

## Revolution & Realität

Diskussionen über die Lücke zwischen Innovationen und Alltag

**BERLIN.** Interessante Symposien, praxisorientierte Workshops, kollegialer Austausch z. B. in der DDG Member-Lounge und auf den Gängen – beim Diabetes Kongress klaffte eindeutig eine Lücke zwischen den vielfältigen Möglichkeiten und der zur Verfügung stehenden Zeit. Damit hatten Kongresspräsidentin Professorin Barbara Ludwig und Kongresssekretär Professor Nikolaos Perakakis ihr Ziel sicherlich erreicht. Immer wieder gesichtet wurden Nachwuchs und Preisträger\*innen; eher unwissenschaftlich ging es bei Diabetes-Lauf und DDG Night zu. Erste Eindrücke finden Sie auf den Seiten **12 & 20/21**

**60 DIABETES KONGRESS 2026 DDG**

Vorträge & Symposien sind on demand verfügbar: [ddg.meta-dcr.com/kongress2026](http://ddg.meta-dcr.com/kongress2026)



Fotos: erhui1/gettyimages, SilhouetteDesigner – stockadobe.com, DDG/Dirk Deckbar

### Gemeinsam den Schlüssel finden

**BERLIN.** Unklare Befunde, atypischer Verlauf: Jetzt wissen manchmal auch erfahrene Diabetesteams nicht weiter. In Online-Fallkonferenzen mit einem Expertenteam werden solche Fälle aus der Kinderdiabetologie vorgestellt – das führt oft zur Einordnung und zu Impulsen für die Therapie. Wie funktionieren die Konferenzen und wer kann teilnehmen? **8**

## Zuckersüße Überraschung

Herstellerabgabe auf zuckergesüßte Getränke beschlossen

**BERLIN.** 15 Jahre lang hat das Wissenschaftsbündnis DANK, dem auch die DDG angehört, für eine „Zuckersteuer“ gekämpft, also für eine Herstellerabgabe auf zuckergesüßte Getränke. Unter anderem wurden erst kürzlich über die Aktion

„Ärzt\*innen für die Zuckersteuer“ fast 5.000 Unterschriften für einen Offenen Brief an den für Steuerfragen zuständigen Finanzminister gesammelt. Auch die Expertenkommission für eine GKV-Reform und die Finanzkommission Gesund-

heit hatten die Abgabe vorgeschlagen bzw. empfohlen. Nun ging plötzlich alles ganz schnell: Die Koalition hat die Einführung der Abgabe im Zuge der Abstimmung über das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz beschlossen. Die neue Abgabe soll 450 Mio.

Euro einbringen. Wermutstropfen: Das Geld wird zunächst nicht gezielt in die Prävention fließen, sondern soll die Kassen entlasten. DANK-Sprecherin Barbara Bitzer wertet die Zuckersteuer dennoch als „ersten Baustein für mehr Prävention“. **4**

### „Im Endeffekt spart man Zeit“

**ESSEN.** Menschen mit Diabetes wertschätzen, „unerbittliche Empathie“ anstreben, keine Therapie ohne Auftrag machen und die eigene Haltung hinterfragen: All das gehört für Dr. Katja Schaaf zur patientenzentrierten Kommunikation. Im Interview erklärt sie, was ein Perspektivwechsel bringt und welche Vorteile ein zielgerichtetes Gespräch hat. **14**

### MedTriX<sup>Group</sup>

## Diabetesversorgung gerät ins Wanken

DDG fordert „Schutzarchitektur“ im GKV-Stabilisierungsgesetz

**BERLIN.** Es muss gespart werden und eines der Instrumente ist das „Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung“. Kommt alles

wie geplant, geraten sowohl ambulante als auch stationäre Diabetologie unter Druck, führt die DDG in einer Stellungnahme aus. Es fehle eine „Schutzarchitektur für Be-

reiche wie die Diabetologie mit ihrer Fokussierung auf die spezialisierte Versorgung chronisch kranker Menschen“. Deshalb fordert die DDG spezifische Schutzklauseln und

weist auf Folgekosten durch einen strukturellen Rückbau der Diabetesversorgung hin. Änderungen am Gesetz sind möglich, die Sparsumme muss aber erhalten bleiben. **6**



### Enttäuschend, mutig und richtig

**LAS VEGAS/BAGSVÆRD/ULM.** Mit der Studie evoke war die Hoffnung verbunden, dass ein GLP1-Rezeptoragonist wie Semaglutid Morbus Alzheimer ausbremsen kann. Diese Hoffnung wurde enttäuscht, aber die Studie war trotzdem wichtig, sagt Professor Martin Heni. Er erklärt die Ergebnisse und wirft einen genauen Blick auf die Schnittstelle von Diabetes und Demenz und das neuroprotektive Potenzial moderner Antidiabetika. **28/29**

#### Seite 17 Beim Herzschutz auf Augenhöhe

**MELBOURNE.** Tirzepatid vs. Dulaglutid: SURPASS-CVOT zeigt die Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den beiden Substanzen – und woran weiter geforscht werden sollte.

#### Seite 22 Ein System als chronischer Patient

**BERLIN.** Können die geplanten Einsparungen im Gesundheitssystem die Diabetesversorgung gefährden? Das wurde beim Parlamentarischen Abend von diabetesDE diskutiert.

#### Seite 25 Kompetenz-Kombination

**DIEDORF.** Die Kombination aus den Zusatzkompetenzen Schwangerschaft und Adipositas ist selten, macht für die Gemeinschaftspraxis Diedorf aber Sinn – und bringt ein Plus an Qualität.

**News & Fakten**

Die Zuckersteuer kommt; Stellungnahme zum GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz; Diabetes und Parkinson; Fallkonferenzen zu seltenen Diabetesformen bei Kindern; Neues aus der Diabetesforschung ... 4–10

**Kongress aktuell**

Diabetes Kongress: Interessantes rund um den Kongress, Symposium „Stephan Matthaei zum 10. Todestag“, Impressionen vom Kongress (Foto-Doppelseite); DGIM: Darmmikrobiom als Trigger; CEDA-Kongress: Das erwartet die Teilnehmenden; Diabetes Update: Neues aus der Kardiologie; Diabetes Herbsttagung: Supplemente und Nahrungsergänzungsmittel bei Diabetes, Stigmatisierung aufgrund des Diabetes ... 12, 13, 16, 18, 20/21, 23, 30

**Das Interview**

Dr. Katja Schaaf: Was patientenzentrierte Kommunikation wirklich bringt ... 14

**Im Blickpunkt**

Nachruf auf Professor Dr. Dr. Reinhard Ziegler; Parlamentarischer Abend diabetesDE; Zertifiziertes Zentrum: Gemeinschaftspraxis Die-dorf; DDG Geschäftsbericht; DDG Medienpreise ... 18, 22, 25

**Forum Literatur**

SURPASS-CVOT-Studie: Tirzepatid vs. Dulaglutid; Whitepaper „Künstliche Intelligenz im Krankenhaus“; evoke-Studie: Einsatz von Semaglutid bei Alzheimer, inkl. Interview mit Prof. Martin Heni zur Schnittstelle von Diabetes und Demenz ... 17, 28/29

**Medizin & Markt**

Berichte aus der Industrie ... 24

**Kurznachrichten**

Neu oder rezertifizierte Kliniken und Arztpraxen; neue Diabetologinnen und Diabetologen ... 27

**Weiterbildung & Qualifikation**

Für Ärzt\*innen: Klinische Diabetologie, Kommunikation und patientenorientierte Gesprächsführung, Adipositiolog\*in DAG-DDG, Diabetologie DEEP. Für Gesundheitsfachkräfte und andere Berufsgruppen: Diabetesbildung DDG (Diabetesassistent\*in DDG, Diabetesberater\*in DDG, Aufbauqualifikation zur Diabetesberater\*in DDG, Diabetescoach\*in DDG); Fuß- und Wundassistent\*in DDG, Adipositasberater\*in DAG-DDG, Orthopädienschuhmacher\*in DDG; Diabetes & Pflege (Diabetesversierte Pflege DDG, Diabetes Pflegefachkraft (Klinik), Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG ... 32–33, 35

**Job- & Praxenbörse**

Stellenangebote, Nachfolgesuche ... 34–35

Buntes ... 36

# »Revolutionen und Realitäten«

Beim Diabetes Kongress wurde diskutiert, was möglich und sinnvoll ist

Liebe Leserinnen und Leser,

sicherlich waren auch Sie auf dem Diabetes Kongress, haben sich dort ausgetauscht, Neues über die Revolution der Mittel und die Realität der Menschen erfahren, kompetente und nette Menschen kennengelernt oder wiedergetroffen ... Zum Gelingen des Kongresses mit seinen 6.200 Teilnehmenden haben viele Menschen beigetragen. Mein Dank geht stellvertretend für alle an Kongresspräsidentin Professorin Dr. Barbara Ludwig und Kongresssekretär Professor Dr. Nikolaos Perakakis, außerdem natürlich an die Mitarbeitenden der DDG Geschäftsstelle.

**»Revolutionen und ihre Verbindung zur Realität entdecken«**

In der Diabetologie zeigt sich derzeit revolutionärer Fortschritt – neue Medikamente, Diabetes-Technologie, Digitalisierung und Personalisierung können schon genutzt werden oder machen Hoffnung für die Zukunft. Aber welche dieser „Revolutionen“ kommen im Alltag an? Diese Frage wurde während des Kongresses ausführlich diskutiert – auch von den über 100 Stipendiat\*innen des Nachwuchsprogramms. Worauf wir alle achten sollten, machte während der Eröffnung die Psychologin Prof. Judith Mangelsdorf in ihrer Keynote deutlich: Gesunde Ernährung, genug Bewegung, Pausen und guter Schlaf sind die Basis für ein glückliches Leben – wie spannend, dass durch diese Basis auch das Risiko für Typ-2-Diabetes und andere Erkrankungen reduziert werden kann. Mehr auf den Seiten 12 und 20/21.

**»GKV-Sparpaket und Zuckersteuer«**

Gesundheitspolitische Entscheidungen beschäftigen die DDG schon seit Jahren in besonderem Maße, denn wir möchten, dass die Menschen mit Diabetes in Deutschland ambulant und stationär gut versorgt werden. In dieser Ausgabe erfahren Sie, wie sich das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz auf die Diabetologie auswirken kann. Eine gute Nachricht ist,



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

dass eine Herstellerabgabe auf zuckerhaltige Getränke („Zuckersteuer“) eingeführt werden soll – dafür haben sich DDG und DANK jahrelang eingesetzt. Über das Gesetz und seine möglichen Folgen berichten wir auf den Seiten 4 und 6.

**»Hoffnung auf Fortschritt bei Morbus Alzheimer enttäuscht«**

Mit den evoke-Studien war die Hoffnung auf eine weitere Revolution verbunden, nämlich dass ein GLP1-Rezeptoragonist das Vorschreiten des Morbus Alzheimer bremsen kann. Warum in den Studien keine klinisch relevanten Effekte erzielt wurden und weshalb die Schnittstelle von Diabetes und Demenz weiter erforscht werden sollte, erklärt Professor Dr. Martin Heni auf Seite 28/29.

**»Kommunikation hilft«**

Bei unklaren Befunden und atypischen Verläufen sind selbst erfahrene Diabetesteam manchmal mit ihrem Latein am Ende. Wie gut, dass in der Kinderdiabetologie über Online-Fallkonferenzen ein kollegialer Austausch möglich ist, aus dem sich neue Impulse oder sogar Lösungen ergeben. Den Artikel darüber lesen Sie auf Seite 8.

Eminent wichtig ist es auch, die „sprechende Medizin“ so zu praktizieren, dass Menschen mit Diabetes, aber auch Diabetesteam davon profitieren. In der Fortbildung zur Diabetolog\*in DDG müssen alle Teilnehmenden den Kurs „Patientenzentrierte Kommunikation“ besuchen. Was diese Art der Kommunikation ausmacht, erläutert Kursleiterin Dr. Katja Schaaf auf Seite 14.

Ganz herzlich Ihre

Prof. Dr. Julia Szendrödi

## diabeteszeitung

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

Verlag: MedTriX GmbH

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

**CEO:** Oliver Kramer

**Geschäftsführung:** Stephan Kröck, Markus Zobel

**Gesamtreaktionsleitung Deutschland:** Günter Nuber

**Herausgeberschaft:**

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

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

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

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

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

**Corporate Publishing:** Lena Feil

**Redaktionsbeirat:**

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

**Vertretung der angrenzenden Fachgebiete:**

Prof. Dr. Matthias Blüher (Adipositas), Prof. Dr. Frank 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 Lindenu

**Verkauf:** Josef Hakam, Lukas Koch, Christiane Schlenger

**Teamleitung Media:** Alexandra Ulbrich

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

**Teamleitung Vertrieb:** Birgit 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 € 48,40, Studenten € 37,60

(inkl. Porto und MwSt., Ausland zuzüglich Porto)

Konto: HVB/UniCredit Bank AG

IBAN: DE12 7002 0270 0015 7644 62, BIC: HYVEDE3333

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 Einsetzung 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](http://www.blauer-engel.de/uz195)

Dieses Druckerzeugnis wurde mit dem  
Blauen Engel ausgezeichnet



**Rezdiffra®**  
Resmetirom Filmtabletten  
60mg · 80mg · 100mg

## **MASH MIT FIBROSE lebergerichtet therapieren ist kein Wunschdenken mehr.**

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

Mehr zu Rezdiffra®  
erfahren Sie hier:  
[www.madrigalpro.de](http://www.madrigalpro.de)

Scannen Sie einfach  
diesen QR-Code:



### **Lebergerichtete Therapie**

- Erste und einzige zielgerichtete MASH-Therapie



### **Überzeugende Wirksamkeit<sup>1</sup>**

- Fibroseverbesserung<sup>#</sup>
- MASH-Remission<sup>##</sup>



### **Demonstrierte Sicherheit<sup>1</sup>**

- > 36.250 Patient:innen behandelt<sup>§,2</sup>

<sup>#</sup> Fibroseverbesserung um  $\geq 1$  Stadium ohne Verschlechterung der Steatohepatitis (definiert als keine Zunahme des Scores für Ballooning, Entzündung oder Steatose).

<sup>##</sup> Remission der MASH (Score von 0-1 für Entzündung, 0 für Ballooning und jeglicher Wert für Steatose) ohne Verschlechterung der Leberfibrose.

<sup>§</sup> Stand Ende 2025.

MASH: metabolische Dysfunktion-assoziierte Steatohepatitis.

1. Fachinformation Rezdiffra®, Stand August 2025. 2. Madrigal Pharmaceuticals, Inc. Madrigal Pharmaceuticals Reports Fourth-Quarter and Full-Year 2025 Financial Results. Online verfügbar unter <https://ir.madrigalpharma.com/news-releases/news-release-details/madrigal-pharmaceuticals-reports-fourth-quarter-and-full-year-0> (letzter Zugriff 03.03.2026).

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

Rezdiffra® ist eine eingetragene Marke der Madrigal Pharmaceuticals Inc.

© 2026 Madrigal Pharmaceuticals Deutschland GmbH. All rights reserved.



**Madrigal** ist ein biopharmazeutisches Unternehmen, das sich auf die Entwicklung **neuartiger Therapeutika zur Behandlung der metabolischen Dysfunktion-assoziierten Steatohepatitis (MASH)** konzentriert – einer schweren Lebererkrankung mit hohem ungedecktem medizinischem Bedarf.

DE-PP-RES-00139 03/26

# Die Zuckersteuer kommt! Ab 2028 kosten Softdrinks einige Cent mehr

Regierung beschließt Herstellerabgabe auf zuckerhaltige Getränke –  
DDG und DANK hocheifrig über Neuregelung

Foto: Bitter/gettyimages

**BERLIN** In den Polit-Talks der zurückliegenden Wochen war sie in aller Munde: die Zuckersteuer. Anfang Mai – und nachdem sie von der Union zwei Monate zuvor abgelehnt worden war – folgte nun die (zucker-)süße Überraschung: Die Koalition hat die Einführung einer Herstellerabgabe im Zuge der Abstimmung zum GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz beschlossen. An dem Tag knallten bei DDG und DANK in Berlin die Sektkorken.

Für die Fachgesellschaft und das Wissenschaftsbündnis Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK) bedeutet die Einführung dieser Steuer einen „Meilenstein für die Prävention“ – nach einem über 15-jährigen Kampf für eine Zuckersteuer in Deutschland und bei „unter Druck stehenden Gesundheitskassen“, so DDG Geschäftsführerin und DANK-Sprecherin BARBARA BITZER, die den Kabinettsbeschluss „außerordentlich begrüßt“. Sie spricht von einer „guten Nachricht“: dass die Bundesregierung die langjährige wissenschaftliche Empfehlung endlich umsetzt und ab 2028 eine Herstellerabgabe auf zuckerhaltige Getränke über ein eigenes Gesetz plant. „Mit einer Zuckersteuer holt Deutschland im europäischen Vergleich endlich auf und gibt auch der Industrie klare Regeln vor“, betont sie. Die Tür zur Herstellerabgabe auf zuckerhaltige Getränke stand in den letzten Wochen offen wie nie. Der Forderung nach einer Zuckersteuer von DDG und DANK hatten sich auch knapp 4.000 Ärzt\*innen in einer gemeinsamen Aktion angeschlossen. Neben dem BÄK-Präsidenten Dr. KLAUS REINHARDT unterzeichneten auch die Vorsitzende des Marburger Bundes Dr. SUSANNE JOHNA sowie DDG Präsidentin Professorin Dr. JULIA SZENDRÖDI einen offenen Brief. An der Aktion beteiligte sich zudem Moderator und Kabarettist Dr. ECKART VON HIRSCHHAUSEN.

Ärzt\*innen erleben sie jeden Tag: die Folgen ernährungsbedingter Erkrankungen, die auch der hohe Zuckerkonsum über Getränke nach sich zieht. Der hohe Zuckergehalt dieser Getränke geht nicht nur mit einem erhöhten Risiko für Übergewicht, Adipositas und Typ-2-Diabetes einher, er erhöht auch das Risiko für Zahn- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

wicht, Adipositas und Typ-2-Diabetes einher, er erhöht auch das Risiko für Zahn- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

## Zuständig für die Zuckersteuer: der Finanzminister

Aus ärztlicher Sicht sei die Dringlichkeit deshalb hoch, hieß es in dem offenen Brief an Bundesfinanzminister Lars Klingbeil. Weil es sich um eine Steuerfrage handelt, ist sein Ministerium gesetzlich für die Herstellerabgabe zuständig.

Die Expertenkommission für eine GKV-Reform hatte der Bundesregierung im März ihre Vorschläge vorgelegt, darunter – neben höheren Tabak- und Alkoholsteuern – auch eine gestaffelte Zuckersteuer auf Getränke. Eine offizielle Empfehlung hatte zudem die Finanzkommission Gesundheit abgegeben. Die neue Steuer soll nun 450 Millionen Euro in die Kassen spülen. Das Geld wird zunächst nicht gezielt in die Prävention fließen, sondern soll die Krankenkassen entlasten.

Den jüngsten Vorstoß für eine solche Herstellerabgabe, den Schleswig-Holsteins Ministerpräsident DANIEL GÜNTHER einbrachte, hatte der CDU-Bundesparteitag im Fe-

bruar abgelehnt. Günther ließ sich jedoch nicht abwimmeln und schlug den Weg über den Bundesrat ein. Die Vorschläge wie einen gestaffelten Steuersatz und eine Altersgrenze von 16 Jahren für Energy-Drinks wollte das Gremium noch beraten. Den Entschließungsantrag Schleswig-Holsteins verwies die Länderkammer Ende März zunächst in die zuständigen Fachausschüsse. In einer späteren Sitzung, voraussichtlich Anfang Juni, soll die Zuckersteuer erneut auf die Tagesordnung kommen.

## Günstiges Ernährungsmuster senkt Diabetesrisiko

Wer regelmäßig süße Limos trinkt, muss mit schnellen Blutzuckeranstiegen rechnen, die auch die Gewichtszunahme und die Insulinresistenz fördern. Darauf verweist die Deutsche Diabetes Gesellschaft in einer aktuellen Presseinfo. Aber auch darauf, dass nicht nur einzelne Nährstoffe oder Lebensmittel über das Diabetesrisiko entscheiden, sondern das gesamte Ernährungsmuster eine Rolle spielt. Es komme also darauf an, wie man Lebensmittel und Nährstoffe insgesamt kombiniere. Untersuchungen zeigten, dass sich so das Risiko, eine Diabeteserkrankung zu entwickeln, um bis zu 80 % senken ließe.

Zahlreiche Empfehlungen beruhen auf Beobachtungsstudien, weil es bislang kaum randomisierte Lang-



„Ärztenschaft, Fachwelt und eine Mehrheit der Bevölkerung sind für eine Zuckersteuer.“

Dr. Klaus Reinhardt

zeit-Interventionsstudien gebe, betonen DDG-Ernährungsexperten. Die Ergebnisse seien für viele Nährstoffe und Lebensmittel dennoch konsistent. „Die Richtung der Effekte ist eindeutig und diese decken sich auch mit bestehenden Interventionsstudien“, so Dr. STEFAN KABISCH, Mitglied des Ausschusses Ernährung der DDG und Studienarzt in der Klinik für Endokrinologie und Stoffwechselmedizin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Laut Ernährungsempfehlungen sollte man statt zuckerhaltiger Softdrinks besser Wasser und andere ungesüßte Getränke bevorzugen, da sie den Blutzucker nicht beeinträchtigen.

Dass ein günstiges Ernährungsmuster das Risiko für Typ-2-Diabetes



## Ausgewählte Zitate von Unterzeichnern des Appells

„Nahezu täglich haben wir in der Hausarztpraxis mit den Folgen von Diabetes und Adipositas zu kämpfen. Eine Zuckersteuer könnte dies eindämmen.“

„Als Schulzahnärztin sehe ich es täglich: Die Kinder haben häufig zuckerhaltige Getränke mit in der Schule, ein Bewusstsein für die Schädlichkeit ist nicht ausreichend vorhanden. Deswegen bin ich für die Zuckersteuer.“

„Im Rahmen meiner ärztlichen Tätigkeit habe ich täglich mit Kindern und Jugendlichen mit teilweise extremer Adipositas zu tun. Ich halte deshalb die Einführung einer Zuckersteuer für sehr wichtig!“

## »Einnahmen für Kita und Schulen«

theoretisch sogar um bis zu etwa 80 % senken kann, belegen auch aktuelle Modellrechnungen. Die Effekte liegen in der Praxis meist zwischen 20 und 40 %.

„Leider weist die Entwicklung in Deutschland seit Jahren in die falsche Richtung: Mit rund 83 Gramm Zucker pro Tag, davon etwa 26 Gramm aus Getränken, liegt der Konsum der Deutschen klar über den empfohlenen Mengen“, sagt Professor Dr. THOMAS SKURK, Vorsitzender des Ausschusses Ernährung der DDG und Ernährungsmediziner von der Technischen Universität München (TUM).

Bedenklich sei, dass etwa jede bzw. jeder Vierte der 14- bis 17-Jährigen täglich zuckrige Limo oder andere Softdrinks trinke. Da das Gesundheitsrisiko bei Kindern und Jugendlichen besonders hoch ist, sollten die Einnahmen aus der Zuckersteuer zielgerichtet für gesundheitsfördernde Präventionsmaßnahmen in Kita und Schule eingesetzt werden, betonen diejenigen, die die neue Herstellerabgabe befürworten.

## Steuer für Süßgetränke hoch, für Obst und Gemüse runter!

Die Aktion „Ärzt\*innen für die Zuckersteuer“ unterstützten neben 3.926 Ärzt\*innen auch mehr als 1.000 Ernährungs- und Diabetesberater\*innen sowie Apotheker\*innen. Dazu aufgerufen hatte DANK mit dem Verbraucherzentrale Bundesverband und foodwatch Deutschland – mit einem gleichzeitigen Appell an alle Ministerpräsidentinnen und Ministerpräsidenten, bei der Abstimmung im Bundesrat für die Zuckersteuer zu stimmen. Dass die Herstellerabgabe noch vor dem Beratungstermin des Gremiums und im Zuge der GKV-Reform kam – mit diesem Tempo hatte wohl niemand gerechnet. Die Einführung einer Zuckersteuer wertet Barbara Bitzer nur als einen „ersten Baustein für mehr Prävention“. Die Regierung solle in weiteren Schritten nun auch „Werbung für Ungesundes wirksam regulieren oder die Mehrwertsteuer auf Obst und Gemüse absenken“.

Angela Monecke

»Rund 83 Gramm Zucker pro Tag, davon etwa 26 Gramm aus Getränken, werden konsumiert«

Bei Typ 2 Diabetes

# Ozempic® 2 mg. Stärker denn je.<sup>1</sup>

Stärkere  
**HbA<sub>1c</sub>- und  
Gewichts-  
senkung<sup>1</sup>**

Stark  
**fürs Herz<sup>2</sup>**

Starke  
**Evidenz<sup>1,3</sup>**

Jetzt Ozempic®  
**verordnen**  
für noch  
mehr Stärke<sup>1</sup>

**PZN 20298705**



Mehr zu Ozempic®?  
QR-Code scannen!  
[www.novo-wissen.de/  
ozempic-2mg](http://www.novo-wissen.de/ozempic-2mg)



Ozempic® ist wirtschaftlich mit  
einem AMNOG verhandelten,  
transparenten Preis



Zum Basistext: QR-Code scannen.  
[novo-wissen.de/bt-ozempic](http://novo-wissen.de/bt-ozempic)

1. Frías JP et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2021;9:563-574. **Einzelheiten zur Studie:** SUSTAIN FORTE war eine 40-wöchige, randomisierte, doppelblinde, multizentrische, multinationale, parallelgruppen Phase-3b Studie, in der die Wirksamkeit und Sicherheit von einmal wöchentlich verabreichtem Semaglutid 2,0mg gegenüber Semaglutid 1,0mg bei erwachsenen Patienten mit Typ 2 Diabetes untersucht wurde. Patienten wurden 1:1 randomisiert auf Semaglutid 2,0mg bzw. Semaglutid 1,0mg. Eingeschlossen wurden erwachsene Patienten mit Typ 2 Diabetes, die eine unzureichende glykämische Kontrolle hatten (HbA<sub>1c</sub>-Einschlussbereich in der Studie) und mit stabiler antidiabetischer Therapie (inkl. Metformin erlaubt) behandelt wurden; der mittlere Ausgangs-HbA<sub>1c</sub> lag im Studienkollektiv bei 8,9%. Ziel der Studie war, die Überlegenheit von Semaglutid 2,0mg gegenüber Semaglutid 1,0mg bezüglich HbA<sub>1c</sub>-Senkung nach 40 Wochen zu prüfen sowie Sicherheits- und Verträglichkeitsprofile zu vergleichen. Der primäre Endpunkt war die Veränderung des HbA<sub>1c</sub> gegenüber Baseline nach 40 Wochen. Zu den vordefinierten sekundären Endpunkten zählten die Veränderung des Körpergewichts gegenüber Baseline, der Anteil der Patienten, die bestimmte HbA<sub>1c</sub>-Ziele (z. B. < 7,0%) erreichten, sowie Sicherheits- und Verträglichkeitsparameter (einschließlich gastrointestinaler Nebenwirkungen und schwerwiegender unerwünschter Ereignisse). Bei Semaglutid 2,0mg zeigte sich für den HbA<sub>1c</sub>-Wert eine mittlere Senkung von -2,2% und eine mittlere Gewichtsreduktion von -6,9kg. 2. Tan X et al. Diabetes Obes Metab 2026;1-11. 3. Rodbard HW et al. Efficacy and safety of once-weekly semaglutide 2.0mg as an add-on to dose-reduced insulin glargine vs titrated insulin glargine in people with type 2 diabetes and overweight: SUSTAIN OPTIMIZE. EASD 61st Annual Meeting, September 18th 2025. **Einzelheiten zur Studie:** SUSTAIN OPTIMIZE war eine 40-wöchige, randomisierte, offene, multizentrische, multinationale, parallelgruppen Phase-3b Studie mit erwachsenen Patienten, die einen unzureichend kontrollierten Typ 2 Diabetes (HbA<sub>1c</sub> 7-10%) und einen BMI von ≥25kg/m<sup>2</sup> aufwiesen sowie einmal täglich Basalinsulin (≤40E/Tag) und Metformin, mit oder ohne SGLT-2 Inhibitoren, erhielten. Patienten wurden auf eine reduzierte Insulin Glargin E100 Dosis einmal täglich und 2mg Semaglutid einmal wöchentlich oder Insulin Glargin E100 (titriert) einmal täglich randomisiert. Primärer Endpunkt war die Veränderung des HbA<sub>1c</sub>-Werts vom Ausgangswert bis Woche 40. Im sekundären Endpunkt wurde u.a. die Veränderung des Körpergewichts vom Ausgangswert bis Woche 40 untersucht. Hier konnte eine Gewichtsreduktion bis zu -8,0kg gezeigt werden.



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

1x pro Woche  
**OZEMPIC®**  
Semaglutid Injektion

# DDG fordert Schutzklauseln

## GKV-Sparpaket setzt die ambulante und stationäre Diabetologie unter Druck

**BERLIN.** Der Bundeskanzler sparte nicht mit Lob für Nina Warken und ihr GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz. „Historisch“ sei es. Noch vor der Sommerpause soll es von der Bundestagsmehrheit verabschiedet werden. Die DDG hat analysiert, welche Maßnahmen auf die Diabetologie Auswirkung haben können.

An der Notwendigkeit, die GKV-Finanzien für ein paar Jahre zu stabilisieren, zweifelt niemand. Für Bereiche wie die Diabetologie, die sich auf eine spezialisierte Versorgung chronisch kranker Menschen fokussiert, fehlt im GKV-Sparpaket jedoch eine „Schutzarchitektur“, findet die DDG.

Die Grundlohnrate als universelle Vergütungsbegrenzung sei ungeeignet: „Die Kostenentwicklung in der hochspezialisierten Diabetesversorgung – geprägt von Fachpersonalkosten, aufwendiger Dokumentation, Technologieeinsatz (CGM, AID) und intensiver Patientenschulung – übersteigt die gesamtwirtschaftliche Lohnentwicklung strukturell und dauerhaft“, so die Fachgesellschaft. Die Grundlohnrate, die jährliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen je GKV-Mitglied, ist der zentrale Hebel der „einnahmeorientierten Ausgabenpolitik“. Die jährlichen Vergütungsanstiege in allen Leistungsbereichen sowie in der Verwaltung werden mit dem GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz auf die tatsächlichen Kostenzuwächse oder auf die Grundlohnrate begrenzt – wobei jeweils der niedrigere Wert maßgeblich ist. In den Jahren 2027 bis 2029 wird zudem ein Prozentpunkt von der Grundlohnrate abgezogen. Denn sie werde bis 2029 voraussichtlich noch deutlich höher als im langfristigen Schnitt von rund 4 % liegen, erklärt das Ministerium, also wesentlich oberhalb der Entwicklung der GKV-Einnahmen (die Zuweisungen wachsen bis 2029 im Schnitt um 2,5 %). Die DDG geht somit von realen Vergütungssteigerungen von etwa 2 % aus.

