



Foto: Pressmaster/gettyimages

## Große Pläne

Gesundheit in der Schule,  
Screening, Zuckersteuer:  
Was wird umgesetzt?

**BERLIN/STUTTGART.** Die Zuckersteuer, die auch helfen soll, den Zuckerkonsum von Kindern und Jugendlichen zu reduzieren, ist beschlossene Sache, und alle, die sich dafür eingesetzt haben, können stolz sein. Wie stehen nun die Chancen für die Erfüllung weiterer Forderungen nach einem gesunden Alltag für Kinder und Jugendliche?

Zum Wohl von Kindern und Jugendlichen werden weitere ehrgeizige Pläne verfolgt: Schon lange fordert die DDG die flächendeckende Einführung von Schulgesundheitskräften. Ein Expertenbericht zeigt abermals, wie sinnvoll dies wäre. Aus der Politik kommen positive Signale – und schüren Hoffnung.

Über das Screening auf Typ-1-Diabetes wird in der Diabetologie schon länger diskutiert. Die DDG bezieht in einem Positionspapier Stellung und beim Hecker-Symposium ging es um die wichtige Aufklärungsarbeit rund um die Frühdiagnose. **3, 6–7, 21**

## Diabetestechnologie & Digitalisierung

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



## DDG Zertifikat rettet Leben

Niedrige Sterblichkeit bei durch die DDG zertifizierten Kliniken

**BERLIN.** Jeder Fünfte, der stationär im Krankenhaus behandelt wird, hat Diabetes. Eine neue bundesweite Analyse von über 43,4 Millionen Krankenhausfällen zeigt jetzt: In Kliniken mit einem DDG Zertifikat ist die Sterblichkeit von Menschen mit Diabetes

niedriger und ihre Liegedauer kürzer. Verglichen wurden dafür 300 durch die DDG zertifizierte Kliniken mit über 1.000 nicht zertifizierten Häusern. Im dreijährigen Beobachtungszeitraum wurden 4.888.749 stationäre Diabetesfälle in nicht zertifizierten

Kliniken behandelt. „Hätten diese Fälle dieselben Ergebnisse erzielt wie in DDG zertifizierten Kliniken, hätten pro Jahr etwa 1.140 Leben gerettet werden können“, sagt Dr. Marie Auzanneau, Epidemiologin und Autorin der Studie. Nun aber sind

zertifizierte Diabetesstrukturen durch Reformvorhaben zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung gefährdet – und damit könnten Kliniken Expertise verlieren, „die Leben retten kann“, so DDG Past Präsident Prof. Dr. Andreas Fritsche. **13**

## AG Nachwuchs begeistert den Nachwuchs

**BERLIN.** Bei der AG Nachwuchs tut sich viel in Sachen Vernetzung und Nachwuchsförderung. Was geplant ist und wo noch Handlungsbedarf besteht, berichten Dr. Rebecca Spies (neu im Sprecherteam), Dr. Jonas Laaser und Schirmherrin Prof. Dr. Henriette Kirchner im Interview. **17**

## MedTriX<sup>Group</sup>

## Es ist noch nicht so weit

Die DDG hat ein Positionspapier zum Typ-1-Diabetes-Screening ausgearbeitet

**BERLIN.** Sollte es ein bevölkerungsweites Screening auf Typ-1-Diabetes geben? Diese Frage verneint die Deutsche Diabetes Gesellschaft in ihrem kürzlich erschienenen

Positionspapier. Zwar ist die wissenschaftliche Entwicklung schon weit vorangeschritten und es ist zudem möglich, die Manifestation eines Typ-1-Diabetes mithilfe

des monoklonalen Antikörpers Teplizumab zu verzögern – dennoch gibt es noch Lücken bei Evidenz, Qualität und Versorgung, so das Autorenteam.

Im Positionspapier finden sich aber auch Vorschläge, welche Voraussetzungen noch erfüllt werden müssten, um das Screening in der Breite zu verankern. **7**

### Seite 4 Ein Ökosystem für Gesundheitsdaten

**BERLIN.** Ein neues Gesetz (GeDIG) soll die digitale Transformation voranbringen und z. B. die ePA weiterentwickeln. Im Entwurf fehlen allerdings Regelungen zum digitalen DMP.

### Seite 10 Gute Struktur – und mehr rein als raus!

**BERLIN.** Während der Mitgliederversammlung wurde klar, dass die DDG mehr Ein- als Austritte verzeichnet. Auch sonst gab es trotz aller Schwierigkeiten Erfreuliches zu berichten.

### Seite 24 Keine ziemlich besten Freunde

**BERLIN.** Was passiert mit der Muskelmasse, wenn Menschen mithilfe von GLP1-Rezeptoragonisten Körpergewicht verlieren? Die Studienlage ist nicht eindeutig, aber es gibt Hinweise.



## Revolution vor 25 Jahren wirkt nach

**BERLIN.** „Ein revolutionärer Akt“ sei die Gründung der Kommission Apotheker in der Diabetologie (BAK/DDG) vor 25 Jahren gewesen, so Dr. Alexander Risse, ihr langjähriger Sprecher. Während des Symposiums beim Diabetes Kongress wurde auch gefeiert, aber vor allem nach vorne geschaut, neue Möglichkeiten der Kooperation besprochen und gezeigt, was Apotheken in der Diabetesversorgung leisten können und könnten. **18**

**News & Fakten**

Zuckersteuer beschlossen – wie geht es weiter?; Digitale DMP mit regeln: DDG und BVND reagieren auf den GeDIG-Entwurf; VDBD-Pressekongferenz zu Diabetes bei Frauen; Expertenbericht Schulgesundheitsfachkräfte; DDG Positionspapier zum Screening auf Typ-1-Diabetes; DDG Mitgliederversammlung; Neues aus der Forschung; erstes Expertenforum für Adipositasberater\*innen ... 3–7, 10, 14, 16

**Kongress aktuell**

Diabetes Kongress: Preisträgerinnen und Preisträger 2026; 25 Jahre Kommission Apotheker in der Diabetologie (BAK/DDG) 2026, Veränderung der Muskelmasse bei Gewichtsabnahme mit GLP1-RA; Gewinner Startup Village: Sugr Sugr und DiaBelly; Hecker-Symposium: Aufklärung zu Frühdiagnose und Screening des Typ-1-Diabetes ... 8/9, 18, 21, 24–25

**Im Blickpunkt**

Nachruf auf Prof. Dr. Hermann P.T. Ammon; Reisestipendien Diabetes Herbsttagung; DDG Zertifikate können Leben retten; Paul-Langerhans-Medaille 2026: Porträt des Preisträgers Prof. Dr. Michele Solimena; neues Kochbuch von Kirsten Metternich von Wolff ... 12, 13, 26

**Das Interview**

Prof. Dr. Henriette Kirchner, Dr. Jonas Laaser u. Dr. Rebecca Spies über die Aktivitäten der AG Nachwuchs ... 17

**Kurznachrichten**

Neu- oder rezertifizierte Kliniken und Arztpraxen; neue Diabetologinnen und Diabetologen, DDG Medienpreise 2026 ... 20

**Medizin & Markt**

Berichte aus der Industrie ... 22

**Weiterbildung & Qualifikation**

Für Ärzt\*innen: Klinische Diabetologie, Kommunikation und patientenorientierte Gesprächsführung, Adipositiolog\*in DAG-DDG; für Gesundheitsfachkräfte und andere Berufsgruppen: Diabetesedukation DDG (Diabetesassistent\*in DDG, Diabetesberater\*in DDG, Aufbauqualifikation zur Diabetesberater\*in DDG, Diabetescoach DDG), Fuß- und Wundassistent\*in DDG, Adipositasberater\*in DAG-DDG, Orthopädieschuhmacher\*in DDG, Diabetes & Pflege (Diabetesversierte Pflege DDG, Diabetes Pflegefachkraft (Klinik), Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG, Train-the-Trainer Seminar, Kurs Klinische pflegerische Diabetologie ... 28–29

**Job- & Praxenbörse**

Stellenangebote, Nachfolgesuche ... 30–31

Buntes ... 32

# »Große Pläne, viele Schritte – und ganz viel Hoffnung«

## Zuckersteuer, Schulgesundheit und Typ-1-Screening bewegen die DDG

Liebe Leserinnen und Leser,

wir in der DDG können stolz sein auf das, was unsere Mitglieder leisten – oft über viele Jahrzehnte hinweg. Der Diabetes Kongress ist der angemessene Rahmen, um diese Menschen zu ehren und auch mehr über ihre Forschung, ihre aktuellen Projekte und ihr Engagement für Menschen mit Diabetes und die DDG zu erfahren. In dieser Ausgabe bekommen Sie einen Eindruck von allen Geehrten und Ausgezeichneten; außerdem wird Professor Dr. Michele Solimena, Träger der Paul-Langerhans-Medaille 2026, vorgestellt. Blättern Sie dafür auf die Seiten 8/9 und 26.

### »Positionspapier der DDG zum Screening auf Typ-1-Diabetes«

Aktuell wird viel über das Screening auf Typ-1-Diabetes diskutiert. Auch die DDG hat sich intensiv damit beschäftigt und ein Positionspapier herausgegeben, das sich auf ein bevölkerungsweites Screening auf Insel-Autoantikörper bezieht. Das Fazit: Es gibt noch zu viele Lücken bei Evidenz, Qualität und Versorgung. Das Thema Früherkennung wird uns sicherlich auch in nächster Zeit beschäftigen und in der **diabetes zeitung** immer wieder aufgegriffen werden. Eine erste Zusammenfassung des Positionspapiers der DDG lesen Sie auf Seite 7.

### »Schulgesundheitspflege endlich verankern – denn Gesundheit wartet nicht bis Schulschluss«

Wie wäre es, wenn in der Schule immer jemand vor Ort wäre, der sich mit Diabetes und auch mit Diabetes-Technologie auskennt? Schulgesundheitsfachkräfte könnten genau das leisten, bisher gibt es in Deutschland aber nur ca. 150 dieser „School Nurses“, die zudem oft im Rahmen von Modellprojekten tätig sind. Die DDG fordert schon seit Langem eine gesetz-



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

lich verankerte Schulgesundheitspflege, die Familien von chronisch kranken Kindern, die ganze Schulgemeinschaft und ganz klar auch die sozialen Sicherungssysteme entlasten würde. Ein neuer Expertenbericht zeigt das deutlich. Mehr über den Bericht, und wie die Chancen für eine Übernahme der Schulgesundheitspflege in die Regelversorgung stehen, erfahren Sie auf Seite 6.

### »Zuckersteuer als erster großer Schritt hin zu mehr Prävention«

Die Zuckersteuer – also die Herstellerabgabe auf zuckergesüßte Getränke – ist beschlossen. DDG und DANK haben sich viele Jahre dafür eingesetzt und werten die Abgabe als einen ersten großen Schritt hin zu mehr Prävention. Beim Diabetes Kongress hat sich

das Symposium von DANK mit der Zuckersteuer und den nächsten Schritten in der Präventionspolitik beschäftigt: Wie geht es nun weiter? Und wie wird DANK den Prozess mitgestalten? Mehr dazu auf Seite 3.

### »Stipendien erleichtern Start in der Diabetologie«

112 junge Menschen konnten mithilfe eines Reisestipendiums der DDG zum Diabetes Kongress reisen, nun läuft schon die Bewerbungsphase für die Diabetes Herbsttagung. Stimmen der Stipendiat\*innen, Informationen zum Stipendium und mehr über die Aktiven und die Aktivitäten der AG Nachwuchs finden Sie auf den Seiten 12 und 17.

Ganz herzlich Ihre

Prof. Dr. Julia Szendrödi

## diabetes zeitung

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

**Gesamtredaktionsleitung 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 Lindenau

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

**Teamleitung Media:** Alexandra Ulbrich

**Anzeigen:**

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

**Teamleitung Vertrieb:** Birgit 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: HYVEDEMMXXX

ISSN 2367-2579

Erfüllungsort und Gerichtsstand ist Wiesbaden

**Registergericht:** Amtsgericht Wiesbaden

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



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

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

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

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

Dieses Druckerzeugnis wurde mit dem  
Blauen Engel ausgezeichnet



QBS

# Zuckersteuer beschlossen – wie geht es weiter?

DDG und DANK werten die Herstellerabgabe als ersten großen Schritt hin zu mehr Prävention

**BERLIN.** Zuckersteuer beschlossen, Auftrag erfüllt? „Nein“, haben DANK und DDG beim Diabetes Kongress 2026 betont. Die politische Debatte um Prävention und Reduktion von Übergewicht, Adipositas und Diabetes geht nun weiter, denn viele Präventionsprobleme bleiben weiterhin ungelöst.

Erst vergehen 15 Jahre, dann geht alles ganz schnell: Seit Mai ist die Zuckersteuer beschlossene Sache; die Einführung konnte im Rahmen des GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetzes angestoßen werden. In einem „weiteren Gesetzgebungsverfahren“ werde die Bundesregierung beschließen, eine Abgabe auf zuckergesüßte Getränke ab 2028 einzuführen. So steht es im Gesetzesentwurf. „Da haben uns sicherlich die leeren Kassen etwas in die Hände gespielt“, betonte BARBARA BITZER, DDG Geschäftsführerin und Sprecherin des Wissenschaftsbündnisses Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK). Denn mit dem Entwurf zum GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz kam auch die „gute Nachricht“, dass eine Abgabe auf zuckergesüßte Getränke eingeführt werden soll.

## Herstellerabgabe nach britischem Vorbild geplant

Laut dem Bericht der Finanzkommission Gesundheit ist eine nach Zuckergehalt gestaffelte Herstellerabgabe auf Softdrinks vorgesehen. Vorbild ist das britische Modell. Ab fünf Prozent Zuckergehalt von gesüßten Getränken sollen die Hersteller in die Pflicht genommen werden (siehe Kasten). Die Maßnahme soll 450 Mio. Euro in die Kassen spülen. Zu einem genaueren Vergleich zog Barbara Bitzer hier Großbritannien heran, wo eine solche Steuer auf Softdrinks dazu führte, dass der tägliche Zuckerkonsum signifikant gesenkt werden konnte: bei Minderjährigen von knapp 62 g auf rund 48 g, bei Erwachsenen von circa 58 g auf 48 g. Die tägliche Zuckeraufnahme

### Zuckersteuer greift ab 5 g Zucker

Die Zuckersteuer ist gestaffelt und soll voraussichtlich folgende Regelungen für Softdrinks enthalten:

- unter 5 g Zucker/100 ml steuerfrei
  - 5 bis < 8 g Zucker/100 ml: 26 Cent je Liter
  - ≥ 8 g Zucker/100 ml: 32 Cent je Liter
- Von der Regelung ausgenommen sind 100% Fruchtsäfte und Getränke mit künstlichen Süßstoffen.

bei Minderjährigen allein aus Softdrinks wurde sogar fast halbiert und sank von 22 g auf 12 g. Auf die Steuer reagierten in Großbritannien vor allem die Hersteller. Während 2015 noch fast die Hälfte der im Supermarkt erhältlichen Getränke 5 g Zucker pro 100 ml enthielt, waren es vier Jahre später nur noch 15 %. Zudem reduzierte sich das Übergewicht bei 10- bis 11-jährigen Mädchen um 8 %. Während das Vereinigte Königreich auch bei der Prävention in Europa die Nase vorn hat, ist Deutschland Schlusslicht. Es belegt Rang 17 von 18 untersuchten Staaten in Nord- und Zentraleuropa.

Die Spitzenreiter-Länder setzten hingegen besonders viele der wissenschaftlich empfohlenen Maßnahmen zur Förderung einer gesunden Lebensweise um, erklärte Bitzer: Mindeststandards für Schulessen, gesundheitsorientierte Besteuerung, umfassender Kinderschutz im Marketing. „Deutschland lässt viel Potenzial ungenutzt, vor allem bei gesundheitsförderlicher Politik“, so die DDG Geschäftsführerin. Neben der beschlossenen Zuckersteuer fordert DANK deshalb noch weitere Maßnahmen für einen gesunden Alltag, und das in jedem Alter: täglich eine Stunde Bewegung (Sport) in Kita und Schule, verbindliche Qualitätsstandards für Kita- und Schulverpflegung sowie



## Großbritannien: Pläne für eine Ausweitung und Verschärfung der Zuckersteuer

Die Zuckersteuer haben weltweit bereits über 100 Länder umgesetzt. Als einer der Vorreiter in Europa gilt Großbritannien, das diese Abgabe 2018 eingeführt hat, wie auch Estland und Irland. Frankreich und Portugal starteten ein Jahr zuvor eine solche Steuer, seit 2021 gibt es sie auch in Spanien und Polen. Das Vereinigte Königreich verfolgt dabei ein einfaches zweistufiges Modell, das die Getränke je nach Zuckergehalt besteuert. Die Hersteller können damit relativ leicht in die untere Steuerkategorie fallen.

