. Physiol Rev 2011; 91: 79-118
8. Sims EK et al. Diabetes 2022; 71: 610-623
9. Besser REJ et al. Pediatr Diabetes 2022; 23: 1175-1187
10. Bonifacio E et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2024; 12: 376-378


MAT-DE-2501457-1.0-05/2025

**IMPRESSUM • Idee und Konzeption:** Inter Medical Sonderpublikationen • **Redaktion: Dr. Christin Starzonek** • **Corporate Publishing:** Lena Feil • Mit freundlicher Unterstützung der Sanofi-Aventis Deutschland GmbH
**diabetes zeitung** 3/2025 – 45646_3 • **Die Herausgeber der Zeitung übernehmen keine Verantwortung für den Inhalt dieser Seite.**

# Hyperglykämie begünstigt Antibiotikaresistenzen

## Nach Insulingabe heilen Wunden bei diabetischen Labormäusen schneller

Foto: Design@22 – stock.adobe.com (generiert mit KI)

**CHAPEL HILL.** Bei Menschen mit Diabetes kommt es häufiger zu schweren bakteriellen Haut- und Weichgewebeinfektionen als bei anderen. Denn die diabetische Stoffwechsellage bietet ein ideales Milieu für die Selektion antibiotikaresistenter Bakterienstämme, wie ein US-Forscherteam im Tierversuch zeigte.

Hyperglykämie, Immunsuppression, Durchblutungsstörungen der Extremitäten, Myopathie und Neuropathie sind häufige Begleiterscheinungen des Diabetes. Zusammen erzeugen sie ein Stoffwechselmilieu, welches das Wachstum von Bakterien begünstigt. Entsprechend kommt es bei Menschen mit Diabetes tendenziell häufiger zu Wund- und Weichteilinfektionen, die zudem schwerer verlaufen und antibiotisch häufig kaum in den Griff zu bekommen sind.
Hauptverursacher ist Staphylococcus aureus, berichtet Dr. John Shook von der Abteilung für Mikrobiologie und Immunologie der Universität von North Carolina. Die Eradikation des Erregers wird zunehmend schwieriger, da der wiederholte Einsatz von Antibiotika die Resistenzentwicklung begünstigt. Welche Rolle der Diabetes diesbezüglich spielt, untersuchte der Forscher nun gemeinsam mit weiteren US-Wissenschaftler*innen.

»Staphylococcus aureus als Hauptverursacher«

### Infektionsmikroumgebung begünstigt Erreger-Expansion

Die Forschenden fanden heraus, dass die diabetische Infektionsmikroumgebung unter Antibiotikadruck die Entwicklung einer Resistenz gegen das Reserveantibiotikum Rifampicin (siehe Kasten) sowie die rasche Expansion der resistenten Erregerpopulation begünstigt. Sie injizierten Mäusen subkutan Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA). Bei einem Teil der Versuchstiere hatten sie zuvor mithilfe von Streptozotocin einen Diabetes ausgelöst. Anschließend behandelten sie alle Tiere über mehrere Tage systemisch mit Rifampicin. Fünf Tage nach der Inokulation wiesen die diabetischen Mäuse im Vergleich zu den stoffwechselgesunden eine deutlich höhere Bakterienlast auf. Aus den Wunden der diabetischen Mäuse isolierten die Forschenden eine große Menge Rifampicin-resistenter S. aureus. In den Wunden der gesunden Mäuse fanden sie dagegen keine Rifampicin-resistenten Keime.
In einem weiteren Versuch demonstrierten John Shook und Kolleg*innen, dass die diabetische Immunsuppression nur eine untergeordnete Rolle hinsichtlich der Selektion Rifampicin-resistenter S. aureus spielt. Hierzu simulierten sie bei normoglykämen Mäusen mithilfe des Immunsuppressivums Rapamycin die für den Diabetes typische Immunsuppression. Die diabetesassoziierte Immunzell-Dysfunktion trug zwar in begrenztem Ausmaß zum Auftreten einer Rifampicinresistenz bei, war allerdings nicht der Grund für die rasche Expansion resistenter Mutanten bei diabetischen Infektionen.
Weiterhin konnten die Forschenden im Tierversuch zeigen, dass eine diabetische Stoffwechsellage Exazerbationen von Infektionen mit Vancomycin-intermediär resistenten S. aureus (VISA) begünstigt. Das Reserveantibiotikum Vancomycin kommt bei MRSA zum Einsatz. Die Infektionsmikroumgebung erhöht das Virulenzpotenzial von VISA und fördert ihre Proliferation. VISA-Stämme entwickeln sich aus Vancomycin-sensiblen Stämmen: Unter der Vancomycin-Therapie treten die Zellwandsynthese verändernde Mutationen auf. VISA-Isolate sind deshalb insgesamt weniger virulent und vermehren sich langsamer als Vancomycin-sensible S. aureus.

»Insulin wirkt gegen Selektion«

Nun prüften die Forschenden, ob solche Stämme bei Diabetes invasive Infektionen verursachen können. Das Ergebnis: Bei nicht-diabetischen Mäusen beobachteten sie ein deutlich langsameres VISA-Wachstum als bei diabetischen Tieren. Bei den diabetischen Mäusen verursachte der VISA-Stamm zudem signifikant ausgedehntere Läsionen als bei den stoffwechselgesunden.
Abschließend berichtet die Arbeitsgruppe um Dr. Shook: Insulin verhindert die Selektion Refampicin-resistenter S. aureus. Im Tierversuch konnte sie zeigen, dass die Insulintherapie bei Diabetes-Mäusen das Auftreten Rifampicin-resistenter S. aureus reduzierte – und zwar ungeachtet der Tatsache, dass durch die Behandlung keine vollständige Blutzuckerkontrolle gelang.

*Dr. Judith Lorenz*

**Antibiotikum Rifampicin als stille Reserve**

Das Reserveantibiotikum Rifampicin hemmt die bakterielle DNA-abhängige RNA-Polymerase und wird vor allem zur Behandlung von Tuberkulose und Lepra eingesetzt. Es wird nicht für den breiten klinischen Einsatz empfohlen, eignet sich aber gut für Studien zum Resistenzverhalten von Bakterienstämmen.

Shook J et al. Sci Adv 2025; 11(7): eads1591; doi: 10.1126/sciadv.ads1591

# Weniger Resistenzen bei Normoglykämie als Ziel

## Studie unterstützt Forderung der DDG nach diabetologischen Konsilen

**BERLIN.** Für Prof. Dr. Baptist Gallwitz, Pressesprecher der DDG, ergibt sich aus den Forschungsergebnissen, dass Menschen mit diabetischen Wund- und Weichteilinfektionen häufiger passager mit Insulin behandelt werden sollten, um ihre Plasmaglukosewerte zu senken, die Wundheilung zu beschleunigen und die Bildung von Resistenzen zu vermeiden.

**INTERVIEW**

**Professor Dr. Baptist Gallwitz**
Foto: DDG/ Dirk Michael Deckba

**? Was ist für Sie die wichtigste Erkenntnis aus der aktuellen Studie von Shook et al.?**
**Prof. Gallwitz:** In der Vergangenheit sind wir davon ausgegangen, dass hohe Glukosewerte das Immunsystem schwächen und auf diese Weise Infektionen begünstigen. Das gilt zwar weiterhin, doch dieser Mechanismus ist offenbar nur von untergeordneter Bedeutung. Vielmehr zeigt diese sehr gut gemachte Studie im Tiermodell, dass Wundbakterien wie Staphylococcus aureus sich in einem nährstoffreichen hyperglykämen Milieu viel schneller teilen als bei Normoglykämie. Aus diesem Grund können sie auch viel schneller Resistenzgene weitergeben.

**? Welche klinische Relevanz haben diese Erkenntnisse?**
**Prof. Gallwitz:** Um die Wundheilung zu beschleunigen und die Bildung von Resistenzen zu vermeiden, sollte man versuchen, die Stoffwechsellage möglichst schnell zu stabilisieren. In der Studie hat man den Labormäusen Insulin verabreicht, bei ihnen heilten die Wunden danach deutlich schneller als in der Kontrollgruppe. Für mich ist das ein Argument für den raschen Einsatz von Insulin, ggf. auch nur passager, bis die Infektion abgeklungen und die Wunde verheilt ist. Dies gilt auch für Menschen mit Typ-2-Diabetes, die bis dato noch nicht mit Insulin behandelt werden. Denn wir wissen, dass etliche orale Antidiabetika bei ausgeprägten Entzündungen nicht ihre volle Wirksamkeit entfalten und damit die Glukosewerte nicht ausreichend senken können.

»Kein Nährboden für Bakterien!«

**? Wie lässt sich das in der Praxis konkret umsetzen?**
**Prof. Gallwitz:** Wenn Menschen mit Diabetes wegen Wund- und Weichteilinfektionen stationär aufgenommen werden, sollten Diabetolog*innen von den anderen Fachabteilungen konsiliarisch hinzugezogen werden. Denn ohne diabetologische Expertise wird es kaum gelingen, die Glukosewerte rasch zu senken und damit den Wundbakterien den Nährboden zu entziehen.
Auch für die passagere Insulintherapie braucht es ein solches diabetologisches Konsil. Die Erkenntnisse der aktuellen Studie unterstützen daher die Forderung der DDG nach Einrichtung von zertifizierten, sektorenübergreifenden Diabetesabteilungen (Diabetes Units) in Krankenhäusern. Diese Diabetes Units sollten abteilungsübergreifend eingesetzt werden und können durch ihre Spezialisierung Komplikationen verhindern sowie Behandlungsergebnisse verbessern. Die DDG hatte diese Forderung im Zuge der Verabschiedung des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) gestellt. Denn leider berücksichtigen die darin formulierten Maßnahmen zur Neustrukturierung der Krankenhausstruktur in vielen Punkten nicht die Anforderungen an eine leitliniengerechte Diabetesversorgung.