### Auswirkungen auf die ambulante Diabetologie

Diese Schwelle gilt u. a. für die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, aus der EBM-Leistungen von Diabetolog\*innen und Hausärzt\*innen mit Diabetesschwerpunkt budgetiert honoriert werden. Genauso werden extrabudgetäre Vergütungen eingeehtet sowie Leistungen der hausarztzentrierten Versor-

»Wachstumsstopp beim Pflegebudget gefährdet Stellen«

gunz. Hinzu kommt ein Abschlag bei steigenden HzV-Teilnehmerzahlen, die „Fixkostendegression“. Besonders verärgert sind die Fachärzt\*innen über die geplante Streichung der Terminvermittlungszuschläge und die Abschaffung der extrabudgetären Vergütung für die offene Sprechstunde. „Diabetologische Schwerpunktpraxen, die zeitintensive, ungeplante Versorgung leisten (akute Hypoglykämien, Entgleisungen, Wundversorgung), werden hierdurch wirtschaftlich belastet“, warnt die DDG. Vertreter\*innen von Facharztverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen erwarten, dass sich in der Folge die Wartezeiten der Patient\*innen auf Termine verlängern werden. Ferner ist im Kabinettsentwurf vorgesehen, dass die Pflege der elektronischen Patientenakte nicht mehr gesondert vergütet wird. Und die Mittel des Innovationsfonds werden von jährlich 200 Mio. auf 100 Mio. Euro halbiert. Diabetesbezogene Versorgungsforschungsprojekte fallen dann möglicherweise weg. In der stationären Versorgung ist der Landesbasisfallwert (LBFW) der zentrale Preishebel im DRG-System. Durfte bislang der LBFW-

Anstieg den jeweils höheren Wert von Grundlohnrate oder Orientierungswert (tatsächliche Kostenentwicklung der Kliniken) nicht überschreiten, wird das nun umgekehrt: Es gilt der niedrigere Wert. Darüber hinausgehende Tarifsteigerungen werden zwar weiterhin berücksichtigt, aber nur noch zu 50 %. Für die stationäre Diabetologie bedeutet dies nach Einschätzung der DDG:

- (DDG-)Zertifizierte Diabeteszentren arbeiten personalintensiv zusammen mit Diabetolog\*innen, Diabetesberater\*innen, Wundmanager\*innen, Ernährungsberater\*innen und Psycholog\*innen. Eine Refinanzierung der Personalkosten ist nicht mehr vollständig möglich. Diabeteszentren mit hohem Fachpflegeanteil sind besonders betroffen, da der Fachkräftemangel sie zu überproportionalen Lohnsteigerungen zwingt.
- DRG-Bewertungsrelationen für typische diabetologische Fälle (z. B. E11.x für Typ-2-Diabetes mit Komplikationen, E10.x für Typ-1-Diabetes, L97.x fürs DFS) werden durch den gedeckelten LBFW real entwertet.

Der Anstieg des Pflegebudgets wird künftig durch den Orientierungswert oder die niedrigere Grundlohnrate begrenzt. Krankenhäuser und Kostenträger können ein höheres Budget nur noch vereinbaren, wenn zusätzliches Pflegepersonal aufgrund von Gesetzen, Verordnungen oder Richtlinien und Beschlüssen des G-BA benötigt wird (z. B. Einhalten von Pflegepersonaluntergrenzen). Auch die hälftige Berücksichtigung der Tarifsteigerungen kann sich

»Die zeitintensive, ungeplante Versorgung in Schwerpunktpraxen wird belastet«

### Nina Warkens Sparpaket (in Milliarden Euro)

	2027	2028	2029	2030
Deckungslücke für stabilen Zusatzbeitragssatz von 2,9%	15,3	21,5	31,9	40,4
Entlastung durch Gesetzentwurf	16,3	23,1	31,1	38,1
davon: Minderausgaben	13,7	18,8	25,1	31,5
bei Leistungserbringern, Herstellern, Krankenkassen	11,2	16,2	22,4	28,7
bei Patientinnen und Patienten	2,5	2,6	2,7	2,8
davon: Mehreinnahmen	4,3	5,9	6,0	6,1
bei Arbeitgebern	3,1	3,2	3,3	3,3
bei Mitgliedern	1,2	2,7	2,8	2,8
Bund	-1,8	-1,5	0,0	0,5

Quelle: Gesetzentwurf der Bundesregierung

erhöhend auswirken. Die Finanzierung pflegeentlastender Maßnahmen (2,5 % des Pflegebudgets) entfällt komplett.

### DRG-Kurzzeitfallpauschale statt Kurzliegerabschlag

„Diabetologische Stationen benötigen speziell geschultes Pflegepersonal für Insulinmanagement, CGM-Auswertung, Hypoglykämieprophylaxe und Patientenschulung. Der Aufbau dieses Personals wird durch den Wachstumsstopp des Pflegebudgets verhindert“, moniert die DDG. „Aus dem Pflegebudget wurden vielerorts auch Stellen für Diabetesberater\*innen finanziert. Diese Stellen sind nun in ihrer Finanzierbarkeit gefährdet.“ Fälle mit einem Aufenthalt von bis zu drei Kalendertagen (= zwei Übernachtungen) werden künftig mit einer Kurzzeitfallpauschale vergü-

tet. Der Kurzliegerabschlag entfällt dann. Die Kurzzeitfallpauschalen werden kostenbasiert kalkuliert, im DRG-Katalog ausgewiesen und mengenbegrenzt. Das Gesundheitsministerium rechnet erst ab dem Jahr 2030 mit einer finanziellen Wirkung zugunsten der Kostenträger.

Die DDG moniert: „Viele stationäre Diabetesbehandlungen (strukturierte Schulungen, Umstellung auf neue Insulinregime, Ersteinstellung Insulinpumpe, Diabetisches Fußsyndrom Grad I–II) werden unter Druck gesetzt, in den ambulanten oder kurzstationären Bereich verlagert zu werden, obwohl die ambulante Infrastruktur dafür vielerorts fehlt.“

In toto sieht sie „die wirtschaftliche Existenz von DDG-zertifizierten Diabeteszentren und Universitätskliniken mit diabetologischem Schwerpunkt gefährdet“. Häuser, die Hochrisikopatient\*innen (Typ-1-Diabetes, AID-Ersteinstellung, DFS III–IV, diabetische Ketoazidose) versorgen, könnten diese Leistungen mittelfristig nicht mehr kostendeckend erbringen.

Sorgen macht sich die Fachgesellschaft auch um die Weiterbildung: „Es besteht die konkrete Gefahr, dass diabetologische Weiterbildungsstellen nicht mehr besetzt werden können, weil die Trägerinstitutionen sie sich nicht mehr leisten können.“ Zusammenfassend kommt die DDG zu dem Eindruck: „Ohne spezifische Schutzklauseln für hochspezialisierte, qualitätszertifizierte Versorgungsbereiche droht ein struktureller Rückbau der Diabetesversorgung in Deutschland, der langfristig die Krankheitslast und Folgekosten für das gesamte Gesundheitssystem erhöhen wird.“

Der Bundeskanzler machte klar: Änderungen seien im parlamentarischen Verfahren zwar möglich, müssten aber finanziell ausgeglichen werden. Das für 2027 prognostizierte GKV-Defizit beträgt ca. 15 Mrd. Euro. Das Sparpaket soll 16,3 Mrd. Euro bringen. Es gebe somit keinen Spielraum mehr „für Korrekturen nach unten“. *Michael Reischmann*



### Höhere Zuzahlungen

Das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz sieht eine Anhebung der Patientenzuzahlungen um 50 % vor: von 5 auf 7,50 Euro Mindest- und von 10 auf 15 Euro Höchstzuzahlung. Zudem sollen die Beträge mit der Grundlohnrate dynamisiert fortgeschrieben werden. Die Belastungsgrenzen von 2 % des Haushaltseinkommens bzw. von 1 % für chronisch kranke Menschen bleiben allerdings unverändert bestehen.

# Diabetes erhöht Risiko für Parkinson

## Gesunde Ernährung als Präventionsmaßnahme für beide Erkrankungen

**BERLIN.** Typ-2-Diabetes und sogar seine Vorstufen erhöhen das Risiko, an Parkinson zu erkranken. Eine gesunde, ausgewogene Ernährung kann vor Typ-2-Diabetes schützen und zugleich das Parkinson-Risiko senken.

Die Zahl der Menschen, die an Parkinson erkranken, steigt schneller, als es der demografische Wandel allein erklären kann. Neben Umweltfaktoren wie Luftverschmutzung und der Exposition gegenüber Pflanzenschutzmitteln rückt zunehmend auch die Ernährung in den Fokus der Forschung. Studien deuten darauf hin, dass fehlgefaltetes Alpha-Synuclein, ein zentrales Protein in der Parkinson-Pathologie, im Darm entsteht und sich über den Vagusnerv ins Gehirn ausbreitet (Hirn-Darm-Achse). Veränderungen des Darmmikrobioms sowie chronische Verstopfung gelten zudem als mögliche Frühzeichen, oft lange vor dem Auftreten motorischer Symptome.

### Parkinson-Entstehung: Auch die Ernährung spielt eine Rolle

Deshalb richten sich neue wissenschaftliche Ansätze verstärkt auf die Rolle der Darmflora und den Effekt der Ernährung. Viele Studien zeigen, dass eine mediterrane Ernährung mit einem geringeren Risiko für Parkinson sowie einer niedrigeren Symptomlast bei bereits Erkrankten einhergeht. Sie basiert auf viel Obst und Gemüse, Hülsenfrüchten, Vollkornprodukten, Olivenöl und Fisch; Fleisch sowie stark verarbeitete, zuckerreiche Lebensmittel stehen nur selten auf dem Speiseplan.

Die mediterrane Diät schützt auch vor der Entstehung von Typ-2-Diabetes (T2D). Wie verschiedene Studien zeigten, haben Menschen mit Diabetes ein höheres Risiko, an Parkinson zu erkranken. Eine Metaanalyse von 15 Kohortenstudien kam zu dem Ergebnis, dass T2D mit einem etwa 27 % höheren relativen Risiko für Parkinson assoziiert ist; selbst für Prädiabetes zeigte sich ein kleiner, aber messbarer Risikoanstieg. „Auch eine retrospektive Kohortenstudie

aus Spanien kam zu dem Ergebnis, dass das Parkinson-Risiko bereits

bei Prädiabetes erhöht ist“, erklärte PD Dr. EVA SCHÄFFER vom UKHS Kiel, Sprecherin der Taskforce Prävention der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN). Bis 2040 könnte die Zahl der Menschen mit Diabetes in Deutschland auf 12,3 Millionen steigen.

„Angesichts dieser Entwicklung müssen wir auch das damit einhergehende erhöhte Parkinson-Risiko in den Blick nehmen und stärker für

### »DGN unterstützt DANK-Initiativen«

eine gesunde Ernährung sensibilisieren“, erklärt DGN-Präsidentin Professorin Dr. DANIELA BERG, UKSH Kiel. „Diabetes-Prävention ist letztlich auch Parkinson-Prävention.“ Als wesentliche Ursache für die steigende

Diabetesprävalenz gilt die dauerhaft zu hohe Energiezufuhr. Eine Ernährung mit vielen gesättigten Fettsäuren und Zucker begünstigt Übergewicht und T2D. „Vielen Menschen ist nicht einmal bewusst, wie viel versteckten Zucker und Fette sie täglich aufnehmen – etwa über Fast Food oder Softdrinks. Deshalb unterstützen wir die Initiativen der Deutschen Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK) für mehr Transparenz



Tremor ist eines der Leitsymptome von Parkinson.

und eine gesündere Ernährung“, so Prof. Berg. Damit schließt sich der Kreis zum DANK-Engagement für eine „verantwortungsvolle Präventionspolitik“, so DANK-Sprecherin BARBARA BITZER. *DDG/Red.*



1 x wöchentlich  
**mounjaro**<sup>®</sup>  
Tirzepatid  
A Lilly Medicine

**GEMEINSAM ZIELE ERREICHEN**  
FÜR MENSCHEN MIT TYP-2-DIABETES<sup>a</sup>



**STARTEN SIE JETZT – MIT MOUNJARO<sup>®</sup>**

**Überlegene HbA<sub>1c</sub>-Reduktion<sup>1</sup>**

**Bis zu -2,5%**  
HbA<sub>1c</sub>-Reduktion mit Mounjaro<sup>®</sup> 15 mg nach 40 Wochen<sup>1,c</sup>

**Überlegene Gewichtsreduktion<sup>1,d</sup>**

**Bis zu -13%**  
Gewichtsreduktion mit Mounjaro<sup>®</sup> 15 mg nach 40 Wochen<sup>2,e</sup>

Zur Fachinformation von Mounjaro<sup>®</sup>  
[www.lilly.com/de/fachinfo/mounjaro](http://www.lilly.com/de/fachinfo/mounjaro)



<sup>a</sup>Mounjaro<sup>®</sup> (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. <sup>b</sup>Mounjaro<sup>®</sup> verfügt über einen im AMNOG verhandelten Erstattungsbetrag (§ 130b SGB V). <sup>c</sup>Bezogen auf den Ausgangswert. <sup>d</sup>Mittlere HbA<sub>1c</sub>-Reduktion im Vergleich zum Ausgangswert. <sup>e</sup>Die Veränderung des Körpergewichts war ein sekundärer Endpunkt in den SURPASS-Studien. <sup>f</sup>Bezogen auf den Ausgangswert. <sup>g</sup>Mittlere Gewichtsreduktion im Vergleich zum Ausgangswert.

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

**Interaktive Patientenfälle aus der Praxis finden Sie hier!**



[www.lilly.com/de](http://www.lilly.com/de)



### Taskforce Prävention der DGN

Die Taskforce Prävention der Deutschen Gesellschaft für Neurologie sammelt wissenschaftlich fundierte Evidenz zu präventiven Maßnahmen und entwickelt konkrete nächste Schritte. Diese sollen die Grundlage für wirksame Strategien zur Förderung der Hirngesundheit bilden. Eines der zentralen Ziele ist, sich mit politischen und bildungspolitischen Entscheidungsträger\*innen auszutauschen, um Präventionsmaßnahmen in der Neurologie effektiv zu gestalten.

[www.dgn.org/uber-uns/taskforces](http://www.dgn.org/uber-uns/taskforces)

# Seltene Diabetesformen gemeinsam entschlüsseln

Online-Fallkonferenzen vernetzen die Kinderdiabetologie



**BERLIN.** Unklare Befunde, atypische Verläufe, genetische Varianten: Wenn kinderdiabetologische Diagnosen nicht ins Schema passen, stoßen selbst erfahrene Teams an Grenzen. Ein 2024 gegründetes Netzwerk schafft Raum für den kollegialen Austausch. An den regelmäßigen digitalen Fallbesprechungen nehmen jedes Mal zwischen 50 und 100 Interessierte teil.

**W**ir sind ein Team aus Diabetologinnen und Diabetologen, die sich zusammengeschlossen haben, um ein Online-Beratungsangebot zu seltenen Diabetesformen und ungeklärten Diagnosen anzubieten – so beschreibt Privatdozentin Dr. ANGELA GALLER die Idee hinter den regelmäßig stattfindenden Fallkonferenzen. Das Format startete 2024, mittlerweile haben sieben Treffen stattgefunden. Acht Expertinnen und Experten bilden den festen Kern, eingeladen sind Kinder- und Jugenddiabetolog\*innen und weitere Interessierte aus angrenzenden Disziplinen.

## Wissen bündeln und Perspektiven zusammenführen

Ausgangspunkt war eine Beobachtung aus dem Versorgungsalltag. „Ich werde regelmäßig zu besonderen Diabetesformen gefragt – aber

es ist schade, wenn diese Spezialfälle nur bilateral diskutiert werden, weil sie auch für andere interessant wären.“ Statt Einzeltelefonaten sollte ein offenes Forum entstehen, das Wissen bündelt und unterschiedliche Perspektiven zusammenführt. Den Ansatz beschreibt Dr. Galler, die den Bereich Pädiatrische Diabetologie und die Diabetesambulanz am Sozialpädiatrischen Zentrum der Charité leitet, als bewusst niedrigschwellig und nicht hierarchisch: „Es geht um kollegialen Austausch. Alle Teilnehmenden können ihre Ideen, Einschätzungen oder Vorschläge einbringen.“

Im Mittelpunkt stehen diagnostische Herausforderungen: atypische Verläufe, schwer einzuordnende Laborbefunde oder genetische Varianten unklarer Signifikanz. Diskutiert wird beispielsweise die Abgrenzung zwischen Typ-1-, Typ-2- und monogenen Diabetesformen wie MODY

ebenso wie das sinnvolle Vorgehen bei weiterführender Diagnostik. „Ein Vorschlag kann zum Beispiel sein, Humangenetiker einzubeziehen oder die Familie systematisch zu untersuchen.“ Zugleich geht es um Therapieentscheidungen und Betreuungskonzepte. „Wir besprechen auch, was man den Familien raten kann und wie die Versorgung weitergehen sollte.“

## Präsentation, Fallschilderung, Diskussion

Die Patient\*innen selbst bleiben in den betreuenden Zentren. „Die Familien werden immer von den jeweiligen Diabetesteams vor Ort versorgt, die sich in der Fallkonferenz den Rat und die Einschätzung von Kolleginnen und Kollegen holen.“ Die Treffen finden per Videokonferenz statt, patientenbezogene Daten werden nicht genannt. Fallvorstellende melden sich per Mail an, erhalten ein strukturiertes Formular für die Eingabe der Eckdaten und schildern ihren Fall in einer kurzen Präsentation mit anschließender Diskussion. Pro Termin werden vier bis sechs Fälle vorgestellt, die Sitzungen dauern 60 bis 90 Minuten.

Die Resonanz ist beachtlich. Zu den bisherigen Terminen loggten sich jeweils 50 bis 100 Teilnehmende ein, der Mail-Verteiler umfasst rund 250 Personen. „Das Feedback ist sehr positiv. Es ist eine Mischung aus Fortbildung und sehr praktischer Fallarbeit.“ Auch Zuhörende profitieren: „Selbst wenn man keinen

identischen Fall betreut, erweitert die Diskussion den eigenen Horizont.“ Für die Vorstellenden bedeutet das Format oft eine wichtige Rückversicherung. „Gerade bei seltenen Konstellationen ist es hilfreich zu hören, dass andere ähnliche Erfahrungen gemacht haben – etwa ob es bei Insulin bleibt oder eine Umstellung auf eine orale Medikation möglich ist.“

## Impulse für die Therapieeinleitung

Thematisch reicht die Bandbreite von Einzelfällen bis zu häufigeren Fragestellungen. „Fragen zu GCK-MODY und HNF1A-MODY (MODY 2 oder 3) sehen wir immer wieder“, berichtet Dr. Galler. Daneben wurden aber auch Fälle syndromaler Erkrankungen mit multiplen Organmanifestationen diskutiert. Einzelne Rückmeldungen belegen den unmittelbaren Nutzen: „Ich



## Kontakt zum Netzwerk

Sie möchten an den Fallkonferenzen teilnehmen oder selbst einen Fall vorstellen? Interessierte können sich über diese Mailadresse für den Verteiler anmelden:

[seltene-diabetesformen@charite.de](mailto:seltene-diabetesformen@charite.de)

»Impulse für den klinischen Alltag«

habe bereits von Vortragenden berichtet bekommen, dass Impulse aus der Fallkonferenz zur Therapieeinleitung oder -umstellung geführt haben“, erzählt Dr. Galler. Auch für diejenigen, die selbst einen seltenen Diabetesfall in ihrer Ambulanz betreuen, sei es hilfreich zu hören, welche diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen bei anderen funktioniert haben. „Sie können sich auf diesem Wege Impulse für den eigenen klinischen Alltag holen.“

Um die Hemmschwelle für Fallvorstellungen zu senken, bietet das Netzwerk vorbereitende Gespräche an. „Man kann vorab mit einem von uns telefonieren. Dabei geht es nicht um einen Test, sondern um einen kollegialen und wertschätzenden Austausch. Wir können dabei Tipps geben, welche Befunde noch fehlen oder wünschenswert wären.“ Perspektivisch sind Publikationen, Vorträge und eine stärkere Vernetzung mit Humangenetik und Selbsthilfe geplant. Ziel bleibt es, Wissen zu bündeln, Diagnostik zu präzisieren und die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit seltenen Diabetesformen nachhaltig zu verbessern. Antje Thiel

»Wir besprechen, was man Familien raten kann und wie die Versorgung weitergehen sollte«

## +++ MEDIZIN-TICKER +++ MEDIZIN-TICKER +++ MEDIZIN-TICKER +++



### DGIM 2026: Preise zu BMI und Prädiabetes vergeben

Um den „metabolischen BMI“ geht es in der Arbeit von PD Dr. Rima Chakaroun, dafür bekam sie den Theodor-Frerichs-Preis. An Dr. Arvid Sandforth ging der Präventionspreis für eine Studie zu Mechanismen der Prädiabetes-Remission unabhängig von Gewichtsverlust.

# 451

Sitzungen gab es beim Internistenkongress 2026; knapp 1.300 Referierende waren aktiv. [www.medical-tribune.de/kongress/kongress-2026/dgim-2026](http://www.medical-tribune.de/kongress/kongress-2026/dgim-2026)

### 132. Internistenkongress: über 8.500 Teilnehmende

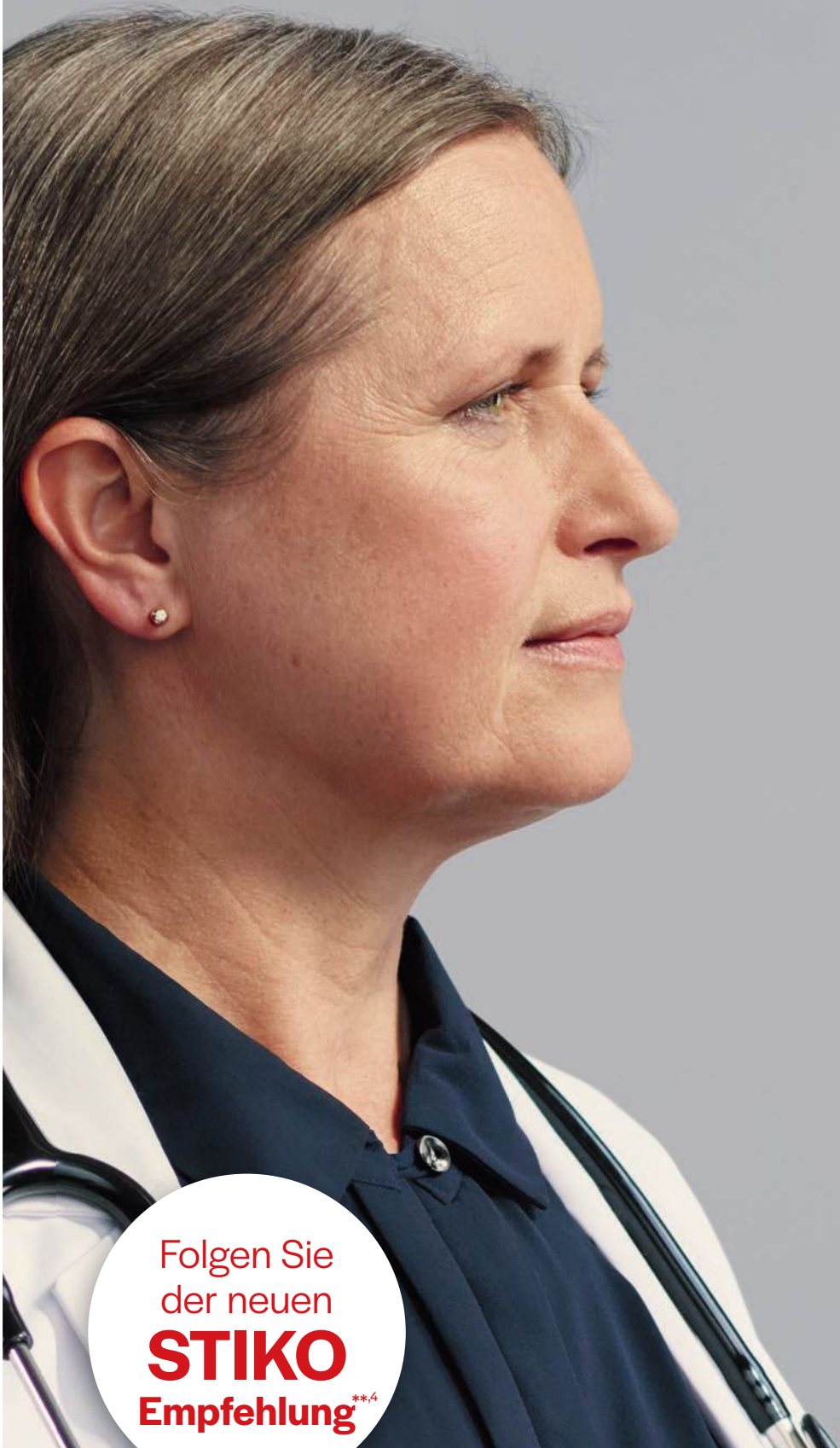
In Wiesbaden ging es vier Tage lang um „Paradigmenwechsel in der Inneren Medizin – die Zukunft gestalten“. Die höchste DGIM-Ehrung, die Leopold-Lichtwitz-Medaille, erhielt der Nephrologe Professor Dr. Jürgen Floege. [dgim.de/ueber-uns/ehrunge-und-preise](http://dgim.de/ueber-uns/ehrunge-und-preise)

**HEUTE:**

**EIN KLARES  
GESPRÄCH ÜBER DAS  
GÜRTELROSE-RISIKO**

**MORGEN:**

**SCHUTZ VOR  
SCHMERZHAFTEN  
LANGZEITFOLGEN<sup>\*,1-3</sup>**



Folgen Sie  
der neuen  
**STIKO**  
Empfehlung<sup>\*\*4</sup>



Fiktive Patientin

**IHRE EMPFEHLUNG SCHÜTZT**

\* SHINGRIX bietet keinen 100%igen Schutz für geimpfte Personen; \*\* Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt die Impfung gegen Herpes zoster (HZ) für Personen  $\geq 60$  Jahren sowie als Indikationsimpfung für Personen  $\geq 18$  Jahren mit erhöhtem HZ-Risiko; 1. Fachinformation SHINGRIX, aktueller Stand; 2. Strezova A, et al. EClinicalMedicine. 2025;83:103241; 3. Harpaz R, et al. MMWR Recomm Rep. 2008;57(RR-5):1-30; 4. RKI. Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut. Epid Bull 45/2025 (letzter Abruf: November 2025).

Alle Markenzeichen sind Eigentum der GSK Unternehmensgruppe oder durch diese lizenziert.  
© 2026 GSK Unternehmensgruppe oder seine Lizenzgeber. GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG, 81675 München. de.gsk.com

PM-DE-SGX-JRNA-250005 12.2025



SHINGRIX Pflichtangaben:  
[gsk.to/Shingrix-Pflichtangaben](https://gsk.to/Shingrix-Pflichtangaben)



**SHINGRIX** } **GSK**

# Genau hinschauen, mehr erfahren

DZD-Forschende analysieren Proteine und zirkadiane Rhythmen – und werden geehrt

**NEUHERBERG.** Ein immer genaueres Bild können Forschende des DZD von den Vorgängen und Zusammenhängen im menschlichen Körper zeichnen: Das Protein Picalm hat vielseitige Funktionen – sowohl im Fettgewebe als auch in den Muskeln, wie Forschende des DIfE erkannt haben. Ebenfalls am DIfE wurde untersucht, was günstiger ist: Fette und Kohlenhydrate am Morgen oder am Abend aufnehmen? Beim Typ-1-Diabetes lohnt sich ein Blick auf die Prävalenz der Erkrankung im Frühstadium bei jungen Erwachsenen. Und: Professor Dr. Timo Müller wird während der ADA-Tagung 2026 geehrt – herzlichen Glückwunsch!



**DZD**  
Deutsches Zentrum  
für Diabetesforschung

## ADA-Auszeichnung für Prof. Dr. Timo Müller

Die American Diabetes Association (ADA) hat im Frühjahr die Preisträger\*innen ihrer diesjährigen National Scientific and Health Care Achievement Awards bekannt gegeben. Zu den Ausgezeichneten gehört Professor Dr. TIMO MÜLLER, Direktor des Institute for Diabetes and Obesity (IDO) bei Helmholtz Munich und Professor an der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU). Er erhält den 2026 Outstanding Scientific Achievement Award.

Der Preis würdigt Forschende, deren Arbeit sich durch außergewöhnliche Originalität, unabhängiges Denken und einen bedeutenden Einfluss auf die Diabetesforschung auszeichnet. Die wegweisenden Entdeckungen von Prof. Timo Müller haben das wissenschaftliche Verständnis von Adipositas und Diabetes grundlegend geprägt. Sie lieferten zentrale Erkenntnisse zur Biologie des GIP-Rezeptors im zentralen



Nervensystem und ebneten den Weg für die Entwicklung einer neuen Generation inkretinbasierter Polyagonisten. Seine Forschung hat therapeutische Strategien maßgeblich vorangebracht und neue Perspektiven für die Behandlung metabolischer Erkrankungen eröffnet.

Mit mehr als 200 Veröffentlichungen in führenden wissenschaftlichen Fachzeitschriften gilt Prof. Müller international als einer der führenden Köpfe der Stoffwechselforschung und treibt wegweisende Fortschritte in der Diabetesforschung und der metabolischen Medizin voran.

Die Preisträger\*innen werden im Rahmen einer Preisverleihung während der Scientific Sessions 2026 der ADA geehrt. Die Scientific Sessions finden 2026 vom 5. bis 8. Juni statt und gelten als weltweit größte wissenschaftliche Tagung mit Schwerpunkt auf Diabetesforschung, Prävention und Versorgung. *DZD*

## Protein Picalm: Schlüssel für die Muskelbildung

Frühere Arbeiten des DIfE haben gezeigt, dass das Phosphatidylinositol Binding Clathrin Assembly Protein, kurz Picalm, im Fettgewebe durch Lebensstilinterventionen reguliert wird und dort Stoffwechselprozesse beeinflusst. Nun haben Forschende des Deutschen Instituts für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke (DIfE) und weiterer Partnerinstitutionen des DZD experimentelle Ansätze kombiniert, um die Rolle von Picalm im Muskel zu untersuchen.

Analysiert wurden unterschiedliche Formen des intermittierenden Fastens und eine Trainingsstudie der Universität Tübingen, bei beidem zeigte sich eine erhöhte Picalm-Expression im Muskelgewebe. „Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Picalm eine wichtige Rolle dabei spielt, wie sich Muskelzellen an veränderte Lebensbedingungen anpassen“, sagt PD Dr. HEIKE VOGEL (DIfE), Letztautorin der Publikation. In Experimenten mit kultivierten Muskelzellen wurde gezeigt, dass Picalm essenziell für die Bildung neuer Muskelfasern aus Vorläuferzellen (Myogenese) ist. Verringerte sich die Picalm-Expression, entwickelten sich diese Zellen deutlich schlechter zu reifen Muskelfasern. Grund

dafür sind offenbar Störungen grundlegender zellulärer Prozesse. Picalm ist an einem Mechanismus beteiligt, mit dem Zellen Bestandteile wie den epidermalen Wachstumsfaktor (EGF) aufnehmen und transportieren. Wird dieser Prozess beeinträchtigt, zeigen sich ähnliche Defekte wie bei einem Mangel an Picalm.