Dieses System führte dazu, dass die große Mehrheit der Getränkehersteller ihre Rezepturen angepasst und den Zuckergehalt deutlich gesenkt hat. Die britische Steuer gilt ausschließlich für zugesetzten Zucker, nicht für natürlichen



Über Zuckersteuer und Prävention diskutierten Prof. Dr. Diana Rubin und Barbara Bitzer in Berlin.

Fotos: DDG/Dirk Deckbar, Arta – stock.adobe.com, RUBAL – stock.adobe.com

## »Viel Potenzial ungenutzt«

„das Verbot von an Kinder gerichteter Lebensmittelwerbung. Als es um die Einführung der Zuckersteuer ging, habe es „sehr viele kontroverse Positionen“ gegeben, so Professorin Dr. DIANA RUBIN vom Zentrum für Ernährungsmedizin und Diabetologie, Vivantes Netzwerk für Gesundheit, Berlin. Vor allem wenn es um die wissenschaftliche Evidenz ging. Da es in der Ernährungsmedizin „keine besonders guten“ randomisierten und kontrollierten Endpunktstudien, sondern vielmehr Beobachtungsstudien gebe, sei sie „zahlreichen Kritiken ausgesetzt“ gewesen. Das Thema Zucker werde aus zwei Gründen so kontrovers diskutiert: wegen einer starken Moralisierung aufgrund der hohen medialen Präsenz und dem Unterschied zwischen wissenschaftlicher Evidenz und populären Narrativen („Ich esse relativ viel Zucker: Bekomme ich deshalb einen



4.000 Ärzt\*innen plädierten für die Zuckersteuer – nun beschlossene Sache.

Diabetes?“) und weil die Zunahme von Adipositas und Typ-2-Diabetes die Aufmerksamkeit für das Thema verstärkte.

## Nicht nur allein den Zuckerkonsum betrachten

Zucker werde jedoch häufig nur isoliert betrachtet. Man müsse auch immer beachten: „Was ist das für eine Art von Zucker? Wo steckt der genau drin? In welchem Lebensmittel? Und wie ist das allgemeine Ernährungsmuster? Das spielt eine

wesentliche Rolle“, betonte sie. Ein besonders starker Zusammenhang bestehe zwischen Zuckeraufnahme und Körpergewicht. Dies sei vor allem bei zuckergesüßten Getränken der Fall. So zeige die Evidenzlage eine starke Assoziation zwischen Softdrink-Konsum und Typ-2-Diabetes – mit einem um 13 % erhöhten Risiko pro täglicher Portion.<sup>1</sup> Wichtiger als einzelne Nährstoffe sei jedoch der Kalorienüberschuss und die „Qualität der Gesamternährung“, führte die Prof. Rubin an. Fruktose sei differenziert zu betrachten. Süßstoffe würden als sicher gelten, prägen aber „auf süß“, so Prof. Rubin. Den Kampf für weniger Zucker in der Nahrungspräferenz ließe sich nur durch „eine multimodale Strategie gewinnen, die Verhaltens- und Verhältnisprävention kombiniert“. Nur so könne man „gegen die Macht von Zucker in Lebensmitteln und den Methoden der Werbeindustrie ankommen.“

Angela Monecke

Imamura F et al. BMJ 2015 Jul 21; 351: h3576; doi: 10.1136/bmj.h3576

Symposium „Zuckersteuer beschlossen – Präventionsprobleme gelöst?“; Diabetes Kongress 2026

»Zuckersteuer wurde kontrovers diskutiert«

# Digitale DMP gleich mitregeln!

DDG und BVND vermissen im GeDIG eine wesentliche Innovation

**BERLIN.** Das Ziel ist ein „datengestütztes Gesundheitsökosystem“. Ein Weg dorthin soll das Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) sein. DDG und BVND begrüßen die angestrebte digitale Transformation. Sie vermissen allerdings Regelungen zum digitalen DMP.

Das mit „GeDIG“ abgekürzte Gesetz, das noch im Entwurfsstadium ist, enthält u. a. Regelungen zur

- elektronischen Patientenakte, ePA (z. B. müssen die Kassen ihren Versicherten eine digitale Impfübersicht liefern)
- Nutzung von Gesundheitsdaten durch das Forschungsdatenzentrum Gesundheit und die Krankenkassen
- Telematikinfrastruktur, TI (z. B. übernimmt die gematik eine stärker steuernde Rolle)

- Interoperabilität (z. B. müssen IT-Anbieter dafür sorgen, dass Daten in den Systemen der Leistungserbringer miteinander kompatibel und austauschbar sind)

- Umsetzung der Verordnung zum Europäischen Gesundheitsdatenraum (EHDS)

Mit dem Gesetz soll die elektronische Überweisung eingeführt werden. Die standardisierte digitale Ersteinschätzung zur Feststellung des Versorgungsbedarfs von Patient\*innen wird flächendeckend vorbereitet. Die Übertragung medizinischer und pflegerischer Daten mittels Fax wird nicht mehr zulässig sein.

Die DDG und der Bundesverband Niedergelassener Diabetologen (BVND) begrüßen ausdrücklich die vorgesehene Weiterentwicklung von TI und ePA. Ihnen fehlen allerdings Regelungen zur funktio-



nen Ausgestaltung des digitalen Disease-Management-Programms (dDMP). Die vom G-BA vorbereitete Konstruktion des dDMP als

ergänzendes Modul zum bisherigen DMP sei unzureichend. Sie erzeuge Doppelstrukturen sowie redundante Einschreibepflichten und beseitige

»Keine redundante Einschreibepflicht«

weder die analoge Dokumentationslast noch die Fragmentierung durch rund 3.000 regionale DMP-Verträge. „Ohne korrektive gesetzliche Leitplanken im GeDIG droht die Digitalisierung bestehende Mängel zu verstetigen, statt sie zu beheben.“ DDG und BVND schlagen entsprechende Regelungen vor, die noch ins GeDIG aufgenommen werden sollten (s. Kasten).

Ähnlich lautende Forderungen hat der Verband der Diagnostika-Industrie in seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf formuliert. Der Bundesverband Gesundheits-IT verlangt ebenfalls vom Gesetzgeber, die zentralen Impulse der DDG aufzugreifen und das dDMP als echtes, datenbasiertes Steuerungsinstrument zu verankern.

## Einwilligung von Patient\*innen in Datennutzung sollte genügen

Das Deutsche Zentrum für Diabetesforschung (DZD) hat sich an der Stellungnahme der Koordinierungsgruppe Gesundheitsdateninfrastrukturen beteiligt. Die mitwirkenden Initiativen und Organisationen wünschen sich u. a. im GeDIG eine Regelung zur Übermittlung von Krankenkassendaten auf Basis wirksamer Patienteneinwilligungen und ohne behördliche Genehmigung. Das würde bestehende Rechtsunsicherheiten beseitigen, Bürokratie reduzieren und den Datenzugang für die Forschung beschleunigen. REI



## Was noch ins GeDIG gehört

DDG und BVND fordern den G-BA und das BMG auf, folgende Regelungen im GeDIG-Gesetzgebungsverfahren zu verankern:

- Das dDMP ist als eigenständige, von bestehenden Programmen getrennte Versorgungsform zu normieren. Die digitale Einschreibung über die Telematikinfrastruktur muss die analoge vollständig ersetzen. Der Teilnahme-status muss jederzeit elektronisch verifizierbar sein.
- Für das dDMP sind bundeseinheitliche Vertrags- und Datenstandards verbindlich festzulegen. Regionale Abweichungen sind nur in Anlagen zulässig.

- Die zulässigen Instrumente sind um digitale medizinische Anwendungen (DimA), dedizierte DMP-Managementsysteme sowie klinische Entscheidungsunterstützungssysteme (CDSS) zu erweitern. Deren Finanzierung ist gesetzlich sicherzustellen.

- Das Medizinische Informationsobjekt (MIO) Diabetes ist als maschinenlesbarer, interoperabler und algorithmusfähiger Pflichtbestandteil der elektronischen Patientenakte zu normieren. Pflichtfelder umfassen Therapieziele, CGM- und Insulinpumpen-Reports, Laborwerte sowie Risikofaktoren.

- Krankenhäuser sind als integraler Bestandteil des dDMP verpflichtend einzubinden. Die Übermittlung behandlungsrelevanter Daten zwischen stationären und ambulanten Leistungserbringern über die ePA ist sicherzustellen.

- Das BMG ist zu verpflichten, die Rechtsverordnung nach § 370b SGBV innerhalb von zwölf Monaten nach Inkrafttreten des GeDIG zu erlassen. Diese muss verbindliche technische Mindeststandards, Zertifizierungsanforderungen für CDSS sowie Datenschutz- und Sicherheitsvorgaben festlegen.

# Diabetes betrifft Frauen anders als Männer

Wie beeinflussen hormonelle Veränderungen und strukturelle Gegebenheiten das Leben von Frauen mit Diabetes?

**BERLIN.** Die Medizin kennt Frauen nicht nur schlechter als Männer, Frauen werden auch anders behandelt. Und anders bedeutet nicht besser. Deshalb ist es nötig, genauer hinzuschauen und Missstände zu beheben.

Während einer Pressekonferenz des VDBD wurde intensiv auf einige Diabetesbesonderheiten von Frauen eingegangen, die bisher oft zu wenig beachtet werden:

- Hormone wie Östrogen und Progesteron beeinflussen, wie gut Insulin wirkt. So kann in der zweiten Zyklushälfte der Insulinbedarf um bis zu 15 % steigen. Doch moderne Pumpensysteme erfassen diese Schwankungen bislang kaum. „Viele Frauen leisten hier jeden Monat Feinarbeit an ihrer Therapie, indem sie ma-

nuell nachsteuern müssen“, sagte Professorin Dr. SUSANNE REGER-TAN, Direktorin der Klinik für Diabetologie und Endokrinologie am Herz- und Diabeteszentrum NRW und Mitglied im Kuratorium der VDBD AKADEMIE.

- Das Polyendokrine Metabolische Ovarialsyndrom (PMOS, früher Polyzystisches Ovarsyndrom (PCOS)) zeigt, wie eng

»PMOS trifft etwa jede achte Frau«

Hormone, Gewicht, Blutzucker und Herzgesundheit zusammenhängen. PMOS betrifft etwa jede achte Frau. Dennoch bleibt es bei vielen lange unerkannt. „Der neue Name macht sichtbar,

dass es nicht nur um Eierstöcke geht, sondern dass es eine Multisystemerkrankung mit starken Stoffwechseleränderungen ist“, erklärte Prof. Reger-Tan.

- In den Wechseljahren wird Diabetes für viele Frauen noch unberechenbarer. Rund zwei Drittel der Frauen mit Typ-1-Diabetes berichteten in einer Untersuchung nach der Menopause über instabilere Glukosewerte. Besonders tückisch: Schwitzen, Zittern und Herzklopfen können sich anfühlen wie eine Hitzewallung – oder wie eine Unterzuckerung. Dies kann dazu führen, dass eine Unterzuckerung übersehen wird.
- Viele Frauen erleben, dass ihre Beschwerden nicht sofort ernst genommen werden. Fachleute sprechen von Medical Gaslighting. „Wenn Frauen später dia-

gnostiziert oder weniger konsequent behandelt werden, ist das kein Einzelfallproblem“, sagt THERESIA SCHOPPE, stellvertretende Vorstandsvorsitzende des VDBD, Diabetes Zentrum Bad Mergentheim. „Es ist ein Versorgungsproblem.“ Diese Lücke ist messbar und bewirkt z. B., dass Frauen Medikamente zum Schutz von Herz und Nieren seltener als Männer erhalten und sie eine um 33 % geringere Chance haben, leitliniengerecht behandelt zu werden. VDBD/Red.

Pressekonferenz VDBD

Auch Gestationsdiabetes und die höhere mentale Belastung von Frauen waren Themen der Pressekonferenz.

Mehr unter [vdbd.de](http://vdbd.de)



Foto: ajkramer – stock.adobe.com

Typ 2 Diabetes

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



Ozempic®  
direkt mit  
Metformin\* –  
für eine leitlinien-  
gerechte Therapie.<sup>2</sup>

Denn Ozempic® ist das einzige Inkretin-  
mimetikum mit vom G-BA anerkanntem  
**kardiovaskulären Zusatznutzen.**<sup>3</sup>

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



\* bei hohem kardioresalem Risiko. **1.** Frias 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 1x wöchentlich verabreichtem Semaglutid 2 mg gegenüber Semaglutid 1 mg bei erwachsenen Patient:innen mit Typ 2 Diabetes untersucht wurden. Patient:innen wurden 1:1 randomisiert auf Semaglutid 2 mg bzw. Semaglutid 1 mg. Eingeschlossen wurden erwachsene Patient:innen 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 mg gegenüber Semaglutid 1 mg 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 Patient:innen, 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 mg zeigte sich für den HbA<sub>1c</sub>-Wert eine mittlere Senkung von 2,2% und eine mittlere Gewichtsreduktion von 6,9 kg. **2.** Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Typ-2-Diabetes – Langfassung. Version 3.0. 2023 [cited: 2025-10-31]. DOI: 10.6101/AZQ/000503. [www.leitlinien.de/diabetes](https://www.leitlinien.de/diabetes) (zuletzt abgerufen am 26.03.2026). **3.** Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen bei erwachsenen Patient:innen mit Typ 2 Diabetes und manifesten CV-Erkrankung, siehe Beschlusstext G-BA Anlage XII der AM-RL vom 2. Mai 2019 Absatz 1) b.) 2b.). Bestätigt am 20.03.2025.

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

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

  
novo nordisk®

DE260ZM00203

# »Gesundheit wartet nicht bis Schulschluss«

Expertenbericht fordert gesetzlich verankerte Schulgesundheitspflege

**BERLIN.** Bereits 2021 hat die DDG in einem Positionspapier den flächendeckenden Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften gefordert, um Kindern mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes eine bessere Teilhabe zu ermöglichen. Ein jüngst vorgelegter Expertenbericht bestätigt die Datenlage – und politisch stehen die Chancen besser denn je, dass „School Nurses“ Teil der Regelversorgung werden.

Seit Jahren fordern die DDG, Verbände für Kinder- und Jugendmedizin sowie Kinderkrankenpflege und die Stiftung Kindergesundheit eine strukturell verankerte Schulgesundheitspflege: Sie soll Kindern mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen eine schulische Teilhabe ermöglichen und die Gesundheitsprävention stärken.

Noch hängt es hierzulande stark von Bundesland, Schulstandort oder einzelnen Modellprojekten ab, ob Kinder und Jugendliche mit Asthma, ADHS, psychischen Erkrankungen oder Typ-1-Diabetes im Schulalltag qualifizierte Unterstützung erhalten. Insgesamt arbeiten bundesweit an öffentlichen Schulen erst 150 Schulgesundheitsfachkräfte, viele davon in befristeten Modellprojekten. In Schweden, Großbritannien, Belgien, Australien, Kanada oder den USA hingegen sind School Nurses längst Teil des regulären Schulsystems.

## Schulgesundheitsfachkräfte schließen die Lücke

School Nurses/Schulgesundheitsfachkräfte schließen eine Lücke, die hierzulande meist von Lehrkräften, Schulsekretariaten oder Eltern gekittet wird. Was das für Kinder mit Diabetes und ihre Familien bedeutet, schilderte Kinderdiabetologe Professor Dr. ANDREAS NEU, Kinderdiabetologe und langjähriges DDG Vorstandsmitglied, an einem Fallbeispiel: Als der siebenjährige Max einige Wochen nach der Diagnose



Typ-1-Diabetes erstmals ohne Begleitung seiner Mutter wieder in die Schule ging, schlug sein CGM-Sensor mit einem Glukosewert von über 300 mg/dl Alarm. Max und seine Klassenlehrerin konnten ihn nicht einordnen. Die Schulsekretärin kontaktierte die Mutter, die seit zwei Wochen erstmals wieder am Arbeitsplatz war und das Kind abholte. Zu Hause zeigte sich: Max hatte mit einem Mitschüler das Pausenbrot getauscht, statt Käse gab es für ihn nun Schokocreme. Ein Extrabitus wäre die Lösung gewesen.