*Interview: Antje Thiel*

# Medizin & Markt

Foto: iStock/AzmanJaka

## Kontinuierliches Glukosemessen als Therapie, »die super funktioniert«

Kontinuierliche Glukosemessung kann auch in der Breite etwas bewirken.

Symposium – Dexcom

BERLIN. „Es muss endlich klar sein, dass kontinuierliche Glukosemessung nicht nur für Menschen mit Typ-2-Diabetes mit ICT, sondern in einer Breite etwas bewirken kann." Mit diesem Zitat führte der Diabetologe Dr. Jens Kröger aus Hamburg ins Thema ein.

Das kontinuierliche Glukosemessen (CGM) ist laut Leitlinien auch dann zeitweise verordnungsfähig, wenn Therapieziele nicht erreicht werden. Es gibt Evidenz, dass der Einsatz von CGM bei Typ-2-Diabetes zu niedrigeren $HbA_{1c}$-Werten führt, betonte Dr. Kröger. Das gilt auch, wenn die Menschen keine intensivierte Insulintherapie oder eine Therapie ohne Insulin durchführen.
Unabhängig von jeder Technologie gilt: „Die Grundlage jeglicher Therapie bei Menschen mit Typ-2-Diabetes ist Ernährung, Bewegungstherapie, ist Schulung." Hierbei hilft CGM auch, denn die Menschen sehen, wie sich Veränderungen auswirken. „Wenn ich sehe, was bei mir funktioniert, dann motiviert mich das, (…) etwas zu verändern."
Auch die glykämische Variabilität wirkt sich negativ aus. Das bestätigte Professor Dr. Othmar Moser aus Bayreuth. Er zeigte anhand von Daten, dass mit Anstieg der Variabilität der Glukosewerte die kardiovaskuläre Mortalität steigt. Vergessen Menschen mit Typ-2-Diabetes wiederholt Insulininjektionen, steigt neben dem $HbA_{1c}$-Wert auch die Variabilität. CGM kann auch hier helfen. Außerdem, so Prof. Moser: „Die glykämische Variabilität ist absolut assoziiert mit der Lebensqualität sowohl bei Menschen mit Typ-1- als auch bei Menschen mit Typ-2-Diabetes."
Prof. Moser warnte davor, die Time in Range (TiR; 70 bis 280 mg/dl bzw. 3,9 bis 10,0 mmol/l) bei Menschen, deren TiR sehr niedrig liegt, zu schnell zu erhöhen: jeden Monat um 10 % war seine Empfehlung. Dabei ist CGM nicht nur eine Glukosemessung, sondern „CGM ist wirklich eine Intervention als Therapie, die super funktioniert". Dabei hilft auch, z. B. Alarme sinnvoll einzustellen. „Wir müssen die Funktionen einfach nutzen." *Dr. Katrin Kraatz*

„Allrounder iCGM: Gesund werden und gesund bleiben mit kluger CGM-Technologie, die mehr kann", diatec 2025

**CGM kann zu einer schrittweisen Verbesserung führen.** Foto: jirsak – stock.adobe.com

**»Es motiviert, zu sehen, was bei einem selbst funktioniert«**

## Erst der Anfang: Typ-2-Diabetes und Adipositas

Potenzial von Tirzepatid bei gewichtsbezogenen und kardiovaskulären Erkrankungen

Online-Pressekonferenz – Lilly Deutschland

BAD HOMBURG. Tirzepatid (Mounjaro) ist der erste zugelassene GIP/GLP1-Rezeptoragonist. Die Indikationen umfassen bislang Typ-2-Diabetes und Adipositas. Gewichtsbezogene und kardiovaskuläre Erkrankungen bieten weitere Möglichkeiten zum Einsatz des Arzneimittels.

Durch die zusätzliche Wirkung an GIP-Rezeptoren weist Tirzepatid u. a. Effekte auf das Fettgewebe auf. Dort vermehre es das „gute" subkutane Fettgewebe und unterdrücke das „schlechte" viszerale Fettgewebe, erklärte Dr. Tim Hollstein, Universitätsklinikum Kiel. In einer Subanalyse der SURPASS-3-Studie bei Menschen mit Typ-2-Diabetes zeigte sich im MRT eine deutliche Reduktion des Leberfettgehalts unter Tirzepatid im Vergleich zum lang wirksamen Insulin degludec.
Bei Patient*innen mit Adipositas und Herzinsuffizienz mit erhaltener Ejektionsfraktion konnte mit Tirzepatid das Risiko für einen kardiovaskulär bedingten Tod oder eine Verschlimmerung der Herzinsuffizienz reduziert werden. Derzeit wird bei Menschen mit Typ-2-Diabetes, die zusätzlich eine atherosklerotische Herz-Kreislauf-Erkrankung aufweisen, untersucht, wie sich der GIP/GLP1-Agonist im Vergleich zum GLP1-Agonisten Dulaglutid auf schwerwiegende unerwünschte kardiovaskuläre Ereignisse auswirkt (SURPASS-CVOT-Studie).
Das Gewicht ist eine der wenigen veränderbaren Ursachen einer obstruktiven Schlafapnoe (OSA), so Professor Dr. Christoph Schnöbel, Universitätsmedizin Essen. In den SURMOUNT-OSA-Studien führte die Behandlung mit Tirzepatid bei unbehandelten bzw. mit Überdrucktherapie behandelten Patient*innen mit Adipositas und OSA neben der signifikanten Gewichtsreduktion zu einer klinisch relevanten Senkung der Atmungsstörungen pro Stunde, zum Teil sogar in Bereiche ohne Therapienotwendigkeit.
Derzeit wird Tirzepatid von den Krankenkassen zwar zur Behandlung des Typ-2-Diabetes, nicht aber der Adipositas und obstruktiven Schlafapnoe erstattet. Dennoch entscheiden sich Patient*innen für das Arzneimittel, nicht zuletzt wegen der positiven Effekte auf gewichtsbedingte Begleiterkrankungen und kardiovaskuläre Risikofaktoren. Dr. Petra Sandow, Berlin, ermutigte anhand ihrer Praxiserfahrungen: „Menschen mit Adipositas wünschen sich, dass wir Mediziner dieses Thema ansprechen." *Janina Seiffert*

Mit Mounjaro® Gesundheit neu gestalten – bei Typ-2-Diabetes oder Adipositas

## Längere Gehstrecke, mehr Lebensqualität

Semaglutid: Ergebnisse der STRIDE-Studie

Pressemitteilung – Novo Nordisk

MAINZ. Daten der Phase-3b-Studie STRIDE bei Menschen mit Typ-2-Diabetes und einer komorbiden peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK) zeigen, dass der Einsatz von Ozempic (Semaglutid 1 mg, 1 x pro Woche) dazu beitragen kann, funktionelle Endpunkte zu verbessern. In die Studie wurden 792 Menschen mit Typ-2-Diabetes ($HbA_{1c}$ ≤ 10 %) und symptomatischer PAVK eingeschlossen.

Zu den Endpunkten gehören u. a. eine klinisch bedeutsame Verlängerung der maximalen Gehstrecke sowie eine Steigerung der Lebensqualität. Die Studie erreichte ihren primären Endpunkt, wobei unter Semaglutid 1,0 mg 1 x pro Woche im Vergleich zu Placebo in Woche 52 die maximale Gehstrecke (bei einer steilen Steigung) um 13 % gesteigert werden konnte. Dies entspricht einer durchschnittlichen Verlängerung von 39,9 Metern und wird als klinisch bedeutsame Verbesserung eingestuft. Die Studie zeigte ebenfalls eine Überlegenheit gegenüber Placebo bei allen untersuchten konfirmatorischen sekundären Endpunkten, einschließlich der schmerzfreien Gehstrecke in Woche 52, der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in Woche 52 und der maximalen Gehstrecke in Woche 57.
„Eine PAVK kann zu erheblichen Einschränkungen im Alltag führen, sodass Betroffene oft selbst kurze Strecken kaum bewältigen können. Besonders Menschen mit Typ-2-Diabetes und PAVK haben periphere Durchblutungsstörungen der Beine. Bisherige medikamentöse Therapieoptionen zur Verbesserung der Gehleistung und klinischen Prognose bei dieser Hochrisikogruppe waren begrenzt. Wie die Ergebnisse der STRIDE-Studie zeigen, kann Semaglutid zu einer funktionellen Verbesserung der Gehstrecke, einer Linderung der Symptome und einer höheren Lebensqualität beitragen", fasste Dr. Holger Lawall, Ettlingen, die beim diesjährigen Kongress des American College of Cardiology präsentierten Ergebnisse zusammen.
„Das alles geschieht zusätzlich zu den bekannten Vorteilen von Semaglutid bei der Therapie von Typ-2-Diabetes wie der Reduktion von Herzinfarkt-, Schlaganfall- und Nierenrisiken – und auch hier war die Verbesserung der Prognose nicht durch die Gewichtsreduktion erklärbar", kommentierte Professor Dr. Stephan Jacob, Villingen-Schwenningen. Auf Grundlage der Daten der Studie STRIDE hat Novo Nordisk bei der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) die Zulassungserweiterung für Ozempic beantragt. Eine Entscheidung wird für das Jahr 2025 erwartet.