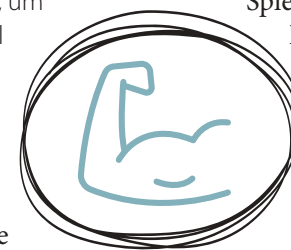
Auch verändert ein niedriger Picalm-Spiegel die Zusammensetzung von

Proteinen an der Zelloberfläche und stört die Organisation des Aktin-Zytoskeletts, das entscheidend ist für die Zellform, Stabilität und Bewegung – und damit auch für die Ausrichtung und Verschmelzung von Muskelvorläufer-

zellen zu funktionierenden Muskelfasern.

„Wir haben herausgefunden, dass Picalm ein wichtiger Bestandteil der molekularen Anpassungsmechanismen des Muskels ist. Es reagiert auf Training und Fasten und beeinflusst gleichzeitig die Bildung neuer Muskelfasern. Langfristig könnten unsere Ergebnisse dazu beitragen, neue Ansatzpunkte für die Prävention und Behandlung von Muskelabbau im Alter sowie von Stoffwechselerkrankungen zu entwickeln“, resümiert Dr. Vogel. *DZD*

Gaugel, J et al. Mol. Metab 107, 102351 (2026); doi: 10.1016/j.molmet.2026.102351



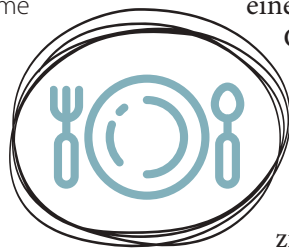
## Fette zum Frühstück oder zum Abendbrot?

Professorin Dr. OLGA RAMICH, Leiterin der Abteilung Molekularer Stoffwechsel und Präzisionsernährung am DIfE, und ihr Team untersuchten erstmalig an Menschen, ob der Zeitpunkt der Aufnahme von Kohlenhydraten und Fetten die tageszeitliche Genexpression im Unterhautfettgewebe unabhängig von der Kalorienaufnahme verändert.

Dafür nutzten sie Daten aus einer kontrollierten Ernährungsstudie, an der 29 übergewichtige Männer ohne Diabetes teilnahmen.

Die Probanden folgten jeweils vier Wochen lang zwei unterschiedlichen, aber isokalorischen Ernährungsplänen: Sie nahmen entweder morgens viele Kohlenhydrate und abends viel Fett auf oder umgekehrt. Alle Teilnehmer nahmen an beiden Interventionen teil.

Durch Proben aus dem Unterhautfettgewebe konnten die Forschenden erstmals die Genrhythmen im Unterhautfettgewebe charakterisieren und feststellen, dass die tageszeitliche Nährstoffverteilung das oszillierende und nichtoszillierende Transkriptom veränderte. Die Analysen zeigten, dass 1.386 Gene im untersuchten



Fettgewebe tageszeitlichen Oszillationen unterliegen. Viele dieser Gene sind mit dem Glukose- und Fettstoffwechsel oder mit Entzündungsprozessen assoziiert. Die Wissenschaftler\*innen sahen, dass der Zeitpunkt der Makronährstoffaufnahme die tageszeitliche Genexpression von fast einem Drittel der oszillierenden

Gene im Fettgewebe beeinflusste. Manche Gene wiesen veränderte Rhythmenparameter auf, andere stellten die Oszillation ein oder wurden von nichtoszillierenden zu oszillierenden Genen.

Der Verzehr von fettreicher Kost am Morgen und kohlenhydratreicher Nahrung am Abend führte zu einer Verbesserung der Marker für die Insulinsensitivität im untersuchten Fettgewebe. Eine Verschiebung der Fettaufnahme in den Abend hingegen erhöhte die Aktivität von Entzündungsgenen. Das könnte ein Hinweis auf einen frühen proinflammatorischen Zustand im Fettgewebe sein, welcher als Risikofaktor für die Entstehung metabolischer Erkrankungen wie Adipositas und Typ-2-Diabetes gilt. *DZD*

Soliz-Rueda et al. Food Res Int 231(1), 118685 (2026); doi: 10.1101/2025.05.14.25327610

## Früherkennung neu gedacht

Lange Zeit wurde Typ-1-Diabetes vor allem mit dem Kindesalter in Verbindung gebracht; inzwischen gilt als gesichert, dass sich T1D ebenso im Jugend- und Erwachsenenalter entwickeln kann. Deshalb untersuchten Forschende des Instituts für Diabetesforschung und des Instituts für Epidemiologie von Helmholtz Munich die Prävalenz von Typ-1-Diabetes im Frühstadium bei jungen Erwachsenen.

Untersucht wurden Proben von 1.377 Teilnehmenden aus den Studien LISA und GINplus, die ihre Proband\*innen von Geburt bis ins junge Erwachsenenalter begleiten. Die Ergebnisse zeigen, dass etwa 1,2 % der zuvor nicht diagnostizierten jungen Erwachsenen positiv auf Inselautoantikörper getestet wurden, darunter 0,2 %, die die Kriterien eines Typ-1-Diabetes (T1D)-Frühstadiums erfüllen

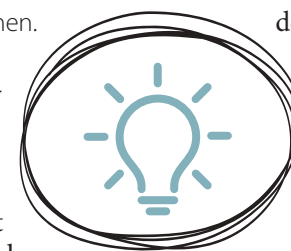
– Prävalenzen, die mit denen bei Kindern vergleichbar sind – sowie weitere 1,0 %, die nur einen einzelnen Autoantikörper aufwiesen.

Längsschnittanalysen zeigten, dass die Mehrheit der Autoantikörper-positiven Personen diese Marker bereits bis zum Alter von 15 Jahren entwickelt hatte, jedoch auch danach neue Fälle auftraten. Dies deutet darauf hin, dass frühe immunologische Anzeichen von

T1D häufig erst im Jugend- und jungen Erwachsenenalter auftreten.

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass frühe T1D-Stadien auch in der erwachsenen Bevölkerung vorkommen. Eine Ausweitung von Screening-Programmen auf junge Erwachsene könnte sinnvoll sein. *DZD*

Standl et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2026 May;14(5): 371-373; doi: 10.1016/S2213-8587(26)00034-3



# DER DIABETES MEINER PATIENTEN? IM GRÜNEN BEREICH

durch effektives Diabetesmanagement mit Dexcom G7<sup>1-4</sup>

## JETZT ZU DEXCOM WECHSELN:

- Weniger Hypo- und Hyperglykämien durch vorausschauende Warnungen<sup>2,5-6</sup>
- Dexcom Clarity ermöglicht eine effiziente und effektive Therapieanpassung dank einfacher Dateninterpretation<sup>7-8</sup>
- Einziger Sensor mit direkter Verbindung zur Smartwatch – auch ohne Handy<sup>9</sup>



# dexcom G7

Kompatible Geräte sind separat erhältlich. Eine Liste kompatibler Geräte ist zu finden unter: [www.dexcom.com/compatibility](http://www.dexcom.com/compatibility)

**JETZT  
INFORMIEREN!**



\* Diese Ergebnisse wurden mit einer früheren Dexcom CGM-Generation erzielt. Aufgrund vergleichbarer oder besserer Leistung, Produkteigenschaften und Benutzerfreundlichkeit sind mit Dexcom G7 ähnliche Ergebnisse zu erwarten. | **1** Benutzerhandbuch Dexcom G7. | **2** Welsh JB, et al. Comparisons of Fifth-, Sixth-, and Seventh-Generation Continuous Glucose Monitoring Systems. J Diabetes Sci Technol. 2024;18(1):143-147. | **3** Lind M, et al. Sustained Intensive Treatment and Longterm Effects on HbA1c Reduction (SILVER Study) by CGM in People With Type 1 Diabetes Treated With MDI. Diabetes Care. 2021;44(1):141-149. | **4** Lind N, et al. Comparing Continuous Glucose Monitoring and Blood Glucose Monitoring in Adults With Inadequately Controlled, Insulin-Treated Type 2 Diabetes (Steno2tech Study): A 12-Month, Single-Center, Randomized Controlled Trial. Diabetes Care. 2024;47(5):881-889. | **5** Puhr S, et al. Real-world hypoglycemia avoidance with a continuous glucose monitoring systems predictive low glucose alert. Diabetes Technol Ther. 2019; 21(4):155-158. | **6** Acciaroli G, et al. Mitigation of Rebound Hyperglycemia With Real-Time Continuous Glucose Monitoring Data and Predictive Alert. J Diabetes Sci Technol. 2022; 16(3):677-682. | **7** Edelman SV, et al. Utilizing continuous glucose monitoring in primary care practice: What the numbers mean. Prim Care Diabetes. 2021;15(2):199-207. | **8** Medizinische Einrichtungen können die Glukosedaten eines Patienten nur einsehen, wenn der Patient sich entscheidet, diese über Dexcom Clarity mit ihnen zu teilen. Medizinische Einrichtungen können sich für Dexcom Clarity unter [clarity.dexcom.com/professional/registration](http://clarity.dexcom.com/professional/registration) registrieren. | **9** Um einen neuen Dexcom G7 Sensor mit einer kompatiblen Apple Watch zu koppeln, wird ein kompatibles Smartphone benötigt. | Um die Funktion Share/Follow nutzen zu können, darf das Smartphone des Dexcom G7 Nutzers höchstens 10 Meter vom Sensor entfernt sein. | Das Dexcom G7 ist in einer mmol/L- und mg/dL-Ausführung verfügbar. | Dexcom, Dexcom Clarity, Dexcom Follow, Dexcom One, Dexcom Share, Share sind eingetragene Marken von Dexcom, Inc. in den USA und sind möglicherweise in anderen Ländern eingetragen. © 2024 Dexcom, Inc. Alle Rechte vorbehalten. | [www.dexcom.com](http://www.dexcom.com) | Tel.: +1.858.200.0200 | Dexcom, Inc. 6340 Sequence Drive San Diego, CA 92121 USA | MAT-6974 REV002/03.2026 | Agenturfoto. Mit Model gestellt.

Dexcom Deutschland GmbH | Rottdamer Platz 10 | 55120 Mainz | HCP-Hotline: +49 6131 4909065

# Ein Blick zurück – und vieles, was bleibt

## Wichtige Themen, wichtige Aussagen aus den Pressekonferenzen

**Über das Kongressmotto: „Revolution der Mittel – Realität der Menschen.“** „Der Fortschritt erreicht nicht alle Patientinnen und Patienten gleichermaßen. Zwischen dem, was medizinisch möglich ist, und dem, was im Versorgungsalltag tatsächlich ankommt, besteht weiterhin eine erhebliche Lücke.“ *Professorin Dr. Barbara Ludwig, Kongresspräsidentin*

**Zu Fettleber/MASLD:** „Entscheidend ist, die Erkrankung früher zu erkennen und leitlinienbasierte Strategien konsequent in die Routineversorgung zu integrieren.“ *Professor Dr. Nikolaos Perakakis, Kongresssekretär*

**Über die Reformen im Gesundheitswesen:** „Die Mittel sind vorhanden. Das Wissen ist vorhanden. Die gesetzliche Grundlage ist vorhanden. Was gebraucht wird, ist der politische Wille, die Weichen zu stellen – für die neun Millionen Menschen in diesem Land, die mit Diabetes leben und eine Versorgung verdienen, die so modern ist wie die Medizin, die ihr zur Verfügung steht.“ *Dr. Tobias Wiesner, DDG Vizepräsident*

**Zum Betazellersatz:** „Der stammzellbasierte Betazellersatz eröffnet erstmals die Perspektive, die körpereigene Insulinproduktion bei Menschen mit Typ-1-Diabetes wiederherzustellen.“ *Prof. Dr. Barbara Ludwig*

**Über Prädiabetes:** „Prädiabetes sollte differenzierter betrachtet werden: nicht als harmlose Laborauffälligkeit, aber auch nicht als automatische Vorstufe einer Erkrankung.“ *Professor Dr. Martin Heni, DDG Vorstand*

**Über Diabetes Typ F:** „Diabetes wird nicht nur in Praxen und Kliniken behandelt. Ein Großteil der Versorgung findet im Alltag statt – in den Familien, bei Kindern und Jugendlichen auch in deren Bildungseinrichtungen und später im Beruf. Angehörige übernehmen dabei viele Aufgaben, die im Versorgungssystem bislang kaum sichtbar sind.“ *Professorin Dr. Julia Szendrödi, DDG Präsidentin*

## Zuckersteuer im Fokus bei DDG und DANK

Zuckersteuer, neue Therapien, Prävention: Darüber spricht BARBARA BITZER, Geschäftsführerin der DDG und DANK-Sprecherin im Interview mit Allgemeinmediziner und Medfluencer SEBASTIAN ALSLEBEN. Im Fokus steht natürlich die Zuckersteuer, für die sich DDG und DANK seit über 15 Jahren einsetzen und die nun endlich umgesetzt werden soll. Außerdem sprechen Bitzer und Alsleben über weitere wichtige Präventionsmaßnahmen, die Arbeit von DANK und das Kongressmotto.



Foto: MedTriX



Alles Videos, die Podcast-Folge und vieles mehr vom Diabetes Kongress 2026 finden Sie auf: [www.medical-tribune.de/kongress/kongress-2026/diabetes-kongress-2026](http://www.medical-tribune.de/kongress/kongress-2026/diabetes-kongress-2026)

## AG Nachwuchs: aktiv auf dem Diabetes Kongress

- Zum Thema **Gewalt und Drogen in Praxen und Kliniken** hat die AG zwei Veranstaltungen angeboten: einen Nachwuchs-Workshop und ein Symposium („Ein Thema, was uns alle betrifft: Aggressionen und psychosoziale Veränderungen durch Substanzkonsum in diabetologischen Schwerpunktpraxen und Krankenhäusern“, erreichbar über die DDG Mediathek). Einen kurzen Einblick ins Thema gibt Dr. Jonas Laaser von der AG Nachwuchs im Video.
- Live während des Kongresses wurde eine Folge des Podcasts O-Ton Diabetologie mit der AG Nachwuchs aufgenommen. Dieses Mal zu Gast: Schirmherrin Professor Dr. Henriette Kirchner, neue Sprecherin Dr. Rebecca Spies und Dr. Jonas Laaser, der sein Amt als AG-Sprecher während des Diabetes Kongresses abgegeben hat.



Foto: MedTriX

## Startup Village: Startpunkt für junge Unternehmen

Zur Tradition auf dem Diabetes Kongress ist inzwischen die Auszeichnung innovativer Produkte junger Unternehmen geworden. So auch diesmal. Besonders überzeugt hat die Jury im **Startup Village** der „CarbShot“ von **SugrSugr**. Bastian Niemeier, einer der jungen Gründer, erzählt **im Video** mehr über die flüssigen Kohlenhydrate, die im Fall einer Unterzuckerung zum Einsatz kommen. Den zweiten Platz belegte DiaBelly, eine App für Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes.

## Preisträgerinnen und Preisträger 2026

### Preise und Auszeichnungen erhielten während des Diabetes Kongresses – neben vielen weiteren:

- **Paul-Langerhans-Medaille:** Professor Dr. Michele Solimena, Dresden
  - **Hellmut-Otto-Medaille:** Professor Dr. Thomas Haak, Bad Mergentheim
  - **Young Investigator Award:** Dr. Ruth Hanßen, Köln
  - **Ehrenmitgliedschaft:** Professor Dr. Michael Nauck, Bochum; Professor Dr. Andreas Neu, Tübingen, und Professor Dr. Alexander Risse, Berlin
  - **Ehrenmedaille:** Kathrin Boehm, Bad Mergentheim, und Angelika Deml, Regensburg
  - **Ehrendadel in Gold:** Professor Dr. Thomas Danne, Lissabon
  - **Silvia-King-Preis:** Dr. Arvid Sandforth, Tübingen
- Alle Preisträgerinnen und Preisträger werden in der nächsten Ausgabe der diabeteszeitung ausführlicher vorgestellt.*

## »Der Mitstreiter, den man sich wünschte«

Zehnter Todestag: Symposium erinnert an Professor Dr. Stephan Matthaei

**BERLIN.** Der 2016 mit nur 58 Jahren plötzlich und unerwartet verstorbene Wissenschaftler, Kliniker und Brückenbauer hat die deutsche Diabetologie und auch die DDG als aktives Mitglied und DDG Präsident nachhaltig geprägt. Sein Lebenswerk wirkt bis heute nach – und sein zugewandtes und lebensbejahendes Wesen wird noch immer schmerzlich vermisst.



Prof. Hadi Al-Hasani, Prof. Harald Klein und Prof. Monika Kellerer würdigten den Diabetesforscher und DDG Präsidenten Prof. Stephan Matthaei im Rahmen eines Symposiums zu seinem zehnten Todestag. Fotos: DDG/Dirk Deckbar

Die wissenschaftliche Karriere von Dr. STEPHAN MATTHAEI begann mit einer damals noch ungelösten Frage: Wie wirkt Insulin in der Zelle? Nach seiner Promotion in Hamburg führte ihn ein Stipendium der Deutschen Forschungsgemeinschaft nach San Diego und Boston – und damit mitten in die aufkeimende Rezeptorforschung. Zwischen Insulinrezeptor und metabolischen Effekten lag eine „große Blackbox, die es zu ergründen galt“, berichtete sein Freund und Weggefährte Professor Dr. HARALD KLEIN (Dortmund).

In dieser Grauzone kämpfte Prof. Matthaei sich voran – „was mit den damals bescheidenen biochemischen Methoden sehr beachtlich ist“,

betonte Professor Dr. HADI AL-HASANI (Düsseldorf). Er würdigte die wissenschaftlichen Leistungen von Prof. Matthaei, u. a. die Identifizierung eines leberspezifischen Glukosetransporters und die Erkenntnis, dass Metformin bei insulinresistenten Ratten die Translokation von Glukosetransportern stimuliert – unabhängig vom Insulinrezeptor. Auch in der Genetik des Typ-2-Diabetes bewies Prof. Matthaei

Weitblick: Er wies auf mögliche Diabetes-Risikogene hin, lange bevor die moderne Molekulargenetik entsprechende Varianten identifizieren konnte. „Zu seinen aktiven Forschungszeiten war nur eine Handvoll dieser Gene bekannt. Heute kennen wir über 600 Genvarianten, die mit Typ-2-Diabetes assoziiert sind“, erklärte Prof. Al-Hasani.

### Großes Engagement für die Praxisleitlinien der DDG

1998 wechselte Prof. Matthaei als Oberarzt an das Universitätsklinikum Tübingen, ab 2003 war er Chefarzt am Diabetes-Zentrum in Quakenbrück. Professorin Dr. MONIKA KELLERER (Stuttgart) beleuchtete neben den wissenschaftlichen Erfolgen auch das klinische Wirken von Prof. Matthaei. „Er war ein breit ausgebildeter, empathischer Arzt, dem der direkte Kontakt zu seinen Patienten wichtig war.“

Um wissenschaftliche Erkenntnisse flächendeckend in die Versorgung zu bringen, setzte er sich intensiv für die Praxisleitlinien der DDG zu Typ-2-Diabetes ein. „Auch dank dieser

Leitlinien können wir Menschen mit Diabetes heute viel besser und differenzierter behandeln. Es ist schade, dass er das nicht mehr miterleben durfte!“ Und Professor Dr. BAPTIST GALLWITZ (Berlin) ergänzte: „Er hat aber schon damals vorausgesagt, dass die großen kardiovaskulären Outcome-Studien die Therapiealgorithmen unserer Leitlinien verändern würden.“

Von 2011 bis 2013 war Stephan Matthaei Präsident der DDG. Pro-



Prof. Stephan Matthaei (l.) und Prof. Thomas Haak während des Diabetes Kongresses 2013. Prof. Haak erinnerte zum zehnten Todestag von Prof. Matthaei an dessen Wirken als DDG Präsident.

fessor Dr. THOMAS HAAK (Bad Mergentheim) lobte ihn als „gut informiert und klar in der Sache“. Er habe sowohl mit der DDG Geschäftsstelle als auch mit Partnerorganisationen der Diabetes-Selbsthilfe gut zusammengearbeitet. „Er hat während seiner Präsidentschaft die DDG gut durch stürmische Zeiten geführt.“ Neben Prof. Matthaeis fachlichen Verdiensten betonten alle Referent\*innen auch seine menschlichen Stärken. Sein ehemaliger Tübinger Chef, Professor Dr. HANS-ULRICH HÄRING, war per Videobotschaft zugeschaltet und beschrieb seinen Zögling als „ausgleichend, versöhnlich, mitreißend – und in schwierigen Situationen genau der Mitstreiter, den man sich wünschte“. Auch sein Humor, seine Lebensfreude, seine Begeisterung für Sport und sein Interesse an seinen Mitmenschen hat viele Weggefährten nachhaltig beeindruckt. Das Symposium hat gezeigt: Auch zehn Jahre nach seinem Tod hat Prof. Matthaeis Wirken nichts von seiner Relevanz verloren. *Antje Thiel*  
Diabetes Kongress 2026

# Darmmikrobiom als Trigger

## Neue Erkenntnisse zu Prävention und Therapie von Adipositas

**WIESBADEN.** Indikatorbakterien wie *Parasutterella* und *Akkermansia* könnten künftig als Biomarker für Therapieerfolge dienen. In aktuellen Studien wird außerdem geprüft, ob Darmmikrobiom-Interventionen Prädiabetes zurückdrängen können.

Seit gut zehn Jahren weiß man um den Stellenwert von Darmbakterien für die Gesundheit. „Mit ihrer Sequenzierung begann ein regelrechter Mikrobiom-Hype“, berichtete Professor Dr. MATTHIAS LAUDES, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein. Das Darmmikrobiom erlaubt nicht nur Rückschlüsse auf die Ernährung, sondern auch auf chronische Erkrankungen wie Adipositas, Typ-2-Diabetes, Atherosklerose oder chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (CED). „Es ist eine Art Sensor, der auf systemische Entzündungen hinweist“, erklärte der Diabetologe, seit 2024 auch Präsident der Deutschen Adipositas-Gesellschaft.

Die zentrale Frage, ob Entzündungsreaktionen im Darm systemische Entzündungen triggern können, wurde bereits 2012 in Mausexperimenten mit keimfreien Tieren beantwortet. Durch die Impfung mit bestimmten E.-coli-Stämmen oder Bakterien mit hoher Lipopolysaccharid(LPS)-Produktion nahm die Menge an weißem Fettgewebe zu – trotz identischer Ernährung. „Das war der Beweis dafür, dass mit einem bestimmten Bakterium im Darm Entzündungsreaktionen im Körper hervorgerufen werden können“, so Prof. Laudes.

Um diese Erkenntnisse auch in Humanstudien zu untermauern, bauten er und sein Team in Kiel mit der FoCUS-Kohorte eine der weltweit größten bevölkerungsbasierten Studien zur metabolischen Entzündung auf. Über das Einwohnermeldeamt rekrutierte Proband\*innen aller Altersklassen und Gesundheitszustände werden alle fünf Jahre nachuntersucht, um die Entwicklung von Erkrankungen mit metabolischen Parametern und Mikrobiom-Daten zu korrelieren.

### Erfolgsprognose mithilfe von Mikrobiom-Signaturen

Mit der Kieler Interventionskohorte (KIK) widmen die Forschenden sich einer weiteren Herausforderung in der Adipositas-therapie: „Wir können zwar stratifiziert behandeln, aber nicht vorhersagen, welche Menschen wie gut auf bestimmte Interventionen ansprechen“, erklärte Prof. Laudes. So gebe es bei der Therapie mit GLP1-Rezeptoragonisten bekanntlich etwa 10 % Non-Responder, die man aber bis dato nicht vorab iden-

tifizieren kann. Ziel der KIK ist es daher, anhand von Indikatorbakterien entsprechende Mikrobiom-Signaturen zu entwickeln, anhand derer eine möglichst passgenaue Therapie für die erfolgreiche Gewichtsreduktion ausgewählt werden kann.

### Ausblick: Mikrobiom als Therapie-Baustein

Dabei gilt: „Was wir in Kiel finden, müssen wir anderswo validieren.“ Zum Vergleich wird daher

eine ähnlich aufgebaute Kohorte in Kanada herangezogen. „Wenn in beiden Kohorten derselbe Effekt nachweisbar ist, gilt das Ergebnis als validiert“, erklärte Prof. Laudes. Als einen möglichen Biomarker haben die Forschenden mittlerweile das Darmbakterium *Parasutterella* identifiziert. Bei Menschen, in deren Darm es vermehrt vorkommt, verbesserten sich Entzündungsparameter im Verlauf einer Adipositas-therapie weniger gut als bei anderen.

„Das ist ein wichtiger Punkt, denn wir wollen das Gewicht ja reduzieren, um Gesundheit wiederherzustellen“, betonte er.

Das Bakterium *Akkermansia muciniphila* hingegen, das bei schlanken Menschen häufiger vorkommt, scheint die Darmbarriere zu stärken und metabolische Entzündungen zu reduzieren. Die Vision des Kieler Teams ist klar: „Wir glauben, dass wir das Mikrobiom diagnostisch und therapeutisch einsetzen kön-

nen.“ Mit der CONCEPT-Studie (s. Kasten) will Prof. Laudes herausfinden, ob sich mithilfe einer Mikrobiom-Therapie als echte metabolische Intervention Prädiabetes zurückdrängen lässt. „Wir rekrutieren hierfür noch Menschen mit Prädiabetes, vermitteln Sie uns gern geeignete Patientinnen und Patienten!“

Antje Thiel

DGIM 2026



Was bringt eine Mikrobiom-Therapie bei Prädiabetes?

Foto: Alex – stockadobe.com

**Machen Sie kardiovaskulären Schutz zu Ihrer Herzenssache.**

**Handeln Sie jetzt mit Jardiance®.**

Mit aus Deutschland

**Jardiance®**  
(Empagliflozin)

### Überzeugender Schutz in drei Indikationen:



Typ-2-Diabetes<sup>1,2,\*a</sup>



Chronische Nierenkrankheit<sup>1,3,b</sup>



Chronische Herzinsuffizienz<sup>1,4,5,c</sup>

CV = kardiovaskulär | eGFR = geschätzte glomeruläre Filtrationsrate | KHK = koronare Herzerkrankung | pAVK = periphere arterielle Verschlusskrankung | \* EMPA-REG OUTCOME®-Studienpopulation: erwachsene Patienten mit Typ-2-Diabetes und KHK oder pAVK oder vorangegangenen Myokardinfarkt oder Schlaganfall (Ereignis > 2 Monate). | a. Jardiance® erwies sich gegenüber Placebo bei der Prävention des primären kombinierten Endpunkts aus kardiovaskulärem Tod, nicht-tödlichem Myokardinfarkt oder nicht-tödlichem Schlaganfall überlegen. Die therapeutische Wirkung war vor allem auf eine signifikante Reduktion des kardiovaskulären Todes zurückzuführen, bei nicht signifikanter Veränderung des nicht-tödlichen Myokardinfarkts oder des nicht-tödlichen Schlaganfalls. | b. Der primäre Endpunkt der EMPA-KIDNEY®-Studie war eine Kombination aus Progression der chronischen Nierenkrankheit (definiert als Nierenversagen oder anhaltende eGFR-Abnahme auf < 10 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> oder anhaltende eGFR-Abnahme um ≥ 40% vs. Baseline oder Tod aufgrund renaler Ursache) oder CV-Mortalität. Der Unterschied beim kombinierten primären Endpunkt war mehrheitlich auf eine signifikante Reduktion der Progression der chronischen Nierenkrankheit zurückzuführen. | c. Der primäre Endpunkt in der EMPEROR-Reduced®- und der EMPEROR-Preserved®-Studie war eine Kombination aus kardiovaskulärer Mortalität oder Hospitalisierung aufgrund von Herzinsuffizienz – analysiert als Zeit bis zum ersten Ereignis. Der Unterschied beim kombinierten primären Endpunkt war mehrheitlich auf eine signifikante Reduktion der Hospitalisierung aufgrund von Herzinsuffizienz zurückzuführen. | 1. Fachinformation Jardiance® (Empagliflozin), aktueller Stand. | 2. Zinman B et al. N Engl J Med 2015; 373(22): 2117–2128. | 3. Herrington WG et al. N Engl J Med 2023; 388(2): 117–127. | 4. Packer M et al. N Engl J Med 2020; 383(15): 1413–1424. | 5. Anker SD et al. N Engl J Med 2021; 385(16): 1451–1461.

**Jardiance® 10 mg/25 mg Filmtabletten. Wirkstoff:** Empagliflozin. **Zusammensetzung:** Eine Tablette Jardiance® enthält 10 mg bzw. 25 mg Empagliflozin. **Sonstige Bestandteile:** Lactose-Monohydrat, mikrokristalline Cellulose, Hypromellose, Croscarmellose-Natrium, hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat, Hypromellose, Titandioxid (E171), Talkum, Macrogol (400), Eisen(III)-hydroxidoxid x H<sub>2</sub>O (E172). **Anwendungsgebiete:** Typ-2-Diabetes mellitus: Jardiance wird zur Behandlung von Erwachsenen und Kindern ab 10 Jahren mit nicht ausreichend behandeltem Typ-2-Diabetes mellitus als Ergänzung zu Diät und Bewegung angewendet: als Monotherapie bei Metforminunverträglichkeit u. zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Typ-2-Diabetes mellitus. **Herzinsuffizienz:** Jardiance wird zur Behandlung von Erwachsenen mit symptomatischer, chronischer Herzinsuffizienz angewendet. **Niereninsuffizienz:** Jardiance wird zur Behandlung von Erwachsenen mit chronischer Niereninsuffizienz angewendet. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Hypoglykämie (bei Kombination mit Sulfonylharnstoff oder Insulin, bei Kindern ab 10 Jahren auch unabhängig von Insulin), Volumenmangel. *Häufig:* vaginale Candidiasis, Vulvovaginitis, Balanitis, andere genitale Infektionen, Harnwegsinfektion (einschließlich Fällen von Pyelonephritis und Urosepsis), Durst, Obstipation, Pruritus (generalisiert), Hautausschlag, verstärkte Harnausscheidung, Serumlipide erhöht. *Gelegentlich:* Ketoazidose, Urtikaria, Angioödem, Dysurie, Kreatinin im Blut erhöht, glomeruläre Filtrationsrate vermindert, Hämatokrit erhöht. *Selten:* nekrotisierende Faszitis des Perineums (Fournier-Gangrän). *Sehr selten:* tubulointerstitielle Nephritis. **Warnhinweise:** Enthält Lactose. Jede Tablette enthält weniger als 1 mmol Natrium (23 mg). Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. **Weitere Hinweise:** Siehe Fachinformation. Verschreibungspflichtig. **Stand:** Dezember 2023

**Pharmazeutischer Unternehmer:** Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG, Binger Str. 173, 55216 Ingelheim am Rhein, Tel.: 08 00 / 77 90 90 0, Fax: 0 61 32 / 72 99 99, E-Mail: info@boehringer-ingelheim.com

Boehringer Ingelheim

Für die CONCEPT-Studie mit Studienzentren in Kiel und Leipzig werden noch Teilnehmende mit Prädiabetes gesucht:

[uksh.de/diabetologie-kiel/Forschung/Klinische+Interventionsstudien.html](http://uksh.de/diabetologie-kiel/Forschung/Klinische+Interventionsstudien.html)



# Die Perspektive wechseln

Was patientenzentrierte Kommunikation wirklich bringt

**ESSEN.** Alle, die die Fortbildung Diabetolog\*in DDG absolvieren, besuchen den Kurs „Patientenzentrierte Kommunikation“. Dr. Katja Schaaf leitet solche Kurse und erklärt, wie Kommunikation Menschen mit Diabetes und Diabetesteam helfen kann.