Das Beispiel zeige, dass CGM- und AID-Systeme zwar das Alltagsmanagement erheblich erleichtern, aber keine qualifizierte Pflegefachperson ersetzen, die Sensorsignale korrekt

einordnet und im Notfall interveniert: „Kinder sind im Grundschulalter noch überfordert mit dem komplexen Diabetesmanagement. Schulen können das auch nicht leisten. Diese Defizite werden in der Regel von Müttern kompensiert, ohne Rücksicht auf die eigene berufliche Situation“, so Prof. Neu.

## Auch gravierende finanzielle Folgen für Familie und Gesellschaft

SUSANNE FITZA, Mutter einer achtjährigen Tochter mit Typ-1-Diabetes, ist zwar voll berufstätig und kann im Alltag auf eine Schulbegleitung zurückgreifen. Doch wenn diese krankheitsbedingt ausfällt, muss sie improvisieren. Dann verlegt sie ihren Arbeitsplatz inklusive Videokonferenzen auch mal in die Schulbibliothek. „Viele Eltern haben im Job aber Präsenzpflicht oder können generell nicht mobil arbeiten“, betonte sie. Die Konsequenzen für die Teilhabe am Arbeitsmarkt sind gravierend, wie die AMBA-Studie von 2019 zeigt: Demnach reduzieren 39 % der Mütter nach der Diabetesdiagnose des Kindes ihre Arbeitszeit, 10 % geben ihre Berufstätigkeit sogar ganz auf. Über finanzielle Einbußen ihres Haushalts durch die Diabetes-

erkrankung ihres Kindes berichten 46 % der Familien.

Angesichts der Tatsache, dass mittlerweile 20 bis 25 % der Kinder mit chronischen Erkrankungen leben, kommt die Versorgungslücke in Deutschland auch die Sozialversicherungsträger teuer zu stehen. So erklärte Professorin Dr. HEIDRUN M. THAISS, Professorin für Health Promotion an der TU München und Executive Director Medicine & Science der Felix Burda Stiftung: „Die Kosten entstehen nicht nur im SGB V. Schulbegleitung ist in SGB VIII geregelt, Eingliederungshilfe in SGB IX. Die sozialen Sicherungssysteme stehen mit dem Rücken zur Wand – und mit Schulgesundheitspflege könnte man die Kosten deutlich senken.“



»Diese Defizite werden in der Regel von Müttern kompensiert«

## Ökonomischer Nutzen durch School Nurses – Beispiel Hessen

- Die Heilbehandlungskosten pro Unfall sind an hessischen Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft im Schnitt um 14 % niedriger als an Vergleichsschulen. Die jährlichen Einsparungen werden bei einem landesweiten Einsatz solcher Kräfte auf etwa 1.565.000 Euro geschätzt.
- In hessischen Gymnasien gingen Rettungswageneinsätze im Rahmen der Modellprojekte um 46 % Prozent zurück, in Gesamtschulen um 64 % Prozent.
- In einem modellierten Szenario ergibt sich im Lebensverlauf ein „Return on Invest“ von 1:35 bei Typ-1-Diabetes und sogar 1:43 bei psychischen Erkrankungen. Das bedeutet: Jeder investierte Euro kann bis zu 35 bzw. 45 Euro gesellschaftlichen Nutzen erzeugen.



Fotos: WavebreakmediaMicro – stock.adobe.com, Isabella – stock.adobe.com

## Auch der BKK Dachverband fordert School Nurses

Inzwischen setzen sich weitere Mitstreiter für Schulgesundheitsfachkräfte ein. So veröffentlichten der BKK Dachverband, die Bundesschüler\*innenkonferenz, der Bundeselternrat und der Deutsche Pflegerat anlässlich des Internationalen Kindertages am 1. Juni 2026 das Memorandum „Eine starke Gesellschaft braucht gesunde Kinder – endlich Schulgesundheitsfachkräfte bundesweit etablieren!“. Die Verbände fordern einen gemeinsamen Schulgesundheitspakt von Bund und Ländern mit dem Ziel, bis zu 10.000 Stellen zu schaffen. Diese könnten über eine Zuckersteuer mitfinanziert werden.

»Wo ein Wille ist, gibt es auch Geld«

Welchen immensen volkswirtschaftlichen Nutzen der Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften mit sich bringt, zeigen die Befunde des interdisziplinären Expertenrats, die BIRGIT PÄTZMANN-SIETAS vom Berufsverband Kinderkrankenpflege präsentierte (s. Kasten). Sie forderte einen klaren Paradigmenwechsel: weg von punktuellen Projektangeboten, hin zu dauerhaft vor Ort verankerten interdisziplinären Teams. „Wir haben kein Erkenntnisproblem, sondern ein Umsetzungsproblem.“

## »Noch in diesem Jahr auf den Weg bringen«

Die Umsetzung wird zwar durch die Zuständigkeitsverteilung zwischen Bund, Ländern und Kommunen erschwert. Aber immerhin enthält der Koalitionsvertrag der aktuellen Bundesregierung Anknüpfungspunkte: das Bekenntnis zu chancengerechter Bildung und zur Prävention psychischer Erkrankungen sowie die Förderung multiprofessioneller Teams an Schulen. Die Bundestagsabgeordnete EMMI ZEULNER (CSU), gelernte Krankenpflegerin und Mitglied im Gesundheitsausschuss, möchte Schulgesundheitsfachkräfte an den Öffentlichen Gesundheitsdienst anbinden. „Erklärtes Ziel ist es, das noch in diesem Jahr auf den Weg zu bringen.“ Ihr Kollege JOHANNES WAGNER (Bündnis 90/Die Grünen), Arzt und ebenfalls Mitglied im Gesundheitsausschuss, bekräftigte: „Wo ein Wille ist, gibt es auch Geld.“

Wie gut dieses Geld angelegt wäre, zeigte NADINE HAUNSTETTER. Als Schulgesundheitsfachkraft ist sie an einem Stuttgarter Schulcampus mit 1.800 Kindern für medizinische Notfälle, Gesundheitsaufklärung und vertrauliche Gespräche zuständig – und entlastet täglich Lehrkräfte, Kinderarztpraxen und Notaufnahmen. Ihre Botschaft: „Schule ist ein Ort, an dem gelebt wird. Gesundheit wartet nicht bis Schulschluss. Nur wer sich gesund fühlt, kann auch am Unterricht teilnehmen.“

Antje Thiel

Pressekonferenz der DDG und des Expertenbündnisses Schulgesundheitspflege

Expertenbericht Schulgesundheitspflege (mit dem QR-Code geht's direkt zum Bericht):

ddg.info/  
Pressekonferenzen



Durch Schulgesundheitsfachkräfte würden auch Lehrerinnen und Lehrer entlastet.

# Noch viele offene Fragen

Im neuen Positionspapier zum Typ-1-Diabetes-Screening sieht die DDG noch Lücken bei Evidenz, Qualität und Versorgung

**BERLIN.** Die DDG nimmt im Positionspapier eine abwägende, aber klare Haltung ein: Für ein bevölkerungsweites Screening auf Insel-Autoantikörper sieht die Fachgesellschaft derzeit keine Grundlage.

Zwar ist die wissenschaftliche Entwicklung schon weit vorangeschritten, doch nach Einschätzung der Deutschen Diabetes Gesellschaft fehlen noch zentrale Voraussetzungen, um ein solches Screening-Programm flächendeckend und bevölkerungsweit z. B. im Rahmen der Fr1da-Studie zu verankern. Im Zentrum der Debatte steht die Möglichkeit, Typ-1-Diabetes bereits vor der klinischen Manifestation zu erkennen, also mittels Nachweis multipler Autoantikörper in den präsymptomatischen Stadien 1 oder 2. Damit könnten Hochrisikopersonen frühzeitig beobachtet, Familien vorbereitet und sogar krankheitsverzögernde Maßnahmen eingeleitet werden – mit dem Einsatz des seit Anfang 2026 in Europa zugelassenen monoklonalen Antiköpers Teplizumab lässt sich die klinische Manifestation des Typ-1-Diabetes um im Mittel zwei Jahre verzögern. Zudem könnte eine frühe Diagnose v. a. bei Kindern und Jugendlichen die diabetische Ketoazidose bei Erstmanifestation verhindern oder seltener machen. Das Positionspapier betont aber auch die Grenzen vor allem des bevölkerungsweiten Screenings: Ein positiver Antikörperbefund erlaubt zwar eine Risikoeinschätzung, der exakte Zeitpunkt der Erkrankung bleibt aber unvorhersehbar. Hinzu kommt: Die derzeit verfügbaren Tests sind nicht standardisiert, zwischen einzelnen Assays bestehen Unterschiede in Vergleichbarkeit und Kalibrierung und für ein Screening in der Allgemeinbevölkerung fehlen ausreichend belastbare Langzeitdaten. Auch die Frage, ob sich ein Screening-Programm gesundheitsökonomisch lohnt, ist offen.

### Screening in strukturierte Pfade einbetten

Die DDG ordnet das Thema außerdem anhand klassischer Screening-Kriterien ein: Ein sinnvolles bevölkerungsweites Screening setzt nicht nur eine relevante Erkrankung und eine erkennbare Frühphase voraus, sondern auch einen geeigneten Test, klare Entscheidungskriterien, eine gesicherte Nachsorge und ein Versorgungssystem, das auffällige Befunde verlässlich auffangen kann. Genau in diesen Punkten sieht die DDG derzeit Defizite. Ein Screening

darf aus ihrer Sicht kein isolierter Labortest sein, sondern muss in strukturierte diagnostische und therapeutische Pfade eingebettet werden. Besondere Aufmerksamkeit widmet das Positionspapier möglichen Nebenwirkungen eines Screenings. Wer über ein erhöhtes Erkrankungsrisiko informiert wird, kann psychisch belastet werden. Das gilt besonders für Eltern betroffener Kinder. Auch

ethische Fragen spielen eine Rolle, etwa wenn Minderjährige ohne unmittelbaren Behandlungsanlass getestet werden. Die DDG mahnt deshalb eine sorgfältige Abwägung zwischen möglichem medizinischem Nutzen und potenziellen Schäden an. Unterm Strich sieht die DDG derzeit noch keine ausreichende Grundlage für ein bevölkerungsweites Screening auf Typ-1-Diabetes. Die

Chancen der Früherkennung werden anerkannt, ebenso die wissenschaftlichen Fortschritte. Für die Umsetzung in die Breite braucht es nach Auffassung der Deutschen Diabetes Gesellschaft jedoch mehr:

- bessere Evidenz zur klinischen Wirksamkeit,
- validierte Testsysteme und stan-

dardisierte Verfahren, gesicherte Versorgungs- und Nachsorgestrukturen und weitere gesundheitsökonomische und ethische Bewertungen. *nf*

 [ddg.info/politik/stellungnahmen](https://ddg.info/politik/stellungnahmen)



Foto: WS DESIGN – stock.adobe.com



# EIN HOCH AUF STARKE KLINISCHE ERGEBNISSE<sup>1</sup>

80%  
TIR

ZEIT IM ZIELBEREICH\*





Jetzt mehr erfahren

\*In der täglichen Anwendung.

1. Forlenza G, et al. Diabetes Technol Ther (2024). Retrospective analysis of real-world evidence with 5,846 (20.4%) of the 28,612 adults with type 1 diabetes using Omnipod 5 who utilized the 110 mg/dL glucose target had 80% Time in Range or greater. Omnipod 5 results based on users with ≥90 days CGM data, ≥75% of days with ≥220 readings available.

Das Omnipod 5 Automatisierte Insulin-Dosierungssystem ist ein Ein-Hormon-Insulindosierungssystem zur subkutanen Verabreichung von U-100-Insulin zur Behandlung von Typ-1-Diabetes bei Personen ab 2 Jahren, die Insulin benötigen. Das Omnipod 5-System ist für die Verwendung durch einen einzelnen Patienten vorgesehen. Das Omnipod 5-System ist für die Verwendung mit U-100-Insulin indiziert. Vollständige Sicherheitsinformationen, einschließlich Indikationen, Kontraindikationen, Warnhinweisen, Vorsichtsmaßnahmen und Anweisungen, finden Sie in der Gebrauchsanweisung des Omnipod® 5 Systems und unter [www.omnipod.com/safety](https://www.omnipod.com/safety).

©2026 Insulet Corporation. Insulet, Omnipod und das Omnipod-Logo sind Marken oder eingetragene Marken der Insulet Corporation. Alle Rechte vorbehalten. Alle anderen Marken sind Eigentum der jeweiligen Inhaber. Die Verwendung von Marken Dritter stellt keine Befürwortung dar und impliziert weder eine Beziehung noch eine sonstige Zugehörigkeit. Insulet Netherlands B.V. Stadsplateau 7, 3521 AZ Utrecht, Netherlands. INS-OHS-03-2026-00028 v1.0

Die Bildschirmdarstellung ist ein Beispiel und dient nur zur Veranschaulichung. Der Pod ist ohne das erforderliche Pflaster abgebildet.

# Große Leistungen, großes Engagement, große Freude

Preisverleihungen der DDG zeigen herausragende Verdienste um die Diabetologie

**BERLIN.** Die Preise und Auszeichnungen der DDG honorieren außergewöhnliche Leistungen in der Diabetologie. Es sind ganz unterschiedliche Ehrungen – manche Preisträger\*innen werden für ihr langjähriges, großes Engagement aus-

gezeichnet, andere können mit dem Preisgeld ihre Forschung weiter vorantreiben – und doch haben sie eines gemeinsam: Bei allen ist eine große Freude spürbar, egal, ob es um einen Posterpreis oder die Paul-Langerhans-Medaille geht.

## Paul-Langerhans-Medaille

**Professor Dr. Michele Solimena**

Medizinische Fakultät TU Dresden; Paul Langerhans Institut Dresden, Dt. Zentrum für Diabetesforschung

Mit der höchsten Auszeichnung der DDG wurde Prof. Solimena für seine international anerkannten und wegweisenden Beiträge zur Diabetesforschung geehrt. Sein Ziel ist es, die biologischen Prozesse in Betazellen präzise zu verstehen und so neue Ansätze für Prävention und Therapie zu ermöglichen. In seiner Laudatio betonte Prof. Martin Hrabě de Angelis, dass Prof. Solimenas wissenschaftliches Werk sich „durch eine außergewöhnliche Verbindung von molekularbiologischem Verständnis, technologischer Innovationskraft, aber auch pathophysiologischer Relevanz“ auszeichnet.



## Hellmut-Otto-Medaille

**Professor Dr. Thomas Haak**

zuletzt tätig am Diabetes Zentrum Mergentheim; diabetesDE

„Du hast über vier Jahrzehnte hinweg die Diabetologie in Deutschland entscheidend mitgestaltet“ – dieser Satz von Laudator Prof. Dr. Jochen Seufert fasst zusammen, wie sehr die Persönlichkeit und Tätigkeit von Prof. Haak ausgestrahlt haben. Als Chefarzt des Diabetes Zentrums Mergentheim und u.a. als DDG Präsident und diabetesDE-Verantwortlicher in verschiedenen Positionen war er immer „Brückenbauer zwischen Wissenschaft und Lebensrealität“ und hat wissenschaftliche Exzellenz, Menschlichkeit und Praxisnähe verbunden mit gesellschaftlicher Verantwortung. Prof. Haak dankte allen Menschen, mit denen er die Diabetologie gemeinsam gestalten durfte – und widmete auch ihnen die Hellmut-Otto-Medaille.



## Ehrenmitgliedschaft

**Professor Dr. Andreas Neu**

Klinik für Kinder- u. Jugendmedizin, Universitätsklinikum Tübingen

Seit 1989 ist Prof. Neu Mitglied der DDG und damit auch „seit fast vier Jahrzehnten ein überaus verlässlicher, kluger und engagierter Wegbegleiter“, so Laudator Prof. Dr. Andreas Fritsche, der besonders die fachliche Exzellenz und menschliche Wärme des neuen Ehrenmitglieds hervorhob. Prof. Neu ist Gründungsmitglied und war Sprecher der AG Pädiatrische Diabetologie und von 2021 bis 2023 Präsident der DDG. Große Anliegen waren ihm die Ketoazidose-Präventionskampagne und der Aufbau des Diabetes-Inzidenzregisters in Baden-Württemberg.



## Ehrenmitgliedschaft

**Dr. Alexander Risse**

Diabeteszentrum am Sophie-Charlotte-Platz, Berlin

Eine „klare patientenorientierte Haltung“ zeichnet Dr. Risses Wirken aus, wie Laudatorin Prof. Dr. Julia Szendrödi ausführte. Besonders engagiert sich Dr. Risse für Menschen mit Diabetischem Fußsyndrom und hat als langjähriger Leiter des Diabetes-zentrums des Klinikums Dortmund zu einem überregional anerkannten Zentrum mit besonderer DFS-Expertise entwickelt. Zeichen seines Einsatzes für interprofessionelle Kooperation ist sein Engagement in der Kommission Apotheker in der Diabetologie (BAK/DDG), deren Sprecher er lange war.