**Die maximale Gehstrecke konnte um 13 % gesteigert werden.** Foto: Koplexs-Stock – stock.adobe.com (generiert mit KI)

**»Die Verbesserung war nicht durch Gewichtsreduktion erklärbar«**

**NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.**

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

# Für den Diabetologie-Durchblick

## der Podcast für Expert:innen

**NEUE FOLGEN!**

O-TON Diabetologie

[MTX]

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

Fotos: BillionPhotos.com – stock.adobe.com, korkeng – stock.adobe.com

**Jetzt reinhören & abonnieren:**

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

MedTriX Group
we care for media solutions

# Neu- oder re-zertifizierte Kliniken und Arztpraxen

(im Zeitraum 13.03. bis 18.04.2025)

| Einrichtung | PLZ/Ort | Anerkennung |
|---|---|---|
| **PLZ 0** | | |
| Thüringen-Kliniken »Georgius Agricola« GmbH, Klinik für Innere Medizin am Standort Rudolstadt | 07407 Rudolstadt | Diabeteszentrum DDG |
| **PLZ 1** | | |
| Diabetespraxis Prenzlauer Berg | 10409 Berlin | Diabetes Exzellenzzentrum DDG<br>ZUSATZKOMPETENZ DIABETES & SCHWANGERSCHAFT DDG |
| St. Joseph Krankenhaus Berlin Tempelhof, Medizinische Klinik I | 1210 Berlin | Diabeteszentrum DDG |
| Poliklinik Ernst von Bergmann Potsdam, Praxis für Diabetologie | 14478 Potsdam | Fußbehandlungseinrichtung DDG |
| Diabetologikum Oranienburg Dr. Franke | 16515 Oranienburg | Diabetes Exzellenzzentrum DDG<br>ZUSATZKOMPETENZ DIABETES & SCHWANGERSCHAFT DDG<br>ZUSATZKOMPETENZ DIABETES & FUSS DDG |
| **PLZ 2** | | |
| Diabetespraxis Langenhorn | 22419 Hamburg | Diabetes Exzellenzzentrum DDG |
| Klinikum Leer, Kinderklinik | 26789 Leer | Diabeteszentrum DDG |
| **PLZ 4** | | |
| Städtisches Krankenhaus Nettetal Gmb | 41334 Nettetal | Fußbehandlungseinrichtung DDG |
| Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. med Maria Gumprich, Dr. med. Hoang Lam Nguyen, Dr. med. Ulrich Nühlen | 42275 Wuppertal | Diabetes Exzellenzzentrum DDG |
| St. Rochus-Hospital | 44575 Castrop-Rauxel | Klinik mit Diabetes im Blick DDG |
| Elisabeth-Krankenhaus Essen GmbH, Klinik für Nieren- und Hochdruck-erkrankungen, Diabeteszentrum | 45138 Essen | Fußbehandlungseinrichtung DDG |
| **PLZ 5** | | |
| Gesundheitspraxis Bonn | 53123 Bonn | Diabeteszentrum DDG |
| Diabetespraxis Rhein-Sieg Dres. Barion/Meier | 53859 Niederkassel | Fußbehandlungseinrichtung DDG |
| **PLZ 6** | | |
| Main-Kinzig-Kliniken, Klinik für Kinderheil-kunde und Jugendmedizin | 63571 Gelnhausen | Diabeteszentrum DDG |
| Marienhausklinik St. Josef Kohlhof, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin | 66539 Neunkirchen | Diabeteszentrum DDG |
| **PLZ 7** | | |
| Klinikum Landau - Südliche Weinstraße GmbH, Diabetologie | 76829 Landau | Diabetes Exzellenzzentrum DDG |
| Universitätsklinikum Freiburg, Klinik für In-nere Medizin II | 79106 Freiburg im Breisgau | Diabeteszentrum DDG |
| **PLZ 9** | | |
| Klinikum Bayreuth GmbH, Med. Klinik I Gastroenterologie – Abteilung Diabetologie | 95445 Bayreuth | Diabeteszentrum DDG |
| Diabetes-Klinik Bad Mergentheim | 97980 Bad Mergentheim | Diabeteszentrum DDG<br>ZUSATZKOMPETENZ DIABETES & FUSS DDG<br>ZUSATZKOMPETENZ DIABETES & PSYCHE DDG |

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

**Rihards Mallons,** Heide
**Ute Pötting,** Nürnberg
**Dr. Mareike Niemeyer,** Hannover
**Florian Knorr,** Bayreuth
**Dr. Ute Sabine Schwarz,** Wetter
**Dr. Sultan Yildiz,** Gelsenkirchen
**Friederike Seidel,** Wilhermsdorf
**Dr. Rukiye Yilmaz,** Schifferstadt
**Dr. Charlotte Wollert,** Aachen
**Dr. medic Andreea Mihaela Badescu,** Oberwesel

## diabeteszeitung digital

### E-Paper ist im Web verfügbar

**BERLIN.** Die **diabetes zeitung** finden Sie nicht nur in Ihrem Briefkasten: Als E-Paper sind alle Ausgaben jederzeit auch online abrufbar.

In der gedruckten **diabetes zeitung** blättern oder die Ausgaben digital anschauen und lesen – beides ist möglich. Das E-Paper können Sie bequem und einfach im Internet auf **www.ddg.info/diabetes-zeitung** und auf **epaper.medical-tribune.de** einsehen.

Über die Suchfunktion lassen sich die einzelnen Ausgaben nach Themen und Stichworten durchsuchen.
Zudem können Sie die elektronische Ausgabe der **diabetes zeitung** auch als Android- oder iOS-App auf Ihrem mobilen Endgerät lesen. Die App finden Sie in Ihrem jeweiligen App-Store unter dem Suchbegriff „Medical Tribune für Ärzte“.

### 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**

# »Diabetesversorgung in einer Welt der Krisen«

## DDG Medienpreis 2025 ausgeschrieben – Bewerbung möglich bis 31. Juli

**BERLIN.** Wie steht es angesichts der vielen Krisen um die Diabetesversorgung in Deutschland? Journalistische Beiträge, die sich mit diesem Thema befassen, können bis Ende Juli für den DDG Medienpreis eingereicht werden.

Krisenherde, geopolitische Konflikte, Klimawandel, politische Unsicherheiten und wirtschaftliche Herausforderungen: Die Welt scheint im Dauer-Krisenmodus zu sein. Gute Nachrichten sind selten – und mittendrin circa neun Millionen Menschen in Deutschland, die mit einem Diabetes mellitus leben und auf eine kompetente sowie menschliche Versorgung angewiesen sind. Erhalte ich auch morgen noch meine Medikamente? Bin ich auch künftig gut betreut, wenn es weniger medizinisches Fachpersonal gibt? Welche Chancen kann der Regierungswechsel für Menschen mit Diabetes und das Gesundheitssystem in Deutschland bringen? Diese und ähnliche Themen können im Fokus der Einreichungen für den DDG Medienpreis 2025 mit dem Motto „Diabetesversorgung in einer Welt der Krisen“ stehen.

### Die Chancen hinter den Herausforderungen sichtbar machen

„Wir möchten mit der DDG-Medienpreisausschreibung 2025 gerne auch die Chancen hinter diesen Herausforderungen und Krisen sichtbar machen“, erläutert DDG Mediensprecher Professor Dr. Baptist Gallwitz. Welche Änderungen kann zum Beispiel der politische Wechsel in Deutschland mit sich bringen? Gefragt sind Beiträge, bei denen im Fokus steht, wie eine menschliche und wegweisende Diabetesversorgung oder Prävention aussehen kann.

### Einreichungen in den Kategorien Lesen, Hören und Sehen möglich

Eingereicht werden können hochwertige Beiträge bis zum 31. Juli 2025 in den Kategorien Lesen, Hören und Sehen. Die Preise sind jeweils mit 2.000 Euro dotiert. *DDG/dz*

**Weitere Informationen zum DDG Medienpreis:**
**www.ddg.info/pressebereich/ddg-medienpreise-2025**

# Mit Diabetes gut leben

## Komplikationen immer sicher im Blick

KLINIK MIT DIABETES IM BLICK DDG
Klinikweite Standards zur Diabetesversorgung

**CASTROP-RAUXEL.** In der Klinik für Innere Medizin im St. Rochus-Hospital werden nicht nur alle Erkrankungen des Verdauungstrakts, des Herz-Kreislauf-Systems, der Lunge und des Stoffwechsels diagnostiziert und behandelt – auch der Diabetes mellitus ist ein großes Thema bei der stationären Versorgung. Grundlage hierfür bildet das Zertifikat „Klinik mit Diabetes im Blick" der Deutschen Diabetes Gesellschaft.