## ? Gab es ein spezielles Erlebnis, das Ihr Interesse an der patientenzentrierten Kommunikation geweckt hat?

**Dr. Schaaf:** Im Studium habe ich mich gewundert, dass wir als angehende Therapeuten und Behandler ganz wenige Themen aus dem kommunikativen Bereich hatten. Es geht im Studium natürlich viel um Medizinisches, denn das ist ja unsere Superpower, um Patienten zu unterstützen und zu begleiten. Ich habe aber an meinen Vater gedacht, der Allgemeinmediziner war und ganzheitlich gearbeitet hat. Er ist mein größtes Vorbild, denn er hat gesagt: „Weißt du, es geht gar nicht um die Medizin an sich. Es geht darum, was der Mensch braucht und will.“ Diese Aussage kollidierte mit den Erfahrungen, die ich in der Klinik gemacht habe. Mein Schlüsselerlebnis war also die Diskrepanz zwischen dem, was wir gelernt und dem, was wir dann erlebt haben. Und daran wollte ich etwas ändern.

## ? Interessant ist, dass ein Kommunikationskurs verpflichtend ist in der Fortbildung Diabetolog\*in DDG ...

**Dr. Schaaf:** Dafür kann man der DDG wirklich dankbar sein, das ist nicht selbstverständlich. Ich kenne zumindest kein anderes Fach, in dem ein Kommunikationskurs ein Pflichtteil der Ausbildung ist. Ich glaube, eine gute Kommunikation ist ein wirklich entscheidender Schlüssel für gute Ergebnisse in der Diabetesversorgung.

## ? Welches Konzept steckt in der patientenzentrierten Kommunikation?

**Dr. Schaaf:** Das Konzept geht zurück auf die personenzentrierte Gesprächsführung nach Carl Rogers. Ein Teil davon ist, Empathie zu zeigen – davon später mehr. Man geht weg davon, nur Informationen zu kommunizieren, sondern fragt: Was ist das für ein Mensch? Wie sieht sein Leben aus? Vielleicht verstehe ich erst dann, warum es für den einen herausfordernder ist als für den anderen, Therapien umzusetzen. Bei einem anderen Baustein dieses Ansatzes gehe ich persönlich etwas anders vor: Man soll Men-

schen ausreden lassen und dabei aktiv zuhören. Aktives Zuhören bedeutet für mich, nachzufragen, wenn noch etwas unklar ist, z. B. um zu verstehen, was genau gemeint ist, wenn jemand sagt: „Das fällt mir schwer.“ Aber: Ich stoppe jemanden, der mir etwas erzählt, manchmal – sonst kann es vorkommen, dass man einen riesigen Blumenstrauß an Geschichten bekommt, aber trotzdem kein Bild davon entwickeln kann, was der Mensch eigentlich meint. Manchmal lösen sich durch den Stopp die Geschichten auf und der Kern kommt zum Vorschein. Und genau dann bewirkt patientenzentrierte Kommunikation auch, dass Zeit effizienter genutzt werden und ich dem Menschen ein Tool in die Hand geben kann, mit dem er seine Situation verbessern und sein Ziel erreichen kann. Wir Behandler haben meist eine schöne Idee, was für den Patienten aus medizinischer Sicht gut wäre. Das ist auch wichtig und wir behalten es im Hinterkopf. Aber wenn der Patient etwas ganz anderes will, wird man nicht auf einen Nenner kommen. Wir machen so oft Therapie ohne Auftrag. Mein Rat: Holt euch den Auftrag ab. Was will der Patient? Unser Job ist es, zu warnen, wenn es medizinisch fahrlässig und gefährlich wird.



**DR. KATJA SCHAAF**

Dr. Katja Schaaf ist Ärztin mit den Zusatzqualifikationen Kinder- und Jugendmedizin, Diabetologie und Endokrinologie, Ernährungsmedizin und Psychosomatik und hat außerdem eine Coaching-Ausbildung. Sie arbeitet in einer Klinik, hat ihr eigenes Unternehmen und gibt im Rahmen der DDG Akademie seit drei Jahren Kurse in Kommunikation und patientenzentrierter Gesprächsführung in der Diabetologie.

## ? Ist es Aufgabe der Diabetesteam, sich von den Werten zu lösen bzw. zu schauen, was dahintersteckt?

**Dr. Schaaf:** Man darf die Werte nicht aus den Augen verlieren. Darauf zu schauen, ist ein wichtiger Teil unseres Jobs. Wir haben das medizinische Wissen und sind als Behandler dafür verantwortlich, immer auf dem aktuellen Wissensstand zu sein. Aber es geht eben nicht darum, auf den Werten herumzureiten. Meine Erfahrung ist: Wer sich mit den Werten sehr viel Stress macht, hat allein dadurch kaum eine Chance, etwas zu verändern. Letztlich beeinflussen eine Kommunikation auf Augenhöhe und das größere Vertrauen zwischen Arzt und Patient das Behandlungsergebnis – das zeigen auch Studien. Menschen mit Diabetes sind die Alltagsexperten und wir vom Diabetesteam sind die Fachexperten – die Expertise von beiden zu kombinieren, macht es aus. All das klingt so, als bräuchte das Diabetesteam mehr Zeit, aber im Endeffekt spart man Zeit, weil man die Geschichten auflöst und nutzt. In der Kommunikation wirklich effizienter zu werden, ist für mich ein ganz, ganz wichtiger Schlüssel.

## ? Bestimmt sind trotzdem einige Kursteilnehmer skeptisch ...

**Dr. Schaaf:** Ja, am Anfang sagen viele: Dafür habe ich keine Zeit. Und oft sind die Behandler ja froh um jedes Thema, zu dem kein Gespräch aufkommt. Aber im Nachhinein rächt sich alles, was nicht angespro-

chen wurde – und dann dauert es später länger.

Was wirklich nicht funktioniert: Das aktive Zuhören so interpretieren, dass der Patient endlos reden darf. Einfach zu unterbrechen und ins Wort zu fallen, entspricht aber nicht meiner Definition von Empathie. Ich sage deshalb am Anfang: Wissen Sie was, aufgrund der begrenzten Zeit darf ich Sie unterbrechen. Vertrauen Sie mir, dass ich die Informationen bekomme, die ich brauche. Dann wissen die Patienten: Die Ärztin unterbricht mich nicht, weil sie sich das nicht anhören will, sondern damit wir wirklich eine Lösung finden.

## ? Welche Rückmeldungen gibt es nach dem Kurs und was sollten die Teilnehmenden verinnerlichen?

**Dr. Schaaf:** Ich frage aktiv nach, und es ist total schön, wenn Skeptiker zurückmelden: Ich hätte es nicht gedacht – aber es funktioniert. Für mich gehört zur patientenzentrierten Kommunikation, die eigene Haltung zu hinterfragen: Wie bin ich als Behandler unterwegs? Bin ich wirklich empathisch? Bin ich bewertungsfrei? Denke ich, dass ich für den Behandlungserfolg verantwortlich bin, und glaube ich, ich habe nicht gut behandelt, wenn die Werte nicht stimmen? Mein Tipp an Kolleginnen und Kollegen ist: Es geht nicht um dich. Es geht um den Patienten und darum, mit ihm gemeinsam herauszufinden, was er will und was er bereit ist, zu tun.

Und noch etwas zum Thema Empathie: In patientenzentrierter Kommunikation bedeutet Empathie für mich, auch anzusprechen, was der andere vielleicht nicht so gerne hören will. Für mich ist also eine „unerbittliche Empathie“ nicht immer nett. Der Patient muss mich nicht mögen. Es geht um Kommunikation auf Augenhöhe, um eine bewertungsfreie, wertschätzende Kommunikation. Man sieht sich die Therapieergebnisse an, teilt sie aber nicht ein in „gut“ und „schlecht“. Manche Risiken gehen Menschen eben auch ein. Ich sage dann: Aus medizinischer Sicht würde ich Ihnen Folgendes empfehlen, aber letztendlich dürfen Sie das

entscheiden und umsetzen. Zentral ist auch, wirklich die Perspektive zu wechseln, zu überlegen: Wie würde ich mir wünschen, dass mit mir als Patient gesprochen wird?

## ? Wie geht man damit um, wenn jemand nichts von sich erzählt?

**Dr. Schaaf:** Ich frage konkret: Vertrauen Sie mir? Wenn ja, wäre es cool, wenn ich Informationen von Ihnen bekomme, sonst wird es sehr herausfordernd. Ich habe es selten, dass die Menschen darauf nicht reagieren, denn oft ist ihnen gar nicht bewusst, dass sie sich so verhalten. Manche wollen beim Arzt auch nichts Falsches sagen. Und einige vertreten den Standpunkt: Sagen Sie es mir doch, Sie sind doch der Arzt. Ich sage dann: Woher soll ich wissen, wie es bei Ihnen aussieht? Auch wenn Sie das denken: Gesundheit gibt es nicht beim Arzt. Ich kann Sie beraten, aber dafür brauche ich Informationen von Ihnen.

## ? Was sollte sich in der Arzt-Patienten-Kommunikation ändern?

**Dr. Schaaf:** Ich wünsche mir, dass die patientenzentrierte Gesprächsführung Einzug hält ins Studium. Kommunikation hat nichts mit dem Alter oder der Expertise etc. zu tun, sondern damit, menschlich miteinander zu sprechen und wirklich die Perspektive zu wechseln. Wir sollten gemeinsam Ideen entwickeln und uns nicht abwerten, wenn etwas nicht funktioniert, sondern gemeinsam weiter überlegen. Begebt euch auf kommunikative Augenhöhe, denn dann erreicht man wirklich eine Vertrauensebene – und das macht Spaß! *Interview: Nicole Finkenauer*



»Wir machen so oft Therapie ohne Auftrag«

### Kommunikativ unterwegs?

Dann scannen Sie den QR-Code, hören Sie sich die Folge in voller Länge an und bekommen so einen noch tieferen Einblick, wie patientenzentrierte Kommunikation konkret umgesetzt wird. Zugriff auf alle Folgen von *O-Ton Diabetologie* haben Sie auf [medical-tribune.de](http://medical-tribune.de), [diabetologie-online.de](http://diabetologie-online.de) und den gängigen Podcast-Plattformen.



### Für den Diabetologie-Durchblick

der Podcast für Expert\*innen



### BUCHTIPP:

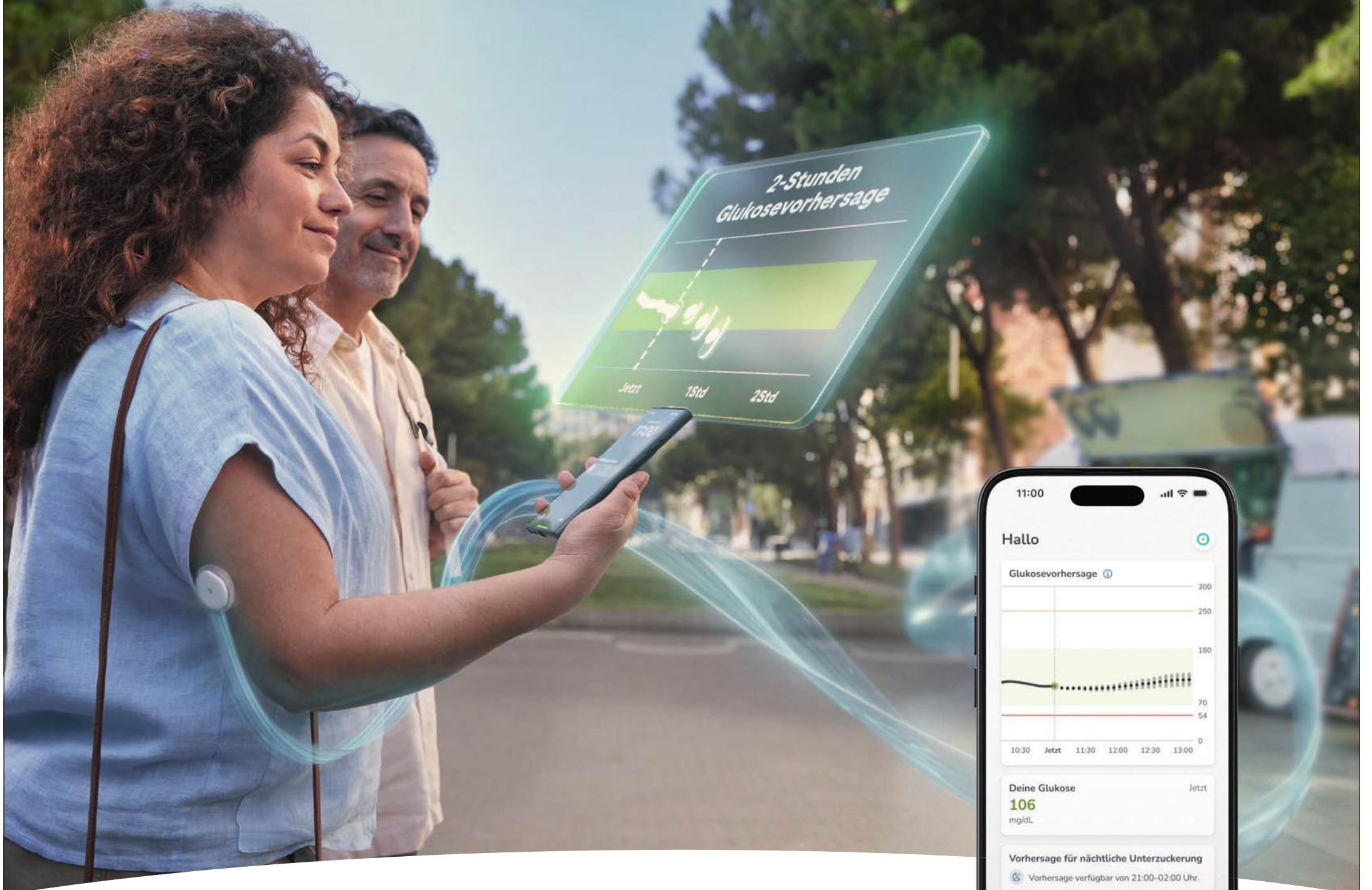
Dr. Katja Schaaf, Maren Sturny:

**Diabetes mellitus: Perspektivwechsel. Im Schuh des anderen denkt es sich anders.**

tradition, 232 Seiten, 29,90 Euro – u. a. mit einem Kapitel zum Thema Kommunikation

ACCU-CHEK®  
SmartGuide

Roche



# Therapie? Im Griff. Praxisteam? Entlastet.



**Accu-Chek SmartGuide** unterstützt Ihre Patient:innen, ihren Diabetes proaktiv zu managen<sup>1</sup> – mit **KI-gestützten Prädiktionen**, die Glukosewerte bis zu 2 Stunden im Voraus und das Risiko einer nächtlichen Hypoglykämie vorhersagen können.<sup>2,3</sup>

**Mehr erfahren**  
[accu-chek.de/fach-cgm](https://accu-chek.de/fach-cgm)

<sup>1</sup> Glatzer T, Ehrmann D, Gehr B, et al. Clinical Usage and Potential Benefits of a Continuous Glucose Monitoring Predict App. J Diabetes Sci Technol. 2024;18(5):1009-1013. doi:10.1177/19322968241268353. <sup>2</sup> Die Accu-Chek SmartGuide Predict App benachrichtigt Nutzer:innen bei einem voraussichtlichen niedrigen Glukosewert innerhalb der nächsten 30 Minuten (Vorhersage für niedrigen Glukosewert), liefert Vorhersagen für die voraussichtliche Glukoseentwicklung in den nächsten 2 Stunden (Glukosevorhersage) und zeigt das voraussichtliche Risiko einer nächtlichen Hypoglykämie in den nächsten 7 Stunden (Vorhersage für nächtliche Unterzuckerung, aktiv zwischen 21:00 und 02:00 Uhr). Für die Nutzung der Vorhersagefunktionen ist eine Internetverbindung erforderlich. <sup>3</sup> Wenn das Risiko für die erste Nachthälfte (die ersten 3,5 Stunden) und die zweite Nachthälfte (die letzten 3,5 Stunden) unterschiedlich ist, hebt die Vorhersage für nächtliche Unterzuckerung das Zeitfenster mit hohem Risiko in der Benachrichtigung hervor. ACCU-CHEK, ACCU-CHEK SMARTGUIDE und ACCU-CHEK SMARTGUIDE PREDICT sind Marken von Roche. Alle anderen Produktnamen und Marken sind Eigentum ihrer jeweiligen Inhaber. © 2026 Roche Diagnostics Deutschland | accu-chek.de | Roche Diagnostics Deutschland GmbH | Sandhofer Straße 116 | 68305 Mannheim

# Unüberschaubarer Markt, wenig Evidenz

Supplemente und Nahrungsergänzungsmittel:  
Wann sind sie sinnvoll, wann nicht?



Für Nahrungsergänzungsmittel gibt es nur wenige wissenschaftlich fundierte Empfehlungen.

Foto: marog-pixcells - stock.adobe.com

**MANNHEIM.** „Eine gesunde Ernährung ist entscheidend für eine optimale Gehirntätigkeit“, betonte Professor Dr. ANDRÉ KLEINRIDDEES. Die neuen WHO-Daten zu den steigenden Zahlen von Übergewicht und Adipositas verdeutlichen, wie viel zu tun ist, um dieses Ernährungsziel zu erreichen.

Die Ernährungsforschung hat mittlerweile gezeigt, dass eine unausgewogene Ernährung die Insulinwirkung im Gehirn reduziert. Und das hat Auswirkungen nicht nur auf den Stoffwechsel und die Kognition, sondern ebenso auf die emotionale Verfassung. „Eine Erhöhung der Insulinsensitivität des Gehirns ist für das psychische Wohlbefinden unerlässlich“, erläuterte Prof. Kleinridders, Universität Potsdam. Erreichen lassen sich eine verbesserte Insulinsensitivität und Emotionalität nach seinen Worten durch eine pflanzenbasierte Ernährung

mit hohem antioxidativem Potenzial, gesunden Fetten und hohem Ballaststoffanteil (z. B. mediterrane Diät), intermittierendes Fasten oder die Unterstützung des Darmmikrobioms (z. B. durch Probiotika).

## Makulapigmente bei diabetischer Neuropathie

Professor Dr. THOMAS SKURK, TU München/Freising, erläuterte, dass eine ballaststoffreiche Ernährung vor der Anreicherung von Advanced Glycation Endproducts (AGEs) schützt. Dies sei im Hinblick auf Diabetes, kardiovaskuläre Gesundheit, Hautalterung und Nierenschutz relevant. „Die Evidenz dafür ist meiner Meinung nach mittlerweile gut fundiert, gerade auch, was Beta-Glucane betrifft.“

Bei diabetischer Retinopathie können Karotinoide wie Lutein, Zeaxanthin und Mesozeaxanthin, die auch als Makulapigmente bezeichnet

werden, positiv wirken und u. a. oxidativen Stress im Auge reduzieren. In den USA sei deshalb eine Lutein-Zeaxanthin-Kapsel zur täglichen Prävention und Therapie der diabetischen Retinopathie zugelassen. In Bezug auf Selen sprachen beide Referenten eine Warnung aus: Beide betonten das „kleine therapeutische Fenster“ des Mikronährstoffs. Bei einem Selenmangel sei eine Supplementierung sinnvoll, aber überdosiertes Selen sehr toxisch. Eine Überversorgung mit Selen könne zudem die Insulinsensitivität herabsetzen und das Risiko für Typ-2-Diabetes (T2D) erhöhen.

## Vitamin-B12-Spiegel unter Metformin regelmäßig prüfen

Viele Menschen mit T2D „interessieren sich für Nahrungsergänzungsmittel oder funktionelle Lebensmittel“, sagte Prof. Skurk. Etwa ein Drittel der deutschen Bevölke-

rung nehme Nahrungsergänzungsmittel ein, die insbesondere für Menschen mit T2D in Apotheken, Drogerien und Supermärkten angeboten werden. Aber gibt es eine

## Lebensmittel aus dem 3D-Drucker

„Die Effekte von NEM beim Diabetesgeschehen sind allenfalls klein“, urteilt Prof. Skurk, „obwohl isolierte Nährstoffe vereinzelt eine Modulation des Krankheitsrisikos andeuten.“ Der individuelle Metabolismus sei jedoch hochkomplex und zeige altersabhängige Veränderungen. Die Entwicklung innovativer Produkte, z. B. nährstoffangereicherte Lebensmittel aus dem 3D-Drucker, hält er für eine gute Option, um die Entscheidung für eine gesunde Lebensmittelauswahl zu unterstützen. Dadurch könnten z. B. Menschen in Pflegeeinrichtungen eine appetitlich angerichtete Kost erhalten, die ihren Nährstoffbedarf deckt.

wissenschaftliche Evidenz dafür? Gemäß den DDG Praxisempfehlungen sollten Menschen mit T2D ihren Nährstoffbedarf durch eine ausgewogene Ernährung decken. Eine Routine-Supplementation mit Mikronährstoffen wird nicht empfohlen. Eine Ausnahme besteht bei (Hochdosis-)Metformintherapie, da in diesem Fall die Vitamin-B12-Versorgung defizitär sein kann. Auch bei nachgewiesenem Vitamin-D-Mangel sollte gegengesteuert werden – eine gezielte Supplementierung kann die Insulinresistenz verbessern. Als „unüberschaubaren Markt“ bezeichnete Prof. Skurk das Angebot an Nahrungsergänzungsmitteln (NEM). Sehr zur Erheiterung des Auditoriums empfahl er die perfekte Zubereitung eines Espressos, der evidenzbasiert – aber möglicherweise biasverzerrt – das Diabetesrisiko senken könne. Dr. Karin Kreuel  
Diabetes Herbsttagung 2025

»Lutein-Zeaxanthin zur Retinopathie-Prävention«

**MEDIAS 2** **ICT**  
Mehr Diabetes-Selbstmanagement für Typ 2

Das zertifizierte Schulungs- und Behandlungsprogramm für Menschen mit Typ-2-Diabetes und einer intensivierten Insulintherapie (ICT)



Jetzt Schulungsmaterialien ganz einfach auf [www.diabetes-schulungs-lounge.de](http://www.diabetes-schulungs-lounge.de) bestellen.

- Patientenbuch „Typ-2-Diabetes: Insulin nach Bedarf“ 10er-Pack**  
mit Bausteintabelle, Selbstkontrollheft, KE/BE-Poster und Arbeitsblättern  
99,00 € | ISBN 978-3-87409-504-4
- Ernährungsspiel „Guten Appetit!“**  
für BASIS, BOT + SIT + CT, ICT  
159,00 € | ISBN 978-3-87409-587-7
- Bausteintabelle „Essen nach Maß“**  
für BASIS, BOT + SIT + CT, ICT  
3,00 € | ISBN 978-3-87409-768-0
- Selbstkontrollheft „Typ-2-Diabetes selbst kontrollieren – ICT“**  
3,00 € | ISBN 978-3-87409-505-1
- KE/BE-Poster „Das ist eine KE/BE“**  
für BOT+SIT+CT, ICT  
3,00 € | ISBN 978-3-87409-686-7
- Insulinschablonsenset „Meine Insulintherapie verstehen“**  
Set für 1 Patienten inkl. Arbeitsblättern und Anleitung  
14,90 € | ISBN 978-3-87409-502-0

Exklusiv online bestellen und direkt herunterladen:



### Anwenderbox

Digital: Schulungsfolien, Schulungsmanual, Patientenbuch (Ansicht)  
Gedruckt: Schulungsmanual, Insulinschablonsenset, Patientenbuch mit Arbeitsblättern, Bausteintabelle, Selbstkontrollheft, KE/BE-Poster  
349,00 € | KI 43988

Preisänderungen vorbehalten.

Oder direkt ankreuzen und Fax schicken an 0711 / 66 72-19 74.

Klett VerlagsService GmbH, 70049 Stuttgart, E-Mail: [medtrix@klett-vs.de](mailto:medtrix@klett-vs.de)

Name

Straße / Nummer

PLZ / Ort

E-Mail

Telefon

Datum / Unterschrift

Hier angegebene personenbezogene Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mailadresse, Bankdaten, die allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben und zur Abwicklung an die ausführenden Dienstleister übermittelt (Klett VerlagsService GmbH).

**MedTriX** Group  
we care for media solutions

In Kooperation mit:  
**FIDAM**  
FORSCHUNGSSTIFTUNG DIABETES

# Auf Augenhöhe beim Herzschutz

## Tirzepatid vs. Dulaglutid: keine Überlegenheit bei MACE, aber weniger Todesfälle

**MELBOURNE.** Der duale GLP1-/GIP-Rezeptoragonist Tirzepatid schützt kardiovaskulär vorbelastete Menschen mit Typ-2-Diabetes genauso gut vor Herz-Kreislauf-Ereignissen wie der selektive GLP1-Rezeptoragonist (GLP1-RA) Dulaglutid. Möglicherweise bietet der duale Wirkmechanismus sogar Vorteile.

Zu diesem Ergebnis kommt die randomisierte SURPASS-CVOT-Studie, an der sich zwischen 2020 und 2022 640 Zentren in 30 Ländern beteiligten. GLP1-RA gelten als Antidiabetika der Wahl für kardiovaskulär vorbelastete Menschen mit Typ-2-Diabetes (T2D), da sie die Inzidenz von Herz-Kreislauf-Ereignissen senken. Tirzepatid bietet im Vergleich zu selektiven GLP1-RA und anderen Antidiabetika darüber hinaus Vorteile hinsichtlich der glykämischen Kontrolle, des Körpergewichts, des Spiegels atherogener Lipoproteine, des Blutdrucks sowie nierenbezogener Endpunkte. Professor Dr. STEPHEN NICHOLLS vom Victorian Heart Institute der Monash University in Melbourne, Australien, ging nun mit weiteren Wissenschaftler\*innen der Frage nach, inwiefern Menschen mit Diabetes auch beim kardiovaskulären Risiko von Tirzepatid profitieren.

### Überlegen? Unterlegen? Gleichrangig?

Da GLP1-RA bereits bei der Therapie des T2D mit hoher kardiovaskulärer Vorbelastung etabliert sind, verbat sich ein Vergleich von Tirzepatid mit Placebo. Als Vergleichsintervention wählten die Forschenden daher Dulaglutid: Der selektive GLP1-RA reduziert im Vergleich zu Placebo die Inzidenz kardiovaskulärer Ereignisse. Nun prüften sie, ob Tirzepatid Dulaglutid bezüglich dieses Effekts nicht unterlegen ist bzw. ob mit Tirzepatid möglicherweise sogar ein stärkerer kardiovaskulärer Vorteil erreicht werden kann.

An der doppelt anonymisierten Nichtunterlegenheitsstudie nahmen 13.299 Personen im Alter von 40 Jahren oder höher teil. Sie alle hatten Typ-2-Diabetes (HbA<sub>1c</sub> zwischen 7,0 und 10,5%) und einen Body-Mass-Index von mindestens 25 kg/m<sup>2</sup>. Bei allen Teilnehmenden lag zudem eine atherosklerotische Problematik in mindestens einem Gefäßterritorium vor. Ausschlusskriterien waren Herz-Kreislauf-Ereignisse innerhalb der vorangegangenen 60 Tage, die Anwendung eines GLP1-Rezeptoragonisten oder Pramlintide in den vorangegangenen drei Monaten sowie eine geplante Retinopathie- oder Makulaödemtherapie. Gleiches galt für die chronische fortgeschrittene Herzinsuffizienz, aktive Lebererkrankungen, eine Niereninsuffizienz (geschätzte glomeruläre Filtrationsrate < 15 ml pro Minute pro 1,73 m<sup>2</sup> Körperoberfläche), eine Langzeit-Dialysepflicht, eine Pankreatitis in der Vorgeschichte, Magenentleerungsstörungen sowie vorangegangene bariatrische Eingriffe.

Gemäß Randomisierung erhielt etwa die Hälfte der Studienteilnehmenden pro Woche eine subkutane Tirzepatid-Injektion in ansteigender Dosis (2,5 bis 15 mg). Die Personen der Kontrollgruppe erhielten

»Dulaglutid-Gruppe: Dosiseskulation nur zum Schein«



Die Herzen von Menschen mit Diabetes schützen – das leisten Tirzepatid und Dulaglutid gleichermaßen.

Foto: MoodFrame – stockadobe.com (generiert mit KI)

Dulaglutid-Injektionen (1,5 mg), wobei bei ihnen nur zum Schein eine Dosiseskulation vorgenommen wurde, um die Verblindung nicht zu gefährden. Zur Optimierung der glykämischen Kontrolle konnten in beiden Gruppen Nicht-Inkretin-Antidiabetika verabreicht werden. Als primären Endpunkt wählten die Wissenschaftler\*innen die Kombination aus Tod aufgrund kardiovaskulärer Ursachen, den Myokardinfarkt sowie den Schlaganfall. Ferner objektivierten sie u. a. die einzelnen Komponenten dieses Endpunkts sowie weitere kardiovaskuläre, renale und metabolische Parameter.

Die modifizierte Intention-to-treat-Population umfasste 6.586 mit Tirzepatid und 6.579 mit Dulaglutid behandelte Personen. Sie waren im Schnitt 64,1 Jahre alt, mehrheitlich (71%) männlich, hatten einen BMI von durchschnittlich 32,6 kg/m<sup>2</sup> und einen HbA<sub>1c</sub>-Wert von 8,4%. Sie lebten im Schnitt seit 14,7 Jahren mit Diabetes. Bei 65% der Personen war eine Koronararterienkrankung und bei 25,3% eine periphere Arterienkrankung festgestellt worden. 19,2% hatten eine positive Schlaganfallanamnese, 20,3% litten an einer

Herzinsuffizienz und 22,7% erfüllten die Kriterien für ein hohes oder sehr hohes renales Risiko.

### Nichtunterlegenheit – aber keine Überlegenheit

Im Verlauf von median vier Jahren beobachteten die Forschenden bei 801 (12,2%) der mit Tirzepatid und bei 862 (13,1%) der mit Dulaglutid behandelten Personen ein Ereignis im Sinne des primären Studienendpunkts (Hazard Ratio 0,92; 95%-KI

### Offene Fragen zum Schutz vor Todesfällen durch Inkretine

Das gezielte Ansprechen der Inkretinachse mit unterschiedlichen therapeutischen Ansätzen beeinflusst das kardiovaskuläre Risiko von Menschen mit Typ-2-Diabetes günstig, so das Fazit der Forschenden. Weitere Studien müssen nun ihrer Ansicht nach unter anderem klären, welchen Beitrag die verschiedenen metabolischen Effekte von Tirzepatid und Dulaglutid diesbezüglich leisten. Ferner müsse die Beobachtung, dass Tirzepatid möglicherweise vor Todesfällen aufgrund jeglicher Ursache bzw. infolge nichtkardiovaskulärer Ursachen schützt, überprüft werden.

0,83–1,01). Dieser Unterschied erfüllte das Kriterium für eine statistisch relevante Nichtunterlegenheit, nicht jedoch das für eine Überlegenheit von Tirzepatid gegenüber Dulaglutid. Auch bei der Häufigkeit der einzelnen Komponenten des primären Studienendpunkts unterschieden sich die beiden Studienarme nicht wesentlich. Allerdings beobachteten die Forschenden statistisch signifikante Unterschiede zugunsten von Tirzepatid hinsichtlich der Inzidenz von Todesfällen aufgrund jeglicher Ursachen (8,6% vs. 10,2%; Hazard Ratio 0,84; 95%-KI 0,75–0,94) sowie der Inzidenz von Todesfällen infolge nichtkardiovaskulärer Ursachen (3,0% vs. 4,0%; Hazard Ratio 0,75; 95%-KI 0,63–0,91).