## Ehrenmitgliedschaft

**Professor Dr. Michael Nauck**

Klinische Forschung (Diabetologie), Diabetes-, Endokrinologie- und Stoffwechsel-Sektion, Medizinische Klinik I, St. Josef-Hospital, Ruhr-Universität, Bochum

Als einen „der weltweit einflussreichsten Diabetesforscher seiner Generation“ würdigte Laudator Prof. Dr. Baptist Gallwitz das neue DDG Ehrenmitglied. „Neben seiner wissenschaftlichen Exzellenz war er stets ein exzellenter Mentor, akademischer Lehrer und verlässlicher Gestalter der diabetologischen Fachgesellschaften.“ Auch in der DDG hat er sich über Jahrzehnte stark engagiert und war u.a. 2010 Präsident des Diabetes Kongresses.



## Diabetes-Innovations-Projektförderung

**Dr. Robert Stein**

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Leipzig

Die Auszeichnung wurde vergeben für das Projekt „Predictors of weight loss and prediabetes remission in children with obesity during behavioral lifestyle intervention in a prospective cohort analysis“. Die Diabetes-Innovations-Projektförderung wurde erstmals vergeben, im Fokus steht dabei das Innovationspotenzial zur Verbesserung des Diabetesmanagements. Die Fördersumme von 20.000 Euro wurde gestiftet von der Roche Diagnostics Deutschland GmbH. V.l.n.r.: Dr. Vanessa Schäfer, die für das Unternehmen gratulierte, Dr. Stein, Laudatorin Prof. Dr. Olga Kordonouri.



## Adam-Heller-Projektförderung

**Professorin Dr. Susanne Reger-Tan**

Klinik für Diabetologie und Endokrinologie, Herz- und Diabeteszentrum NRW

Der Preis wurde vergeben für „Diabetes-Chatbot MiA DDG – My interactive Assistant DDG“. Der auf KI basierende Chatbot will u.a. Leitlinienwissen leichter zugänglich machen. Verliehen wird die Projektförderung von der DDG; die Fördersumme von 20.000 Euro stiftet die Abbott GmbH. V.l.n.r.: Dr. Uta Maria Madeja (Abbott), Prof. Reger-Tan, Laudatorin Prof. Dr. Barbara Ludwig.



## Hans-Christian-Hagedorn-Projektförderung

**Dr. Alba Sulaj**

Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Stoffwechselkrankheiten und Klinische Chemie, Universitätsklinikum Heidelberg

Um das hochaktuelle Thema metabolische Flexibilität geht es im ausgezeichneten Projekt „Defining metabolic flexibility in weight-loss interventions in type 2 diabetes: a comprehensive medicine approach“. Darin vereint sind, so Laudator Prof. Dr. Matthias Blüher, klinische Exzellenz und translationale Spitzenforschung. Die Fördersumme von 25.000 Euro wurde gestiftet von der Novo Nordisk Pharma GmbH. V.l.n.r.: Dr. Frank Ratter (Novo Nordisk), Dr. Sulaj, Prof. Blüher.



## Hellmut-Mehnert-Projektförderung

**Dr. Simon Dreher**

Institut für Klinische Chemie und Pathobiochemie, Universitätsklinikum Tübingen

Für sein Projekt zur Effektivität von Bimagrumb zur Verbesserung des Ansprechens auf Sportinterventionen in der Diabetesprävention wurde Dr. Dreher (r.) von der DDG mit 21.968 Euro gefördert. Laudator Prof. Dr. Hadi Al-Hasani betonte den Nutzen für das Verständnis individueller Trainingsantworten.





Young Investigator Award

Dr. Ruth Hanßen

Poliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und Präventivmedizin, Universitätsklinik Köln

In ihrer Forschung steht für Dr. Hanßen das komplexe Zusammenspiel von Gehirn, Stoffwechsel und Umwelt bei der Entstehung von Adipositas und Typ-2-Diabetes im Fokus – genau darum ging es auch in ihrer Preisvorlesung. Dabei zeichnen sich ihre wissenschaftlichen Leistungen „durch hohe Originalität, methodische Stringenz und klinische Relevanz aus“, so Laudatorin Prof. Dr. Simone Baltrusch. Der Preis ist mit 20.000 Euro dotiert.

Ehrenmedaille der DDG

Angelika Deml / Kathrin Boehm

Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern, Regensburg; Diabetes-Akademie Bad Mergentheim

Kathrin Boehm und Angelika Deml wurden für ihr großes, andauerndes Engagement ausgezeichnet – z. B. waren sie maßgeblich an der Entwicklung der Diabetesedukation DDG beteiligt. „Die Deutsche Diabetes Gesellschaft ist wahnsinnig stolz auf Sie“, so Laudator Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland. Die Preisträgerinnen widmen die Ehrenmedaille allen Kolleg\*innen.



Ehrennadel in Gold

Professor Dr. Thomas Danne

Breakthrough T1D, New York; Lissabon

„Die DDG würdigt mit der Ehrennadel in Gold einen herausragenden Kinderarzt und Wissenschaftler, dessen Wirken weit über Deutschland hinaus strahlt und dessen Engagement stets den Kindern mit Diabetes gilt“ – so ehrte Laudatorin Prof. Dr. Beate Karges (I.) den Preisträger. Prof. Danne engagierte sich z. B. bei ISPAD und SWEET, war DDG Präsident und leitete viele Jahre die Diabetologie des Kinder- und Jugendkrankenhauses Auf der Bult in Hannover. In seiner Dankesrede betonte er, „dass der Fortschritt immer mit Edukation einhergehen muss und nur in multidisziplinären Teams wirklich erfolgreich sein kann“.

Informationen zu den DDG Forschungspreisen und zur Jury der DDG zur Förderung wissenschaftlicher Projekte:

www.ddg.info/forschung/forschungspreise



Paul-Kimmelstiel-Projektpreis der AG Diabetes & Niere

Dr. Fabian Baalmann

Bereich Nephrologie an der Klinik und Poliklinik für Endokrinologie, Nephrologie und Rheumatologie, Universitätsklinikum Leipzig



Der Preisträger wurde ausgezeichnet für sein Projekt zum Einfluss von Follistatin-like 3 (FSTL3) auf die diabetische Nephropathie. Laudatorin Prof. Dr. Martina Guthoff dankte ihm für seine „exzellenten wissenschaftlichen Vorarbeiten“ in seinem „herausragenden Projekt“. Das Preisgeld (10.000 Euro) stiftet die Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG. Von Boehringer gratulierte Dr. Heiko Raffius (r.).

Werner-Creutzfeldt-Preis

Professor Dr. Martin Heni

Sektion Endokrinologie und Diabetologie, Klinik für Innere Medizin 1, Universitätsklinikum Ulm

Prof. Dr. Robert Wagner (l.) ehrte den Preisträger als „einen Wissenschaftler, dessen Arbeiten das Verständnis von Diabetes wesentlich erweitert haben, zugleich ehren wir eine Persönlichkeit, die Wissenschaft mit Begeisterung, Integrität und Kollegialität verbindet“. Im Zentrum von Prof. Henis Forschung steht die Wechselwirkung zwischen Stoffwechsel und Gehirn, insbesondere die Wirkung von Insulin im zentralen Nervensystem. „Seine Arbeiten zur Insulinresistenz des Gehirns haben wesentlich dazu beigetragen, diesen Mechanismus in der Entstehung von Adipositas und Typ-2-Diabetes besser zu verstehen.“ Der Preis ist mit 10.000 Euro dotiert; das Preisgeld wurde gestiftet vom Unternehmen Lilly Deutschland GmbH. Für Lilly gratulierte Dr. Marius Kraus (r.).



Silvia-King-Preis

Dr. Arvid Sandforth

Medizinische Klinik für Endokrinologie und Stoffwechselmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Ausgezeichnet wurde der Preisträger für seine Publikation „Prevention of Type 2 Diabetes through prediabetes remission without weight loss“, die von Laudatorin Prof. Dr. Barbara Ludwig als „außerordentlich relevant“ gewürdigt wurde. Stifterin des Preises ist die Silvia-King-Stiftung; der Preis ist mit 2.500 Euro dotiert.



Friedrich-Arnold-Gries-Preis

Professor Dr. Stephan Herzig

Institut für Diabetes und Krebs am Helmholtz Diabetes Center, Helmholtz Munich

Prof. Herzig wurde ausgezeichnet für herausragende und innovative Arbeiten zu regulatorischen und transkriptionellen Netzwerken bei Diabetes sowie den komplexen Wechselwirkungen zwischen Stoffwechsel und der Entstehung von Krebs. In ihrer Laudatio würdigte Prof. Dr. Simone Baltrusch (r.) insbesondere die „Untersuchung krankheitsassoziierter Energieverlustsyndrome und tumorinduzierter Stoffwechselveränderungen“, die „wichtige Ansätze für innovative therapeutische Strategien an der Schnittstelle von Diabetologie und Onkologie“ geliefert haben. Das Preisgeld von 10.000 Euro stiftete die Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG – auch Thomas Jensen von Boehringer (l.) gratulierte.



Ernst-Friedrich-Pfeiffer-Preis

PD Dr. Oana-Patricia Zaharia

Klinikum für Endokrinologie und Diabetologie am Universitätsklinikum Düsseldorf

PD Dr. Zaharia wurde ausgezeichnet für ihre Forschung im Bereich der Präzisionsdiabetologie, insbesondere zu genetischen und metabolischen Mechanismen, die den individuellen Verlauf von Diabetes sowie das Risiko für Folgeerkrankungen bestimmen. In seiner Laudatio würdigte Prof. Dr. Michael Roden die Preisträgerin als hervorragende Kollegin, die schon mehrfach ausgezeichnet worden ist, u. a. von EASD (Rising Star Award) und DDG. Auch Dr. Alexander Horn (r.) von der Lilly Deutschland GmbH gratulierte. Lilly stiftete das Preisgeld in Höhe von 10.000 Euro.



DDG Promotionspreise

Dr. Tim Mori

DDZ Düsseldorf; „Diabetes subtyping for precision medicine – from practical implementation to methodological challenges“

Dr. rer. nat. Jasmin Gaugel

Dife Potsdam-Rehrbrücke; „Molecular Mechanisms of Lifestyle Interventions: The Role of Picalm in Insulin Sensitivity and Myogenesis“

Dr. rer. nat. Sarah Merz

Universität Ulm, mittlerweile Universität Helsinki; „Improving pancreatic lineage commitment of human pluripotent stem cells in terms of pancreas development and disease modelling“

Das Preisgeld in Höhe von jeweils 5.000 Euro wird seit 2010 von der Sanofi-Aventis Deutschland GmbH gestiftet. Für das Unternehmen gratulierte Tvrtko Karuza.



Posterpreise der AG Diabetes & Niere

Dr. Ulrich Opfermann, Praxis Dr. Opfermann, Berlin; Thema: „Follow-up der InspecKD-Studie zur anhaltenden Unterversorgung von Frauen mit Typ-2-Diabetes“

Dr. Robin Schürfeld, Universitätsklinikum Leipzig; Thema: „Prospective evaluation of anthropometric indices for predicting mortality, MACE and MARE in patients with chronic kidney disease“

Das Preisgeld in Höhe von jeweils 600 Euro wird gestiftet von der Bayer Vital GmbH, als Vertreterin des Unternehmens gratulierte Kyra-Alexandra Köster.

Posterpreise

Kongresspräsidentin Professorin Dr. Barbara Ludwig und Kongresssekretär Prof. Dr. Nikolaos Perakakis zeichneten folgende 16 Personen mit einem Posterpreis aus:

Lisa Single, Neuffen; Nicolas Wilms, München; PD Dr. Tim Hollstein, Kiel; Christiane Kröner, Ulm; Joana Brozek, Braunschweig; Dr. Jonas Wenke, Nuthetal; Anja Werberger, Ulm; Talita Ophartha Aygün, Dresden; Marie-Sophie Rother, Wurzbach; Dr. Alba Sulaj, Heidelberg; Franziska Krause, Karlsburg; Leonie Maaß, Hannover; Antonia Zumblick, Potsdam; Christine Berndt-Zipfel, Bad Kreuznach; Prof. Dr. Bernhard Kulzer, Bad Mergentheim; Prof. Dr. Stefan Kopf, Lübeck

# Mehr Mitglieder, viel Engagement, große Vielfalt

Während der DDG Mitgliederversammlung wurde Bilanz gezogen und nach vorn geschaut

**BERLIN.** Die Deutsche Diabetes Gesellschaft ist eine sehr lebendige Fachgesellschaft – das zeigt sich z.B. daran, dass jedes Jahr mehr Ein- als Austritte verzeichnet werden. Während der Mitgliederversammlung wurde intensiv auf die Mitgliederstruktur geschaut, über Fort- und Weiterbildung, Zertifikate und Leitlinien gesprochen und über weitere wichtige Themen berichtet.

Im April 2026 gehörten der DDG 9.369 Mitglieder an, davon 7.381 ordentliche und 1.973 assoziierte. Außerdem gibt es 15 Fördermitgliedschaften. Zum Zeitpunkt des Kongresses lagen für das Jahr 2026 bereits 225 Anträge auf Mitgliedschaft vor. DDG Präsidentin Professorin Dr. JULIA SZENDRÖDI zeigte sich sehr erfreut: „Die Zahlen zeigen, wie breit und interprofessionell die moderne Diabetologie geworden ist. Besonders wichtig finde ich, dass unsere Fachgesellschaft nicht nur ärztlich geprägt ist, sondern Menschen aus sehr unterschiedlichen Gesundheitsberufen zusammenbringt.“

Die meisten Mitglieder sind zwischen 40 und 59 Jahre alt. Sieht man sich die Geschlechterverteilung an, sind insgesamt mehr Frauen als Männer Mitglied, stark beeinflusst von den assoziierten Mitgliedern. „Die Geschlechterverteilung in der DDG zeigt deutlich, dass die Diabetologie in hohem Maße auch von Frauen getragen und gestaltet wird.“ Auch die Intersektoralität wird bei etwa hälftiger Aufteilung in Klinik- und Praxistätigkeit bei den Mitgliedern deutlich. Prof. Szendrödi: „Gerade in einer Zeit, in der die sektorenübergreifende Versorgung besonders wichtig ist (...), ist es wichtig, dass wir hier diese breite Vertretung haben. (...) Denn die Menschen mit Diabetes bewegen sich nicht entlang von Sektorengrenzen, sondern werden transsektoral versorgt.“

## DDG Mitglieder pro 100.000 Einwohner

In Deutschland gibt es regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte. Die drei Bundesländer mit den meisten ordentlichen Mitgliedern pro 100.000 Einwohner sind Nordrhein-Westfalen, Bayern und Baden-Württemberg. Bei den assoziierten Mitgliedern hat Rheinland-Pfalz die Nase vorn, gefolgt von Nordrhein-Westfalen und Brandenburg. „Die regionale Verteilung zeigt, dass die Diabetologie insbesondere in Ländern mit starker universitärer und ambulanter Struktur sehr präsent ist. Gleichzeitig ist es weiterhin unser

Ziel, flächendeckend gut vernetzt zu sein in ganz Deutschland“, ordnete die DDG Präsidentin ein.

## Die Diabetologie voranbringen – durch Signale nach außen

Wichtig für die DDG ist auch, in Politik und Öffentlichkeit wahrgenommen zu werden. Mit sieben Pressekonferenzen und 43 Pressemitteilungen war sie 2025 sehr präsent, vor allem mit den Themen neue Therapien, Prävention, Teilhabe, Versorgungsgerechtigkeit und digitale Versorgung. Aktuell unterstützen etwa 4.800 Follower auf LinkedIn die Kommunikation nach außen. Auch Menschen mit Diabetes werden zunehmend einbezogen: Der Parlamentarische Jahresempfang 2026 folgte dem Motto „Mit Diabetes mittendrin und nicht am Rand“. „Moderne Diabetologie bedeutet nicht nur Innovation, sondern insbesondere auch Zugang, Teilhabe und strukturierte Versorgung“, so Prof. Szendrödi. Dazu gehört: „Wir wollen Gesundheitskompetenz stärken, also Menschen befähigen.“ Erfolgreich war die Kampagne zur Zuckersteuer, die die DDG zusammen mit dem Wissenschaftsbündnis Deutsche Allianz Nichtübertragba-

## Ehrenmitglieder, Wahlen, Kongresse und ein Abschied

- Zu **Ehrenmitgliedern** der Deutschen Diabetes Gesellschaft wurden ernannt: Professor Dr. ANDREAS NEU, Professor Dr. MICHAEL NAUCK, Dr. ALEXANDER RISSE (s. Seite 8/9)
- **Jeweils mit großer Mehrheit gewählt wurden:**
- **Präsident Diabetes Kongress 2028:** Professor Dr. KNUST MAI, Charité – Universitätsmedizin Berlin
- **Präsidentinnen Diabetes Herbsttagung 2028:** PD Dr. KATHARINA LAUBNER, Universitätsklinikum Freiburg, und Dr. ALBA SULAJ, Universitätsklinikum Heidelberg
- **Kassenprüfer:** Wiederwahl von Professorin Dr. MONIKA KELLERER, Stuttgart, und PD Dr. KILIAN RITTIG, Teltow
- **Verabschiedung** von Kongresspräsidentin Professorin Dr. BARBARA LUDWIG, Dresden, aus dem Vorstand der DDG

re Krankheiten (DANK) und vielen weiteren Partnern intensiv unterstützt hat (s. Seite 3). Die Wichtigkeit der Verhältnisprävention allgemein verdeutlichte die DDG an vielen Stellen. Auch Prävention durch Präzision ist ein wichtiges Anliegen des DDG Präsidiums, ebenso geschlechtersensible Prävention.