Als Dr. Christian Szymanski im April 2009 seine Stelle als Chefarzt der Klinik für Innere Medizin im St. Rochus-Hospital Castrop-Rauxel antrat, nahm er sich vor, auch die Diabetesversorgung im Haus voranzubringen, um dem steigenden Bedarf an Patient*innen, die neben ihrer akuten Erkrankung mit einem Diabetes mellitus leben, gerecht werden zu können.

Als erstes baute er ein Diabetesteam auf und sorgte dann dafür, dass seine Klinik qualitätsbasierte Standards für die Betreuung von Patient*innen mit Diabetes einführte. 2015 ließ sich das St. Rochus-Hospital erstmals von der Deutschen Diabetes Gesellschaft zertifizieren und kann so nachweisen, dass es die notwendigen Voraussetzungen erfüllt, Patient*innen mit Diabetes mellitus Typ 2 behandeln, beraten und schulen zu dürfen. Seither wurde die Einrichtung dreimal rezertifiziert.

„Diabetes kann man nicht im klassischen Sinn heilen. Aber jeder an Diabetes mellitus Erkrankte kann richtig eingestellt und mit entsprechender Schulung gut und ohne große Einschränkungen leben. Dabei wollen wir helfen", erkärt Dr. Szymanski.

Daher werde bei jedem neu ins St. Rochus-Hospital eingelieferten Fall standardmäßig neben anderen Laborwerten auch der Blutzucker bestimmt. Bei einem bereits bekannten Typ-2-Diabetes oder pathologisch auffälligen Blutzuckerwerten werde zusätzlich ein Tagesprofil erstellt. Damit würden pro Halbjahr 15 bis zu 20 neue Diabetesfälle aufgedeckt.

> »Klinik wurde seit 2015 schon dreimal rezertifiziert«

### Tagesprofile als Grundlage für Therapieentscheidungen

Aktuell werden im Schnitt rund 20 der 70 regelmäßig in den fünf Schwerpunktzentren der Klinik für Innere Medizin stationär versorgten Patient*innen auch aufgrund eines Diabetes mellitus behandelt. Diese haben meist Typ-2-Diabetes; Patient*innen mit Typ-1-Diabetes landeten dagegen zumeist als Notfälle auf der Intensivstation.

„Auf der Grundlage der Tagesprofile entscheiden wir, ob Maßnahmen zur Blutzuckereinstellung erforderlich sind und wenn ja, welche Therapieform angemessen ist", betont Dr. Szymanski. Zuständig für die Umsetzung und Koordination der Betreuung ist die Diabetesberaterin Heike Nun-Bötzel. Ihr zur Seite stehen neben Dr. Szymanski auf jeder internistischen Station zwei diabetologisch geschulte Pflegekräfte, für deren regelmäßige Fortbildungen Nun-Bötzel ebenfalls zuständig ist. Je ein/e Kolleg*in aus der Intensivmedizin, der Kardiologie, der Gefäßchirurgie und der Plastischen Chirurgie des St. Rochus-Hospitals ergänzen das Diabetesteam. Sie alle stehen in einem kontinuierlichen interdisziplinären Austausch, um vor allem schnell auf drohende Komplikationen des Diabetes wie Stoffwechselentgleisungen, Durchblutungsstörungen, Nervenschädigungen oder Herz-Kreislauf-Probleme reagieren zu können. Therapieanpassungen bei Komplikationen, z. B. einer Unterzuckerung, erfolgen in enger Absprache mit den zuweisenden Ärzt*innen.

> »Interdisziplinäres Diabetesteam«

Darüber hinaus findet bei Bedarf eine konsiliarische Zusammenarbeit der diabetologisch versierten ärztlichen Fachkräfte mit dem auf Fußorthopädie spezialisierten Zentrum für Fuß- und Sprunggelenkchirurgie des St. Rochus-Hospitals statt, wenn z. B. durch das Diabetische Fußsyndrom hervorgerufene Knochen- und Sehnenveränderungen chirurgisch korrigiert werden müssen.

Die Aufklärung, Betreuung und Schulung der Patient*innen mit Typ-2-Diabetes erfolgt individuell, entweder am Krankenbett oder – bei ausreichender Mobilität der Betroffenen – im Büro von Nun-Bötzel.

Foto: © SLG St. Paulus GmbH

V. l. n. r.: Thomas Schulz (Verbundbereichsleiter Qualitätsmanagement Katholische St. Paulus Gesellschaft), Heike Nun-Bötzel (Diabetesberaterin DDG) und Dr. Christian Szymanski (Chefarzt Klinik f. Innere Medizin St. Rochus-Hospital, Diabetologe DDG).

### Qualitätsbasierte Standards erleichtern die Arbeit

Dabei werde nicht nur über die jeweilige persönliche Krankengeschichte gesprochen, sondern auch über Diabeteserkrankungen in der Verwandtschaft sowie über die Lebensumstände und den Alltag, erklärt die Diabetesberaterin. „Wichtig ist uns, dass die Betroffenen mit ihrem Diabetes mellitus dauerhaft gut leben können", betont Heike Nun-Bötzel. „Deshalb klären wir unsere Patient*innen zwar umfassend über die Erkrankung und ihre Risiken auf, erwarten aber nicht, dass jemand seine Ernährung oder Lebensweise zwingend umstellt, sondern passen die Medikation an die jeweiligen Lebensumstände des Erkrankten an."

Die qualitätsbasierten Standards für die Diabetesbehandlung würden es dem Diabetesteam sehr erleichtern, eine kontinuierliche Patientenversorgung gewährleisten zu können, erklärt Dr. Szymanski. Das Zertifikat der Deutschen Diabetes Gesellschaft bringe den Patient*innen zudem Sicherheit und sei zugleich eine große Anerkennung für die tägliche Arbeit der diabetologischen Teams.

*Petra Spielberg*

**STECKBRIEF**

- **Gesamtzahl der Patient*innen der Klinik für Innere Medizin (2024):** 3.650; davon mit Diabetes mellitus: 682 (19 %)
- **Ansiedlung der Diabetologie:** Klinik für Innere Medizin
- **Anzahl der Mitarbeitenden im Diabetesteam:** ein Chefarzt für Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie, eine Diabetesberaterin DDG, zehn diabetologisch geschulte Pflegekräfte.

# Vier KI-Thesen für die nahe Zukunft

## BÄK legt Thesenpapier „Künstliche Intelligenz in der Gesundheitsversorgung" vor

**BERLIN.** Die Bundesärztekammer (BÄK) hat in einem Thesenpapier zusammengefasst, mit welchen Entwicklungen und Herausforderungen für Patient*innen und Ärzt*innen in den kommenden drei bis fünf Jahren durch KI-Systeme zu rechnen ist.

Grundlage für das Thesenpapier waren Werkstattgespräche mit Expert*innen aus Politik, Gesundheitsversorgung und Gesundheitswirtschaft. „KI-Systeme werden die auf genetischen und anderen individuellen Gesundheitsdaten basierenden, maßgeschneiderten Therapiepläne weiter präzisieren und noch passgenauere Therapien ermöglichen. KI kann Ärztinnen und Ärzte zudem bei Routineaufgaben wie der Dokumentation, der Abrechnung und der Terminplanung unterstützen", betont BÄK-Präsident Dr. Klaus Reinhardt. Die Ärzteschaft wolle diese Entwicklung im Sinne der Patient*innen aktiv mitgestalten.

### Zum Wohl der Menschen, strukturiert und zügig

„Die Ärzteschaft muss dafür Sorge tragen, dass die Implementierung von KI in die Medizin zum Wohle der Menschen erfolgt", sagt PD Dr. Peter Bobbert, Co-Vorsitzender des BÄK-Ausschusses „Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung". Auch müsse die Forschung zu medizinischen KI-Anwendungen, etwa durch den Auf- und Ausbau einer Forschungsinfrastruktur, gestärkt und Strukturen dafür geschaffen werden, dass evidenzbasierte KI-Anwendungen zügig in der Gesundheitsversorgung zum Einsatz kommen können, fordert er. „Mit gut in den ärztlichen Alltag eingebundener KI können wir uns mehr Zeit für die medizinische Behandlung unserer Patientinnen und Patienten verschaffen", hob Erik Bodendieck, ebenfalls Co-Vorsitzender des BÄK-Ausschusses hervor. „Aus den Werkstattgesprächen haben wir deskriptive und wertungsfreie Thesen abgeleitet und diese durch Anforderungen ergänzt, die aus ärztlicher Sicht erfüllt sein sollten, um die Chancen der KI in der Gesundheitsversorgung zu realisieren bzw. den potenziellen Risiken entgegenzuwirken."

*BÄK/Red.*

Foto: Pranya – stock.adobe.com

**Die vier Thesen der Bundesärztekammer zur KI in der Gesundheitsversorgung**

1. KI-basierte Services von Technologieunternehmen und Krankenkassen werden die digitalen Leistungsangebote im deutschen Gesundheitssystem – teils disruptiv – verändern und gewohnte Grenzen verschieben.
2. KI wird die Digitalisierung des Gesundheitswesens massiv beschleunigen, um Daten für die KI zu generieren.
3. KI wird tendenziell zunächst zur Effizienzsteigerung zum Einsatz kommen.
4. KI wird sich gezielt an die einzelnen Patienten richten und dadurch das Arzt-Patienten-Verhältnis maßgeblich beeinflussen.