Unerwünschte Ereignisse, schwerwiegende unerwünschte Ereignisse und unerwünschte Ereignisse, die zum Abbruch der Studienmedikation führten, traten in beiden Kollektiven ähnlich häufig auf. Allerdings beobachteten die Forschenden unter Tirzepatid häufiger gastrointestinale Nebenwirkungen wie Übelkeit und Durchfall. Dr. med. Judith Lorenz

Nicholls SJ et al. N Engl J Med 2025; 393: 2409-2420; doi: 10.1056/NEJMoa2505928

## KI mit Strategie

Whitepaper „Künstliche Intelligenz im Krankenhaus“ erschienen

**SANKT AUGUSTIN.** Wie können Krankenhäuser künstliche Intelligenz (KI) so einsetzen, dass sie das Personal nachhaltig entlastet, die Versorgungsqualität verbessert und regulatorischen Anforderungen gerecht wird? Antworten liefert das Whitepaper „Künstliche Intelligenz im Krankenhaus – Strategien und Voraussetzungen für eine erfolgreiche Implementierung“.

KI wird im Krankenhaus häufig in Pilotprojekten erprobt, z. B. in der Dokumentation, der medizinischen Bildanalyse oder der Entscheidungsunterstützung. Der nachhaltige Nutzen bleibt jedoch oft begrenzt. Das Whitepaper des Fraunhofer-Instituts für Intelligente Analyse- und Infor-

mationssysteme (IAIS) zeigt: Die größten Hürden liegen weniger in der Technologie selbst. „KI entfaltet ihren Mehrwert im Krankenhaus nur dann, wenn sie als strategisches Thema verstanden wird – nicht als isoliertes IT-Projekt“, sagt DARIO ANTWEILER, Teamleiter Healthcare Analytics am IAIS. „Wir zeigen, wie Krankenhäuser den Übergang von der Pilotierung zur nachhaltigen Implementierung systematisch gestalten können.“

Die Autor\*innen des Whitepapers schlagen ein dreistufiges Modell zur Entwicklung einer KI-Strategie vor:

- **Analyse und Aufbau (KI-Readiness):** Bewertung von Datenqualität, IT-Architektur, Organisation und Kompetenzen.

- **Strategie:** Definition eines Zielbilds, Priorisierung geeigneter KI-Use-Cases und Entwicklung einer Umsetzungsroadmap.
- **Umsetzung und Betrieb:** Integration in klinische Prozesse, Etablierung von Governance-Strukturen und kontinuierliche Qualitätssicherung.

Darüber hinaus machen die Autor\*innen deutlich, dass der erfolgreiche Einsatz von KI nicht allein eine technologische, sondern

»KI nicht isoliert nutzen«

vor allem eine organisatorische und kulturelle Transformationsaufgabe ist. Entscheidend sei, KI frühzeitig in bestehende Digital- und Unternehmensstrategien einzubetten, klare Verantwortlichkeiten zu definieren und medizinisches sowie pflegerisches Personal aktiv einzubeziehen.

### Akzeptanz als Voraussetzung für erfolgreiche KI-Nutzung

Nur wenn Mitarbeitende den Nutzen von KI im Arbeitsalltag konkret erleben und Vertrauen in Transparenz, Nachvollziehbarkeit und regulatorische Absicherung haben, könne KI ihr volles Potenzial entfalten. Außerdem werden im Whitepaper des IAIS die rechtlichen und ethi-



KI sinnvoll nutzen? Das Whitepaper hilft Kliniken. Foto: Fraunhofer IAIS

schen Rahmenbedingungen für den KI-Einsatz im Krankenhaus beleuchtet (EU AI Act, Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), Medizinprodukteverordnung (MDR)). Fraunhofer IAIS/Red.

[iais.fraunhofer.de/de/publikationen/studien.html](https://iais.fraunhofer.de/de/publikationen/studien.html)

## Prof. Dr. Dr. h. c. Reinhard Ziegler 1935 – 2026

Mit großer Trauer nehmen wir Abschied von Professor Dr. med. Dr. h. c. Reinhard Ziegler, einem der prägenden Endokrinologen und Osteologen Deutschlands. Reinhard Ziegler, geboren am 8. Dezember 1935 in Leipzig, war über viele Jahrzehnte hinweg eng mit der Universität Heidelberg verbunden. Von 1979 bis zu seiner Emeritierung im Jahr 2000 leitete er als Ärztlicher Direktor die Klinik für Endokrinologie, Stoffwechsel und Klinische Chemie und war zudem Geschäftsführender Direktor der Medizinischen Universitätsklinik und Poliklinik. Vom Wintersemester 1985/86 bis zum Sommersemester 1987 war er Dekan der Fakultät für Klinische Medizin I der Universität Heidelberg. Darüber hinaus engagierte er sich von 1996 bis 1999 als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Endo-

krinologie, deren Ehrenmitglied er seit 2011 war. Seine wissenschaftliche Arbeit konzentrierte sich insbesondere auf den Kalziumstoffwechsel, hormonelle Regulationen und die Osteoporose. Als einer der Ersten in Deutschland erkannte er die Osteoporose als behandelbare Stoffwechselerkrankung und leistete damit einen entscheidenden Beitrag zur modernen Prävention und Therapie. Mit mehr als 700

»Als einer der Ersten erkannte er die Osteoporose als behandelbare Erkrankung«



Prof. Dr. Dr. h. c. Reinhard Ziegler  
Foto: zVg

wissenschaftlichen Publikationen sowie zahlreichen Vorträgen und Buchbeiträgen prägte er sein Fachgebiet nachhaltig und gilt als Pionier der Osteoporoseforschung in Deutschland.

Für seine Leistungen wurden ihm zahlreiche wissenschaftliche Ehrungen zuteil. Im Jahr 2000 erhielt er die Große Universitätsmedaille der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg. In der Würdigung wurde besonders hervorgehoben, dass er sich sowohl als Hochschul-

lehrer als auch als engagierter Förderer internationaler akademischer Partnerschaften um die Universität verdient gemacht habe. Ebenfalls im Jahr 2000 wurde ihm die Ehrendoktorwürde der Tongji Medizinischen Universität Wuhan verliehen – Ausdruck seiner hohen internationalen Anerkennung und seines langjährigen Einsatzes für die deutsch-chinesische wissenschaftliche Zusammenarbeit.

Ein besonderes Anliegen war ihm die Förderung internationaler Begegnungen. Über viele Jahre war Prof. Ziegler Ansprechpartner und Betreuer für chinesische Gastwissenschaftlerinnen und Gastwissenschaftler sowie für Ärztinnen und Ärzte aus Wuhan, die zur Fortbildung nach Heidelberg kamen. Er vermittelte fachliche Kontakte, organisierte Kurzzeitdozenturen Heidelberger Mediziner

in Wuhan, begleitete die Auswahl von Heidelberger Studierenden für Famulaturen und engagierte sich im chinesischen Freundeskreis der Universität. Auch hierin zeigte sich seine besondere Fähigkeit, Wissenschaft nicht nur als Erkenntnis, sondern auch als Brücke zwischen Menschen und Kulturen zu verstehen. Prof. Ziegler war ein herausragender Hochschullehrer und Arzt, der Generationen von Medizinerinnen und Medizinern geprägt hat. Mit ihm verliert die Universitätsmedizin eine Persönlichkeit von großer wissenschaftlicher Weitsicht und nachhaltigem Einfluss. Wir werden ihm ein ehrendes Andenken bewahren.

Prof. Dr. Julia Szendrödi, Universitätsmedizin Heidelberg, Innere Medizin I: Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Stoffwechsel und Klinische Chemie

## Lernen an unterschiedlichen Modellen

Mit dem CEDA-Kongress kommt Europas Diabetes-Expertise nach Düsseldorf

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

**?** Herr Professor Roden, was erwartet die Teilnehmenden? Und was genau ist eigentlich die CEDA?

**Professor Dr. Michael Roden:** Die CEDA hat sich entwickelt aus den internationalen Donau-Symposien für Diabetes. Die Vereinigung wurde in den 60er-Jahren des vorigen Jahrhunderts gegründet – in erster Linie von Kolleginnen und Kollegen aus Deutschland, Österreich, Polen, der Tschechoslowakei und Ungarn. Damals gab es den Eisernen Vorhang als Grenze zwischen den Ostblockstaaten und dem Westen. Die CEDA hat einen freien Transfer zwischen Diabetologen aus den Ost- und den Weststaaten möglich gemacht. Nach dem Fall des Eisernen Vorhangs hat sich dieser kleine Verein dann weiterentwickelt.

Der CEDA-Kongress war ursprünglich deutschsprachig, heute ist es ein international englischsprachiger Kongress. Und Zentraleuropa, das sind vor allem die Länder

des Balkans, neben Ungarn sind in den letzten Jahren Serbien, Rumänien, Bulgarien und Kroatien hinzugekommen. Auch Estland und Lettland sind mit dabei. Die CEDA-Mitglieder untersuchen die speziellen Probleme, die es in Ost-/Südosteuropa bezüglich der Diabeteserkennung und -versorgung im Vergleich zum Westen gibt, und tauschen sich darüber aus. Das Ziel ist, die Versorgungslücken etwas zu schließen.

**?** Wie viele Teilnehmende erwarten Sie ungefähr?

**Prof. Roden:** Wir erwarten 250 bis 400 Teilnehmende. Letztlich ist es

### INTERVIEW



Prof. Dr. Michael Roden  
Deutsches Diabetes-Zentrum  
Foto: DDZ

keine sehr große Tagung. Wir haben aber gelernt, dass der Austausch und die Interaktion bei kleineren und mittleren internationalen Kongressen oft viel besser sind als bei größeren, wo Tausende Menschen nach dem richtigen Saal suchen.

**?** Was kann man bei einem solchen internationalen Austausch lernen?

**Prof. Roden:** Ich glaube, man lernt vor allem voneinander: Welche Unterschiede gibt es in der Therapie und welche in der nichtmedikamentösen Versorgung? Wir lernen



Im MNR-Gebäude des Universitätsklinikums Düsseldorf findet der CEDA-Kongress statt.

Foto: Universitätsklinikum Düsseldorf, Unternehmenskommunikation

ganz andere Systeme kennen – z. B. ist in einigen Ländern die Diabetesversorgung wesentlich stärker am Krankenhaus orientiert als am niedergelassenen Arzt. Es gibt also unterschiedliche Modelle, von denen man lernen kann. Nicht zwingend sind unsere Modelle in Deutschland immer die besten.

**?** Was sind die inhaltlichen Schwerpunkte des CEDA-Kongresses?

**Prof. Roden:** Wir wollen die klinischen Hauptthemen abdecken. Die Leber ist aufgrund meiner persönlichen Interessen natürlich ein wesentliches Thema. Es gibt aber noch einen Punkt, der für Düsseldorf von großer Relevanz ist: Wir haben hier mit CARDDIAB ein neues Forschungszentrum. Beteiligt sind die Abteilungen der Kardiologie, Angiologie, Pulmonologie und meine Abteilung Diabetologie/Endokrinologie. Dort wollen wir erforschen, welche Menschen mit Diabetes und welche Menschen mit Herz-Kreislauf-Risiko besonders gefährdet sind. Und deshalb ist auf dem CEDA-Kongress der Kardiodiabetes neben Komplikationen wie Nephropathie und Neuropathie ein wesentliches Thema. Natürlich werden auch die Prävention und die Präzisionsdiabetologie wichtige Themen sein.

Interview: Nicole Finkenauer

### CEDA-Kongress 2026

- **Wann?** 25. bis 27. Juni 2026
- **Wo?** Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Universitätsklinikum Düsseldorf, Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf, MNR-Building 13.55, Hörsäle 13A und 13B
- **Wer?** Erwartet werden mehr als 80 Referierende. Der Kongress richtet sich sowohl an Forschende als auch an praktizierende Ärzt\*innen
- **Was?** 16 Sessions, darunter EASD/CEDA-Symposium, DZD/DDZ-Symposium, zwei Young Investigator Sessions, außerdem hochkarätige Industriesymposien
- **Kontakt:** info@ceda2026.com st.



Programm und Anmeldung:  
ceda2026.com

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



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



»Austausch zwischen Ost und West«

 **forxiga.** (dapagliflozin)

DREI INDIKATIONEN. EINE ANTWORT.

# HEUTE FÜR MORGEN

Kann mehr als HbA1c-Senkung:<sup>1</sup>  
**FORXIGA®** schützt Herz und Nieren<sup>2,3,a,b</sup>

Unterstützt durch (Gen)AI, Midjourney, V6.1, 23.02.2026



**Verträglich<sup>1</sup>**



**Einfach<sup>1</sup>**



**Budgetschonend<sup>4,5,c</sup>**

CV = kardiovaskulär. eGFR = geschätzte glomeruläre Filtrationsrate. HbA1c = Hämoglobin A<sub>1c</sub>. RRR = relative Risikoreduktion.

a Kombiniertes primäres Endpunkt der DECLARE-Studie bestehend aus: CV-Tod oder Hospitalisierung aufgrund von Herzinsuffizienz.<sup>2</sup> b Sekundärer Endpunkt in DECLARE: eGFR-Reduktion um  $\geq 40\%$  auf  $< 60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup> oder terminale Nierenkrankheit oder renaler Tod (RRR: 47%).<sup>2</sup> c Es gelten die allgemeinen Grundsätze einer wirtschaftlichen Verordnung nach § 12 Abs. 1 SGB V und der Arzneimittel-Richtlinie, insb. § 9. Unabhängig von Zusatznutzen in der Nutzenbewertung nach § 35a SGB V und bestehenden Rabattverträgen nach § 130c SGB V empfehlen wir stets eine individuelle medizinische Begründung zur Therapieauswahl zu dokumentieren. 1 Vgl. FORXIGA® Fachinformation, Stand März 2026. 2 Vgl. Wiviott SD et al. N Engl J Med 2019; 380(4):347-357. 3 Vgl. Mosenzon O et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2019; 7:606-617. 4 Vgl. Rabattverträge FORXIGA® mit Gesetzlichen Krankenversicherungen: <https://www.deutschesarztportal.de/wirtschaftlichkeit/aktuelle-rabattvertraege/rabattvertraege-zu-originalen/detail/produkt/1207>. 5 Vgl. Erstattungsbeitragsverhandlungen nach § 130b SGB V: [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/arzneimittel/verhandlungen\\_nach\\_amnog/ebv\\_130b/wirkstoff\\_120643.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/arzneimittel/verhandlungen_nach_amnog/ebv_130b/wirkstoff_120643.jsp).

Pflichttext FORXIGA®

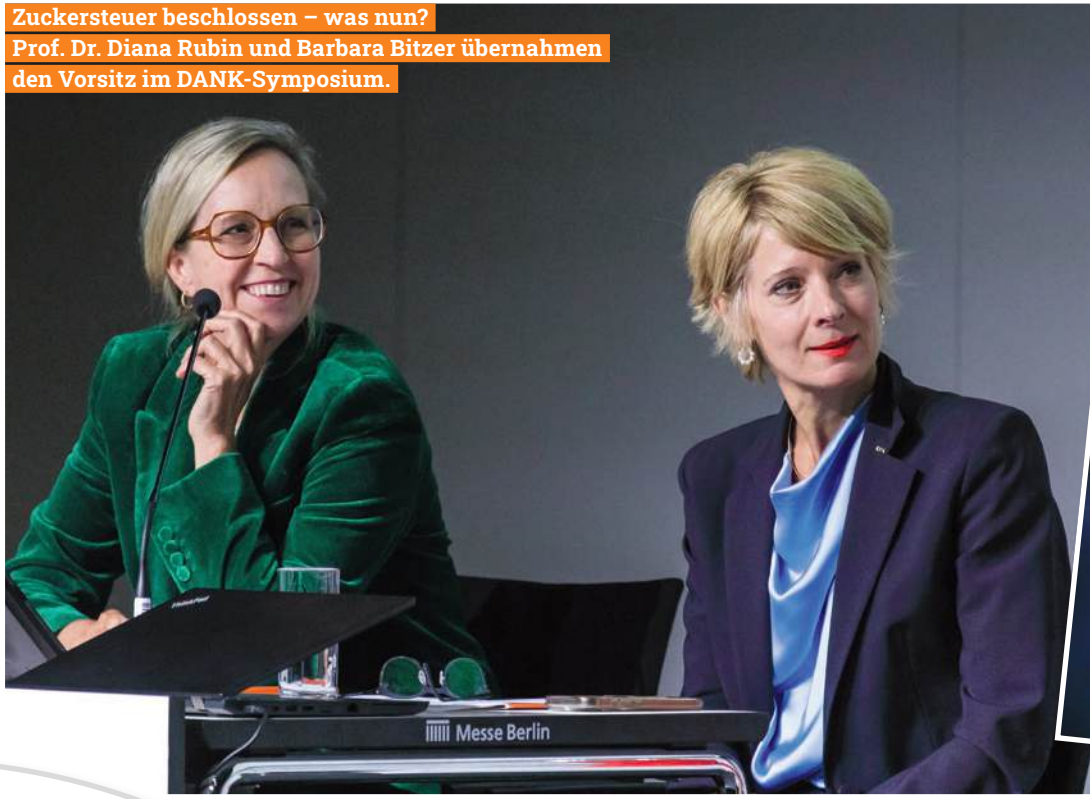


**AstraZeneca** 

DE-93151/03-26



Zuckersteuer beschlossen – was nun?  
Prof. Dr. Diana Rubin und Barbara Bitzer übernehmen  
den Vorsitz im DANK-Symposium.



Prof. Dr. Susanne Reger-Tan  
war eine gefragte Referentin.



DDG Präsidentin Prof. Dr. Julia Szendrödi  
freut sich auf die Kongresstage.



# DIABETES KONGRESS 2026 DDG Technologie Konär ...

## at beim Diabetes Kongress

elfältig – ich weiß gar nicht, für welche Symposien  
e man häufiger während der Kongresstage. Das  
schen.“ war von Kongresspräsidentin Professorin  
Dr. Nikolaos Perakakis und dem Programmko-  
nen, dass die Teilnehmenden oft die Qual der  
aufmerksam zuhörte, konnte während der  
en: Professorin Dr. Judith Mangelsdorf er-  
aufgebaut werden kann. Zudem wur-  
Tanz-Performance erfahrbar. Und  
Night und dem Get-together  
wohl jede\*r eigene revo-  
die Realität strahlen  
sen ...



Daumen hoch für den Diabetes-Lauf!  
Prof. Dr. Barbara Ludwig ging mit der  
Startnummer 1 an den Start.



Begeisterte während der Eröffnungsveranstaltung  
mit Positiver Psychologie: Keynote-Speakerin  
Prof. Dr. Judith Mangelsdorf (2. v.l.).



Prof. Dr. Thomas Danne wird mit  
der Ehrennadel in Gold geehrt.



Mit der Ehrenmitgliedschaft der DDG ausgezeichnet:  
Prof. Dr. Dr. Michael Nauck, Prof. Dr. Andreas Neu,  
Dr. Alexander Risse (v.l.n.r.).



Die höchste Auszeichnung der DDG –  
die Paul Langerhans-Medaille – geht an  
Prof. Dr. Michele Solimena (M.).



Ausgezeichnet für herausragendes Engagement für  
die Diabetesbildung DDG: Angelika Deml (2. v.l.) und  
Kathrin Boehm (3. v.l.) erhalten die Ehrenmedaille der DDG.



Dr. Tobias Wiesner und Prof. Dr. Julia Szendrödi  
im gesundheitspolitischen Symposium der DDG.



Ein virtueller Gruß von Paul Langerhans, der die  
Preisverleihungsveranstaltung selbst eröffnete.

# Das Gesundheitssystem – ein chronischer Patient

Konsens: Gesundheitsreform darf diabetologische Versorgung nicht gefährden

**BERLIN.** Allein 2027 sollen im Gesundheitswesen rund 20 Milliarden Euro eingespart werden. So wichtig und richtig diese Reform ist – kann sie nicht auch die diabetologische Versorgung gefährden? Darüber wurde während des Parlamentarischen Abends von diabetesDE diskutiert.

Während der Podiumsdiskussion „Menschen mit Diabetes beteiligen und stärken“ kamen erhebliche Zweifel auf, ob die Einsparungen im Gesundheitswesen nicht die Versorgung der Menschen mit Diabetes dramatisch gefährden könnten. Schon jetzt ist eine wohnortnahe ambulante wie stationäre qualitätsgerechte diabetologische Versorgung nicht flächendeckend gewährleistet. Vier Vertreter\*innen der Diabetes-Community untermauerten dies mit ihren ganz persönlichen Erfahrungen. Konsens des Parlamentarischen Abends war, dass bei allen Einsparungen viel mehr in die sektorenübergreifende Digitalisierung, vor allem in Videosprechstunden und Telemedizin, investiert werden müsste, um die Qualität der Versorgung aufrechterhalten zu können. „Das Gesundheitssystem ist ja inzwischen selbst zum chronischen

Patienten geworden. Es müsste fühlen können, was es heißt, in diesem System ein Mensch mit Diabetes zu sein, der mindestens alle Vierteljahr wegen der engmaschigen Betreuung zum Arzt muss. Bei aller notwendigen Reform darf zudem nicht vergessen werden, dass hinter jeder Diabetes-Erkrankung nicht nur Zahlen und Werte stecken, sondern ein Mensch, den wir individualisiert versorgen sollten“, mahnte Dr. JENS KRÖGER, Vorstandsvorsitzender der gemeinnützigen Organisation diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe.

## Alle sind sich einig: Wichtig ist die individualisierte Versorgung

Dem pflichteten die anwesenden Patient Voices der Diabetes-Community mit ihren Erfahrungen über die diabetologische Versorgung bei: CONNY DOLL, die mit Typ-1-Diabetes, und DANIEL LENSING, der mit Typ-2-Diabetes lebt, kritisierten den Kampf um Insulinpumpen bzw. Schulungen; SABRINA SCHMIDT (Typ-1-Diabetes) forderte mehr geschlechterspezifische Therapie und SUSANNE FITZA, Mutter einer Tochter mit Typ-1-Diabetes, bemängelte die fehlende Inklusion und bundesländerspezifische Unterschiede von Pflegegraden und

Betreuungsunterstützung. Alle vier „Lautsprecher\*innen“ der Kampagne #SagEsLaut #SagEsSolidarisch erhielten für ihre vorgetragenen Forderungen viel Applaus.

## Elektrifizierung – aber noch keine echte Digitalisierung

„Wir haben bislang eine Elektrifizierung, aber keine echte Digitalisierung in der Diabetologie“, beklagte Dr. TOBIAS WIESNER, Vizepräsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), den aktuellen Stand. Dem pflichtete Dr. CHRISTIAN GRAF bei. Der Geschäftsbereichsleiter der Barmer mahnte, dass es viel zu wenig Telemedizin und Videosprechstunden in

Deutschland gäbe und es von „gesundheitspolitischer Ignoranz“ zeuge, wenn nur 34% der Menschen mit Typ-2-Diabetes eine Schulung bekämen. Dr. med. KIRSTEN KAPPERT-GONTHNER (MdB, Die Grünen) pflichtete allen Aussagen bei und ergänzte einen ganz neuen Aspekt: „Versorgung ist demokratierelevant. Wenn die Menschen gesundheitlich nicht gut versorgt sind, stärkt dies die Wutpolitik.“

Die Schirmherrschaft des Abends hatte die CDU-Politikerin SIMONE BORCHARDT übernommen, die allerdings genau wie ihre Parteikollegin Dr. MARIA-LENA WEISS sowie der SPD-Politiker SERDAR YÜKSEL verhindert war: Kurzfristig war par-

allel eine Sitzung mit Anwesenheitspflicht der Arbeitsgemeinschaften Gesundheit beider Regierungsparteien zu den 66 Maßnahmen der Finanzkommission Gesundheit angesetzt worden.

Unterstützt wurde der Abend von den Unternehmen Abbott (Hauptsponsor) sowie Dexcom, Essity, IKK classic und Lilly. Wissenschaftlicher Partner war die DDG.

Nicole Mattig-Fabian

Parlamentarischer Abend diabetesDE

Fakten und Forderungen, erstellt von diabetesDE und Vertreter\*innen der #SagEsLaut-Kampagne

[www.diabetesde.org/media/10300](http://www.diabetesde.org/media/10300)



Angeregte Podiumsdiskussion: (v.l.n.r.) Moderator Wolfgang van den Bergh, Dr. Christian Graf (Barmer), Conny Doll, Daniel Lensing, Sabrina Schmidt (alle drei #SagEsLaut), Dr. Kirsten Kappert-Gonthner (Die Grünen), Susanne Fitza (#SagEsLaut), Dr. Tobias Wiesner (DDG), Dr. Jens Kröger (diabetesDE). Foto: diabetesDE/Weiss

»Schlechte Versorgung stärkt die Wutpolitik«

## »Abwarten bis Anfang 2027 fachlich nicht vertretbar«

Adipositas-Leitlinie für Kinder und Jugendliche vorzeitig aktualisiert/Empfehlung für medikamentöse Therapie

**BERLIN.** GLP1-Rezeptoragonisten können auch Kindern und Jugendlichen beim Abnehmen helfen. Deshalb hat die Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) in die Leitlinie zur „Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ zwei neue Empfehlungen aufgenommen.

Seit der letzten Leitlinienversion im Jahr 2019 hat sich die Evidenz zur medikamentösen Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter grundlegend weiterentwickelt“, erklärt Leitlinienkoordinator Professor Dr. MARTIN WABITSCH. „Mehrere randomisierte kontrollierte Studien zeigen klinisch relevante Effekte einer Therapie mit GLP1-Rezeptoragonisten auf Körpergewicht und kardiometabolische Risikofaktoren bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas. Gleichzeitig liegen Zulassungen für das Jugendalter vor.

Vor diesem Hintergrund war ein Abwarten bis Anfang 2027 fachlich nicht vertretbar.“ Ohne eine zeitnahe Aktualisierung bestünde das Risiko, dass therapeutische Entscheidungen nicht mehr dem aktuellen Stand der Evidenz entsprechen.

## Klare Differenzierung im Empfehlungsgrad

Die Leitliniengruppe hat zwei neue Empfehlungen verabschiedet: Bei Adipositas kann eine medikamentöse Therapie ab dem zugelassenen Mindestalter als Ergänzung einer leitliniengerechten Lebensstilintervention in Betracht gezogen werden. Bei Kindern und Jugendlichen mit extremer Adipositas (>99,5. Perzentil) und anhaltender Gewichtszunahme sollte die medikamentöse Therapie in spezialisierten Zentren unter klar definierten Kriterien erwogen werden. Während die medikamen-

töse Therapie bei Adipositas im Kindes- und Jugendalter grundsätzlich eine individuell zu prüfende Option darstellt, rechtfertigt das deutlich erhöhte Krankheits- und Progressionsrisiko bei extremer Adipositas eine stärker gewichtete Empfehlung. „Kinder und Jugendliche mit extremer Adipositas tragen ein erheblich

»Keine Lifestyle-Intervention«

erhöhtes Risiko für Typ-2-Diabetes, arterielle Hypertonie, Dyslipidämie und kardiovaskuläre Folgeerkrankungen“, so Prof. Wabitsch. Eine medikamentöse Therapie stelle eine relevante Alternative zur bariatrisch-chirurgischen Therapie dar.

Die Kostenübernahme wird derzeit häufig unter Verweis auf § 34 Abs. 1 Satz 7 SGB V („Lifestyle-Paragraf“) abgelehnt. „Die aktuelle Evidenzlage zeigt deutlich, dass es sich nicht um eine Lifestyle-Intervention handelt, sondern um die Behandlung einer chronischen Erkrankung“, betont Dr. STEPHANIE BRANDT-HEUNEMANN (Leiterin Methodengruppe). „Liegen eine hohe Evidenzqualität und eine entsprechende Zulassung vor, darf sich die Versorgungspraxis dem nicht entziehen.“ DAG/Red.

## Aktualisierung als verantwortliche Reaktion / DDG beteiligt

Adipositas im Kindes- und Jugendalter ist eine chronische Erkrankung mit hohem Risiko für Folgeerkrankungen bis ins Erwachsenenalter. Bei veränderter Evidenzlage besteht eine fachliche Verantwortung zum Handeln, der mit dieser vorgezogenen Teilaktualisierung Rechnung getragen wurde. Die reguläre Gesamtüberarbeitung der Leitlinie ist weiterhin für Januar 2027 vorgesehen.

An der Teilaktualisierung mitgewirkt haben neben der federführenden DAG 21 Fachgesellschaften – darunter auch die Deutsche Diabetes Gesellschaft – und zwei Selbsthilfegruppen

[register.awmf.org/de/leitlinien/detail/050-002%20KF](http://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/050-002%20KF)



Adipöse Kinder tragen ein erhöhtes Diabetesrisiko – und werden oft stigmatisiert.

Foto: alisseja – stock.adobe.com

# TAVI ab 70: Was ist neu?

Leitlinien mit Signalwirkung / neue Evidenz stellt Therapie auf den Prüfstand

**WIESBADEN.** Die aktualisierten ESC/EACTS-Leitlinien bringen bedeutende Änderungen im Management von Herzklappenerkrankungen – mit Relevanz auch für die Diabetologie. Besonders interessant sind die Absenkung des Alters für den primären TAVI-Einsatz und Erkenntnisse zur individuellen Therapiewahl bei Diabetes.

Eine Aortenklappenstenose stellt in der degenerativen Form das häufigste Klappenvitium in Industrienationen dar, so Dr. MAREN WEFERLING, Bad Nauheim. Aus der aktualisierten ESC/EACTS-Guideline zum Management von Herzklappenerkrankungen stellte die Kardiologin eine „der wichtigsten Änderungen im Vergleich zur Vorgängerleitlinie“ vor. Bei einer hochgradigen Aortenklappenstenose war ein Transkatheter-Aortenklappenersatz (TAVI) lange nur inoperablen Personen oder jenen mit sehr hohem OP-Risiko vorbehalten und wurde später auf Fälle mit intermediärem OP-Risiko ausgeweitet. Aufgrund der aktuellen Evidenz wurde das empfohlene Alter für die primäre TAVI-Versorgung jetzt auf 70 Jahre herabgesetzt – sofern die Anatomie der Betroffenen dafür geeignet ist, erläuterte Dr. Weferling. Eine der Grundlagen für die Absenkung der Altersgrenze bildeten Langzeitdaten über sieben Jahre von rund 1.000 Personen (Durchschnittsalter 69 Jahre) mit niedrigerem OP-Risiko: In der PARTNER-III-Studie habe sich kein Unterschied bei der Inzidenz von Tod, Schlaganfall und Hospitalisierung zwischen TAVI und dem konventionell-chirurgischen Aortenklappenersatz (AKE) gezeigt (primärer Endpunkt).