## Expertise und Zertifikate definieren Qualität

Die DDG bringt sich ebenso bei den aktuellen Gesundheitsreformen auf vielen Ebenen und gemeinsam mit anderen Aktiven ein. Konkret zum KHVVG sagte Szendrödi: „Mit dieser Reform haben wir (...) eine grundlegende Neuordnung, Struktur und Finanzierungslogik. Und genau jetzt entscheidet sich, ob Diabetesversorgung sichtbar wird und ob sie refinanziert wird. (...) Wichtig ist es, dass wir als Fachgesellschaft die Qualität definieren.“ Die DDG Zertifikate sind dafür gute Blaupausen: Das Zertifikat „Klinik mit Diabetes

»Derzeit sind mehrere Leitlinien in Arbeit«

im Blick DDG“ z.B. schützt viele Menschenleben. „In einem Jahr sind es mehr als 1.000 Patienten, die überleben, wenn sie in einem zertifizierten Zentrum behandelt werden, im Vergleich zu einem nicht zertifizierten Zentrum.“ Diese und andere Zertifizierungen gewinnen an Zuspriech. Unterstützend wirken dabei die Informationsveranstaltungen für zertifizierungsinteressierte Einrichtungen. Neu ist das Zertifizierungsmodul „Diabetes und Alter“. Weiterbildung im Bereich Diabetologie gibt es strukturiert mit der DDG Akademie seit 1995. Das Programm wird weiterentwickelt und vertieft; auch hybride Veran-

staltungsformate nehmen zu. Jedes Jahr werden zwischen 100 und 150 Diabetolog\*innen neu anerkannt. Angehörige der Assistenzberufe bekommen immer mehr Möglichkeiten. Zielgruppen sind auch Pflegefachkräfte, hier gibt es ein neues Online-Format für das Training der Trainer\*innen.

Die Digitalisierung beschäftigt die DDG ebenfalls. „Das digitale DMP ist ein Schwerpunkt im letzten Jahr gewesen und wird es auch weiterhin sein.“ Dies gilt auch für die Auskopplung der elektronischen Diabetesakte aus der elektronischen Patientenakte, „wo es besonders wichtig ist, dass wir hier den sektorenübergreifenden Austausch von Befunden, Berichten und Plänen ermöglichen und dass wir durch ein digitales Ökosystem sehr effizient zusammenarbeiten können“. Ein weiteres Thema ist die Früherkennung des Typ-1-Diabetes, hierzu wurde ein Positionspapier erstellt (s. S. 7).

## Leitlinien entwickeln sich weiter und werden lebendig

Weiterentwickelt wird auch das Leitlinienprogramm. Aktuell in Bearbeitung sind die S3-Leitlinien Gestationsdiabetes und Diabetes im Alter, die S2e-Leitlinie Antikörperscreening auf Typ-1-Diabetes, die Patientenleitlinie Diabetes im Kindes- und Jugendalter und die Patientenempfehlungen zur Ernährung bei Typ-2-Diabetes. In Vorbereitung ist die S3-Leitlinie Diabetes und Psyche. Wer Material für Vorträge sucht, kann aufbauend auf den DDG Praxisempfehlungen Folien im Mitgliederbereich herunterladen: Die Empfehlungen werden ab dem dritten Quartal 2026 in der jeweils aktualisierten Fassung fortlaufend auch online zur Verfügung gestellt, als „Living Guidelines“.

Die finanzielle Lage der DDG ist stabil, berichtete Schatzmeister Professor Dr. JOCHEN SEUFERT. Das Eigenkapital reicht, um die Arbeit der DDG für sechs Monate zu finanzieren. Preise, Projekte und Studien konnten mit 785.000 Euro gefördert werden. „Wir sind in der guten finanziellen Lage, dass wir (...) die Diabetesforschung in Deutschland (...) sehr gut fördern können.“

Die Zusammenarbeit mit diabetes-DE – Deutsche Diabetes-Hilfe läuft ebenfalls gut. Geschäftsführerin NICOLE MATTIG-FABIAN gab einen Überblick über die Aktivitäten. Dazu gehören z.B. die politische Podiumsdiskussion „Menschen mit Diabetes beteiligen und stärken“, das Fußballspiel FC Diabetologie gegen FC Bundestag mit politischer Dritter Halbzeit, die Diabetes-Charity-Gala, die Veranstaltung „Meilensteine der modernen Diabetologie/Weltdiabetestag“ und die Social-Media-Kampagne #SagEsLaut #SagEsSolidarisch.

Dr. Katrin Kraatz



Was hat die DDG in den letzten Monaten bewegt? DDG Präsidentin Prof. Dr. Julia Szendrödi gab einen breiten Überblick (oben rechts). Professorin Dr. Barbara Ludwig wurde für ihre Tätigkeit als Kongresspräsidentin ein großer Dank ausgesprochen. Das passende Geschenk überreichte DDG Geschäftsführerin Barbara Bitzer (links). DDG Past Präsident Professor Dr. Andreas Fritsche hatte als Laudator ebenfalls eine wichtige Rolle während der Versammlung (unten rechts). Fotos: DDG/Dirk Deckbar

»Die DDG ist nicht nur ärztlich geprägt«

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

## 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 Wirksamkeit¹

- Fibroseverbesserung#
- MASH-Remission##



### Demonstrierte Sicherheit¹

- > 36.250 Patient:innen behandelt§,²

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

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

§ Stand 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.

## Prof. Dr. med. Hermann P. T. Ammon 1933 – 2026

Am 21. April 2026 verstarb Professor Dr. Ammon mit 93 Jahren nach einem erfüllten Leben. Das bezieht sich sowohl auf seine wissenschaftliche Tätigkeit, auf seine Aktivitäten und Initiativen in Fachgesellschaften und Verbänden als auch auf sein privates Leben.

Hermann Philipp Theodor Ammon wurde 1933 im Frankenland geboren, seinen Vater verlor er früh durch den Zweiten Weltkrieg. Er studierte Pharmazie ab 1954 und ab 1955 auch Medizin in Erlangen; beide Studien schloss er mit der Approbation ab (1958 bzw. 1962). Seine Entscheidung, Medizin zusätzlich zur Pharmazie zu studieren, entstand aus seinem Interesse an den Wirkmechanismen der Arzneistoffe, über die im seinerzeit sehr chemisch ausgerichteten Pharmaziestudium praktisch nichts zu erfahren war.

Die Dissertation zum Redoxzustand intrazellulärer Pyridinnukleotide in Bezug auf die Transacetylierung des Coenzym A fertigte er im Pharmakologischen Institut der Universität Erlangen bei Prof. Heim an, die Promotion zum Dr. med. erfolgte 1963. Da-

nach erforschte er dort die Wirkungen von Narkotika/Sedativa sowie von Alkohol und Koffein auf den Energiestoffwechsel, v. a. im Hirn- und Lebergewebe. Die Habilitation für Pharmakologie und Toxikologie erfolgte 1968.

Ermöglicht durch ein Stipendium der Paul-Martini-Stiftung ging er anschließend an das Joslin Diabetes Center in Boston zu Jürgen Steinke. Während der einjährigen dort verbrachte, formte sich sein anhaltendes Interesse an den Mechanismen der Insulinsekretion. Damals war gerade die Isolierung der Langerhans'schen Inseln mit der Collagenase-Methode etabliert worden, wodurch es möglich wurde, Ähnlichkeiten und Unterschiede zu erkennen, die zwischen der glukosestimulierten Insulinsekretion und der durch den Sulfonylharnstoff Tolbutamid stimulierten Insulinsekretion existieren. Thematisch brachte er in die Erforschung der Stimulus-Sekretionskopplung den Einfluss von Redoxzuständen von NADH, NAD(P)H und Glutathion ein, eine Thematik, die auch gegenwärtig noch Relevanz für die Auslösung der Exozytose der Insulingranula besitzt.

Seinem Werdegang kam zugute, dass in den Siebzigerjahren die Pharmakologie als viertes Fach des Pharmaziestudiums neben Pharmazeutischer Chemie, Pharmazeutischer Biologie und Pharmazeutischer Technologie etabliert wurde. 1974 erhielt er den Ruf auf die neu geschaffene C4-Professur



Prof. Dr.  
Hermann P. T.  
Ammon

Foto: privat

für Pharmakologie und Toxikologie in Tübingen, da er durch das Doppelstudium die Pharmakologie als Nahtstelle zwischen Naturwissenschaften und Medizin verkörpern konnte. Hier konnte er seine Arbeiten zur Funktion der Betazelle und zur glukosestimulierten Insulinsekretion weiterentwickeln.

Neben der Bedeutung von Redoxsystemen in der Betazelle beschäftigte ihn die Modulation der Insulinsekretion durch Neurotransmitter, Hormone und Pharmaka und schließlich durch Insulin selbst. Ein zusätzliches Betätigungsfeld stellte später der Mechanismus pflanzlicher Wirkstoffe dar, insbesondere von Boswelliasäuren aus *Boswellia serrata*. Der von ihm verfolgte Ansatz, neue Wirkprinzipien durch die Isolierung von Einzelstoffen aus komplexen Pflanzenextrakten zu gewinnen, gewinnt gegenwärtig an Akzeptanz in der Grundlagenforschung.

Insgesamt ergab die Bandbreite seiner Forschung über 220 Publikationen. 2001 wurde er emeritiert, der Widerhall seines Forschens und seiner Persönlichkeit fand Aus-

druck in mehreren Symposien zu seinen Ehren, so z. B. im Symposium „Regulatorische Mechanismen der Insulinsekretion“ zu seinem 70. Geburtstag.

Bei den unter seiner Ägide oder Beteiligung erschienenen Büchern soll eines besonders hervorgehoben werden: „Arzneimittelneben- und -wechselwirkungen“, ein sechs Kilogramm (inhalts-)schweres Werk, das mehrfach aktualisiert wurde und als Standardwerk gilt. Daneben war er Herausgeber von oder lieferte Beiträge zu mehreren diabetologischen Fachbüchern, z. B. „Diabetologie kompakt. Grundlagen und Praxis“ mit Helmut Schatz oder mit Michael Mark: „Antidiabetika. Diabetes mellitus und Pharmakotherapie“.

Die Produktivität seines Schaffens wird nicht nur durch die Zahl der Publikationen und Bücher belegt – über 90 Dissertationen entstanden unter seiner Anleitung und vier Habilitationen wurden von ihm begleitet: 1982 Eugen J. Verspohl, 1995 Martin Wahl, 1995 Hasan Safayhi und 2004 Nicolas Lambert. Seine zahlreichen Mitarbeiter und Schüler, scherzhaft „die Ammo-

niten“ genannt, konnten vielfach leitende Positionen erhalten, Professoren, Präsidenten und Vizepräsidenten finden sich darunter.

Seine Erfahrungen und sein Engagement brachte er in Ämter ein: Er war Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (1994 bis 1995) und Präsident der Deutschen Pharmazeutischen Gesellschaft (1996 bis 1999) und wurde später Ehrenmitglied beider Gesellschaften. Die Anerkennung für sein vielseitiges Engagement zeigte sich auch in der Verleihung des Verdienstkreuzes am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland, in der Lesmüller-Medaille der Bundesapothekerkammer, im Phoenix-Wissenschaftspreis, in der Goldmedaille der Landesapothekerkammer Baden-Württemberg und im Heinz-Bürger-Büsing-Diabetes-Forschungspreis.

Das Bild seiner Persönlichkeit bliebe unvollständig, würde nicht erwähnt werden, dass sich sein stets waches Interesse für die wissenschaftlichen Fragestellungen mit gewinnender Herzlichkeit und Kompromissbereitschaft seines Wesens verband.

Wir nehmen Abschied von einem langjährigen Kollegen, trauern und fühlen mit seiner Familie. Er bleibt in dankbarer Erinnerung als lauterer Mensch, Wissenschaftler, Pharmazeut, Pharmakologe und Diabetologe.

Prof. Dr. med. Ingo Rustenbeck,  
Braunschweig

Prof. Dr. rer. nat.

Eugen. J. Verspohl, Münster

»Er verkörperte die Nahtstelle zwischen Naturwissenschaften und Medizin«

»Präsident der DDG in den Jahren 1994 und 1995 und später Ehrenmitglied«

## Reisestipendien: Startschuss für Laufbahn in der Diabetologie

Bewerbungsschluss für Reisestipendien für die Diabetes Herbsttagung in Dresden: 21. August

**BERLIN.** 112 junge Menschen mit Interesse an der Diabetologie konnten mithilfe eines Reisestipendiums am Diabetes Kongress teilnehmen. Sie haben viele wertvolle Eindrücke gesammelt und wichtige Erfahrungen gemacht – wie gut, dass auch für die Diabetes Herbsttagung wieder Stipendien vergeben werden!

Bis zum 21. August ist Zeit, sich für ein Reisestipendium für die Diabetes Herbsttagung 2026 vom 13. bis 14. November in Dresden zu bewerben. Die Stipendien sind offen für Medizinstudierende, junge Ärzt\*innen und Studierende vieler anderer Fachrichtungen. Vergeben werden 60 Stipendien in Höhe von jeweils 300 Euro sowie 20 Stipendien in Höhe von 150 Euro. Stipendiat\*innen haben Zugang zum gesamten Tagungsprogramm, außerdem gibt es ein umfangreiches separates Nachwuchsprogramm.

Für meine persönliche Entwicklung war die Erfahrung, als Stipendiatin an einem Kongress dieser Größe und Bedeutung teilzunehmen, ein echter Motivationsschub.

Omar Eldesouky, Heidelberg

Tatsächlich schließe ich nach diesem Kongress eine Zukunft in der Diabetologie nicht mehr aus – ganz im Gegenteil.

Sophia Hotze, Hannover

Viele Vorträge vermitteln nicht nur Wissen, sondern auch Begeisterung für das Fach und neue Perspektiven auf die Patientenversorgung. Gleichzeitig entstehen Gespräche, die man im normalen Arbeitsalltag oft nicht führen würde, mit erfahrenen Kolleg\*innen, Forschenden oder anderen Berufsgruppen.

Lara Hausdorf, Jena



Kennenlernen der  
Stipendiat\*innen.

Foto: DDG/Dirk Deckbar

Der Diabetes Kongress 2026 war für mich persönlich ein echter Startschuss, mich noch intensiver mit der Diabetologie zu beschäftigen. Ich bin sehr dankbar für diesen tollen Kongress und besonders für die Ärztinnen und Ärzte wie Anna, Jonas und Rebecca, die uns als junge Teilnehmende sehr offen begleitet und viele praktische Einblicke aus ihrem Berufsalltag mitgegeben haben.

Daria Petrovska, Freiburg i. Br.

Weitere Informationen  
und Bewerbung:  
[herbsttagung-ddg.de/  
tagung/#nachwuchsforderung](https://herbsttagung-ddg.de/tagung/#nachwuchsforderung)



# DDG Zertifikate können Leben retten

DDG zertifizierte Kliniken: kürzere Liegedauer, niedrigere Sterblichkeit

**BERLIN.** Jährlich könnten 1.140 Leben von Menschen mit Diabetes durch zertifizierte Diabetesversorgung gerettet werden – das zeigt eine neue bundesweite Analyse.