Alle Thesen werden ausführlich erläutert, zudem werden Chancen und Herausforderungen und Anforderungen/Handlungsempfehlungen aufgezeigt. Am Ende des Thesenpapiers wird auf Implikationen für die ärztliche Tätigkeit eingegangen.

**www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/digitalisierung/ki-in-der-medizin**

# Angebote zur DDG Weiterbildung

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

**Nutzen Sie die Möglichkeiten der Weiterbildung für Gesundheitsfachkräfte!**

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

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

Vorteil für Teilnehmende und Arbeitgebende: Auch Teilnehmende der Kurse zum/r Diabetesberater*in DDG erhalten nach Modul 3 bereits die Urkunde als Diabetesassistent*in DDG! Nutzen Sie die Möglichkeit der Fortbildung!

**www.ddg.info/diabetesedukation**

**www.ddg.info/qualifizierung/weiterbildungsstipendien**

Denken Sie an das **Weiterbildungsstipendium!** Einsendeschluss **01.06.2025**

## Diabetesedukation DDG

| Kurs Nr. | Weiterbildungsort | Kurstermine |
|---|---|---|
| **Freie Plätze für Aufbauqualifikation** | | |
| **Rheine RH 06** | **Akademie der Stiftung Mathias-Spital Rheine**<br>Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine<br>✆ Tel.: 05971/42-7319<br>info@afg-rheine.de<br>www.afg.mathias-stiftung.de/ | Modul 4: 21.07. – 01.08.2025*<br>Modul 5: 13.10. – 17.10.2025<br>Modul 6: 24.11. – 28.11.2025 +<br>01.12. – 05.12.2025<br>Modul 7: 12.01. – 16.01.2026<br>zzgl. Wahlpflichtmodul<br>**→Abschluss Diabetesberater*in DDG** |
| **Bochum BO 02** | **Augusta Akademie Bochum**<br>Dr.-C.-Otto-Straße 27, 44879 Bochum<br>✆ Tel.: 0152/56458325<br>m.grothe@augusta-bochum.de<br>www.augusta-akademie.de | Modul 4: 20.10. – 31.10.2025*<br>Modul 5: 15.12. – 19.12.2025<br>Modul 6: 19.01. – 30.01.2026<br>Modul 7: 09.03. – 20.03.2026<br>zzgl. Wahlpflichtmodul<br>**→Abschluss Diabetesberater*in DDG** |
| **Rheine RH 07** | **Akademie der Stiftung Mathias-Spital Rheine**<br>Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine<br>✆ Tel.: 05971/42-7319, 🖷 Fax: 05971/42-1116<br>ma.pruss@mathias-spital.de<br>www.afg-rheine.de | Modul 4: 03.11. – 14.11.2025*<br>Modul 5: 26.01. – 06.02.2026<br>Modul 6: 02.03. – 13.03.2026<br>Modul 7: 28.09. – 09.10.2026<br>zzgl. Wahlpflichtmodul<br>**→Abschluss Diabetesberater*in DDG** |
| **Freie Plätze Diabetesassistent*in und -berater*in DDG** | | |
| **Leipzig LP 02** | **Diabeteszentrum Leipzig e.V.**<br>Lützener Straße 145, 04179 Leipzig<br>✆ Tel.: 0162/2182893, 🖷 Fax: 0341/4424852<br>Diabeteszentrum.leipzig@web.de | Modul 1: 23.06. – 27.06.2025 +<br>30.06. – 04.07.2025<br>Modul 2: 01.09. – 05.09.2025 +<br>08.09. – 12.09.2025<br>Modul 3: 10.11. – 14.11.2025<br>**→Abschluss Diabetesassistent*in DDG** |
| **Regensburg RB 06** | **Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.**<br>Ostengasse 27, 93047 Regensburg<br>✆ Tel.: 0941/5696-22, 🖷 Fax: 0941/5696-38<br>info@katholischeakademie-regensburg.de<br>www.katholischeakademie-regensburg.de | Modul 1: 07.07. – 11.07.2025 +<br>14.07. – 18.07.2025<br>Modul 2: 20.10. – 31.10.2025<br>Modul 3: 01.12. – 05.12.2025<br>**→Abschluss Diabetesassistent*in DDG**<br>Modul 4: 26.01. – 30.01.2026* +<br>02.02. – 06.02.2026<br>Modul 5: 09.03. – 13.03.2026 +<br>16.03. – 20.03.2026<br>Modul 6: 20.04. – 24.04.2026 +<br>27.04. – 01.05.2026<br>Modul 7: 08.06. – 12.06.2026<br>zzgl. Wahlpflichtmodul<br>**→Abschluss Diabetesberater*in DDG** |
| **Bad Mergentheim BMH 02** | **Diabetes-Akademie Bad Mergentheim e.V.**<br>Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim<br>✆ Tel.: 07931/594 165, 🖷 Fax: 07931/77 50<br>info@diabetes-zentrum.de<br>www.diabetes-akademie.de | Modul 1: 14.07. – 18.07.2025 +<br>21.07. – 25.07.2025<br>Modul 3: 22.09. – 26.09.2025<br>Modul 2: 10.11. – 14.11.2025 +<br>17.11. – 21.11.2025<br>**→Abschluss Diabetesassistent*in DDG**<br>Modul 4: 12.01. – 16.01.2026*<br>Modul 5: 19.01. – 23.01.2026<br>Modul 6: 16.03. – 20.03.2026 +<br>23.03. – 27.03.2026<br>Modul 7: 29.06. – 03.07.2026 +<br>06.07. – 10.07.2026<br>zzgl. Wahlpflichtmodul<br>**→Abschluss Diabetesberater*in DDG** |
| **Hamburg HH 01** | **Diabetes Akademie Nord**<br>Mönckebergstraße 5, 20095 Hamburg<br>✆ Tel.: 040/324979<br>info@diabetes-schulungszentrum.org | Modul 1: 01.09. – 05.09.2025 +<br>13.10. – 17.10.2025<br>Modul 2: 03.11. – 07.11.2025 +<br>10.11. – 14.11.2025<br>Modul 3: 15.12. – 19.12.2025<br>**→Abschluss Diabetesassistent*in DDG** |
| **Traunstein TR 02** | **Diabetes-Akademie Südostbayern e.V.**<br>An der Eiche 1, 83278 Traunstein<br>**Kursort:** Haus St. Rupert, Rupprechtstr. 6, 83278 Traunstein<br>✆ Tel.: 0861/3090713<br>info@diabetes-akademie.net<br>www.diabetes-akademie.net | Modul 1: 22.09. – 26.09.2025 +<br>29.09. – 02.10.2025<br>Modul 2: 01.12. – 05.12.2025 +<br>08.12. – 13.12.2025<br>Modul 3: 23.02. – 27.02.2026<br>**→Abschluss Diabetesassistent*in DDG**<br>Modul 4: 02.03. – 06.03.2026<br>Modul 5: 08.06. – 12.06.2026 +<br>15.06. – 19.06.2026<br>Modul 6: 13.07. – 27.07.2026 +<br>20.07. – 24.07.2026<br>Modul 7: 21.09. – 25.09.2026<br>zzgl. Wahlpflichtmodul<br>**→Abschluss Diabetesberater*in DDG** |

* Aufbauqualifikation zur Diabetesberater*in DDG für bereits absolvierte Diabetesassistent*innen DDG mit Einstieg ab Modul 4

**Weitere Kurse und Anmeldung auf** www.ddg.info/diabetesedukation

## Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG – Fortbildung für Pflegende

| Kurs Nr. | Weiterbildungsort | Kurstermine |
|---|---|---|
| **BaQ_ RB_12** | **Kath. Akademie für Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.**<br>Angelika Deml, Ostengasse 27, 93047 Regensburg<br>✆ Tel.: 0941/5696-22, 🖷 Fax: 0941/5696-38<br>info@katholischeakademie-regensburg.de,www.katholischeakademie-regensburg.de | 04.06. – 05.06.2025 |
| **BaQ Tue_06** | **Medizinische Klinik Tübingen**<br>Ort: Medizinische Klinik Tübingen<br>Otfried-Müller-Straße10, 72076 Tübingen<br>✆ Tel.: 07071/29-84485<br>E-Mail: Marjo.Graf@med.uni-tuebingen.de | 23.04. – 24.09.2025 |
| **BaQ BK_07** | **ctt-Fortbildungszentrum**<br>Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich<br>Anke Funk, Karl-Binz-Weg 12, 54470 Bernkastel-Kues<br>✆ Tel.: 0651/82 44-288<br>fortbildungszentrum@ctt-zentrale.de | 03.11. – 04.11.2025 |
| **BaQ_ BW_12** | **Asklepios Klinikum Nordhessen**<br>Asklepios Klinikum Schwalmstadt, Diabetes Schulungsraum 1 UG F1<br>Julia Steklow, Laustraße 37, 34537 Bad Wildungen<br>✆ Tel.: 05621/795 24 13<br>j.steklow@asklepios.com | 13.11. – 14.11.2025 |
| **BaQ BL 06** | **Diabeteszentrum Bad Lauterberg**<br>Kerstin Zocher, Kirchberg 21, 37431 Bad Lauterberg<br>zocher@diabeteszentrum.de | 14.11. – 15.11.2025 |