Bei der Entscheidung spielten „viele Faktoren mit rein“. So spreche bei einer Person mit Diabetes, hochgradiger Aortenklappenstenose und KHK-3-Befund „mehr für die OP“, da bekannt sei, dass Personen mit Diabetes „per se eher von einer Bypass-OP als von einem Stent“ profitierten. „Aber für den Klappenersatz selbst spielt das keine Rolle.“

## Neuer Terminus IMPS und überraschende Studie zu HFref

Zum Management von Myokarditis und Perikarditis gibt es erstmalig eine gemeinsame klinisch orientierte ESC-Leitlinie. Als wesentliche Neuerung wurde der Oberbegriff IMPS (inflammatory myocardial

and pericardial syndromes) für jegliche Form von Myokarditis und Perikarditis geschaffen, denn häufig koexistieren bzw. überlappen sich die beiden Erkrankungen, so Dr. Weferling. Der Kardio-MRT werde in der Diagnostik der Myokarditis/Perikarditis nun ein hoher Stellenwert zugesprochen, und eine dreistufige Risikokategorisierung für beide Erkrankungen diene als Entscheidungshilfe für die klinische Beobachtung – auch im Hinblick auf

eine notwendige Myokardbiopsie bei einer Hochrisiko-Myokarditis. Die Kardio-MRT werde bei Myokarditis „berechtigterweise“ auch in der Nachverfolgung empfohlen. Inwieweit diese starke MRT-Aufwertung in Zeiten des hochdefizitären Gesundheitssystems in Deutschland tatsächlich umgesetzt werden könne, bleibe allerdings fraglich. Für Digitalis (derzeit Empfehlungsgrad IIB) prophezeite sie ein Revival in den nächsten ESC-Leitlinien zur

Herzinsuffizienz. Bis vor Kurzem fehlten „adäquat gepowerte randomisierte Studien zum Nutzen bei Herzinsuffizienz“. Das habe sich durch die prospektive Studie DIGIT-HF geändert. „Der Schlüssel für den Erfolg, insbesondere in Bezug auf den Sterblichkeitsendpunkt, könnte in der sorgfältigen Überwachung der Serumspiegel liegen.“

Niedrigere Werte waren hierbei mit niedrigeren Sterblichkeitsraten verbunden.

Dr. Karin Kreuel

Diabetes Update 2026

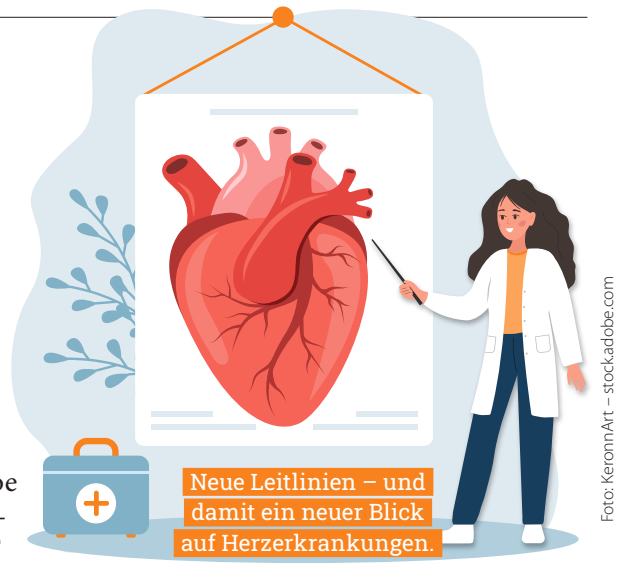


Foto: KeromART – stock.adobe.com



STEGLATRO® BEI TYP-2-DIABETES MELLITUS:  
**HbA<sub>1c</sub> EFFEKTIV SENKEN.\*\*\*,1**  
**BUDGET DEUTLICH ENTLASTEN.**



**STEGLATRO®: Ersparnis gegenüber**  
**Jardiance® bis zu 444 €# und**  
**Forxiga® bis zu 461 €# im Jahr**

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

\* Zusätzliche HbA<sub>1c</sub>-Senkung um 0,7% nach 26 Wochen.<sup>1</sup> | \*\* Für Typ-2-Diabetiker ohne zusätzlich relevantes Risikoprofil? | # Tagestherapiekosten (TTK) auf Basis des Apothekenverkaufspreises (AVP), hochgerechnet auf ein Jahr. Lower-Taxe Stand 1.3.2026, abgefragt 3.3.2026. TTK entsprechen bei einmal täglicher Gabe dem Preis einer Tablette, ausgehend von der größten Packungsgröße: Jardiance® 10 mg N3 = 100 Tabl, Jardiance® 25 mg N3 = 100 Tabl, Forxiga® 5 mg N3 = 98 Tabl, STEGLATRO® 5 mg N3 = 98 Tabl.

1. Fachinformation STEGLATRO®, Stand: November 2025 | 2. S3-Leitlinie Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Typ-2-Diabetes. Version 3.0. Stand: 15.05.2023. Verfügbar online unter <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-001> (eingesehen am 23.02.2026) | 3. Fachinformation Forxiga®, Stand: August 2024 | 4. Fachinformation Jardiance®, Stand: Juli 2025

### Steglatro® 5 mg Filmtabletten

### Steglatro® 15 mg Filmtabletten

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

MSD MedInfo: Tel.: +49 (0) 89 20 300 4500, E-Mail: [medinfo@msd.de](mailto:medinfo@msd.de)

Weitere Informationen über das Monopräparat Ertugliflozin finden Sie hier:  
<https://go.msd.com/az-ertu-2>



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

Stand: 11/2025 (RCN: 000028605-DE)

## Herzschutz durch koffeinhaltigen Kaffee?

In einer prospektiven Studie über sechs Monate (n=200) war die Häufigkeit eines Rezidivs von Vorhofflimmern bzw. -flattern (nach erfolgreicher elektrischer Kardioversion) bei Personen mit versus ohne Koffeinkonsum signifikant niedriger. „Somit können wir unseren Patienten die Sorge nehmen, dass normaler Kaffee Konsum im täglichen Leben schädlich für die Rezidivfreiheit ist“, folgert Dr. Weferling. In der Studie wurde allerdings im Schnitt nur eine Tasse koffeinhaltiger Kaffee pro Tag getrunken.

DE/STE0245

# Medizin & Markt



Foto: iStock/AzmanJaka

## Grippeimpfung schützt nicht nur die Atemwege

Hoch dosierte Influenzavakzine senkt gleich mehrere Risiken bei Älteren

Symposium – Sanofi

MÜNCHEN. Die Influenza kann viele Organe betreffen. Besonders ältere Menschen haben nach einer Infektion häufig schwere Verläufe mit Komplikationen wie Pneumonie, Herzinsuffizienz, Herzinfarkt oder Schlaganfall.

Vorerkrankungen erhöhen das Risiko noch einmal drastisch. So kommt es bei etwa drei Viertel der Menschen mit Diabetes während der Grippezeit vermehrt zu Entgleisungen des Blutzuckerspiegels. „Impfen gegen Influenza bei Menschen mit Diabetes und renalen/kardialen Erkrankungen ist wichtig“, mahnte Professor Dr. DIRK MÜLLER-WIELAND vom Universitätsklinikum der RWTH Aachen. Ziel der WHO und der EU-Kommission ist es, eine Impfquote von 75 % bei Menschen ab

60 Jahren zu erreichen. In der Saison 2024/2025 betrug sie in dieser Altersgruppe hierzulande gerade einmal 34 %. Speziell für ältere Menschen wurde die erste in Deutschland zugelassene hoch dosierte Influenzavakzine entwickelt (Efluelda®), um ihnen einen im Vergleich zu standarddosierten konventionellen Präparaten verbesserten Schutz zu bieten. Der eibasierte inaktivierte Impfstoff enthält mit 60 µg Hämagglutinin die vierfache Antigenmenge je Virusstamm im Vergleich zur Standarddosierung (15 µg) kon-

ventioneller Formulierungen. Die Wirksamkeit der Vakzine zeigte die FLUNITY-HD-Analyse: Das Hochdosispräparat reduzierte im Vergleich zu standarddosierten Impfstoffen bei Erwachsenen ab einem Alter von 65 Jahren nicht nur die Zahl der Erkrankungen, sondern auch kardiorespiratorische Ereignisse sowie das Risiko für Krankenhausaufenthalte signifikant.

Im Einzelnen konnten mit der Impfung im Vergleich zum Standardpräparat Klinikaufenthalte allgemein (-2,2 %) sowie aufgrund von Influenza oder Lungenentzündung (-8,8 %), wegen kardiorespiratorischer Ereignisse (-6,3 %) und wegen laborbestätigter Influenzainfektion (-31,9 %) verringert werden.

„Man kann die Influenzaimpfung auch als neue Art der kardiovaskulären Prävention betrachten“, so das Fazit von Prof. Müller-Wieland, „daher müssen wir unbedingt die Impfquote erhöhen.“ *HV*

Weiterentwicklung von Influenza-Impfstoffen: Schutz über die Atemwege hinaus?; Fortbildungskongress „Innere Medizin fachübergreifend – Diabetologie grenzenlos“ 2026



Die Influenzaimpfung kann als kardiovaskuläre Prävention betrachtet werden.

Foto: faber14 – stock.adobe.com

## Vierfach höhere Dosierung streckt intervallfreie Zeit bei DMÖ

Flexiblere Optionen durch länger wirksame IVOM-Therapien

Symposium – Bayer

DÜSSELDORF. Die 8-mg-Dosierung des Wirkstoffs Aflibercept (EYLEA®) ist inzwischen für drei Indikationen zugelassen. Indiziert ist das als Fertigspritze verfügbare Therapeutikum bei neovaskulärer (feuchter) altersabhängiger Makuladegeneration (nAMD), diabetischem Makulaödem (DMÖ) und nun auch bei retinalem Venenverschluss (RVV) (bei Visusbeeinträchtigung aufgrund eines Makulaödems).

Die hohe Dosierung zeigt eine schnelle und anhaltende Trocknung der Makula, starke Visusgewinne und eine lang anhaltende Wirksamkeit ohne neue Sicherheitssignale – das ging aus den präsentierten Studien-

ergebnissen, Real-World-Daten und Fallbeispielen hervor.

Dr. MATTHIAS ELLING, Düsseldorf, präsentierte für die Indikation DMÖ erstmals die Drei-Jahres-Daten der Open-Label-Extension-Phase der Zulassungsstudie PHOTON. Diese sprechen für eine lang anhaltende Wirksamkeit und Sicherheit von Aflibercept 8 mg. Die Krankheitsaktivität einer DMÖ lasse sich durch diese intravitreale operative Medikamentenapplikation (IVOM) wirksam kontrollieren, erklärte der Facharzt für Augenheilkunde. Der Trocknungseffekt auf die Netzhaut sei stärker als bei der 2-mg-Dosierung. Es habe sich ein anhaltender Effekt auf die Reduktion der Netzhautdicke mit wenigen Injektionen Aflibercept 8 mg über 156

Wochen erzielen lassen. Dies biete Betroffenen mehr Sicherheit und führe zu weniger Angst durch Rückfälle. Die nach wenigen IVOMs erreichte Visusverbesserung und -stabilisierung über den gesamten Untersuchungszeitraum (auch nach Switch von 2 auf 8 mg) verbessere die Lebensqualität und führe zu einem längeren Erhalt der Eigenständigkeit und Unabhängigkeit.

Dass im Behandlungsverlauf bei neun von zehn Patient\*innen Behandlungsintervalle von mehr als zwölf Wochen möglich wurden, entlaste Betroffene und deren Angehörige. Bei vergleichbarer Wirksamkeit und bewährter Sicherheit lasse sich die DMÖ-Therapie somit noch individueller an den Behandlungsbedarf und die Lebenssituation der an DMÖ Erkrankten anpassen. Dr. Elling betonte: „Das kann die Zufriedenheit erhöhen und die Adhärenz unterstützen.“ Es gebe „einen hohen Bedarf für länger wirksame IVOM-Therapien.“

Dr. Karin Kreuel

EYLEA 8 mg: Dreifach durchstarten bei nAMD, DMÖ und RVV; AAD 2026

## NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

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

## Bei Herzinsuffizienz früh handeln

Vericiguat und Finerenon erweitern den Therapiealgorithmus

Symposium – Bayer

WIESBADEN. Die Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion (HFrEF, EF ≤ 40 %) ist durch eine hohe Progressionsneigung gekennzeichnet. Menschen mit stabiler HFrEF der NYHA-Klasse I-II weisen ein kardiovaskuläres Risiko auf, welches das derjenigen mit sehr hohem atherosklerotischem Risiko noch überschreitet.

Wie Professor Dr. PHILIP WENZEL, Klinikum Darmstadt, betonte, ist die Ein-Jahres-Mortalität bei instabiler HFrEF etwa vierfach erhöht gegenüber der stabilen Erkrankung. Jede Dekompensation verschlechtert die Prognose deutlich.

Vericiguat (Verquvo®) setzt an der bei HFrEF gestörten NO-sGC-cGMP-Signalkaskade an. In der Phase-III-Studie VICTORIA wurde der primäre Kompositendpunkt aus kardiovaskulärem Tod und erster Herzinsuffizienz-Hospitalisierung signifikant reduziert. Die VICTOR-Studie wiederum (stabile HFrEF, n=6.105, medianes Follow-up 18,5 Monate) verfehlte den primären Endpunkt knapp (Hazard Ratio, HR, 0,93).

Als explorativer Endpunkt zeigte sich jedoch eine signifikante Reduktion der Gesamtmortalität um 16 % (HR 0,84). Eine gepoolte Analyse beider Studien mit über 11.000 Betroffenen bestätigte eine signifikante Reduktion des kombinierten Primärendpunkts sowie des kardiovaskulären Todes. Die Herzinsuffizienz mit erhaltener Ejektionsfraktion (HFpEF, EF ≥ 50 %) und die Herzinsuffizienz mit leicht reduzierter Ejektionsfraktion (HFmrEF, EF 41–49 %) weisen laut PD Dr. CAROLINE MORBACH, Universitätsklinikum Würzburg, eine ähnlich schlechte Prognose auf wie die HFrEF. Bislang war die einzige prognostisch wirksame Pharmakotherapie für HFpEF auf SGLT2-Inhibitoren beschränkt. Seit März 2026 steht mit Finerenon

(Kerendia®) eine zweite Säule zur Verfügung. Der nichtsteroidale Mineralokortikoidrezeptorantagonist (nsMRA) ist nun für Erwachsene mit symptomatischer chronischer Herzinsuffizienz und LVEF ≥ 40 % zugelassen – unabhängig vom Vorliegen eines Typ-2-Diabetes oder einer chronischen Nierenerkrankung. Dr. ULRICH WUTTKE, Parkkardiologie Stahnsdorf, ergänzte, dass rund 50 % aller Herzinsuffizienten gleichzeitig eine chronische Nierenerkrankung haben. Das steigert das kardiovaskuläre Risiko erheblich.

Finerenon ist bei diesem kardiovaskulär-renal-metabolischen (CKM)-Syndrom gut wirksam. Im Vergleich zu steroidalen MRA wie Spironolacton zeichnet es sich durch höhere MR-Selektivität, kürzere Halbwertszeit ohne aktive Metaboliten und ein geringeres Risiko für geschlechtsspezifische Nebenwirkungen aus. Eine Cross-Trial-Analyse der Studien DELIVER, FINEARTS-HF und PARAGON-HF ergab für die Kombinationstherapie eine Risikoreduktion für kardiovaskulären Tod oder Herzinsuffizienz-Ereignisse von 31 % gegenüber der Standardtherapie (HR 0,69). Modellerte Daten schätzen den mittleren Überlebensvorteil bei Therapiebeginn ab 65 Jahren auf 3,6 Jahre. Etwa 80 % der Herzinsuffizienten werden primär in der hausärztlichen Praxis betreut, daher empfiehlt sich bei gesicherter Diagnose eine frühzeitige, konsequente Kombinationstherapie, wie Prof. Wenzel unterstrich. SGLT2-Inhibitor plus Finerenon stehen bei HFpEF/HFmrEF nun als duale Strategie zur Verfügung. Bei dekompensierter HFrEF ist Vericiguat als Ergänzung zur optimierten Vierfachtherapie zu erwägen.

Maximilian Rossol

Herzinsuffizienz ganzheitlich denken: Medikamentöse Therapie im Kontext komplexer Komorbiditäten; DGIM-Kongress 2026

## Real-World-Daten zur Typ-2-Diabetes-DiGA

Pressemitteilung – Perfood

LÜBECK. Nachdem glucura im Februar 2026 dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte aufgenommen wurde, liegen nun ergänzende Daten aus der Versorgungspraxis vor. Grundlage ist eine standardisierte Befragung von glucura-Nutzenden. Von 3.320 eingeladenen Personen nahmen 814 an der Befragung teil. Die Kernaussagen:

- HbA<sub>1c</sub> sank bei 225 Nutzenden im Mittel von 7,4 % auf 6,5 % (mittlere Veränderung: -0,9 %-Punkte; 95 %-KI -1,09 bis -0,71).
- 60 % der ausgewerteten Personen erreichten zum Befragungszeitpunkt einen HbA<sub>1c</sub>-Wert unter 6,5 %; 63,2 % berichteten zudem eine subjektive Verbesserung ihres allgemeinen Gesundheitszustands.
- Beim Körpergewicht zeigte sich in der Befragung während der ersten Anwendung im Mittel eine Reduktion um -4,7 %; bei fortgesetzter Nutzung lag die Gewichtsveränderung nach rund einem Jahr im Mittel bei -7,1 %, also eine weitere Verbesserung um -2,4 %.

# Zusatzkompetenzen als qualitatives Plus



## Diabetespraxis übernimmt Vorreiterrolle im Landkreis Augsburg

**DIEDORF.** Die hausärztliche Gemeinschaftspraxis Diedorf ist nicht nur das einzige zertifizierte Diabeteszentrum im Augsburger Kreis, sondern besitzt auch die Zusatzkompetenzen „Diabetes & Schwangerschaft DDG“ und „Diabetes & Adipositas DDG“.

Für Dr. ALEXANDER STÖCKL, Leiter des Diabeteszentrums sowie der Abteilung für Ernährungsmedizin und Adiposilogie der Gemeinschaftspraxis Diedorf, war schon früh klar, dass er Diabetologe DDG werden wollte. „Das stand für mich bereits im Praktischen Jahr fest und zog sich dann wie ein roter Faden durch meinen weiteren beruflichen Werdegang“, so der Allgemeinarzt. Nach seiner Grundausbildung im Zentralklinikum Augsburg und im Krankenhaus Bobingen wechselte Dr. Stöckl in die Diabetes-Klinik Bad Mergentheim, um sich im Bereich Diabetologie, Ernährung und Fettstoffwechselstörungen weiterzubilden.

Im Januar 2019 trat er seine Stelle als Weiterbildungsassistent in der Gemeinschaftspraxis Diedorf an, seit Juni 2021 ist er Partner. „Nach Übernahme des Sitzes von Dr. Huß war ich der einzige Arzt mit Zusatzweiterbildung Diabetologie“, sagt Dr. Stöckl. Inzwischen gehören drei Diabetolog\*innen zum Team. Eine Internistin befindet sich derzeit in Weiterbildung. Das Diabetes-Kernteam ergänzen fünf Diabetesberaterinnen DDG, davon

zwei Diätassistentinnen, sowie eine Wundassistentin DDG. Zudem vereint die Praxis, seit 2020 als Diabeteszentrum DDG zertifiziert, unter ihrem Dach weitere Expert\*innen aus den Bereichen Allgemein- und Innere Medizin sowie Chirurgie.

### Zusatzkompetenzen passen ideal zusammen

Nach zwei erfolgreichen Rezertifizierungen als Diabeteszentrum DDG hat sich die Gemeinschaftspraxis vor einiger Zeit der Herausforderung gestellt, die Zusatzkompetenzen „Diabetes & Schwangerschaft DDG“ und „Diabetes & Adipositas DDG“ zu erwerben – im Januar 2026 war der Prozess abgeschlossen. „Da die Adiposilogie und der Gestationsdiabetes zwei wichtige Schwerpunkte unseres Behandlungsspektrums bilden, passte das für uns einfach ideal zusammen“, begründet Dr. Stöckl das Engagement, zumal die beiden Diagnosen immer häufiger gestellt würden.

Zur Praxisphilosophie gehört, die Therapie des Diabetes an die Bedürfnisse der Patient\*innen anzupassen. Dr. Stöckl und sein Team verfolgen dabei einen ganzheitlichen Ansatz, mit dem Ziel, Menschen mit Diabetes eine langfristig erfolgreiche Behandlung garantieren zu können. Zentrale Elemente bilden, neben Tipps zur gesunden Ernährung und Bewegung, individuelle Beratungen sowie die Unterrichtung im Umgang mit den neuesten technischen Hilfsmitteln (Insulintherapie, CGM-



Foto: Gemeinschaftspraxis Diedorf

Das Team der Gemeinschaftspraxis (v.l.n.r.): Frederike Gerhardt (Diabetesberaterin DDG, Diätassistentin), Dr. Kristin Reimann (FÄ f. Allgemeinmedizin), Barbara Scherer (Diabetesberaterin DDG, Wundassistentin DDG, Wundexpertin ICW), Dr. Margit Rahlf (Diabetologin DDG, FÄ f. Allgemein- und Innere Medizin), Leonie Aigner (Diabetesberaterin DDG), Dr. Alexander Stöckl (Diabetologe DDG, Adiposilogie DAG-DDG, FA f. Allgemeinmedizin), Annika Rueß (Diabetesberaterin DDG, Diätassistentin), Dr. Nikola Rieser (FÄ f. Innere Medizin, Weiterbildungsassistentin z. FÄ f. Allgemeinmedizin), Bianca Wunder (Diabetesberaterin DDG).

Systeme, Insulinpumpen) in kleinen Gruppen. Das Angebot richtet sich sowohl an Erwachsene als auch an Kinder und Jugendliche. Gerade im Bereich der Kinder- und Jugenddiabetologie erfolge eine intensive Zusammenarbeit mit einem Fachpsychologen DDG, erklärt Dr. Stöckl.

### Fußsprechstunde und Betreuung schwieriger Fälle

Einen weiteren Baustein bildet die diabetologische Fußsprechstunde, bei der die Praxis intensiv mit Gefäßspezialisten und Fußchirurgen in nahe gelegenen stationären Einrichtungen sowie Podologen und orthopädischen Schuhmachern aus der Umgebung zusammenarbeitet. Personell und inhaltlich derart breit aufgestellt sei die diabetologische Schwerpunktpraxis auch schwierigen Fällen gewachsen, betont Dr. Stöckl. Mit den Zertifizierungen wolle die Praxis außerdem ihre hohen Ansprüche an die Versorgung plakativ

nach außen tragen, um sich gegenüber Patient\*innen und Zuweisern als ein nach den aktuellsten Leitlinien arbeitendes Diabeteszentrum auszuweisen, so der 38-jährige. Die Praxis erfüllt damit in der Region ein Alleinstellungsmerkmal, denn sie ist die erste und einzige Niederlassung mit diesen hohen Qualitätsnachweisen im Landkreis Augsburg mit seinen über 260.000 Einwohnern. „Als zertifiziertes Diabeteszentrum sind wir zugleich die einzige Praxis im Landkreis mit einer Weiterbildungsbefugnis für die

Diabetologie“, sagt Dr. Stöckl, dem es ein besonderes Anliegen ist, die Leidenschaft für sein Fach weiterzugeben. Daher engagiert er sich auch für die AG Nachwuchs und unterstützt deren Konzept eines Students' Diabetes Day an den Universitäten. Auf Anfrage von Kliniken und Praxen hat die Gemeinschaftspraxis 2025 einen zweiten Standort im etwa 20 Kilometer entfernten Königsbrunn eröffnet. Schwerpunkt hier ist die Diagnostik und Therapie sämtlicher Formen des Diabetes und der Adipositas. *Petra Spielberg*

»Hoher Anspruch, ganzheitlicher Ansatz«

### STECKBRIEF

- **Ort:** Markt Diedorf, Landkreis Augsburg
- **Kernteam für die Diabetesversorgung:** 3 Fachärzt\*innen für Allgemeinmedizin/Diabetologe DDG, 1 Weiterbildungsassistent\*in Diabetologie, 5 Diabetesberaterinnen DDG, davon 2 Diätassistentinnen, 1 Wundassistent\*in DDG, 1 Adipositasberaterin DAG-DDG

## Kuh im Schwebezustand ...

... genau wie das Gesundheitssystem / DDG Geschäftsbericht erschienen

**BERLIN.** Das Gesundheitssystem im Schwebezustand – die derzeitige Situation zeigt sich im Titelbild des frisch erschienenen DDG Geschäftsberichts.

Eine Kuh schwebt durch die Luft – nicht gerade eine alltägliche Situation. Und doch ist es genau so passiert. Was hat das mit der Diabetologie zu tun? „Dieses Bild steht sinnbildlich für die Lage des Gesundheitssystems. Vieles ist in Bewegung, manches unsicher. (...) Die Aufgaben sind kom-



plex, greifen ineinander und vieles ist noch immer in der Schwebe. Es braucht klare politische Entscheidungen und verlässliche Strukturen, damit aus diesem Schwebezustand wieder feste Grundlagen werden. Der Geschäftsbericht 2025 zeigt, wo und wie sich die DDG dafür einsetzt – so wird das Titelbild erklärt. Kon-

Mai 2025, ein Bergsturz hat ein Dorf in der Schweiz getroffen. Diese Kuh wird per Helikopter evakuiert. Foto: DDG

cretisiert wird dies z. B. durch das Interview mit Bundesforschungsministerin DOROTHEE BÄR (CSU) und den Beitrag von VdK-Präsidentin VERENA BENTELE. Es wird gezeigt, wie der Schwebezustand aufgehoben werden kann. Und natürlich gibt es auch einen Überblick über die Projekte der DDG und über Ehrungen und Preise, zudem wird die Bilanz 2025 offengelegt und alle, die sich derzeit in Präsidium, Vorstand, Kommissionen, Ausschüssen und Arbeitsgemeinschaften engagieren, sind aufgeführt. *Red.*

[ddg.info/politik/ddg-geschaeftsbericht-2025](https://ddg.info/politik/ddg-geschaeftsbericht-2025)



## Diabetes ist Vielfalt

DDG Medienpreise 2026: bis 31. Juli bewerben

**BERLIN.** Mit dem Motto „Diabetes ist Vielfalt – Perspektiven, die bewegen“ rückt die DDG 2026 für ihre Medienpreise die unterschiedlichen Herausforderungen und Lebenssituationen der Menschen mit Diabetes in den Mittelpunkt.

Gesucht werden journalistische Beiträge, die die Vielschichtigkeit von Diabetes in den Fokus stellen. Die Beiträge können sich z. B. beschäftigen mit:

- multimorbiden Menschen und ihrer Versorgungsrealität; Kindern, Jugendlichen oder jungen Erwachsenen; Frauen, etwa in Schwangerschaft, Wechseljahren oder Pflegeverantwortung; älteren Menschen

- sozialer Ungleichheit, Versorgungslücken, vulnerablen Gruppen; innovativen Ansätzen in Prävention, Versorgung, Aufklärung, Selbstmanagement

- Stimmen aus Praxis, Pflege, Wissenschaft oder Selbsthilfe, die neue Blickwinkel eröffnen
- Vergeben werden die Preise in den drei Kategorien Hören, Sehen und Lesen. Über die Preisvergabe entscheidet eine Jury unter der Leitung des DDG Mediensprechers Professor Dr. BAPTIST GALLWITZ. *Red.*

[ddg.info/pressebereich/ddg-medienpreise](https://ddg.info/pressebereich/ddg-medienpreise)





DIABETES  
HERBSTTAGUNG  
2026 **DDG**

**Jetzt**  
für ein  
Reisestipendium  
bewerben!

**DIABETES.  
DIGITAL.  
DENKEN.**

[herbsttagung-ddg.de](http://herbsttagung-ddg.de)

ort  
**MESSE DRESDEN**

datum  
**13.-14. NOVEMBER 2026**

# Neu- oder re-zertifizierte Kliniken und Arztpraxen

(im Zeitraum 04.03. bis 27.04.2026)

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
<b>PLZ 0</b>		
St. Elisabeth Krankenhaus Leipzig, Innere Abteilung I	04277 Leipzig	Diabeteszentrum DDG
MEDIAN Kinderklinik „Am Nicolausholz“ Bad Kösen	06628 Bad Kösen	Diabeteszentrum DDG
Klinikum Chemnitz gGmbH, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	09116 Chemnitz	Diabeteszentrum DDG
<b>PLZ 1</b>		
Policum Friedenau IV, Diabetologie	12157 Berlin	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diabetologie Steglitz	12163 Berlin	Fußbehandlungseinrichtung DDG
DRK Kliniken Berlin Mitte, Klinik für Innere Medizin/ Schwerpunkt Diabetologie & Angiologie	13359 Berlin	Diabeteszentrum DDG
Universitätsklinikum Brandenburg an der Havel, Zentrum für Innere Medizin II	14770 Brandenburg	Diabeteszentrum DDG
Krankenhaus Märkisch-Oderland GmbH, Standort Strausberg	15344 Strausberg	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
Klinikum Karlsburg, Diabetische Fußambulanz	17495 Karlsburg	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Klinikum Karlsburg, Klinik für Diabetes, Stoffwechsel- und Nierenerkrankungen	17495 Karlsburg	Fußbehandlungseinrichtung DDG
<b>PLZ 2</b>		
Zentrum für Diabetologie Hamburg-Bergedorf	21029 Hamburg	Diabetes Exzellenzzentrum DDG 
Arztzentrum Laboe, Diabetesschwerpunktpraxis	24235 Laboe	Diabeteszentrum DDG
<b>PLZ 3</b>		
Gemeinschaftspraxis Dr. Mitzloff und Dr. Karakalpakis, Diabetologische Schwerpunktpraxis	32049 Herford	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Asklepios Schwalm-Eder-Kliniken GmbH Klinikum Schwalmstadt, Medizinische Klinik	34613 Schwalmstadt	Diabeteszentrum DDG
Asklepios Schwalm-Eder-Kliniken GmbH Klinikum Schwalmstadt	34613 Schwalmstadt	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
<b>PLZ 4</b>		
Diabetologische Schwerpunktpraxis, Dr. Stempel/Dr. Laudor	41515 Grevenbroich	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Gemeinschaftspraxis Aufderhöhe	42699 Solingen	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Praxis an der Kreuzkirche, Diabetologische Schwerpunktpraxis Chisalita/Raduca	44623 Herne	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diabetes Zentrum Eleonorastraße Dr. med. Helga Zeller/Jochen Schumacher	45136 Essen	Diabetes Exzellenzzentrum DDG 
Ambulantes Diabeteszentrum Essen-Nord Dr. Tobias Ohde	45329 Essen	Diabetes Exzellenzzentrum DDG 
Knappschaftskrankenhaus Bottrop, Klinik für Innere Medizin III	46242 Bottrop	Diabeteszentrum DDG
Diabetologikum Duisburg Dr. H. Mühlen & Kollegen	47119 Duisburg	Diabeteszentrum DDG
Krankenhaus Bethanien Moers, Klinik für Diabetologie & Endokrinologie	47441 Moers	Diabeteszentrum DDG 
Clemenshospital Münster, Klinik für Innere Medizin	48153 Münster	Diabeteszentrum DDG
Diabetes Zentrum am Christlichen Krankenhaus Quakenbrück GmbH (stationär)	49610 Quakenbrück	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diabetes Zentrum am Christlichen Krankenhaus Quakenbrück GmbH, Fachabteilung für Diabetes, Stoffwechselkrankheiten (ambulanz)	49610 Quakenbrück	Fußbehandlungseinrichtung DDG
<b>PLZ 5</b>		
GFO Kliniken Rhein-Berg, Vinzenz Pallotti Hospital	51429 Bergisch Gladbach	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
GFO Kliniken Rhein-Berg, Marien-Krankenhaus	51465 Bergisch Gladbach	Klinik mit Diabetes im Blick DDG

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
<b>PLZ 5</b>		
Gemeinschaftskrankenhaus Bonn, Allgemeine Innere Medizin	53113 Bonn	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diabetes Zentrum Oberwesel	55430 Oberwesel	Diabeteszentrum DDG
Diabetes- und Stoffwechselpraxis Wetter	58300 Wetter	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Mariannen Hospital Werl, Fußambulanz	59457 Werl	Fußbehandlungseinrichtung DDG
<b>PLZ 6</b>		
Praxis Dr. Klöpffer	61231 Bad Nauheim	Diabeteszentrum DDG
St. Vincenz Krankenhaus Limburg, Zentrum für Diabetologie und Ernährungsmedizin	65549 Limburg	Diabeteszentrum DDG 
Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Innere Medizin 1 – Endokrinologie, Diabetologie, Stoffwechselkrankheiten	69120 Heidelberg	Fußbehandlungseinrichtung DDG
<b>PLZ 7</b>		
Diakonie-Klinikum Stuttgart, Diabetologie	70176 Stuttgart	Diabeteszentrum DDG
VaiSana Ärztehaus GmbH, Dres. med. Ekkehard Spohr, Ulrich Sapper, Christoph Klinger	71665 Vaihingen an der Enz	Diabeteszentrum DDG
Städtisches Klinikum Karlsruhe, Medizinische Klinik II/Klinik für Gastroenterologie, Diabetologie und Hepatologie	76133 Karlsruhe	Diabeteszentrum DDG
Vinzentius Krankenhaus Landau, Medizinische Klinik I	76829 Landau	Diabetes Exzellenzzentrum DDG
<b>PLZ 8</b>		
Gemeinschaftspraxis Diedorf	86420 Diedorf	Diabeteszentrum DDG  
Endokrinologikum Ulm MVZ	89073 Ulm	Diabeteszentrum DDG
<b>PLZ 9</b>		
Gemeinschaftspraxis Dres. Böhmer/Kirpal	90480 Nürnberg	Diabeteszentrum DDG
Gemeinschaftspraxis Dres. Swoboda & Schmidt	97199 Ochsenfurt	Diabeteszentrum DDG
Gesundheitszentrum Weimar, MVZ – Diabetologische Schwerpunktpraxis	99427 Weimar	Fußbehandlungseinrichtung DDG

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

Tim Lenze, Essen  
 Dr. Laura Araschmid, Hannover  
 Dr. Sara Kappernagel, Münster  
 Iulia Trofimova, Potsdam  
 Dr. Maximilian Dierkes, Duisburg  
 Caroline Herzfeld, Hamburg  
 Dr. Liska Liebke, Schenefeld  
 Dr. Marcia Röper, Düsseldorf  
 Martina Span, Ansbach  
 Dr. Yasin Altinsoy, Köln  
 Dr. Katharina Böttger, Frankfurt am Main  
 Miljana Grkinic Jovanovic, Wesel  
 Hoger Ali, Euskirchen  
 Dr. Susanne Arenbeck, Haibach  
 Caroline Febriani Husada, Düsseldorf  
 Dr. Lara Magdalena Hünemohr, Wiesbaden  
 Dr. Julia Schneidewind, Ahrensburg  
 Dr. Philipp Doster, Burrweiler  
 Dr. Huda Chaar, Ansbach  
 Dr. Julia Steiner, Rheinbach  
 Carolin Sopora, Magdeburg  
 Dr. Christiane Rothe, Wilkau-Haßlau  
 Annette Hilmer, Windischeschenbach  
 Dr. Jürgen Streit, Riedenberg  
 Christian Krampf, Dresden  
 Olga Fischer, Moraas  
 Dr. Martin Braun, Burghausen

# Hoffnung auf Alzheimer-Therapie geplatzt

Semaglutid zeigt Effekte auf Biomarker – aber nicht auf den Krankheitsverlauf

**LAS VEGAS/BAGSVÆRD.** Die Wissenschaft sucht intensiv nach krankheitsmodifizierenden Therapien, die das Voranschreiten des Morbus Alzheimer bremsen können. Ein internationales Forscherteam setzte große Hoffnungen in den GLP1-Rezeptoragonisten Semaglutid. Zwei Phase-3-Studien, evoke und evoke+, lieferten allerdings ernüchternde Ergebnisse.