**F**ast jeder fünfte erkrankte Mensch, der stationär versorgt werden muss, kommt mit Diabetes mellitus in die Klinik. Eine neue bundesweite Analyse von 43,4 Millionen Krankenhausfällen aus den Jahren 2021 bis 2023 für Menschen über 20 Jahre zeigt nun, dass Einrichtungen mit Zertifizierung der Deutschen Diabetes Gesellschaft bessere Ergebnisse in der Versorgung erreichen. Besonders deutlich wird der Vorteil, wenn Diabetes selbst der Aufnahmegrund ist oder wenn akute diabetesbedingte Komplikationen vorliegen. Das Fazit des Autorenteam: Jährlich könnten 1.140 Leben von Menschen mit Diabetes durch zertifizierte Diabetesversorgung gerettet werden. Für die Analyse verglichen die Epidemiologin Dr. biol. hum. MARIE AUZANNEAU, Institut für Epidemiologie und Medizinische Biometrie, Universität Ulm, und ihr Autorenteam 300 DDG zertifizierte Kliniken mit 1.103 nicht zertifizierten Häusern.

Bei Typ-1-Diabetes als Hauptdiagnose lag die für Faktoren wie Alter, Geschlecht, allgemeiner Gesundheitsstatus und Krankenhausgröße adjustierte Sterblichkeit in DDG zertifizierten Kliniken mit 0,23 % deutlich niedriger als in nicht zertifizierten Häusern bei 0,40 %. Bei Typ-2-Diabetes als Hauptdiagnose betrug sie 1,44 % gegenüber 1,64 %. Bei diabetischer Ketoazidose war die Sterbewahrscheinlichkeit in zertifizierten Kliniken signifikant niedriger. Dasselbe galt für schwere Unterzuckerungen. „Der Zusammenhang zwischen Zertifizierung und niedrigerer Sterblichkeit zeigt sich vor allem dort, wo diabetologische Expertise unmittelbar gebraucht wird: bei Diabetes als Aufnahmegrund und bei akuten Stoffwechselkomplikationen“, sagt Auzanneau.

Insgesamt zeigt sich für alle Diabetespatient\*innen eine geringere Sterblichkeit in den zertifizierten Kliniken. Betrachtet man ausschließlich die Menschen mit

## Reformen: eine Gefahr für die Diabetes-Expertise?

Aus Sicht der DDG kommen die Daten zu einem entscheidenden Zeitpunkt. In aktuellen Reformvorhaben zur Finanzierung der GKV drohen spezialisierte, hoch qualifizierte Diabetesstrukturen erneut unter Druck zu geraten. Werden sie nicht als eigene Versorgungsqualität abgebildet, können zertifizierte Kliniken wirtschaftlich benachteiligt werden, obwohl sie bessere Ergebnisse erzielen. „Diese Studie zeigt, was auf dem Spiel steht“, sagt Professor Dr. ANDREAS FRITSCHKE, Past Präsident der DDG. „Wenn zertifizierte Diabetesstrukturen aus finanziellen Gründen verschwinden, verlieren Krankenhäuser Expertise, die Leben retten kann. Die Politik darf Qualität nicht nur fordern. Sie muss sie auch finanzieren.“

Diabetes als Nebendiagnose, findet die Studie jedoch keinen statistisch signifikanten Unterschied bei der Krankenhaussterblichkeit. Das überrascht aus Sicht des Autorenteam nicht: Hier bestimmen häufig andere schwere Erkrankungen (z. B. Herz- und Nierenerkrankungen, Infektionen oder Krebs) den Verlauf. Dennoch verbrachten auch diese Patient\*innen in zertifizierten Kliniken im Mittel weniger Zeit im Krankenhaus. Bei Typ-2-Diabetes

als Nebendiagnose lag die adjustierte Liegedauer bei 7,8 Tagen gegenüber 9,0 Tagen in nicht zertifizierten Häusern.

## Kleine Differenz mit großer Wirkung

Auf den ersten Blick wirkt der Unterschied bei der Sterblichkeit über alle Diabetesfälle hinweg klein: 7 Todesfälle weniger pro 10.000 stationären Fällen in zertifizierten Kliniken. Aber: Im dreijährigen Beobachtungs-



In die Analyse wurden 43,4 Millionen Krankenhausfälle aus den Jahren 2021 bis 2023 einbezogen.

Foto: Ihor – stock.adobe.com

zeitraum wurden 4.888.749 stationäre Diabetesfälle in nicht zertifizierten Kliniken behandelt. „Hätten diese Fälle dieselben Ergebnisse erzielt wie in DDG zertifizierten Kliniken, hätten pro Jahr etwa 1.140 Leben gerettet werden können“, rechnet Auzanneau. Bei Typ-1-Diabetes als Hauptdiagnose wären es ca. 16 Leben pro Jahr, bei Typ-2-Diabetes als Hauptdiagnose rund 131. *DDG/Red*

Auzanneau M et al. *Front Health Serv* 6:  
1782882; doi: 10.3389/frhs.2026.1782882



## Adipositas<sup>a</sup>

## Signifikante Gewichtsreduktion<sup>1,2</sup>

von durchschnittlich **-22,5%<sup>c</sup>**

## Verbesserung von Begleiterkrankungen<sup>1,a</sup>

Obstruktive Schlafapnoe<sup>d</sup>, Prädiabetes<sup>e</sup> und

**kardiometabolischen Parametern<sup>2,f</sup>**

inkl. Taillenumfang, Triglyceriden und Blutdruck

## Typ-2-Diabetes<sup>b</sup>

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

**Bis zu -2,5%**  
HbA<sub>1c</sub>-Reduktion<sup>g</sup>

## Überlegene Gewichtsreduktion<sup>1,h</sup>

**Bis zu -13%**  
Gewichtsreduktion<sup>i</sup>



## JETZT MIT MOUNJARO® STARTEN.

<sup>1</sup> „Mounjaro“ ist angezeigt als Ergänzung zu einer energiereich-reduzierten Diät und erhöhter körperlicher Aktivität zum Gewichtsmanagement, einschließlich Gewichtsabnahme und Gewichtserhaltung, bei Erwachsenen mit einem Ausgangs-Body-Mass-Index (BMI) von  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$  (Adipositas) oder  $\geq 27 \text{ kg/m}^2$  bis  $30 \text{ kg/m}^2$  (Übergewicht) bei Vorliegen mindestens einer gewichtsbedingten Begleiterkrankung (z.B. Hypertonie, Dyslipidämie, obstruktive Schlafapnoe, Herz-Kreislauf-Erkrankung, Prädiabetes oder Typ-2-Diabetes mellitus). <sup>2</sup> „Mounjaro“ ist angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab 10 Jahren mit unzureichend hergestelltem Typ-2-Diabetes mellitus als Ergänzung zu Diät und Bewegung als Monotherapie, wenn die Einnahme von Metformin wegen Unverträglichkeiten oder Kontraindikationen nicht angezeigt ist, zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Diabetes mellitus. <sup>3</sup> „Prozentuale Gewichtsreduktion vom Ausgangsgewicht unter Mounjaro“ 15 mg nach 72 Wochen. Unter Placebo Gewichtsreduktion um 2,4% (-2,4 kg) in diesem Zeitraum. Bei kalorienreduzierter Ernährung und erhöhter körperlicher Aktivität.<sup>4,5</sup> „MIT PAH-Paraphase unter Mounjaro“ MTD (Maximal tolerierte Dosis: 10 oder 15 mg) erreichten 50,2% der Erwachsenen mit mittelschwerer-schwerer OSA und einem BMI  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$  einen AHI  $< 5$  oder AHI 5-14 mit ESS  $\leq 10$ ,  $p < 0,001$ , für Multiplizität adjustiert. Treatment-Regimen Estimand, MIT-Population, MMRM-Analyse. AHI: Apnoe-Hypopnoe-Index ESS: Epworth Sleepiness Scale. <sup>6</sup> Unter den Patienten von SURMOUNT-1 mit Prädiabetes zu Studienbeginn ( $N=1.032$ ) erreichten 95,3% der mit Tirzepatid behandelten Patienten in Woche 72 wieder eine Normoglykämie, verglichen mit 61,9% der Teilnehmer in der Placebogruppe. <sup>7</sup> Der Wirksamkeits-Estimand für die Einzelindos wurde mit Ausnahme des Taillenumfangs bei Mounjaro® 10 mg und 15 mg nicht multiplizitätsadjustiert. <sup>8</sup> +HbA<sub>1c</sub> -Reduktion mit Mounjaro® 15 mg nach 40 Wochen bezogen auf den Ausgangswert. <sup>9</sup> Die Veränderung des Körpergewichts war ein sekundärer Endpunkt in den SURPASS-Studien. <sup>10</sup> Gewichtsreduktion mit Mounjaro® 15 mg nach 40 Wochen bezogen auf den Ausgangswert. <sup>11</sup> Mounjaro® verfügt über einen im AMNOC verhandelten Erstattungsbetrag (§ 130b SGB V).

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



Zum Pflichttext  
von Mounjaro®  
[www.mounjaro.de](http://www.mounjaro.de)

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



**Lilly**  
A MEDICINE COMPANY

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

CMAT-24610 April 2026

# Hybrid-Molekül und MouseMapper

Forschende des DZD forschen an potenten Therapieansätzen für Diabetes und Adipositas

**NEUHERBERG.** Typ-2-Diabetes, Adipositas, Fettleber – diese Erkrankungen hängen zusammen und Forschende des DZD versuchen, Therapieansätze zu entwickeln, die nicht nur eine Erkrankung bekämpfen. So wurde ein Hybrid-Molekül entwickelt, mit dem zusätzlich ein Stoffwechselmodulator in die Zielzellen eingeschleust werden kann. Außerdem ist ein KI-gestütztes Framework für die Kartierung krankheitsbedingter Veränderungen im gesamten Körper der Maus entstanden, es wurde nach dem Zeitpunkt der Erhöhung des Glukagonspiegels gefragt und kritisch auf den Jo-Jo-Effekt geschaut.



**DZD**  
Deutsches Zentrum  
für Diabetesforschung

## Ist der Jo-Jo-Effekt wirklich schädlich?

Die Professoren FAIDON MAGKOS von der Universität Kopenhagen und NORBERT STEFAN, Deutsches Zentrum für Diabetesforschung, Universitätsklinikum Tübingen und Helmholtz Munich, haben sich kritisch mit jahrzehntelanger Forschung zum Thema Gewichtsschwankungen auseinandergesetzt.

Ihr Fazit: Es gibt keine überzeugenden kausalen Belege dafür, dass der Jo-Jo-Effekt als solcher bei Menschen mit Adipositas zu langfristigen Schäden führt. „Viele Menschen, die mit ihrem Gewicht zu kämpfen haben, schrecken davor zurück, abzunehmen, weil sie befürchten, dass der Jo-Jo-Effekt zu Muskelabbau führen und ihren Stoffwechsel beeinträchtigen könnte“, sagt Prof. Magkos. „Unsere Untersuchung zeigt, dass diese Befürchtungen weitgehend unbegründet sind. In den meisten Fällen überwiegen die Vorteile einer Gewichtsabnahme eindeutig die theoretischen Risiken des Jo-Jo-Effekts.“ Und Prof. Stefan erklärt: „Bei angemessener Berücksichtigung von Vorerkrankungen, Alter und einer allgemeinen Neigung zu Übergewicht verschwinden die vermeintlichen schädlichen Auswirkungen des Jo-Jo-Effekts weitgehend.“



In den meisten Fällen kehren Menschen zu einer Körperzusammensetzung zurück, die der zu Beginn ähnlich und nicht schlechter ist. Auch gibt es keine fundierten Belege dafür, dass der Jo-Jo-Effekt für die lebenslange Gewichtszunahme verantwortlich ist, die bei Menschen mit Adipositas häufig zu beobachten ist.

Die Autoren weisen auf ein wichtiges Detail hin: Eine erneute Gewichtszunahme macht viele der positiven Auswirkungen einer Gewichtsabnahme rückgängig, wie etwa Verbesserungen bei Blutzucker, Blutdruck und Blutfettwerten. Aber: „Eine erneute Gewichtszunahme bringt die Menschen wieder auf das Ausgangsrisiko zurück – nicht darüber hinaus“, so Prof. Magkos. Tatsächlich zeigen mehrere groß angelegte Studien, dass der Jo-Jo-Effekt kein Indikator mehr für das Risiko von Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist, wenn das durchschnittliche Körpergewicht über einen längeren Zeitraum berücksichtigt wird. Es scheint, dass ein höherer Körperfettanteil an sich der ausschlaggebende Faktor für das Stoffwechselrisiko ist. **DZD**

Magkos F, Stefan N. Lancet Diabetes Endocrinol 2026 Jul; 14(7): 594-607; doi: 10.1016/S2213-8587(26)00037-9

## Ein Molekül, zwei Effekte

Ein Team um Professor TIMO D. MÜLLER von Helmholtz Munich hat einen neuen Ansatz für die Behandlung von Adipositas und Typ-2-Diabetes entwickelt: Ein Hybrid-Molekül nutzt GLP1/GIP als „Türöffner“ und schleust zusätzlich einen Stoffwechselmodulator gezielt in die Zielzellen ein.

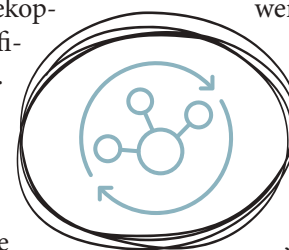
Konkret hat das Team um Prof. Müller auf eine Art „Adressetikett mit Fracht“ gesetzt: Es wurde ein bekannter Inkretin-Wirkteil chemisch mit einer zweiten Wirkkomponente gekoppelt – dem Wirkstoff Lanifibranor (pan-PPAR-Agonist). Der Inkretin-Teil dockt an GLP1- oder GIP-Rezeptoren auf der Zelloberfläche an und sorgt dafür, dass das Hybrid-Molekül in die Zelle aufgenommen wird. Im Inneren der Zelle bindet dann die zweite Komponente an PPAR-„Schalter“ im Zellkern, die Gene für Fett- und Zuckerstoffwechsel mitsteuern. So soll die zusätzliche Stoffwechselwirkung gezielt in GLP1-R/GIP-R-tragenden Zellen entstehen statt im ganzen Körper.

Funktionell vereint das Hybrid-Molekül fünf Wirkziele: Es aktiviert zwei Rezeptoren

an der Zelloberfläche (GLP1-R und GIP-R) und steuert zusätzlich drei PPAR-Schalter im Zellinneren. Prof. Müller beschreibt das Prinzip als „trojanisches Pferd“: Der Inkretin-Teil öffnet die Tür, die „Fracht“ wirkt erst in der Zielzelle. „Ein wesentlicher Vorteil ist dabei die Menge. Weil die zweite Komponente nicht separat und systemisch gegeben wird, sondern mit dem Inkretin-Teil ‚mitreist‘, kann sie in einer um Größenordnungen niedrigeren Dosis eingesetzt werden.“ So gewinnt das Medikament Wirkung, ohne im ganzen Körper Nebenwirkungen zu verstärken.

In Labormäusen mit ernährungsbedingter Adipositas zeigte der Ansatz Wirkung: „Die Tiere fraßen weniger und nahmen mehr ab als unter einem GLP1/GIP-Koagonisten ohne Fracht“, sagt Dr. DANIELA LISKIEWICZ, IDO-Gruppenleiterin und mit Dr. AARON NOVIKOFF Co-Erstauteurin. „In den gezeigten Vergleichsuntersuchungen war der Effekt teilweise sogar stärker als unter einem reinen GLP1-Wirkstoff.“ **DZD**

Liskiewicz D et al. Nature. 2026 May; 653(8115): 776-785; doi: 10.1038/s41586-026-10427-5



## KI-Atlas deckt Schäden auf

Forschende von Helmholtz Munich, der Ludwig-Maximilians-Universität München sowie weiteren kooperierenden Einrichtungen haben ein KI-gestütztes Framework entwickelt, das krankheitsbedingte Veränderungen im gesamten Körper der Maus mit zellulärer Auflösung kartiert.

Mithilfe der neuen Plattform „MouseMapper“ identifizierten sie weitreichende Entzündungsprozesse sowie bislang unbekannte Schädigungen sensorischer Gesichtsnerven infolge von Adipositas. Darüber hinaus konnten die Forschenden unter der Leitung von Professor Dr. ALI ERTÜRK, Direktor des Institute for Biological Intelligence (iBIO) bei Helmholtz Munich und Professor an der Ludwig-Maximilians-Universität München, entsprechende molekulare Signaturen auch in menschlichem Gewebe nachweisen.

Dies deutet darauf hin, dass zentrale Merkmale adipositasbedingter Nerven-

schäden über Speziesgrenzen hinweg erhalten bleiben.