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

## Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Klinik)

| Kurs Nr. | Weiterbildungsort | Kurstermine |
|---|---|---|
| **Rheine DPFK Kurs 17** | **Akademie der Stiftung Mathias-Spital Rheine**<br>Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine<br>✆ Tel.: 05971/42-7319<br>info@afg-rheine.de, www.afg.mathias-stiftung.de | 18.08. – 22.08.2025<br>27.10. – 31.10.2025 |
| **Rheine DPFK Kurs 18** | **Akademie der Stiftung Mathias-Spital Rheine**<br>Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine<br>✆ Tel.: 05971/42-7319<br>info@afg-rheine.de, www.afg.mathias-stiftung.de | 04.05. – 08.05.2026<br>22.06. – 26.06.2026 |
| **Rheine DPFK Kurs 19** | **Akademie der Stiftung Mathias-Spital Rheine**<br>Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine<br>✆ Tel.: 05971/42-7319<br>info@afg-rheine.de, www.afg.mathias-stiftung.de | 28.09. – 02.10.2026<br>26.10. – 30.10.2026 |

**Die Bewerbungsunterlagen sind an die Weiterbildungsstätte zu senden.**
**Weitere Informationen finden Sie auf** www.ddg.info/qualifizierung/fuer-medizinisches-assistenzpersonal/diabetes-pflegefachkraft-ddg-klinik-2

## Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Langzeit)

Sie brauchen kompetentes, diabetologisch geschultes Pflegepersonal, das diabetologische Pflegerisiken in der Langzeitpflege erkennt und die Pflegeplanung gezielt am besonderen Bedarf der Menschen mit Diabetes ausrichtet? Sie möchten Liegezeiten verkürzen und Komplikationen vermeiden?
Dann melden Sie Ihre Pflegekraft jetzt zur Weiterbildung zur Diabetes-Pflegefachkraft DDG an!

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

**Weitere Informationen** unter www.ddg.info/qualifizierung/fuer-medizinisches-assistenzpersonal/diabetes-pflegefachkraft-ddg-fuer-die-langzeitpflege-1 und per E-Mail: weiterbildung@ddg.info. **Wir informieren Sie gerne!**

## Fuß- und Wundassistent*in DDG

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

| Kurs Nr. | Weiterbildungsort | Kurstermine |
|---|---|---|
| **Kurse nach neuem Curriculum der Fuß- und Wundassistent*in DDG** | | |
| **58** | **CID Centrum für integrierte Diabetesversorgung**<br>St. Vinzenz-Hospital, Merheimer Straße 221-223, 50733 Köln<br>✆ Tel.: 0221/9349461<br>schulung@cid-direct.de<br>www.cid-direct.de | Block 1:<br>22.09. – 24.09.2025 (online)<br>Block 2:<br>29.09. – 01.10.2025 (Präsenz) |
| **20** | **Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.**<br>Ostengasse 27, 93047 Regensburg<br>✆ Tel.: 0941/5696-0<br>a.deml@katholischeakademie-regensburg.de<br>www.katholischeakademie-regensburg.de | Block 1:<br>13.10. – 15.10.2025 (online)<br>Block 2:<br>20.10. – 22.10.2025 (Präsenz) |
| **12** | **Diabetes-Akademie Bad Mergentheim**<br>Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim<br>✆ Tel.: 07931/594 165<br>🖷 Fax: 07931/77 50<br>info@diabetes-zentrum.de<br>www.diabetes-akademie.de | Block 1:<br>03.11. – 05.11.2025 (online)<br>Block 2:<br>26.11. – 28.11.2025 (Präsenz) |
| **27** | **Diabetes Zentrum Thüringen e.V.**<br>Am Klinikum 1, Gebäude A, 07743 Jena<br>✆ Tel.: 03641/9324346<br>🖷 Fax: 03641/9324342<br>nadine.kuniss@med.uni-jena.de<br>www.diabetes-thueringen.de | Block 1:<br>05.11. – 07.11.2025<br>Block 2:<br>12.11. – 14.11.2025 |
| **21** | **Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.**<br>Ostengasse 27, 93047 Regensburg<br>✆ Tel.: 0941/5696-0<br>a.deml@katholischeakademie-regensburg.de<br>www.katholischeakademie-regensburg.de | Block 1:<br>23.02. – 25.02.2026 (online)<br>Block 2:<br>02.03. – 04.03.2026 (Präsenz) |
| **22** | **Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.**<br>Ostengasse 27, 93047 Regensburg<br>✆ Tel.: 0941/5696-0<br>a.deml@katholischeakademie-regensburg.de<br>www.katholischeakademie-regensburg.de | Block 1:<br>05.10. – 07.10.2026 (online)<br>Block 2:<br>12.10. – 14.10.2026 (Präsenz) |

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

**Weitere Termine und Infos finden Sie auf** www.ddg.info/qualifizierung/fuer-gesundheitsfachkraefte/wundassistentin-ddg

**Fortbildungsangebot für qualifizierte Diabetesberater*innen mit Berufserfahrung**

Seit Herbst 2024 können sich Diabetesberater*innen zum

**Diabetescoach DDG**

fortbilden. Sie erlangen Kompetenzen im systemischen Coaching zur bedürfnisorientierten, individuellen und lösungsorientierten Begleitung von Menschen mit Diabetes.

## Diabetescoach DDG

| Kurs Nr. | Weiterbildungsort | Kurstermine |
|---|---|---|
| **DC 04** | **KOOPERATION: Diabetes Akademie Bad Mergentheim UND Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.**<br>Ostengasse 27, 93047 Regensburg<br>✆ Tel.: 0941/5696-22<br>🖷 Fax: 0941/5696-38<br>info@katholischeakademie-regensburg.de<br>www.katholischeakademie-regensburg.de | Block 1: 08.12. – 09.12.2025<br>Block 2: 12.02. – 13.02.2026 (online)<br>Block 3: 05.03. – 06.03.2026<br>Block 4: 16.04. – 17.04.2026 (online)<br>Block 5: 21.05. – 22.05.2026 |
| **DC 05** | **KOOPERATION: Diabetes Akademie Bad Mergentheim UND Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.**<br>Ostengasse 27, 93047 Regensburg<br>✆ Tel.: 0941/5696-22<br>🖷 Fax: 0941/5696-38<br>info@katholischeakademie-regensburg.de | Modul 1: 17. – 19.06.2026<br>Modul 2: 16. – 17.07.2026<br>Modul 3: 25.09.2026<br>Modul 4: 15. – 16.10.2026<br>Modul 5: 19. – 20.12.2026 |

**Weitere Informationen unter:** www.ddg.info/ddg-akademie/fuer-gesundheitsfachkraefte/diabetescoach-ddg

**Weitere Informationen und Anmeldung unter:**
**www.ddg.info/ddg-akademie**

## Adipositasberater*in DAG-DDG

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

| Weiterbildungsort | Kurstermine |
|---|---|
| **Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.**<br>Ostengasse 27, 93047 Regensburg<br>✆ Tel.: 0941/5696-22, 🖷 Fax: 0941/5696-38<br>info@katholischeakademie-regensburg.de | 07.07. – 11.07.2025*<br>13.10. – 17.10.2025* |
| **Diabetes-Akademie Südostbayern e.V.**<br>An der Eiche 1, 83278 Traunstein<br>**Kursort:** Haus St. Rupert, Rupprechtstraße 6, 83278 Traunstein<br>✆ Tel.: 0861/3090713<br>office@diabetes-akademie.net, www.diabetes-akademie.net | 17.10. – 25.10.2025* |
| **Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital**<br>Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine<br>✆ Tel.: 05971/42-7319<br>info@afg-rheine.de, www.afg.mathias-stiftung.de | 20.10. – 24.10.2025* |

Mit * markierte Kurse finden in hybrider Form statt: die ersten 2 Tage online, danach 3 Tage in Präsenz.
Anmeldung: Die Anmeldeunterlagen sind an die jeweilige Weiterbildungsstätte zu senden. Hier erhalten Sie auch Auskunft über das Anmeldeverfahren.