Die Pathophysiologie der Alzheimer-Krankheit ist komplex, berichtet Professor Dr. JEFFREY CUMMINGS vom Chambers-Grundy Center for Transformative Neuroscience der Universität von Nevada in Las Vegas (s. Kasten). Die Wissenschaft versucht, sich diese Besonderheiten unter therapeutischen Aspekten zunutze zu machen. Mit Aducanumab, Lecanemab und Donanemab stehen bereits drei monoklonale Anti-Amyloid-Antikörper zur Verfügung, die den kognitiven Abbau bei Alzheimer-Demenz verlangsamen. Sie müssen allerdings intravenös verabreicht werden und bergen nicht unerhebliche Risiken wie amyloidassozierte Bildgebungsanomalien. Prof. Cummings und weitere internationale Wissenschaftler\*innen setzten deshalb große Erwartungen in die Gruppe der GLP1-Rezeptoragonisten. Untersuchungen am Tiermodell, klinische Studien mit an Alzheimer Erkrankten sowie Post-hoc-Analysen von Diabetes-

und Adipositasstudien hatten nämlich auf mögliche neuroprotektive Effekte der Wirkstoffe hingedeutet. Sie aktivieren GLP1-Rezeptoren, die auch im Gehirn nachweisbar sind, erläutern die Forschenden. Die Rezeptoren sind an vielen bio-

logischen Prozessen beteiligt, die potenziell einen Nutzen bei Morbus Alzheimer haben können, darunter

- die Stabilisierung der Blut-Hirn-Schranke und der Gefäßgesundheit,
- die Förderung der Homöostase von Mikroglia und Astrozyten,
- die positive Beeinflussung von Immunzellen sowie
- die Verbesserung der synaptischen Variabilität.

Zudem beeinflussen GLP1-Rezeptoragonisten den zerebralen Glukosestoffwechsel günstig und dämpfen systemische Entzündungsvorgänge, die prinzipiell die Neuroinflammation befeuern.

## Mehr als 3.800 Menschen mit Morbus Alzheimer behandelt

Für die beiden Phase-3-Studien entschieden sich die Forschenden für den GLP1-Rezeptoragonisten Semaglutid, da präklinische Studien darauf schließen ließen, dass dieser Wirkstoff möglicherweise wichtige pathophysiologische Prozesse der

Alzheimer-Krankheit günstig beeinflussen kann. Angesichts der eingeschränkten Liquorgängigkeit von Semaglutid gingen sie größtenteils von indirekten Effekten aus. Allerdings deuteten sich im Tiermodell zusätzlich unmittelbare Wirkungen in einigen Hirnregionen an. Darüber hinaus sind die Behandlungserfahrungen mit diesem Wirkstoff beträchtlich: Gegenwärtig liegen Daten zu mehr als 37 Millionen Patient\*innen nach Semaglutid-Exposition

in verschiedenen Patientenpopulationen vor.

Die beiden randomisierten, placebo-kontrollierten Doppelblindstudien evoke und evoke+ prüften das krankheitsmodifizierende Potenzial sowie die Sicherheit und Verträglichkeit von Semaglutid bei Menschen mit Morbus Alzheimer. An ihnen nahmen zwischen 2021 und 2023 1.855 bzw. 1.953 Menschen im Alter zwischen 55 und 85 Jahren teil, bei denen leichte kognitive Einschränkungen oder eine

leichte Demenz festgestellt worden war. In allen Fällen war mittels Amyloidnachweis in der Positronen-Emissions-Tomografie oder im Liquor ein Morbus Alzheimer im Frühstadium diagnostiziert worden. Gemäß Randomisierung nahm je etwa die Hälfte der Studienteilnehmenden zwei Jahre lang täglich Semaglutid oder ein Placebo ein.

## Entscheidung gegen Erweiterungsstudie

Die Primäranalyse wurde noch nicht im Peer-Review-Verfahren publiziert, der Industriesponsor Novo Nordisk äußerte sich nun jedoch bereits zu den Ergebnissen. Die Analyse des primären Studienendpunkts nach diesem Zeitraum zeigte demnach keinen signifikanten Behandlungsvorteil in der Semaglutid- gegenüber der Kontrollgruppe hinsichtlich der Krankheitsprogression: Die mittels „Clinical Dementia Rating – Sum of Boxes“ objektivierte kognitive und funktionelle Leistungsfähigkeit der Teilnehmenden hatte sich in beiden Gruppen ähnlich stark verändert. In beiden Studien führte Semaglutid zur Verbesserung von Alzheimer-Biomarkern, dies spiegelte sich jedoch nicht in einer Verzögerung des Krankheitsfortschritts wider. Deshalb verzichteten die Studieninitiator\*innen auf die ursprünglich geplante jeweils einjährige Erweiterungsstudie. Dr. med. Judith Lorenz

Cummings JL et al. Alzheimers Res Ther 2025; 17(1): 14; doi: 10.1186/s13195-024-01666-7

Presse-Info Novo Nordisk: novonordisk.com/content/nncorp/global/en/news-and-media/news-and-ir-materials/news-details.html?id=916462

## Biologische Treiber der Alzheimer-Erkrankung

Die Alzheimer-Erkrankung entsteht durch ein komplexes Zusammenspiel mehrerer pathophysiologischer Prozesse im Gehirn. Neben den klassischen Proteinablagerungen rücken zunehmend auch vaskuläre Veränderungen und entzündliche Mechanismen in den Fokus der Forschung. Die wichtigsten krankheitsrelevanten Prozesse im Überblick:

- zerebrale Ablagerung von Beta-Amyloid-Plaques
- Neuroinflammation schon im Frühstadium als Folge der Störung der Blut-Hirn-Schranke
- Neurofibrillen aus phosphoryliertem Tau-Protein
- mikrovaskuläre Dysfunktion
- Störung der Blut-Hirn-Schranke
- systemische Inflammation

»Im Gehirn sind GLP1-Rezeptoren nachweisbar«

## »Mutig und richtig, dass evoke durchgeführt wurde«

Die Schnittstelle von Diabetes und Demenz sollte weiter erforscht werden – auch im Hinblick auf Prävention

**ULM.** Der Endokrinologe und Diabetologe Professor Dr. MARTIN HENI 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. Wie schätzt er die Ergebnisse der evoke-Studien und das neuroprotektive Potenzial moderner Antidiabetika ein?

Warum, glauben Sie, haben sich die vielversprechenden Beobachtungsdaten zu GLP1-Rezeptoragonisten im Menschen – speziell bei Semaglutid in evoke und evoke+ –

## INTERVIEW



Professor Dr. Martin Heni  
Universitätsklinikum Ulm

Foto: Mariaclaudia Cerrai Ceroni, Universität Ulm

nicht in klinisch relevanten Effekten widerspiegelt?

Professor Dr. Heni: Die evoke-Daten sollten nicht als fundamentale Widerlegung des neuroprotektiven

Potenzials moderner Antidiabetika interpretiert werden. Sie zeigen vor allem, dass orales Semaglutid bei bereits symptomatischer, biologisch gesicherter Alzheimer-Erkrankung keinen klinisch messbaren Effekt auf die Progression der Erkrankung gezeigt hat. Das ist eine wichtige, aber eben auch eine sehr spezifische Aussage. Die Studie schließt damit keineswegs aus, dass moderne Antidiabetika in anderen klinischen Konstellationen neuroprotektiv wirken und zur Demenzprävention beitragen könnten. Aus meiner Sicht gibt es mehrere plausible Gründe für diese Diskre-

panz. Erstens war die in Beobachtungsstudien adressierte Frage eher eine Präventionsfrage: Entwickeln Menschen mit Typ-2-Diabetes, die mit einem GLP1-RA behandelt werden, seltener eine Demenz/Alzheimer-Krankheit? evoke

»Es gibt mehrere plausible Gründe für diese Diskrepanz«

Professor Dr. Martin Heni

hat dagegen eine Therapiefrage geprüft, also ob bei bereits symptomatischer Alzheimer-Erkrankung durch die Therapie der klinische Verlauf verzögert werden kann. Das sind zwei unterschiedliche klinische Situationen. Die Beobachtungsstudien zeigten eine reduzierte Demenzinzidenz bei Menschen mit Typ-2-Diabetes, die mit GLP1-RA behandelt wurden, während in evoke eine Population mit diagnostizierter Alzheimer-Erkrankung untersucht wurde. Es ist außerdem gut möglich, dass die falschen Patient\*innen für die

Fragestellung untersucht wurden. In der Diabetologie sehen wir täglich, dass moderne Diabetesmedikamente nicht nur auf einen einzelnen Endpunkt wirken, sondern auf verschiedenen Mechanismen wie Entzündung, Körpergewicht, Insulinresistenz, Blutgefäße und verschiedene andere Organfunktionen. Das gilt übrigens nicht nur für GLP1-RA, sondern auch für SGLT2-Inhibitoren, für die ebenfalls Beobachtungsstudien eine niedrigere Demenzzinzidenz nahelegen. Solche Effekte könnten potenziell in früheren, metabolisch geprägten oder vaskulär beeinflussten Stadien verschiedener Demenzformen von größerer Bedeutung sein als bei bereits manifester amyloidpositiver Alzheimer-Demenz. Dann sind wahrscheinlich andere Mechanismen für den Krankheitsverlauf ausschlaggebend.

**?** Könnte die eingeschränkte ZNS-Penetration durch Semaglutid der entscheidende begrenzende Faktor gewesen sein?

**Prof. Heni:** Die eingeschränkte ZNS-Penetration könnte durchaus ein relevanter limitierender Faktor gewesen sein.

Ich würde aber nicht sagen, dass Semaglutid das Gehirn gar nicht erreicht. Wahrscheinlich gelangt ein GLP1-RA zumindest zu Neuronen in Hirnarealen mit weniger dichter Blut-Hirn-Schranke. Das dürfte auch für klinische Effekte

wie Gewichtsabnahme und wahrscheinlich zum Teil auch für Übelkeit mit verantwortlich sein. Die entscheidende Frage ist aber, ob in ausreichendem Maß auch Hirnregionen erreicht werden, die für Gedächtnis und Krankheitsprogression bei Alzheimer besonders wichtig sind. Genau daran bestehen aus meiner Sicht durchaus Zweifel. Damit war die evoke-Studie ein Test der Frage, ob periphere metabolische und immunmodulierende Effekte ausreichen, um den Verlauf der Alzheimer-Erkrankung günstig zu beeinflussen. Wir wissen, dass GLP1-RA Entzündungsprozesse modulieren können und den Stoffwechsel deutlich verbessern. In evoke zeigte sich das auch: Das CRP sank deutlich und das Gewicht nahm ab. Klinisch blieb jedoch ein Effekt auf Gedächtnis und Krankheitsverlauf aus. Das spricht dafür, dass diese peripheren Wirkungen allein zumindest in dieser Situation nicht ausreichen, um die Alzheimer-Progression messbar zu bremsen.

**?** Wie bewerten Sie die Diskrepanz zwischen verbesserten Alzheimer-Biomarkern und fehlender klinischer Wirksamkeit? Was sagt uns das über die Validität der Biomarker?

**Prof. Heni:** Diese Diskrepanz zeigt aus meiner Sicht vor allem, dass biologische Aktivität und klinischer Nutzen bei Alzheimer-Krankheit nicht dasselbe sind. In evoke gab es durchaus Hinweise darauf, dass Semaglutid biologisch wirksam war: Entzündungsmarker wie CRP gingen deutlich zurück, und auch einzelne alzheimerassoziierte Biomarker bewegten sich in eine günstige Richtung. Gleichzeitig blieb ein Effekt auf Gedächtnis und Krankheitsverlauf aus. Ich würde daraus aber nicht ableiten, dass Biomarker in der Demenzforschung nutzlos sind. Die Pathogenese der Alzheimer-Erkrankung ist noch immer nicht ausreichend verstanden und wir wissen immer noch nicht sicher, welche Biomarker in welchem Krankheitsstadium tatsächlich eine klinische Stabilisierung oder Besserung verlässlich anzeigen. Biomarker können also zeigen, dass ein Wirkstoff in pathophysiologische Prozesse eingreift, ohne dass das automatisch mit einem klinisch relevanten Nutzen verbunden sein muss.

Das unterscheidet die Alzheimer-Forschung auch von vielen anderen Bereichen der Medizin, z. B. von der Diabetologie: In unserem Bereich kennen wir verschiedene Biomarker, die den weiteren klinischen Verlauf ziemlich verlässlich vorhersagen, z. B. die Albuminurie (uACR). Bei Alzheimer sollten Biomarker deutlich vorsichtiger interpretiert werden. Dieses Grundproblem hat die Alzheimer-Forschung seit Jahren. Verschiedene Therapieansätze haben Veränderungen von Biomarkern bewirkt, ohne dass sich daraus ein entsprechend klarer klinischer Effekt ergeben hat. Für mich ist deshalb die wichtigste Schlussfolgerung: Biomarker sind auch in der Demenzforschung wichtig, aber sie sind kein Ersatz für klinische Endpunkte. Entscheidend bleibt, ob sich Gedächtnis und Krankheitsverlauf tatsächlich günstig beeinflussen lassen.

**?** Könnte die komplexe, multifaktorielle Pathophysiologie der Alzheimer-Krankheit bedeuten, dass monotherapeutische metabolische Ansätze grundsätzlich limitiert sind?

**Prof. Heni:** Das ist gut möglich. Die Alzheimer-Erkrankung ist pathogenetisch so komplex, dass ein einzelner metabolischer Ansatz im bereits symptomatischen Stadium wahrscheinlich nur begrenzt wirksam sein kann. Ich würde den Blick aber nicht nur auf Alzheimer verengen, sondern breiter auf Demenz insgesamt

»Das Potenzial moderner Antidiabetika könnte in der Prävention von Demenz liegen«

Professor Dr. Martin Heni

richten, also auch auf vaskuläre und gemischte Demenzformen, bei denen metabolische und vaskuläre Faktoren sehr wahrscheinlich ebenfalls eine sehr wichtige Rolle spielen. Ich fand es mutig und richtig, dass evoke durchgeführt wurde. Solche Studien sind wichtig, auch wenn sie negativ ausfallen. Ich hoffe sehr, dass trotz des negativen Befundes in evoke nicht nur Wissenschaftler, sondern auch Pharmaunternehmen die klinisch hochrelevante Schnittstelle von Diabetes und Demenz weiterverfolgen und auch Studien zur Prävention durchführen. Das sind sicher deutlich schwierigere Studien, weil sie größer und deutlich länger sein müssen. Aber wahrscheinlich sind genau das die entscheidenden Studien. Denn es könnte gut sein, dass das eigentliche Potenzial moderner Antidiabetika weniger in der Behandlung einer bereits manifesten Alzheimer-Erkrankung liegt als in der Prävention von Demenz.

Interview:  
Nicole Finkenauer



**FREESTYLE LIBRE 3 PLUS**

# Messbar mehr Fortschritt.<sup>1,2</sup>

Die Verwendung von CGM-Systemen führt zu messbaren Verbesserungen in der Diabetestherapie.<sup>1,2</sup> Vertrauen Sie auf das meistgenutzte Glukose-Sensor-System.<sup>3</sup>

-  **Mehr Sicherheit.** Nachweislich weniger Hypoglykämien<sup>4,5</sup> und mehr Zeit im Zielbereich<sup>5</sup>.
-  **Mehr Kontrolle.** Glukosewerte jede einzelne Minute<sup>6</sup> und Tragedauer bis zu 15 Tagen<sup>7</sup>.
-  **Konnektivitäten Plattform der Zukunft.**



**Das ist Fortschritt.**

Mehr erfahren unter [freestyle.de](https://freestyle.de)



Agenturfoto. Mit Model gestellt. Glukosdaten dienen zur Illustration, keine echten Patientendaten. Das Lesegerät oder die Apps der FreeStyle Libre Messsysteme sind sowohl in mg/dL als auch mmol/L erhältlich.

1. Rizos, E. et al. Diabetes Technol Ther. 2025; doi: 10.1089/dia.2024.0599. 2. Ferreira, R. et al. Diabetes Technol Ther. 2024; 26(4):252-262. 3. Die Aussage basiert auf der Anzahl der Nutzer des FreeStyle Libre Messsystems weltweit im Vergleich zu der Nutzeranzahl anderer führender sensorbasierter Glukosemesssysteme für den persönlichen Gebrauch. Quelle: Daten liegen vor. Abbott Diabetes Care. 4. Haak, T. et al. Diabetes Ther. 2017; 8(1):55-73. Studie wurde mit 224 Erwachsenen durchgeführt. 5. Bolinder, J. et al. Lancet. 2016; 388(10057):2254-2263. Studie wurde mit 239 Erwachsenen durchgeführt. 6. Der Sensor ist 60 Minuten nach der Aktivierung für die Glukosemessung bereit. 7. Das Setzen eines Sensors erfordert ein Einführen des Sensorfilaments unter die Haut. Der Sensor kann bis zu 15 Tage lang getragen werden.

Das Sensorgehäuse, FreeStyle, Libre und damit verbundene Markennamen sind Marken von Abbott.

© 2025 Abbott. ADC-110801 v1.0





# So lebt es sich mit dem Etikett „Diabetes“

Stigmata belasten und beeinflussen zudem auch die Stoffwechsellage

**MANNHEIM.** Nahezu alle Menschen mit Diabetes in Deutschland und weltweit haben bereits Erfahrung mit Stigmatisierung gemacht. Dies führt zu negativen Auswirkungen auf Psyche, Selbstmanagement und Stoffwechsel, die valide messbar sind. Um Schuldzuweisungen und Vorurteilen entgegenzuwirken, braucht es mehr gesamtgesellschaftliches Engagement und empathische Kommunikation.

**D**iabetesbezogene Stigmatisierung ist weit mehr als ein Randphänomen. Wie Professor Dr. BERNHARD KULZER aus Bad Mergentheim erläuterte, gibt es neben konkret erlebter auch wahrgenommene und antizipierte Stigmatisierung. „Am folgenschwersten ist die Selbststigmatisierung, denn sie führt zu einem negativen Selbstbild und wirkt psychologisch am stärksten.“

Der Psychologe präsentierte erste Daten aus einer Umfrage des dia-link-Panels, bei der 602 Menschen mit Diabetes – 489 mit Typ-1-Diabetes (T1D), 113 mit Typ-2-Diabetes (T2D) – nach ihren Erfahrungen mit diabetesbezogener Stigmatisierung befragt wurden. Demnach haben 74 % der Menschen mit T1D und 56 % derer mit T2D bereits Zweifel an ihrer Leistungsfähigkeit erlebt. Auch negative Kommentare zur Ernährung (T1D: 82 %, T2D: 68 %) oder Mitleidsbekundungen (T1D: 93 %, T2D: 71 %) werden häufig geäußert. Nur 2 % der Befragten hatten insgesamt noch keinerlei Stigmatisierung erlebt.

Deutschland hinkt bei der wissenschaftlichen Erfassung von Stigma zwar international hinterher,

»Die Muster sind international identisch«

berichtete die Psychologin LAURA KLINKER, Bad Mergentheim. Doch inzwischen stünden validierte Übersetzungen der international gebräuchlichen Tools DSAS-1 und DSAS-2 (Diabetes Stigma Assess-

ment Scale) zur Verfügung. Sie erlaubten eine Verknüpfung der dia-link-Ergebnisse mit den bekannten internationalen Daten (s. Kasten). Im weltweiten Vergleich lägen die deutschen Werte etwas niedriger, doch die Muster seien identisch. Klinker betonte: „Wir sehen klar: Je stärker Schuldzuweisungen und Vorurteile erlebt werden, desto größer ist die psychische Belastung.“

## Moralische Bewertung der Erkrankung führt zu Problemen

Wie gravierend die Folgen von Stigmatisierung sein können, schilderte der Hamburger Diabetologe Dr. JENS KRÖGER: „Stigma führt zu Scham, Schuld und Selbstwertverlust, weil die Erkrankung moralisch bewertet wird.“ Die Folgen reichten von sozialem Rückzug über depressive Symptome oder Stressreaktionen bis hin zu Angstzuständen oder Essstörungen – mit direktem Ein-

fluss auf die Stoffwechselkontrolle. Viele Menschen mit Diabetes erleben unfaire Behandlung in Bezug auf Berufsziele, Versicherung oder Führerscheinvergabe. All das habe auch sozioökonomische Folgen, sagte Dr. Kröger und sprach sich für mehr Engagement im Kampf gegen Stigmatisierung aus.

Professor Dr. ANDREAS FRITSCHKE vom Universitätsklinikum Tübingen forderte ebenfalls eine andere Wahrnehmung des Diabetes – vor allem mit Blick auf Typ-2-Diabetes. Politik und Öffentlichkeit, aber auch der Medizinbetrieb simplifizierten das Krankheitsbild stark. So würden Menschen mit Diabetes von vielen Fachgebieten per se als vulnerable Risikogruppe eingeordnet – unabhängig von Typ, Verlauf oder Folgeerkrankungen. „Was macht diese Etikettierung mit Betroffenen? Sie stilisiert sie zu potenziellen Opfern.“ Dem müsse die Diabetologie Empowerment entgegensetzen.

## Fortschritte können auch eine Schattenseite haben

Professorin Dr. JULIA SZENRÖDI vom Universitätsklinikum Heidelberg wiederum lenkte den Blick auf moralisch-ethische Fragen, die mit der wachsenden Verbreitung von Früherkennungsmaßnahmen beim Typ-1-Diabetes aufkommen: „Wenn Typ-1-Diabetes vorhersehbar wird, stellt sich irgendwann die Frage: Hätte man das nicht verhindern können?“ Auch Fortschritte in der Diabetestechnologie hätten eine stigmatisierende Schattenseite: „Es entsteht der Druck, perfekt

## Die Online-Plattform dia-link

„Gemeinsam forschen“ ist das Motto von dia-link, einer Online-Befragungsplattform, die Menschen mit Diabetes, ihre Angehörigen und Behandelnde zu verschiedenen Aspekten des Diabetes, neuen Therapien und Technologien befragt.

Initiiert wurde dia-link von FIDAM (Forschungsinstitut der Diabetes-Akademie Bad Mergentheim). Ziel ist es, die Diabetesversorgung zu verbessern, indem die Perspektive der drei Zielgruppen (Menschen mit Diabetes, Angehörige, Behandelnde) stärker in politischen sowie forschungs- und entwicklungsrelevanten Entscheidungen berücksichtigt wird. Forschende bei FIDAM bereiten die Umfrageergebnisse auf, anschließend werden sie Entscheidungsträgern aus Forschung, Industrie und Politik zugänglich gemacht. Bei all dem stehen die Anonymität und der Schutz der persönlichen Daten an erster Stelle.

[www.dialink-diabetes.de/home](http://www.dialink-diabetes.de/home)

## Internationale Zahlen zum Diabetes-Stigma

Die bislang größte Metaanalyse von 27 Studien<sup>1</sup> zu Diabetes-Stigmatisierung und ihren Folgen (n=5.422) ergab:

- **Prävalenz bei Erwachsenen mit T1D:** 52–78 %
- **Prävalenz bei Erwachsenen mit T2D:** 12–70 %
- **Prävalenz bei Jugendlichen mit T1D:** 59–98 %
- **Klinische Assoziationen:** höhere HbA<sub>1c</sub>-Werte in allen Altersgruppen und Diabetesformen, mehr DKA- und Hypoglykämie-Episoden bei Jugendlichen mit T1D
- **Psychosoziale Folgen:** niedrigeres Selbstwertgefühl, erhöhte Depressivität und Angst, mehr Diabetesdistress
- **Selbstmanagement:** weniger Adhärenz, Vermeidung von Selbstfürsorge, sozialer Rückzug
- **Kulturelle und soziale Einflüsse:** höheres Stigma bei Frauen, Menschen mit niedrigerem Einkommen und in kulturellen Kontexten, die Diabetes moralisch bewerten

1. Eitel KB et al. J Endocr Soc 2024; 8(9): bvae136; doi:10.1210/jeendo/bvae136

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

### Videoreihe „Start in einen aktiven Alltag“ von diabinfo

Bei diabinfo – Das Diabetesinformationsportal ist eine neue Videoreihe gestartet. Die Reihe „Ihr Start in einen aktiven Alltag“ will Menschen dabei unterstützen, Bewegung ganz einfach in ihr Leben zu integrieren. Zum Auftakt erklärt Professorin Dr. CHRISTINE JOISTEN, Fachärztin für Allgemeinmedizin mit Schwerpunkt Sportmedizin an der Deutschen Sporthochschule Köln, warum Bewegung ein echter „Gamechanger“ ist. Erste Übungsvideos stehen zum Mitmachen bereit. Die Übungen sind alltagsnah gestaltet und lassen sich ohne Geräte durchführen. In den nächsten Monaten kommen weitere Videos hinzu. [diabinfo.de](http://diabinfo.de)

### diabinfo im Dialog: Vermeiden, Aufhalten, Heilen?

Wie lässt sich Diabetes vorbeugen? Unter welchen Voraussetzungen kann sich ein Typ-2-Diabetes zurückbilden? Und welche Behandlungsperspektiven gibt es für Menschen mit Typ-1-Diabetes? Das sind die Themen der sechsten Ausgabe des Online-Patientenforums „diabinfo im Dialog“ am Donnerstag, 16. Juli 2026, 16.30 bis 18.00 Uhr. Zwei Vorträge geben verständliche Einblicke in aktuelle Entwicklungen aus der Diabetesforschung. Im Anschluss haben Teilnehmende die Möglichkeit, ihre Fragen direkt an die Referierenden zu richten. Teilnahme via Zoom, mehr unter [diabinfo.de/leben/info-ecke/veranstaltungen.html](http://diabinfo.de/leben/info-ecke/veranstaltungen.html)

sein zu müssen: Warum gibt es noch Hypoglykämien, wenn die Technik so gut ist?“ Auch die Fehlannahme, dass eine Blutzuckeroptimierung automatisch Komplikationen verhindert, berge die Gefahr einer Stigmatisierung. Prof. Szenrödi warb für eine empathische Kommunikation zur Weichenstellung: „Hoffnung, Zuversicht und Handlungsfähigkeit fördern Partizipation. Sprache kann empowern oder beschämen. Sie entscheidet über Therapieerfolg und Lebensqualität.“ Antje Thiel

Diabetes Herbsttagung 2025

Der Gemeinsame Bundesausschuss als höchstes Gremium der Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitssystem entscheidet:

# Wirtschaftlichkeit und medizinische Notwendigkeit der ambulanten Vakuumversiegelungstherapie ist belegt!<sup>1</sup>

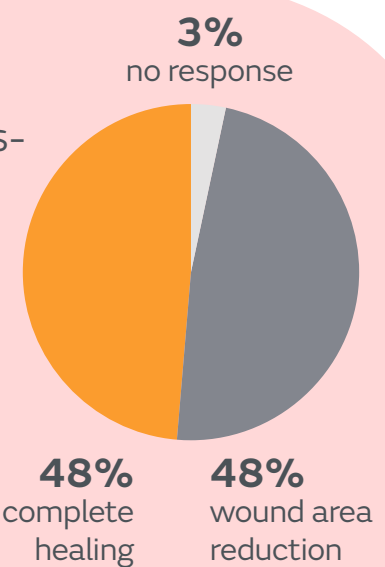


[www.vakuumversiegelungstherapie.de](http://www.vakuumversiegelungstherapie.de)

Beste Aussichten für die Heilung: PICO<sup>◇</sup> hilft, Wunden schneller zu schließen. Und ist dabei so einfach zu handhaben wie ein Verband.