Über Adipositas hinaus könnte „MouseMapper“ die Erforschung komplexer Erkrankungen grundlegend verändern, die gleichzeitig mehrere Organsysteme betreffen – darunter Diabetes, Krebs, neurodegenerative Erkrankungen und Autoimmunerkrankungen. Im Gegensatz zu bisherigen Methoden, die sich meist auf einzelne Organe konzentrieren, ermöglicht MouseMapper eine integrierte Ganzkörperanalyse, mit der sich krankheitsbedingte „Hotspots“ im gesamten Organismus identifizieren lassen.

Über den interaktiven Online-Atlas ([disco technologies.org/MouseMapper](https://disco technologies.org/MouseMapper)) sind Ganzkörper-3D-Rekonstruktionen, KI-Segmentierungen und Videos verfügbar. Hochauflösende Abbildungen und Animationen sind auf Anfrage erhältlich. **DZD**

Kaltenecker D et al. Nature 2026 May 20; doi: 10.1038/s41586-026-10535-2



## Glukagon früh erhöht

Sprechen die Körperzellen schlechter auf Insulin an, steigt der Blutglukosespiegel langfristig an. Eine aktuelle Studie des Deutschen Diabetes-Zentrums zeigt, dass auch das Hormon Glukagon bereits früh erhöht ist.

Forschende des DZD analysierten Blutproben und Stoffwechselfparameter von 50 Erwachsenen mit neu diagnostiziertem Typ-2-Diabetes und 50 Erwachsenen mit normalem Blutglukosestoffwechsel (Grundlage: Deutsche Diabetes Studie).

Die Ergebnisse zeigen, dass Menschen mit Typ-2-Diabetes bereits innerhalb des ersten Jahres nach der Diagnose rund 75 % höhere Glukagonspiegel nach einer Mahlzeit aufweisen als Menschen ohne Typ-2-Diabetes. Dieser Anstieg ist eng mit dem Fettgehalt der Leber verknüpft – und nicht, wie bislang oft angenommen, mit Insulinresistenz oder bestimmten Stoffwechselprodukten im Blut. „Unsere Ergebnisse verdeutlichen, dass Typ-2-Diabetes nicht ausschließlich unter dem Aspekt der Insulinwirkung betrachtet werden sollte. Die Leber und die Regulation von Glukagon spielen eine besondere Rolle im Stoff-

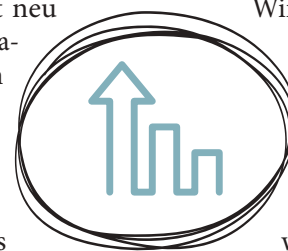
wechsel“, erklärt Professor Dr. MICHAEL RODEN, wissenschaftlicher Geschäftsführer und Sprecher des Vorstands des DZD sowie Direktor der Klinik für Endokrinologie und Diabetologie am Universitätsklinikum Düsseldorf.

Bisherige Arbeiten legen nahe, dass in den Leberzellen eingelagertes Fett die Wirkung von Glukagon beeinträchtigen könnte. Die neuen Daten

stützen diese Annahme und sprechen für eine „hepatische Glukagonresistenz“. Die Leber reagiert möglicherweise weniger empfindlich auf Glukagon, woraufhin der Körper vermehrt davon ausschüttet. Die Ergebnisse

sind auch praktisch relevant, da neue Wirkstoffklassen in Studien gezielt am Glukagonsystem ansetzen – u. a. um Fettlebererkrankungen zu behandeln. „Eine frühzeitige Behandlung der Fettlebererkrankung könnte dazu beitragen, das Risiko für Typ-2-Diabetes zu senken. Dafür ist Früherkennung und Screening von Risikogruppen entscheidend“, erklärt MAXIMILIAN HUTTASCH, Studienarzt am Institut für Klinische Diabetologie am DZD und Erstauteur der Studie. **DZD**

Huttasch, M et al. Diabetes Care 2026; 49(6): 1048-1056; doi: 10.2337/dc25-3077



# Frühzeitig handeln:

FETTLIEBER KANN  
BEI RECHTZEITIGER  
BEHANDLUNG  
REVERSIBEL SEIN



**2,5x** wirksamer in der  
**STEATOSE-REDUKTION\***



## Reduktion von Fatigue

Spürbar verbesserte Lebensqualität von MASLD-Betroffenen<sup>1</sup>



## Sichere und wirksame Begleittherapie

für Patienten mit Typ 2 Diabetes: Signifikante Reduktion des HbA1c-Wertes im Vergleich zu Placebo<sup>1</sup>



## Lindert Symptome einer Lebererkrankung

Wie Müdigkeit oder Druck im rechten Oberbauch



**3x  
TÄGLICH**



**Signifikante  
Besserung nach  
3-6 MONATEN**



**90% BIO-  
VERFÜGBARKEIT**

\*Als Placebo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Stefan N, et al. Liver Int. 2026 May;46(5):e70601.

**Kein Ersatz für Lebensstiländerung (z. B. gesunde Ernährung, Bewegung & Alkoholverzicht).**

Essentiale® Kapsel 600 mg. Wirkstoff: 600 mg entölte angereicherte Phospholipide aus Sojabohnen. Sonst. Bestandt.: Ethanol 96 %, Hartfett, Sojaöl (Ph. Eur.), hydriertes Rizinusöl, Ethylvanillin, 1-(4-Methoxyphenyl) ethanon, all-rac- $\alpha$ -Tocopherol, Gelatine, Titandioxid (E 171), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O (E 172), Eisen(III)-oxid (E 172), Eisen(II,III)-oxid (E 172), Natriumdodecylsulfat, gereinigtes Wasser. Anw.-geb.: Verbesserung des subjektiven Beschwerdebildes, wie Appetitlosigkeit, Druckgefühl im rechten Oberbauch, bei Leberschäden durch leberschädliche Stoffe sowie durch falsche Ernährung (toxisch-nutritive Leberschäden) und bei chronischer Leberentzündung (Hepatitis). Gegenanz.: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff, Sojaproteine, Erdnuss oder einen der sonstigen Bestandteile des Arzneimittels. Nebenw.: Erhöhter Blutdruck, Palpitationen, Schwindel, Übelkeit, Erbrechen, weicher Stuhl, Diarrhoe, allerg. Hautreaktionen (Exanthem, Urtikaria, Pruritus). Warnhinw.: Enthält Sojaproteine und Ethanol (Alkohol). Apothekenpflichtig.

A. Nattermann & Cie. GmbH, Brüningsstraße 50, 65929 Frankfurt am Main. Stand: Februar 2026

MAT-DE-2602096

# Adipositastherapie wieder neu gedacht

Netzwerken, neues Wissen und Erfahrungsaustausch beim ersten Expertenforum für Adipositasberater\*innen

**REGENSBURG.** Das neue zweitägige Expertenforum wurde für alle Adipositasberater\*innen DAG-DDG entwickelt, die sich weiter fortbilden möchten. Was die Teilnehmenden erwarten können, erklärt Angelika Deml, u. a. Adipositasberater\*in DAG-DDG, die das Forum mitkonzipiert hat und selbst Referentin ist.

## Wie kam die Idee auf, ein solches Expertenforum anzubieten?

**Angelika Deml:** Für Diabetesassistent\*innen und Diabetesberater\*innen hat die DDG eine Fortbildungspflicht formuliert. Für Adipositasberater\*innen wurde diese Pflicht noch nicht festgeschrieben, aber auch sie sind dazu angehalten. Allen, die den Kurs zur Adipositasberater\*in absolviert haben, möchten wir deshalb durch das Expertenforum anbieten, am Thema dranzubleiben. Das hängt auch damit zusammen, dass es das DMP Adipositas zwar schon gibt, es aber noch nicht konkret umgesetzt wird. In einigen Einrichtungen wurde allerdings schon ein strukturiertes Betreuungsangebot für adipöse Menschen etabliert, die Selbstzahler oder Privatpatienten sind. Das Expertenforum bietet die Möglichkeit, sich u. a. darüber auszutauschen, also

z. B. über die Abrechnung und über Werbung und Marketing. Ich finde, es gibt keine bessere Gelegenheit, um diesen Austausch zu ermöglichen.

## Also geht es um Wissensvermittlung und Erfahrungsaustausch.

**Angelika Deml:** Genau. Natürlich geht es darum, das Wissen auf dem neuesten Stand zu halten, aber es soll auch genug Raum bleiben, um von den anderen zu erfahren, was aus der Fortbildung entstanden ist. Netzwerken, Erfahrungsaustausch und auch Geselligkeit und Spaß sind wichtig!

»Die Adipositasbegleitung zum Fliegen bringen«

## INTERVIEW



**Angelika Deml**  
Bildungsreferentin  
Katholische Akademie  
Regensburg,  
Mitglied im Ausschuss  
QSW der DDG  
Foto: Angelika Deml

## Was könnte die Teilnehmenden besonders interessieren?

**Angelika Deml:** Ich denke, sie sind vor allem an Erfahrungswissen interessiert: Wie kann die Adipositasbegleitung in der eigenen Einrichtung zum Fliegen gebracht werden, wo sind Stolpersteine und Grenzen? Eine ganz klare Grenze ist, dass die Betreuung von adipösen Menschen in den ambulanten Versorgungseinrichtungen keine Leistung der GKV ist. Und wie gesagt: Das DMP wird noch nicht konkret umgesetzt. Klar ist – und das zeigen auch Evaluationen –, dass wir für die Fortbildung zur Adipositasberater\*in sehr gutes Feedback bekommen, dass sie bereichernd ist für die eigene Kompetenz, denn: In der Arbeit

mit Menschen mit Diabetes begegnet man ja tagtäglich Menschen, die gleichzeitig auch adipös sind. Adipositasberater\*innen haben für die Arbeit mit ihnen dafür viel mehr Werkzeuge zur Verfügung.

## Welches neue Wissen soll beim Expertenforum vermittelt werden?

**Angelika Deml:** Bei den Medikamenten gibt es neue Entwicklungen, z. B. die GLP1-Analoga in neuen Dosierungen und Darreichungsformen, außerdem geht es um metabolische Adaption, Exercise Snacks und neue Ideen und Tools, wie die Selbstwirk-

samkeit der Menschen in der Beratung gestärkt werden kann.

## Welche Referierenden sind dabei?

**Angelika Deml:** Das sind Diabetes- und Adipositasberaterin Regine Werk und ich selbst, außerdem Christian Brinkmann, Professor für Fitness und Gesundheit an der IST-Hochschule in Düsseldorf, die Ernährungsberaterin und Diabetestherapeutin Stephanie Tölle aus Zürich und Stephanie Zopp von der LMU München, die uns ein medizinisches Update geben wird.

Interview: Nicole Finkenauer

## Wichtig zu wissen

- **Themen:** metabolische Adaption – den Stoffwechsel bei Adipositas verstehen | phänotypenorientierte Adipositas-therapien | GLP1- und Anti-Obesity-Management nach dem Schweizer Modell | Werkzeugkasten für Bewegung: praktische Tools für Coaching und Assessment | außerdem: praxisnahe Fallarbeit und kollegialer Austausch
- **Termin:** 11. bis 12. September 2026; Tag 1: 9.00 bis 16.30 Uhr, Tag 2: 9.00 bis 13.00 Uhr

- **Veranstaltungsort:** Katholische Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern, Ostengasse 27, 93047 Regensburg
- **Kosten:** 280 Euro, für katholische Einrichtungen 267 Euro (Preise inklusive Seminarunterlagen und Teilverpflegung)

[www.katholische-akademie-regensburg.de/65W01](http://www.katholische-akademie-regensburg.de/65W01)



Foto: Julien Eichinger – stock.adobe.com

## MEDICAL REPORT

### Typ-1-Diabetes im Frühstadium: Neue Therapieoption

Teplizumab moduliert den Autoimmunprozess und kann die Betazellfunktion länger erhalten

**Typ-1-Diabetes (T1D) beginnt lange vor den ersten Symptomen.**<sup>1</sup> Autoreaktive T-Zellen zerstören schleichend die insulinproduzierenden Betazellen<sup>2</sup> – ein Prozess, dem die Medizin bislang nur zusehen konnte. Doch mit der Zulassung eines immunmodulatorischen Antikörpers zeichnet sich nun ein Paradigmenwechsel ab: Erstmals lässt sich der T1D-Autoimmunprozess im Frühstadium gezielt beeinflussen.<sup>3</sup>

Die Autoimmunerkrankung T1D verläuft in vier Stadien.<sup>1</sup> Bereits in den präsymptomatischen Stadien 1 und 2 gehen bis zu 90% der funktionellen Betazellmasse unwiederbringlich verloren.<sup>4</sup> Die neue Therapie mit Tezeild®

(Teplizumab) ist indiziert bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab 8 Jahren mit T1D im Stadium 2 zur Verzögerung des Fortschreitens des T1D in das Stadium 3 und wird einmalig über 14 Tage per täglicher intravenöser Infusion verabreicht.<sup>5</sup> Voraussetzung ist somit frühes Erkennen des T1D im Stadium 2 durch Nachweis von ≥ 2 Autoantikörpern plus Dysglykämie ohne manifeste Hyperglykämie.<sup>5</sup>

#### Zeitgewinn und Betazellerhalt

Das Zeitfenster für die Intervention schließt sich schnell, denn das Progressionsrisiko von Stadium 2 zu Stadium 3 beträgt altersunabhängig 78% innerhalb von 5 Jahren.<sup>6</sup> Der mono-

klonale Anti-CD3-Antikörper Teplizumab bewirkt eine Erschöpfung zytotoxischer T-Zellen und einen Anstieg regulatorischer T-Zellen und schützt so die verbliebenen Betazellen.<sup>2,5</sup> Die randomisierte, multizentrische, placebokontrollierte, doppelblinde Phase-2-Studie TN-10 belegt die Wirksamkeit. Im Median verzögerte die Therapie die klinische Manifestation um 2 Jahre versus Placebo.<sup>7</sup> Ca. 40% der Behandelten blieben nach im Median ~7 Jahren Nachbeobachtungszeit in einer Follow-Up-Analyse weiterhin symptomfrei (Abb. 1).<sup>8</sup> Zudem verbesserten sich oGTT-Glukoseantwort und C-Peptid-AUC, was auf eine Stabilisierung der Betazell-

funktion schließen lässt.<sup>3</sup> Je mehr Betazellen bei Manifestation im Stadium 3 noch aktiv sind, desto günstiger die Prognose: Höhere C-Peptid-Spiegel korrelieren mit geringerem Insulinbedarf, niedrigeren HbA<sub>1c</sub>-Werten<sup>9</sup> und einem geringeren Risiko für diabetische Ketoazidosen, schwere Hypoglykämien und mikrovaskuläre Komplikationen.<sup>10-12</sup>

#### Vorhersehbares Verträglichkeitsprofil

Die meisten Nebenwirkungen unter Teplizumab waren Grad 1 oder 2 und traten während oder kurz nach der Dosierungsperiode auf. Der Großteil klang ohne Intervention ab.<sup>13,14</sup> Häufigste Nebenwirkung war die Lymphopenie (75%). Mögliche schwerwiegende Nebenwirkungen sind u. a. das Zytokin-Freisetzungssyndrom (0,9%) und schwere Infektionen (0,2%). Die vollständige Liste aller Nebenwirkungen ist in der Fachinformation zu finden.<sup>5</sup>

AUC: Area under the curve, Fläche unter der Kurve; CD: Cluster of Differentiation, Differenzierungscluster; oGTT: oraler Glukosetoleranztest; T1D: Typ-1-Diabetes.