## Orthopädieschuhmacher*in DDG

| Kurs Nr. | Weiterbildungsort | Kurstermine |
|---|---|---|
| **Fulda FU 01** | **IETEC - Akademie**<br>Bahnhofstraße 37, 36037 Fulda<br>✆ Tel.: 0661380070<br>sarah.rieger@ietec.de, https://ietec.de/Akademie/ | Block 1: 23.06. – 26.06.2025 (online)<br>Block 2: 01.07. – 02.07.2025 (Präsenz)<br>27.02.2026: Fallvorstellung auf der Jahrestagung der AG Diabetischer Fuß Bad Mergentheim |
| **Regens-burg RB 01** | **Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits,- und Sozialwesen in Bayern e.V.**<br>Ostengasse 27, 93047 Regensburg<br>✆ Tel.: 0941/5696-0<br>a.deml@katholischeakademie-regensburg.de<br>www.katholischeakademie-regensburg.de | Block 1: 30.06. – 01.07.2025 (online)<br>Block 2: 08.07. – 09.07.2025 (Präsenz)<br>Fallvorstellung auf der Jahrestagung der AG Diabetischer Fuß |
| **Regens-burg RB 01.1** | **Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits,- und Sozialwesen in Bayern e.V.**<br>Ostengasse 27, 93047 Regensburg<br>✆ Tel.: 0941/5696-0<br>a.deml@katholischeakademie-regensburg.de<br>www.katholischeakademie-regensburg.de | Block 1: 22.10. und 23.10.2026 (online)<br>Block 2: 30.10. und 31.10.2026 (Präsenz)<br>27.02.2026: Fallvorstellung auf der Jahrestagung der AG Diabetischer Fuß |
| **Regens-burg RB 02** | **Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits,- und Sozialwesen in Bayern e.V.**<br>Ostengasse 27, 93047 Regensburg<br>✆ Tel.: 0941/5696-0<br>a.deml@katholischeakademie-regensburg.de<br>www.katholischeakademie-regensburg.de | Block 1: 11.05. und 12.05.2026 (online)<br>Block 2: 18.05. und 19.05.2026 (Präsenz)<br>Fallvorstellung auf der Jahrestagung 2027 der AG Diabetischer Fuß – genauer Termin folgt |
| **Regens-burg RB 03** | **Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits,- und Sozialwesen in Bayern e.V.**<br>Ostengasse 27, 93047 Regensburg<br>✆ Tel.: 0941/5696-0<br>a.deml@katholischeakademie-regensburg.de<br>www.katholischeakademie-regensburg.de | Block 1: 21.10. und 22.10.2026 (online)<br>Block 2: 26.10. und 27.10.2026 (Präsenz)<br>Fallvorstellung auf der Jahrestagung 2027 der AG Diabetischer Fuß – genauer Termin folgt |

Die Fortbildung für Orthopädieschuhmachermeister*innen zum Diabetischen Fußsyndrom ist ein Novum. Ziel ist die Optimierung der schuhtechnischen Versorgung im Behandlungsteam mit tiefgreifender Expertise zum Krankheitsbild und den Möglichkeiten des Handwerks.
Bilden Sie sich weiter oder sprechen Sie Ihre*n Kooperationspartner*in für die Schuhversorgung an! Unterstützen sie die Initiativen zur Versorgung des Diabetischen Fußes!

**Weitere Informationen** unter www.ddg.info/qualifizierung/orthopaedieschuhmacherin-ddg

## Seminare Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung in der Diabetologie

| Kurs | Termine | Tagungsort | Kosten |
|---|---|---|---|
| **Akademie Luftiku(r)s e.V.**<br>Iburger Straße 187,<br>49082 Osnabrück<br>✆ Tel.: 0174/619 3869<br>akademieluftikurs@gmail.com<br>www.akademie-luftikurs.de | Termine direkt anfragen! | Bischöfliches Priesterseminar,<br>Große Domsfreiheit 5,<br>49074 Osnabrück | 600,- €, bei Anmeldung ab 4 Wochen vor dem Termin 30,- € zusätzlich. Exkl. Verpflegung und Übernachtung |
| **Dr. rer. medic. Nicola Haller medipäd**<br>Am Bühl 7 1/2,<br>86199 Augsburg<br>✆ Tel.: 0175/4004901<br>dr.nicola.haller@medi-paed.de<br>www.medi-paed.de | **Blended-Termine:**<br>13./16.06.2025 (online) + 14./15.06.2025<br>05./08.09.2025 (online) + 06./07.09.2025<br>21./24.11.2025 (online) + 22./23.11.2025 | Tagungsräume im Hotel am alten Park Augsburg<br>Alle Präsenztage im Tagungszentrum im Diakonissenkranken-haus, Frölichstraße. 17, Augsburg | 720,- € inkl. Kursunterlagen |
| **willms.coaching**<br>Wilhelm-Busch-Straße 19,<br>37083 Göttingen<br>✆ Tel.: 0551/7974741<br>🖷 Fax: 0551/29213514<br>office@willmscoaching.de<br>www.willmscoaching.de | **Blended-Termine:**<br>13.06.2025 (online) + 05./06.07.2025 | | 720,- €<br><br>Fortbildungspunkte der Ärztekammer werden erteilt.<br><br>Präsenzkurse inkl. Seminarunterlagen und Mittagessen. |
| **Dr. med. Katja Schaaf**<br>Schinkelstraße 43,<br>40211 Düsseldorf<br>✆ Tel.: 0178/4596146<br>info@drkatjaschaaf.de<br>www.drkatjaschaaf.de | **Blended-Termine**<br>**Schwerpunkt Pädiatrie:**<br>28.05.2025 (online) + 14./15.06.2025<br>06.08.2025 (online) + 23./24.08.2025<br>22.10.2025 (online) + 08./09.11.2025 | Elisabeth-Krankenhaus, Essen,<br>Konferenzzentrum,<br>Klara-Kopp-Weg 1<br>45138 Essen | 750,- € zzgl. 19% MwSt.; inkl. Seminarunterlagen |

Fortbildungspunkte werden in der Regel von der Ärztekammer erteilt.

## Fachpsycholog*in DDG

**Aktuelle Termine, Online-Anmeldung und weitere Informationen zu der Weiterbildung zum Fachpsychologen bzw. zur Fachpsychologin finden Sie direkt auf der Website www.diabetes-psychologie.de.**

# 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 diabetes zeitung 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

Würzburg, 24.03.2025
**Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)**

- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: MVZ KWM Fachinternisten
- **Adresse**: Schweinfurter Straße 7, 97080 Würzburg
- **Ansprechpartnerin**: Dr. Annette Klüpfel, 0931/50800, annette.kluepfel@mvz-kwm.de
- **Website**: www.internisten.mvz-kwm.de

Nürnberg, 20.03.2025
**Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)**

- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit
- **Veröffentlicht von**: Internistische Gemeinschaftspraxis Spitalgasse
- **Adresse**: Spitalgasse 2, 90403 Nürnberg
- **Ansprechpartner**: Marcus Betz, 0911/23888 51, m.betz@internisten-spitalgasse.de
- **Website**: www.internisten-spitalgasse.de

Hamburg, 17.03.2025
**Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)**

- **Arbeitsbeginn**: 01.07.2025
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: Diabeteszentrum Hamburg Nord-West
- **Adresse**: Tibarg 1b, 22459 Hamburg
- **Ansprechpartnerin**: Dr. med. Hellner, dr.hellner@gmx.de
- **Website**: www.diabeteszentrum-hhnw.de

Magdeburg, 14.03.2025
**Ärzt*in in Weiterbildung zum FA für Allgemeinmedizin, ggf. auch Quereinstieg WB zur Diabetolog*in DDG**

- **Weiterbildungsbefugnis Allgemeinmedizin, ZB Diabetologie und Diabetolog*in DDG liegen vor**
- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: Diabeteszentrum Magdeburg-Haldensleben
- **Adresse**: Lübecker Straße 105, 39124 Magdeburg
- **Ansprechpartnerin**: Antje Weichard, 0391/25199642, info@diab-z.de
- **Website**: www.diab-z.de

Neckarwestheim, 03.03.2025
**Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)**

- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: Praxis Dr. Rieker und Kollgen
- **Adresse**: Hauptstraße 12, 74382 Neckarwestheim
- **Ansprechpartner**: Dr. med. Andreas Rieker, bewerbung@drrieker.de
- **Website**: www.drrieker.de

### GESUNDHEITSFACHKRÄFTE

Kempten, 31.03.2025
**Diabetesberater*in DDG (m/w/d)**

- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: Heigl Health MVZ Kempten-Allgäu
- **Adresse**: Robert-Weixler-Straße 19, 87439 Kempten
- **Ansprechpartner**: Julian Heigl, j.heigl@mvz-kempten.de
- **Website**: mvz-kempten.de

Bad Mergentheim, 28.03.2025
**Diabetesberater*in DDG (m/w/d)**

- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: Diabeteszentrum Bad Mergentheim
- **Adresse**: Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim
- **Ansprechparterin**: Juliane Ehrmann, 07931/594-164, ehrmann.juliane@diabetes-zentrum.de
- **Website**: www.diabetes-klinik-mergentheim.de

Düren, 28.03.2025
**Diabetesberater*in DDG (m/w/d)**

- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: Krankenhaus Düren
- **Adresse**: Roonstraße 30, 52353 Düren
- **Ansprechparterin**: Oliver Belka, 02421/301438, oliver.belka@artemed.de
- **Website**: www.krankenhaus-dueren.de

Stuttgart, 27.03.2025
**Diabetesberater*in DDG (m/w/d)**

- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: Praxis für Endokrinologie und Diabetologie
- **Adresse**: Sonnenbergstraße 12, 70184 Stuttgart
- **Ansprechpartnerin**: Dr. med. Anne Schreiber, dr.anne.schreiber@diabetes-stuttgart.de

Murnau, 26.03.2025
**Diabetesberater*in DDG (m/w/d)**

- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: Diabeteszentrum Dr. med. Gabriela Krob, Murnau und Garmisch-Partenkirchen
- **Adresse**: Untermarkt 58, 82418 Murnau
- **Ansprechpartnerin**: Dr. med. Gabriela Krob, praxis-krob@murnau-diabetes.de
- **Website**: www.murnau-diabetes.de

Neustadt, 26.03.2025
**Diabetesassistent*in DDG (m/w/d)**

- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: Diabetes-Zentrum Neustadt
- **Adresse**: Lindenstraße 77, 31535 Neustadt
- **Ansprechpartnerin**: Kristin Ney; 05032/9192500, bewerbung@diabetes-neustadt.de
- **Website**: www.diabetes-neustadt.de