## Smith+Nephew

Ein aktuelles Qualitätsverbesserungs-Audit aus Deutschland zeigt:  
**48% der mit PICO behandelten chronischen Wunden heilten innerhalb von 12 Wochen ab.**



Hier mehr lesen:



J. Seidl, S. Festl, E. Zisimopoulou, Quality Improvement Audit for hard-to-heal wounds using SNPWT, poster published at EWMA congress, May 2026

+ Extrabudgetäre<sup>2</sup> EBM-Erstattung

+ Separate Sachkosten<sup>3</sup>

### Wundmanagement

Smith & Nephew GmbH

[smith-nephew.de](http://smith-nephew.de)

Hersteller: Smith & Nephew Medical Limited  
101 Hessele Road, HU3 2BN, Hull, U.K.

\* auch NPWT oder Unterdruckwundtherapie genannt

<sup>1</sup> <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/831/>

<sup>2</sup> Seit 01.10.2020, mit jährlicher Re-Evaluierung; Quelle: Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 788. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) mit Wirkung zum 1. Januar 2026.

<sup>3</sup> Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 776. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 01. April 2025.



# Angebote zur **DDG** Fort- & Weiterbildung

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



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

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

## FÜR ÄRZT\*INNEN

### Kurs Klinische Diabetologie

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



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

### Kommunikation und patientenorientierte Gesprächsführung

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



Termin	Ort
05.06.2026 – 14.06.2026	Göttingen und online
07.09.2026 – 18.10.2026	Göttingen und online
20.11.2026 – 05.12.2026	Göttingen und online
18.11.2026 – 29.11.2026	Berlin und online
26.06.2026 – 29.06.2026	Augsburg und online
04.09.2026 – 07.09.2026	Augsburg und online
20.11.2026 – 23.11.2026	Augsburg und online
22.07.2026 – 12.08.2026	Essen und online
26.08.2026 – 16.09.2026	Essen und online
18.11.2026 – 09.12.2026	Essen und online

### Adiposilog\*in DAG-DDG

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



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

### Diabetologie DEEP

Diese Fortbildungsreihe aus dem Bereich Fachexpertise der DDG Akademie dient der Vertiefung und Erweiterung des Wissens in spezifischen Gebieten der Diabetologie und richtet sich explizit an Fortgeschrittene (Ärzt\*innen und Gesundheitsfachkräfte aus Klinik und Praxis mit Erfahrung in der Diabetologie).



Termin	Ort
17.06.2026	online, Thema: Auge & Diabetes <i>Kurs für Ärzt*innen mit Erfahrung in der Diabetologie</i>
08.07.2026	online, Thema: Medizincontrolling <i>Kurs für Ärzt*innen mit Erfahrung in der Diabetologie</i>

## FÜR GESUNDHEITSFACHKRÄFTE UND ANDERE BERUFSGRUPPEN

### Diabetesedukation DDG

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



Weitere Kurse ab 2027 finden Sie auf der Website.

### Diabetesassistent\*in DDG



Kurs-Nr.	Termin	Weiterbildungsstätte
LP 03	29.06.2026 – 27.11.2026	Diabeteszentrum Leipzig
HH 03	24.08.2026 – 18.12.2026	Diabetes-Akademie Nord Hamburg
RH 13	14.09.2026 – 22.01.2027	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine
BO 06	28.09.2026 – 08.01.2027	Augusta Akademie Bochum
RH 14	02.11.2026 – 05.03.2027	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine
TR 03	09.11.2026 – 09.04.2027	Diabetes-Akademie Südbayern Traunstein
HH 04	18.01.2027 – 25.06.2027	Diabetes-Akademie Nord Hamburg
JE 07	08.02.2027 – 28.05.2027	Diabeteszentrum Thüringen Jena
BO 07	15.02.2028 – 04.06.2027	Augusta Akademie Bochum
RH 15	22.02.2027 – 04.06.2027	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine
BER 03	22.03.2027 – 04.06.2027	Wannsee-Akademie der Wannseeschule Berlin
RH 16	12.04.2027 – 10.09.2027	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine
LP 04	24.05.2027 – 05.11.2027	Diabeteszentrum Leipzig
BO 08	05.07.2027 – 29.10.2027	Augusta Akademie Bochum
RB 11	12.07.2027 – 12.11.2027	Katholische Akademie Regensburg
RH 17	13.09.2027 – 07.01.2028	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine
JE 08 LÄK	27.09.2027 – 26.11.2027	Diabeteszentrum Thüringen Jena
JE 08	27.09.2027 – 04.02.2028	Diabeteszentrum Thüringen Jena
HH 05	27.09.2027 – 31.03.2028	Diabetes-Akademie Nord Hamburg
BO 09	11.10.2027 – 04.02.2028	Augusta Akademie Bochum
RB 12	18.10.2027 – 04.02.2028	Katholische Akademie Regensburg
BMH 04	15.11.2027 – 24.03.2028	Diabetes-Akademie Bad Mergentheim
RH 18	22.11.2027 – 07.04.2028	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine

### Diabetesberater\*in DDG



Kurs-Nr.	Termin	Weiterbildungsstätte
RB 09	06.07.2026 – 16.04.2027	Katholische Akademie Regensburg
RH 13	14.09.2026 – 03.09.2027	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine
BO 06	28.09.2026 – 08.10.2027	Augusta Akademie Bochum
RB 10	19.10.2026 – 03.12.2027	Katholische Akademie Regensburg
RH 14	02.11.2026 – 29.10.2027	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine
TR 03	09.11.2026 – 14.01.2028	Diabetes-Akademie Südbayern Traunstein
JE 07	08.02.2027 – 21.01.2028	Diabeteszentrum Thüringen Jena
RH 15	22.02.2027 – 18.02.2028	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine
BER 03	22.03.2027 – 13.03.2028	Wannsee-Akademie der Wannseeschule Berlin
RH 16	12.04.2027 – 28.04.2028	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine

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

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



[www.ddg.info/diabetesbildung](http://www.ddg.info/diabetesbildung)

**NEU**

Sie sind Diabetesberater\*in DDG und möchten sich für Ihre Berufsgruppe engagieren? Bewerben Sie sich für das neue Mentoringprogramm der DDG für Kurse der Diabetesbildung! Informieren Sie sich bei Ihrer Weiterbildungsstätte oder in der DDG Geschäftsstelle und erwerben sie dafür Fortbildungspunkte des VDBD!



[www.ddg.info/diabetesbildung/mentoring-programm-ddg](http://www.ddg.info/diabetesbildung/mentoring-programm-ddg)

Kurs-Nr.	Termin	Weiterbildungsstätte
BO 08	05.07.2027 – 21.07.2028	Augusta Akademie Bochum
RB 11	12.07.2027 – 28.04.2028	Katholische Akademie Regensburg
RH 17	13.09.2027 – 15.09.2028	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine
BO 09	11.10.2027 – 22.09.2028	Augusta Akademie Bochum
RB 12	18.10.2027 – 27.10.2028	Katholische Akademie Regensburg
BMH 04	15.11.2027 – 24.11.2028	Diabetes-Akademie Bad Mergentheim
RH 18	22.11.2027 – 24.11.2028	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine

**Aufbauqualifikation zum/zur Diabetesberater\*in DDG**

Kurs-Nr.	Termin	Weiterbildungsstätte
RH 11	03.08.2026 – 19.02.2027	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine
BO 04	10.08.2026 – 29.01.2027	Augusta Akademie Bochum
RH 12	05.10.2026 – 16.04.2027	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine
BO 05	23.11.2026 – 18.06.2027	Augusta Akademie Bochum
RB 09	30.11.2026 – 16.04.2027	Katholische Akademie Regensburg
BMH 03	08.03.2027 – 24.09.2027	Diabetes Akademie Bad Mergentheim
BO 06	08.03.2027 – 08.10.2027	Augusta Akademie Bochum
RH 13	08.03.2027 – 03.09.2027	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine
TR 03	12.04.2027 – 14.01.2028	Diabetes-Akademie Südostbayern Traunstein
RH 14	19.04.2027 – 29.10.2027	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine
RB 10	31.05.2027 – 03.12.2027	Katholische Akademie Regensburg
JE 07	31.05.2027 – 21.01.2028	Diabeteszentrum Thüringen Jena
RH 15	16.08.2027 – 18.02.2028	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine
BER 03	06.09.2027 – 13.03.2028	Wannsee-Akademie der Wannseeschule Berlin
RH 16	08.11.2027 – 28.04.2028	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine
RB 11	06.12.2027 – 28.04.2028	Katholische Akademie Regensburg
BO 08	03.01.2028 – 21.07.2028	Augusta Akademie Bochum
RH 17	13.03.2028 – 15.09.2028	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine
BO 09	27.03.2028 – 22.09.2028	Augusta Akademie Bochum
RB 12	27.03.2028 – 27.10.2028	Katholische Akademie Regensburg
BMH 04	08.05.2028 – 24.11.2028	Diabetes Akademie Bad Mergentheim
RH 18	19.06.2028 – 24.11.2028	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine

**Diabetescoach\*in DDG**

Kurs-Nr.	Termin	Weiterbildungsstätte
DC 05	17.06.2026 – 20.11.2026	Katholische Akademie Regensburg / Diabetes Akademie Bad Mergentheim
DC 06	02.12.2026 – 04.06.2027	Katholische Akademie Regensburg / Diabetes Akademie Bad Mergentheim
DC 07	14.04.2027 – 24.09.2027	Katholische Akademie Regensburg / Diabetes Akademie Bad Mergentheim
DC 08	20.10.2027 – 31.03.2028	Katholische Akademie Regensburg / Diabetes Akademie Bad Mergentheim

**Fuß- und Wundassistent\*in DDG**

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

Kurs-Nr.	Termin	Weiterbildungsstätte
60	31.08.2026 – 09.09.2026	CID Centrum für integrierte Diabetesversorgung Köln

Kurs-Nr.	Termin	Weiterbildungsstätte
22	13.10.2026 – 21.10.2026	Katholische Akademie Regensburg
13	03.11.2026 – 11.11.2026	Diabetes Akademie Bad Mergentheim
28	11.11.2026 – 20.11.2026	Diabetes Zentrum Thüringen Jena

**Adipositasberater\*in DAG-DDG**

Vermittelt wird an **fünf Fortbildungstagen** ein kompakter Überblick über den Forschungsstand und die Behandlungsmethoden. Die Lehrinhalte umfassen Aspekte aus Medizin, Ernährungs- und Bewegungstherapie und Psychologie. **Weitere Kurse ab 2027 finden Sie auf der Website.**



Termin	Weiterbildungsstätte
22.06.2026 – 01.07.2026	Katholische Akademie Regensburg und online
03.12.2026 – 09.12.2026	Katholische Akademie Regensburg und online
04.03.2027 – 12.03.2027	Katholische Akademie Regensburg und online
01.07.2027 – 09.07.2027	Katholische Akademie Regensburg und online
07.10.2026 – 15.10.2026	Katholische Akademie Regensburg und online
19.10.2026 – 23.10.2026	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine und online
13.11.2026 – 11.12.2026	Diabetes-Akademie Südostbayern Traunstein und online
22.02.2027 – 26.02.2027	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine und online
18.10.2027 – 22.10.2027	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine und online

➔ Fortsetzung auf Seite 35

**WEITERBILDUNGSSTÄTTEN**

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

Name und Angebote	Adresse und Kontaktdaten
<b>Akademie der Stiftung Mathias-Spital Rheine</b> <i>Diabetesassistent*in DDG, Diabetesberater*in DDG, Diabetesberater*in DDG (Aufbauqualifikation), Diabetes &amp; Pflege, Fuß- und Wundassistentin DDG</i>	Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine Ansprechpartnerin: Marion Pruß ☎ 05971/42-7319 ✉ info@afg-rheine.de 🌐 www.afg.mathias-stiftung.de
<b>Augusta Akademie</b> <i>Diabetesassistent*in DDG, Diabetesberater*in DDG, Diabetesberater*in DDG (Aufbauqualifikation)</i>	Dr.-C.-Otto-Straße 27, 44879 Bochum Ansprechpartnerin: Marie Grothe ☎ 0152/56458325 ✉ m.grothe@augusta-bochum.de ☎ 0234/5173 ✉ info@augusta-akademie.de 🌐 www.augusta-akademie.de
<b>CID Centrum für integrierte Diabetesversorgung</b> <i>Fuß- und Wundassistent*in DDG</i>	Luxemburger Straße 124 (3105), 50939 Köln Ansprechpartner: Dr. Gerald Engels ☎ 0221/9349461 ✉ schulung@cid-direct.de
<b>Diabetes-Akademie Nord</b> <i>Diabetesassistent*in DDG</i>	Mönckebergstraße 5, 20095 Hamburg Ansprechpartner: Vladimir Pogorelets ☎ 0175/8421669 ✉ info@diabetes--akademie-nord.de 🌐 www.diabetes-akademie-nord.de
<b>Diabeteszentrum Thüringen e.V.</b> <i>Diabetesassistent*in DDG, Diabetesberater*in DDG, Fuß- und Wundassistent*in DDG</i>	Am Klinikum 1, 07747 Jena Ansprechpartnerin: Dr. Nadine Zeise ☎ 03641/9324346 ✉ nadine.kuniss@med.uni-jena.de 🌐 www.diabetes-thueringen.de
<b>Diabeteszentrum Leipzig e.V.</b> <i>Diabetesassistent*in DDG</i>	Lützener Straße 145, 04179 Leipzig Ansprechpartnerin: Carola Köhler ☎ 0163/2153519 ✉ diabeteszentrum.leipzig@web.de
<b>Wannsee Akademie des Wannseeschule e.V. Berlin</b> <i>Diabetesassistent*in DDG, Diabetesberater*in DDG, Diabetesberater*in DDG (Aufbauqualifikation)</i>	Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin Ansprechpartnerin: Ria Günther ☎ 030/80686040 ✉ akademie@wannseeschulen.de 🌐 wannseeschulen.de
<b>Diabetes Akademie Bad Mergentheim</b> <i>Diabetesassistent*in DDG, Diabetesberater*in DDG, Diabetesberater*in DDG (Aufbauqualifikation), Fuß- und Wundassistent*in DDG</i>	Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim Ansprechpartnerin: Kathrin Boehm, Simone Pschiebl ☎ 07931/594-165 ✉ info@diabetes-zentrum.de 🌐 www.diabetes-akademie.de
<b>Katholische Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> <i>Diabetesassistent*in DDG, Diabetesberater*in DDG, Diabetesberater*in DDG (Aufbauqualifikation), Diabetescoach*in DDG, Fuß- und Wundassistent*in DDG, Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG, Orthopädienschuhmacher*in DDG</i>	Ostengasse 27, 93047 Regensburg Ansprechpartnerin: Christiane von Lottner ☎ 0941/5696-22 ✉ c.vonlottner@katholischeakademie-regensburg.de 🌐 www.katholischeakademie-regensburg.de
<b>Diabetes-Akademie Südostbayern</b> <i>Diabetesassistent*in DDG, Diabetesberater*in DDG, Diabetesberater*in DDG (Aufbauqualifikation)</i>	An der Eiche 1, 83278 Traunstein Ansprechpartnerinnen: Isabell Baumgartner und Bettina Hafner-Masek ☎ 08663/3090713 ✉ info@diabetes-akademie.net 🌐 diabetes-akademie.net

# Die DDG Job- und Praxenbörse

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



Sie möchten selbst eine Anzeige in der diabeteszeitung schalten? Kein Problem! Das können Sie ganz einfach online auf [www.ddg.info/jobboerse](http://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](mailto:service@ddg.info)

## STELLENANGEBOTE

### ÄRZT\*INNEN

direkt zu allen Anzeigen für Ärzt\*innen



Moers, 10.04.2026

#### Diabetolog\*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: MVZ am Moersbach
- Adresse: Nordring 1-2, 47441 Moers
- Ansprechpartnerin: Tabea Grobe, [hr@medicare-solutions.de](mailto:hr@medicare-solutions.de)
- Website: [diabetologie-moers.de](http://diabetologie-moers.de)

Hamburg, 08.04.2026

#### Diabetolog\*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.07.2026
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetes-Schwerpunktpraxis Rahlstedt/Jenfeld
- Adresse: Berliner Platz 13, 22045 Hamburg
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Elke Marks, [040/67218752](mailto:040/67218752), [marks.diabetes@t-online.de](mailto:marks.diabetes@t-online.de)
- Website: [www.marks-diabetes.de](http://www.marks-diabetes.de)

Schwetzingen, 29.03.2026

#### FA (m/w/d) für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin mit Zusatzausbildung in Diabetologie

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: BAG Dr. med. Gunde Wiel/Beate Lauscher-Schüller
- Adresse: Carl-Benz-Straße 5, 68723 Schwetzingen
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Gunde Wiel, [06202/978793](mailto:06202/978793), [befunde@praxisduo.de](mailto:befunde@praxisduo.de)
- Website: [www.praxisduo-schwetzingen.de](http://www.praxisduo-schwetzingen.de)

Mannheim, 26.03.2026

#### Ärztliche Standortleitung (m/w/d) für Praxis für Endokrinologie und Diabetologie

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Stoffwechselforschung Rhein Pfalz
- Adresse: Belchenstraße 1-5, 68163 Mannheim
- Ansprechpartner: Prof. Dr. med. Per Humpert, [humpert@swzrp.de](mailto:humpert@swzrp.de)
- Website: [www.swzrp.de](http://www.swzrp.de)

Hamburg, 21.03.2026

#### Diabetolog\*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.07.2026
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis Dres. G. Beck und M. Pein
- Adresse: Hudtwalckerstraße 2-8, 22299 Hamburg
- Ansprechpartner: Dr. med. Matthias Pein, [040/272027](mailto:040/272027), [doktores@gastrodiabetes.de](mailto:doktores@gastrodiabetes.de)
- Website: [www.gastrodiabetes.de](http://www.gastrodiabetes.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.

Tübingen, 20.03.2026

#### Clinician Scientists (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: befristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Medizinischen Fakultät der Universität Tübingen - Universitätsklinik für Diabetologie, Endokrinologie und Nephrologie
- Adresse: Geissweg 5/1, 72076 Tübingen
- Ansprechpartnerin: Prof. Dr. med. Sara Y. Brucker, [berufungen.dekanat@med.uni-tuebingen.de](mailto:berufungen.dekanat@med.uni-tuebingen.de)
- Website: [berufungen.uni-tuebingen.de](http://berufungen.uni-tuebingen.de)

Bochum, 18.03.2026

#### Internist\*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: BG Universitätsklinikum Bergmannsheil
- Adresse: Bürkle de la Camp Platz 1, 44789 Bochum
- Ansprechpartnerin: Prof. Dr. med. Wiebke Fenske, [0234/3026400](mailto:0234/3026400), [Christine.Sievers@bergmannsheil.de](mailto:Christine.Sievers@bergmannsheil.de)
- Website: [www.bg-kliniken.de/universitaetsklinikum-bergmannsheil-bochum](http://www.bg-kliniken.de/universitaetsklinikum-bergmannsheil-bochum)

### GESUNDHEITSFACHKRÄFTE

direkt zu allen Anzeigen für Gesundheitsfachkräfte



Laboe, 31.03.2026

#### Diabetesberater\*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Arzttzentrum Laboe
- Adresse: Dellenberg 4-6, 24235 Laboe
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Hege Kristin Kjos-Pötsch, [0177/7665893](mailto:0177/7665893), [dr.kjos-poetsch@online.de](mailto:dr.kjos-poetsch@online.de)
- Website: [www.arzttzentrum-laboe.de](http://www.arzttzentrum-laboe.de)

Eichstätt, 24.03.2026

#### Diabetesberater\*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Klinik Eichstätt
- Adresse: Ostenstraße 31, 85072 Eichstätt
- Ansprechpartnerin: Christina Wagenhuber, [08421/6019405](mailto:08421/6019405), [christina.wagenhuber@klinikallianz.com](mailto:christina.wagenhuber@klinikallianz.com)

Soltau, 23.03.2026

#### Wundassistent\*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabeteszentrum Lüneburger Heide
- Adresse: Walsroder Strae 8, 29614 Soltau
- Ansprechpartner: Dr. med. Ralf Klask, [05191/979610](mailto:05191/979610), [r.klask@dz-lh.de](mailto:r.klask@dz-lh.de)
- Website: [www.dz-lh.de](http://www.dz-lh.de)

Greven, 22.03.2026

#### Diabetesberater\*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetologische Schwerpunktpraxis Greven
- Adresse: Von-Kleist-Straße 2, 48268 Greven
- Ansprechpartner: Dr. med. Christian Otto, [info@innere-diabetologie-greven.de](mailto:info@innere-diabetologie-greven.de)
- Website: [www.innere-diabetologie-greven.de](http://www.innere-diabetologie-greven.de)

Moers, 21.03.2026

#### Diabetesberater\*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Kinderklinik Bethanien Krankenhaus Moers
- Adresse: Bethanienstraße 21, 47441 Moers
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Verena Giesen-Dijkxhoorn, [02841/2002326](mailto:02841/2002326), [verena.giesen@bethanienmoers.de](mailto:verena.giesen@bethanienmoers.de)
- Website: [Bethanien-Moers.de](http://Bethanien-Moers.de)

Lindlar, 12.03.2026

#### MFA (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabeteszentrum Michael Naudorf
- Adresse: Josefsstraße 5a, 51789 Lindlar
- Ansprechpartner: Michael Naudorf, [02266/4634913](mailto:02266/4634913), [eb@praxis-naudorf.de](mailto:eb@praxis-naudorf.de)

Euskirchen, 09.03.2026

#### Diabetesassistent\*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.05.2026
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetesschwerpunktpraxis Dr. Ferber/Roth
- Adresse: Bendenstraße 33, 53879 Euskirchen
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Petra Ferber, [0162/8342571](mailto:0162/8342571), [info@diabetes-eifel.de](mailto:info@diabetes-eifel.de)
- Website: [www.diabetes-eifel.de](http://www.diabetes-eifel.de)

Köln, 08.03.2026

#### Diabetesberater\*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Ambulantes Centrum für Diabetologie Köln-Nippes
- Adresse: Merheimer Straße 217, 50733 Köln
- Ansprechpartnerin: Ellen Zavaleta, [0157/86077921](mailto:0157/86077921), [bewerbungen@diabetes-koeln-nippes.de](mailto:bewerbungen@diabetes-koeln-nippes.de)
- Website: [www.diabetes-koeln-nippes.de](http://www.diabetes-koeln-nippes.de)

Direkt zu allen Stellenangeboten



# STELLENANGEBOTE

Berlin, 06.03.2026

## Diabetesassistent\*in DDG (m/w/d)

- **Arbeitsbeginn:** ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer:** unbefristet
- **Arbeitszeit:** Teilzeit
- **Veröffentlicht von:** Diabeteszentrum Lichtenberg
- **Adresse:** Frankfurter Allee 129, 10365 Berlin
- **Ansprechpartnerin:** Dr. Katja Schmitt, 030/55488125, katja.schmitt@diabeteszentrum-lichtenberg.de
- **Website:** www.diabeteszentrum-lichtenberg.de

# NACHFOLGEGESUCHE

Neuruppin, 09.03.2026

## Diabetologische Schwerpunktpraxis (hausärztlich-internistisch)

- **Praxisbezeichnung:** Schwerpunktpraxis Diabetes
- **Adresse:** 16816 Neuruppin
- **Ansprechpartnerin:** Dr. Leonhardt, co.leonhardt@web.de

Köln, 09.03.2026

## Diabetologische Schwerpunktpraxis mit geringem hausärztlichem Anteil

- **Praxisbezeichnung:** JO20 Praxis
- **Adresse:** Josefstraße 20, Köln 51143
- **Ansprechpartnerin:** Helena Steffens, 0176/64636287, h.steffens@jo20-praxis.de
- **Website:** www.diabetespraxis-steffens.de

Direkt zu allen Nachfolgesuchen



## Fortsetzung Weiterbildung & Qualifikation von Seite 32/33

### Orthopädeschuhmacher\*in DDG

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



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

### Diabetes & Pflege DDG

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



### Diabetesversierte Pflege DDG

Kurs-Nr.	Termin	Weiterbildungsstätte
03	22.10.2026	online



### Diabetes Pflegefachkraft DDG (Klinik)

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



### Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG

Kurs-Nr.	Termin	Weiterbildungsstätte
BaQ BW 15	16.06.2026 – 17.06.2026	Asklepios Klinikum Bad Wildungen
BaQ SCH 01	25.06.2026 – 26.06.2026	Diabeteszentrum Schleswig
BaQ RB 14	23.09.2026 – 24.09.2026	Katholische Akademie Regensburg
BaQ BW 14	28.10.2026 – 29.10.2026	Asklepios Klinikum Bad Wildungen
BaQ BK 09	24.11.2026 – 25.11.2026	Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich



# Die diabeteszeitung – jetzt auch digital

mit Bonusmaterial und interaktiven Inhalten

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



Dokument



Video



Podcast



Umfrage



Interview



Bildgalerie



Jetzt testen!  
qr.medtrix.group/dz-digital

## BUNTES

# Wir sehen uns (meistens) in Berlin!

## 10 Jahre dz – 10 Jahre Kongress-Berichterstattung

**BERLIN.** Seit zehn Jahren gibt es die diabetes zeitung (dz) – und natürlich wird darin seit zehn Jahren über den Diabetes Kongress berichtet. Im Interview erzählt Kongress-Expertin Sabrina Vité aus der DDG Geschäftsstelle, was in Zukunft vom Diabetes Kongress zu erwarten ist.

### ? Wie hat sich der Diabetes Kongress in den letzten 10 Jahren verändert?

**Sabrina Vité:** Der Diabetes Kongress hat sich unglaublich weiterentwickelt und hält locker mit bedeutenden nationalen und internationalen Medizinkongressen mit! Wir haben einen großen Schritt hin zur Professionalisierung der internen Abläufe und Prozesse gemacht und eine Parität zwischen Referentinnen und Referenten sowie gestandenen Expert\*innen und Nachwuchswissenschaftler\*innen erreicht. Das macht das Programm insgesamt jünger und vielseitiger.

### INTERVIEW



Sabrina Vité  
DDG Geschäftsstelle  
Foto: privat

### ? Was hat die Pandemie bewirkt?

**Vité:** Live-Streaming vieler Symposien, Vorträge on demand in der Mediathek, die Online-Zuschaltung von Referierenden, auch international – das alles sind gute Errungenschaften, die kaum noch wegzudenken sind. Dennoch setzen wir auf das Netzwerken vor Ort als Teil des gelebten wissenschaftlichen Diskurses. Die Diabeteswelt ist eine riesengroße Familie. Man schnackt ein wenig, diskutiert, präsen-

tiert und feiert gemeinsam. Ist halt „sprechende Medizin“ ... Der persönliche Kontakt toppt nach wie vor alles Digitale. Und spätestens bei Diabetes-Lauf und DDG Night wollen die Menschen zusammen Spaß haben und nicht am PC sitzen.

### ? Wie nutzen die Teilnehmenden heute digitale und hybride Angebote?

**Vité:** Eine Freistellung zur Kongressteilnahme ist leider keine Selbstverständlichkeit mehr. Und viele junge Familien möchte Beruf, Fort- und Weiterbildung und Qualitytime unter einen Hut bringen. Das verstehen wir und tragen dem Rechnung. Deshalb findet der Kon-

gress hybrid statt. Aber insgesamt freuen wir uns vor allem über die Teilnehmenden vor Ort und für die Kleinen bieten wir eine Kinderbetreuung an – mit echtem Spiel und ganz analog.

### ? Welche Maßnahmen und Überlegungen gibt es zur Nachhaltigkeit?

**Vité:** Zuerst haben wir uns der Reduzierung von Printprodukten gewidmet. Die DDG App wurde weiterentwickelt, damit gedruckte Programmhefte schrittweise verschwinden können. Das sorgt manchmal für Kritik, setzt sich aber durch. Wir promoten den ÖPNV und bevorzugen regionale und vegetarische Speisen. Das Mobiliar wählen wir zur Miete oder verschenken Liegestühle aus dem Overflow-Bereich. Wir achten auf nachhaltige Produkte, nutzen Mehrweggeschirr, ermuntern auch die Ausstellenden dazu und verzichten auf Give-aways. Manchmal gibt es jedoch Grenzen, wenn ein Möbelstück z. B. bestimmte Brandschutznormen erfüllen und beschichtet sein muss, um in der Messe stehen zu dürfen ...

### ? Gibt es Präsentationsformate, die an Bedeutung gewinnen bzw. über die für die Zukunft nachgedacht wird?

**Vité:** Seit 2025 bin ich im Beirat des Zukunftsforums Medizinkongresse, das sich innovativen Kongressformaten, Nachhaltigkeit, KI und Digitalisierung widmet. Kongresse leben von ehrenamtlicher Tätigkeit der Wissenschaftler\*innen, Ärzt\*innen und Gesundheitsfachkräfte. Zeitlich begrenzte Ressourcen, eine gewisse Übersättigung an medialen Angeboten, neue Anforderungen an Formate – die Welt entwickelt sich rasant und wir wollen dabei sein! Hat der Frontalvortrag ausgedient oder ist er bei wissenschaftlichen Inhalten weiterhin das Mittel der Wahl? Die DDG beobachtet, wohin die Fortbildungswelt sich entwickelt. Vieles ist denkbar: Battles of the Experts in Kongressarenen, Gamification, Live-Übertragung aus dem OP, Einsatz von KI sowie die bunte mediale Begleitung des Geschehens – lassen Sie sich überraschen. Interview: Nicole Finkenauer

### Mottos und Präsidentschaft seit 2016

- **2016:** Motto: „Diabetologie interdisziplinär“, Kongresspräsident: Prof. Dr. Andreas Hamann
- **2017:** „Fortschritt für unsere Patienten“, Prof. Dr. Annette Schürmann, Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland (Präsidentschaft übernommen für den verstorbenen Prof. Dr. Stephan Matthaei); Kongress fand in Hamburg statt
- **2018:** „Wissenschaft und klinischer Fortschritt – gemeinsam in die Zukunft“, Prof. Dr. Jochen Seufert
- **2019:** „Diabetes – nicht nur eine Typ-Frage“, Prof. Dr. Michael Roden
- **2020:** Kongress wegen der COVID-19-Pandemie abgesagt
- **2021:** „Präzisionsmedizin – eine Reise in die Zukunft der Diabetologie“, Prof. Dr. Hendrik Lehnert (Pandemie, deshalb rein virtueller Kongress)
- **2022:** „Hand in Hand zum Ziel – einfach. besser.messbar“, Prof. Dr. Jens Aberle (erster hybrider Kongress mit Programm vor Ort und der Möglichkeit virtueller Teilnahme)
- **2023:** „Vielfalt & Individualität – Diabetes neu denken“, Prof. Dr. Matthias Blüher
- **2024:** „Diabetes.Umwelt.Leben. Perspektiven aus allen Blickwinkeln“, Professor Dr. Baptist Gallwitz
- **2025:** „Neue Dimensionen der Diabetologie – Individuell. Interdisziplinär. Innovativ“, Prof. Dr. Martin Heni



zukunftsforum-  
medizinkongresse.de

+++ Die nächste Ausgabe der diabetes zeitung erscheint am 15. Juli +++