Neustadt, 26.03.2025
**Diabetesberater*in DDG (m/w/d)**

- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: Diabetes-Zentrum Neustadt
- **Adresse**: Lindenstraße 77, 31535 Neustadt
- **Ansprechpartnerin**: Kristin Ney; 05032/9192500, bewerbung@diabetes-neustadt.de
- **Website**: www.diabetes-neustadt.de

Bad Wildbad, 25.03.2025
**Diabetesberater*in DDG (m/w/d)**

- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Arbeitszeit**: Teilzeit Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: Praxis Dr. G. und B. Limberg
- **Adresse**: Wildbaderstr.6, 75323 Bad Wildbad
- **Ansprechpartnerin**: Barbara Limberg, barbara.limberg@dr-limberg.de
- **Website**: www.dr-limberg.de

Karlsruhe, 25.03.2025
**Diabetesberater*in DDG (m/w/d)**

- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: Klinik für Diabetologie und Endokrinologie
- **Adresse**: Südendstraße 32, 76137 Karlsruhe
- **Ansprechpartner**: Dr. Felix Flohr, felix.flohr@vidia-kliniken.de

München, 20.03.2025
**Diabetesberater*in DDG (m/w/d)**

- **Arbeitsbeginn**: 01.05.2025
- **Voraussichtliche Dauer**: befristet
- **Arbeitszeit**: Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: München Klinik Bogenhausen
- **Adresse**: Englschalkinger Straße 77, 81925 München
- **Ansprechpartnerin**: Jadranka Kosjer, 089/92702508, jadranka.kosjer@muenchen-klinik.de
- **Website**: www.muenchen-klinik.de

Mittweida, 20.03.2025
**Diabetesberater*in DDG (m/w/d)**

- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: DiabetesZentrum Mittweida
- **Adresse**: Weberstraße 52, 09648 Mittweida
- **Ansprechpartnerin**: Dr. med. Rico Hoffmann, 03727/999997, diabeteszentrum.mittweida@gmail.com
- **Website**: dz-mittweida.de

Mannheim, 19.03.2025
**Diabetesberater*in DDG (m/w/d)**

- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: Medizin im Quadrat
- **Adresse**: M7, 19-20, 68161 Mannheim
- **Ansprechparterin**: Dr. med. Julia Weihrauch, 0621/7029220, weihrauch@swzrp.de
- **Website**: medizin-iq@swzrp.de

DDG – SOCIAL MEDIA

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

Fotos: icons gate – stock.adobe.com

# STELLENANGEBOTE

München, 16.03.2025
### MFA (m/w/d)
- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: Praxis Dr. v. Mücke
- **Adresse**: Entenbachstraße 10, 81541 München
- **Ansprechpartnerin**: Dr. med. Karen v. Mücke, 089/653598, karen.von.muecke@gmx.de

München, 16.03.2025
### Diabetesassistent*in DDG (m/w/d)
- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Veröffentlicht von**: Praxis Dr. v. Mücke
- **Adresse**: Entenbachstraße 10, 81541 München
- **Ansprechpartnerin**: Dr. med. Karen v. Mücke, 089/653598, karen.von.muecke@gmx.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.

Neusäß, 16.03.2025
### Diabetesberater*in DDG (m/w/d)
- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: Allgemeinärzte am Schmutterpark
- **Adresse**: Georg-Odemer-Straße 2a, 86356 Neusäß
- **Ansprechpartner**: Dr. med. Robert Nöding, info@allgemeinarzt-neusaess.com
- **Website**: www.allgemeinarzt-neusaess.com

Bad Lauterberg im Harz, 11.03.2025
### Diabetesberater*in DDG (m/w/d)
- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: PRIMEDUS
- **Adresse**: Kirchberg 21, 37431 Bad Lauterberg im Harz
- **Ansprechpartnerin**: Alexandra Reibestahl, personal@primedus-sd.de
- **Website**: www.primedus.de

Bad Mergentheim, 10.03.2025
### Podolog*in (m/w/d)
- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: Diabetes Zentrum Mergentheim
- **Adresse**: Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim
- **Ansprechpartner**: Klaus Rotter, 07931/594-114, rotter@diabetes-zentrum.de
- **Website**: www.diabetes-klinik-mergentheim.de/stellenangebote/aktuelle-stellenangebote

Berlin, 10.03.2025
### Diabetesberater*in DDG (m/w/d)
- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: Symedicum Westend
- **Adresse**: Passenheimer Straße 2-12, 14055 Berlin
- **Ansprechpartnerin**: Dr. med. Priska Greissinger, 030/577110011, p.greissinger@symedicum.com

Bad Saarow, 05.03.2025
### Diabetesberater*in DDG (m/w/d)
- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: Helios-Klinikum Bad Saarow, Klinik für Innere Medizin (Gastroenterologie, Allgemeine Innere Medizin, Diabetologie)
- **Adresse**: Pieskower Straße 33, 15526 Bad Saarow
- **Ansprechpartner**: Peter Frenzel, 033631/7-3624, peter.frenzel@helios-gesundheit.de
- **Website**: www.helios-gesundheit.de/standorte-angebote/kliniken/bad-saarow/

Berlin, 05.03.2025
### Diabetesberater*in DDG (m/w/d)
- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: Sana Klinikum Berlin
- **Adresse**: Fanninger Straße 32, 10365 Berlin
- **Ansprechpartner**: Prof. Dr. med. Siegbert Faiss, 030/55182211, Siegbert.Faiss@sana.de

Direkt zu allen Stellenangeboten

BUNTES

# »Die Natur ist die beste Apotheke«

## Naturerfahrungen verringern körperliche Schmerzen – Effekt tritt sogar bei virtueller Natur ein

**WIEN.** Das Zitat „Die Natur ist die beste Apotheke" stammt von „Wasserdoktor" Sebastian Kneipp. Dies gilt in gewissem Maße auch für Naturerfahrungen.

In einer neuen Studie konnte ein internationales Team aus Neurowissenschaftler*innen unter Leitung der Universität Wien zeigen, dass Naturerfahrungen akute körperliche Schmerzen lindern können. Um den komplexen Prozess der Schmerzverarbeitung besser zu verstehen und Therapiemöglichkeiten zu finden, haben Studienleiter Max Steininger und seine Kolleg*innen den Zusammenhang von Natur und Schmerzen untersucht: Schmerzgeplagte Proband*innen bekamen drei unterschiedliche Videos zu sehen, eine Szene in der freien Natur sowie ein Innenraum und eine städtische Szene. Dabei mussten sie die Schmerzen selbst bewerten, zusätzlich wurde ihre Gehirnaktivität mithilfe eines funktionellen Magnetresonanztomografen gemessen. Die Ergebnisse waren eindeutig: Beim Betrachten der natürlichen Szene berichteten die Teilnehmer*innen von weniger Schmerzen und zeigten auch eine geringere Aktivität in Gehirnregionen, die mit der Schmerzverarbeitung verbunden waren.

> »Schmerzverarbeitung besteht aus Puzzleteilen«

### Verarbeitung von Schmerzsignalen wird reduziert

Analysen der Gehirnaktivität zeigten, dass das Betrachten von Natur vor allem die frühen, körperbezogenen Schmerzsignale verringerte. „Die Schmerzverarbeitung setzt sich wie ein Puzzle aus verschiedenen Teilen zusammen, die im Gehirn unterschiedlich verarbeitet werden. Einige Puzzleteile bestimmen unsere emotionale Reaktion auf den Schmerz, also etwa, ob wir ihn als unerträglich empfinden. Andere Puzzleteile betreffen die dem Schmerz zugrunde liegenden körperlichen Signale, also etwa Informationen darüber, wo im Körper der Schmerz lokalisiert ist und wie intensiv er gerade ist. Anders als etwa bei Schmerzreduktion durch Placebos, die in der Regel unsere emotionale Reaktion auf den Schmerz verändern, führte das Betrachten von Natur dazu, dass die frühen, körperbezogenen Signale vom Gehirn anders verarbeitet wurden. Der Effekt scheint also weniger mit den Erwartungen und Emotionen der Teilnehmer*innen zu tun zu haben, sondern mehr mit der Veränderung von zugrunde liegenden Schmerzsignalen", erklärt Steininger.

Dr. Claus Lamm, Professor für Biologische Psychologie und Leiter der Social, Cognitive and Affective Neuroscience Unit (SCAN-Unit), ergänzt: „Aus einer weiteren aktuell laufenden Studie wissen wir, dass Menschen zuverlässig weniger Schmerz empfinden bzw. davon berichten, wenn sie natürlichen Umgebungen ausgesetzt sind. Bisher war allerdings unklar, warum das so ist. Unsere Studie legt nahe, dass unser Gehirn weniger auf den körperlichen Auslöser und die Intensität des Schmerzes reagiert." *Universität Wien/Red.*

Steininger MO et al. Nat Commun 2025; 16(1): 2037; doi: 10.1038/s41467-025-56870-2

**+ + + Die nächste Ausgabe der diabetes zeitung erscheint am 16. Juli + + +**

Foto: MindShiftMasteryHub – stock.adobe.com (generiert mit KI)