# In einer erweiterten Follow-Up-Analyse der TN-10-Studie (N=76, im Alter von 8–49 Jahren mit Stadium 2 des T1D, die über 14 Tage einen einmaligen Behandlungszklus mit Tezeild® oder Placebo erhielten) zeigte sich nach einer

medianen Nachbeobachtungszeit von ~7 Jahren (80 Monate), dass der Anteil der Patient\*innen ohne Progression zu Stadium 3 des T1D in der Tezeild®-Gruppe 36,4% (n=16/44) und in der Placebo-Gruppe 12,5% (n=4/32) betrug.<sup>8</sup> Während einer medianen Nachbeobachtungszeit von 51 Monaten führte die Behandlung mit Tezeild® zu einer statistisch signifikanten Verzögerung in der Entwicklung eines T1D im Stadium 3, HR 0,41 (95%-KI: 0,22–0,78; p=0,0066). Ein Proportional-Hazards-Modell nach Cox, stratifiziert nach Alter und oGTT-Status bei der Randomisierung zeigte in der Studie TN-10, dass die mediane Dauer von der Randomisierung bis zur Diagnose des T1D im Stadium 3 50 Monate in der Tezeild®-Gruppe und 25 Monate in der Placebo-Gruppe betrug, entsprechend einem Unterschied von 25 Monaten.<sup>5</sup>

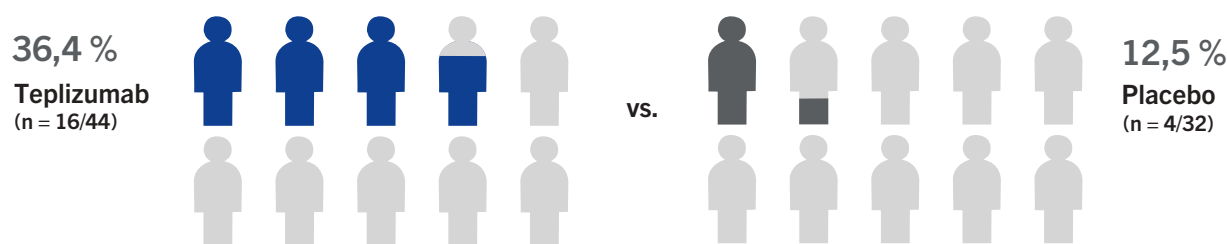
1. Breakthrough T1D. The stages of type 1 diabetes. <https://breakthrough1d.org.au/what-is-t1d/stages/> Zuletzt abgerufen am 29.05.2026. 2. Herold KC et al. Nat Rev Immunol 2024; 24: 435–451. 3. Sims EK et al. Sci Transl Med 2021; 13: eabc8980. 4. Wang YN et al. Front Immunol 2024; 15: 1450366. 5. Fachinformation Tezeild®, Stand: 01/2026. 6. Templeman EL et al. Diabetes Care 2025; 48: 1571–1580. 7. Herold KC et al. N Engl J Med 2019; 381: 603–613. 8. Lledó-Delgado A et al. J Clin Invest 2024; 134: e177492. 9. Sørensen JS et al. Diabetes Care 2013; 36: 3454–3459. 10. Jeyam A et al. Diabetes Care 2021; 44: 390–398. 11. Gubitosi-Klug RA et al. J Clin Invest 2021; 131: e143011. 12. Leighton E et al. Diabetes Ther 2017; 8: 475–487. 13. Herold KC et al. Diabetes Care 2023; 46: 1848–1856. 14. Dayan CM et al. Diabetologia 2024; 67: 337. Abstr. 704. Präsentiert beim 60th Annual Meeting of the European Association for the Study of Diabetes in Madrid, Spanien.

**Podcast:**  
Prof Dr. Olga Kordonouri  
im O-Ton Diabetologie  
Extra: Jetzt reinhören.



MAT-DE-2602574

#### Anteil der Patient\*innen ohne Fortschreiten des T1D in Stadium 3 am Ende der 2. Follow-Up-Analyse



Quelle: mod. nach 8

MT-Grafik

Abb. 1: 2. Follow-Up-Analyse der TN-10-Studie. Mediane Nachbeobachtungszeit von ca. 7 Jahren (80 Monate).

### INHALT

**Schulung beim Hausarzt: Weitgehend Fehlanzeige!**  
Prof. Bernhard Kulzer 01

**diatec 2026: Dringender Bedarf nach Reformen**  
Theresia Schoppe 04

**ADA 2026: Cyber Security**  
Gabriele Faber-Heinemann, Prof. Lutz Heinemann 03

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

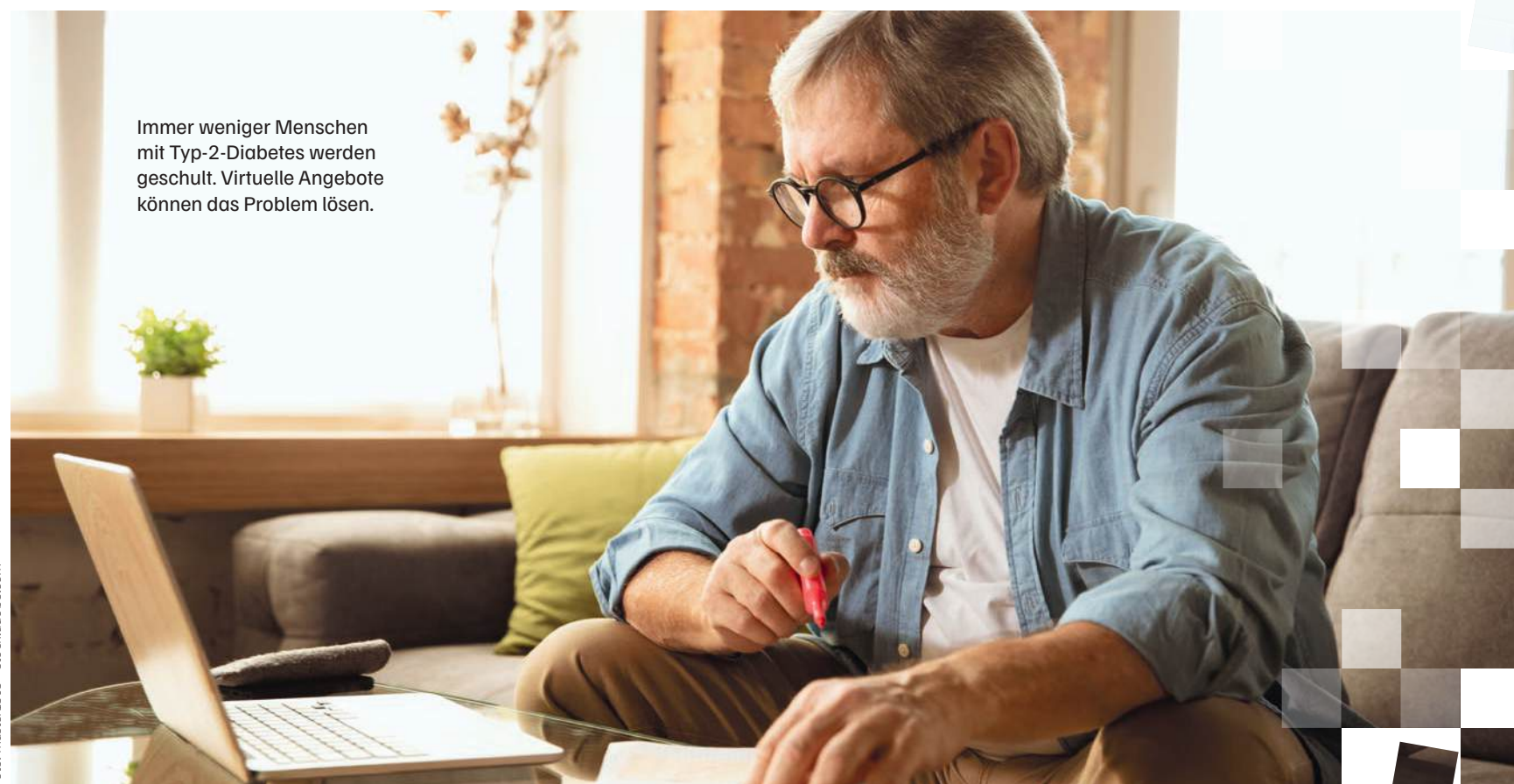
Geschäftsführung:  
Stephan Kröck, Markus Zobel

Redaktion: Nicole Finkenauer,  
Gregor Hess, Matthias Heinz

Layout: Richard Hoppe, Sabine Roach

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

### IMPRESSUM



Immer weniger Menschen mit Typ-2-Diabetes werden geschult. Virtuelle Angebote können das Problem lösen.

# Schulung beim Hausarzt: Weitgehend Fehlanzeige!

**DEFIZITE. Die Schulung für Menschen mit Typ-2-Diabetes sollte eigentlich primär beim Hausarzt erfolgen. Dies passiert allerdings immer seltener. Was sind die wesentlichen Gründe hierfür?**

Lassen wir erst die Fakten sprechen: Aktuell liegt die Zahl der Menschen mit Typ-2-Diabetes in Deutschland laut dem letzten Gesundheitsbericht Diabetes 2026 bei mindestens 9,3 Millionen. 96 % aller an Diabetes erkrankten Personen sind demnach an Typ-2-Diabetes erkrankt – ohne die zusätzlichen 1,9 Millionen Personen mit Typ-2-Diabetes, die noch nichts von ihrer Diagnose wissen und damit auch nicht geschult werden können [1]. Die Zahl korrespondiert auch gut mit den Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen (GKV), wonach ca. 11–12 % der Erwachsenen einen Diabetes haben [2].

Jedes Jahr werden 450 000 Neuerkrankungen von Typ-2-Diabetes diagnostiziert. Das mittlere Alter bei der Diagnose liegt bei Männern bei 61,0 ± 13,4 Jahren und bei Frauen bei 63,4 ± 14,9 Jahren. Das bedeutet, dass rund die Hälfte aller Menschen mit Typ-2-Diabetes noch während ihres Erwerbslebens erkrankt. Aufgrund der relativ lan-

gen Lebenserwartung besteht ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Folgeerkrankungen. Im Vergleich zu Menschen ohne Typ-2-Diabetes sind Personen mit dieser Erkrankung außerdem durchschnittlich 2,6 Jahre weniger im Arbeitsleben aktiv, was einen bedeutsamen Produktivitätsverlust darstellt [3].

Die Schulung der ca. 6 Millionen Menschen mit Typ-2-Diabetes ohne Insulinbehandlung sollte insgesamt primär beim Hausarzt stattfinden. Auch die Schulung von Patientinnen und Patienten mit einer oral unterstützten Basalinsulin-

*„Diabetes-schulungen beim Hausarzt sind wichtig, werden aber seltener.“*



**Prof. Bernhard Kulzer**

diateam,  
Bad Mergentheim  
kulzer@diateam.de

Foto: Ludwig Niethammer

therapie (BOT-Therapie) sollte zum Therapiebeginn im Hausarztsetting durchgeführt werden. Erst bei der intensivierten Insulintherapie und bei Typ-1-Diabetes ist vordringlich die diabetologische Schwerpunktpraxis (DSP) gefragt.

### Betreuung durch 66 100 Hausärztinnen und Hausärzte

In Deutschland werden Menschen mit Typ-2-Diabetes – Stand 2024 – von etwa 66 100 Hausärztinnen und Hausärzten betreut, wie aus den aktuellen Zahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hervorgeht [4]. Rein rechnerisch ist eine Hausärztin bzw. ein Hausarzt im Durchschnitt für 1 264 Einwohner verantwortlich. Die Versorgung variiert jedoch je nach Bundesland, wie das Statistische Bundesamt angibt. In Brandenburg (1 436), Bremen (1 369) und Niedersachsen (1 356) kamen

überdurchschnittlich viele Menschen auf eine Hausärztin bzw. einen Hausarzt. In Bayern lag der Wert mit 1 114 Patientinnen und Patienten pro Hausarzt bundesweit am niedrigsten, gefolgt von Hamburg (1 118) und Mecklenburg-Vorpommern (1 149) [5].

### 139 Menschen mit Diabetes in einer durchschnittlichen Hausarztpraxis

Bei einer angenommenen Typ-2-Diabetesprävalenz von 11 % werden in einer Einzelpraxis eines Hausarztes, die mit einem Anteil von 67,5 % immer noch die häufigste Praxisform bei Hausärzten darstellt, durchschnittlich 139 Personen mit Diabetes betreut [6]. Dies ist nur eine grobe Schätzung, die jedoch als Anhaltspunkt für die Abschätzung der Schulungshäufigkeit dienen kann. Rein statistisch beträgt die Anzahl der neu an Typ-2-Diabetes erkrankten Personen, die entsprechend den Leitlinien unmittelbar nach der Diabetesmanifestation eine Diabetesschulung angeboten bekommen sollten, im Mittel etwa sieben Personen pro Jahr. Geht man davon aus, dass diese nicht alle schulungsfähig sind (z. B. wegen hohen Alters oder

großer Entfernung zur Praxis) oder die Schulung ablehnen, so sind ca. vier bis fünf Personen pro Praxis eine viel zu geringe Anzahl möglicher Teilnehmer für eine strukturierte Diabetes-Gruppenschulung, die sich auch wirtschaftlich für eine einzelne Hausarztpraxis lohnt.

### Früher: Praxenübergreifende Schulungsvereine

Da die geringe Zahl von schulungsfähigen Personen pro Praxis schon früher als wesentliche Einschränkung für eine zeitnahe Diabetesschulung erkannt wurde, kam in den 1990er Jahren die Idee auf, dass sich Hausärzte zu Schulungsvereinen zusammenschließen, um die Schulungen regional und praxisübergreifend zu ermöglichen. Ein Pionier dieses Ansatzes war der Diabetologe Prof. Dr. Hellmuth Otto (1925–2004), der eine Arbeitsgemeinschaft für ambulante Schulung und Schulungsvereine ins Leben rief [7]. Dies erfolgte zeitgleich mit der Entwicklung diabetologischer Schwerpunktpraxen, die sehr oft in diese Strukturen eingebunden waren und ihre Schulungsräume sowie teilweise auch das Schulungspersonal zur Verfügung stellten.

Das Engagement für die Diabetesschulung lebte von Anfang an vom persönlichen Einsatz aller Beteiligten und ließ sich nur dort umsetzen, wo ein konkurrenzfreies Miteinander der Hausärzte in einer Region vorhanden war. Ansonsten war die Sorge zu groß, dass der Patient nach einem „Feindflug in die andere Praxis“ nicht zurückkehrt oder er von der Schulkraft andere Therapieempfehlungen erhält als in der eigenen Praxis.

*„Personalmangel und Bürokratie sind Hauptbarrieren für Diabetesschulungen.“*

Mit Schulungsvereinen ließen sich keine großen Gewinne erzielen, dahingegen war der organisatorische Aufwand beträchtlich: Die Gründung und Organisation eines Vereins, die praxenübergreifende Organisation der Schulungen, waserdichte Verträge mit den Schulungskräften, um dem Verdacht der Scheinselbstständigkeit ➤

» zu entgehen, Abrechnungen mit der KV, den Schulungskräften und den beteiligten Praxen. All dies war sehr aufwendig, weshalb sich diese Idee über die Jahre nicht durchsetzen konnte. Von Jahr zu Jahr schwand die Anzahl der aktiven Schulungsvereine – aktuell ist mir persönlich kein einziger aktiv in Deutschland bekannt.

### Überweisung zur Schulung in die diabetologische Schwerpunktpraxis?

Wenn Schulungsvereine nicht mehr funktionieren, die Mehrzahl aller Menschen mit Typ-2-Diabetes jedoch bei dem Hausarzt in Betreuung sind und diese entsprechend den Leitlinien und den DMP-Anforderungsrichtlinien ein Recht auf eine Patientenschulung haben, bleiben für DMP-konforme Schulungen entsprechend den Anforderungen der DMPs nur zwei Lösungen:

- a) Die Hausarztpraxis schult selbst oder
- b) es erfolgt eine Überweisung nur zur Schulung in die DSP.

### „Was soll ich denn noch alles machen?“

Zu der ersten Frage hatten wir letztes Jahr in der Medical Tribune (4/2025) Hausärzte nach ihrer Meinung zur Schulung bei Typ-2-Diabetes gefragt. Geantwortet hatten 59 Hausärztinnen und Hausärzte aus 15 KV-Bezirken. Im Mittel waren die Befragten 52 Jahre alt, 51 % arbeiteten in einer Einzelpraxis, 37 % in einer Gemeinschaftspraxis und jeweils 6 % in einer Praxisgemeinschaft oder MVZ. Gefragt nach der Sinnhaftigkeit der Gruppenschulung, überwog die Zustimmung zur Schulung – nur 12 % hielten diese für „überhaupt nicht wichtig“ oder „eher nicht wichtig“ (s. Abb. 1). Diese Aussage korrespondiert aber nicht mit der Tatsache, wonach über 50% noch nie eine Diabetesschulung angeboten haben. Folgende Antworten erhielten wir auf die Frage nach den Gründen, warum die Schulung von Personen mit Typ-2-Diabetes in der Hausarztpraxis schwierig ist.

**Fehlendes qualifiziertes Personal für Schulung:** In Hausarztpraxen hat der Mangel an Medizinischen

Fachangestellten (MFA) bereits heute erhebliche Auswirkungen auf den Praxisalltag. Viele Praxen sehen sich aus diesem Grund sogar gezwungen, ihre Öffnungszeiten zu verkürzen oder ihr Leistungsangebot einzuschränken [8]. Da die Schulungen im Hausarztbereich in der Regel von geschulten MFA (eventuell mit der Zusatzbezeichnung „Diabetesassistentin/Diabetesassistent DDG“) durchgeführt werden, führt dieser Mangel dazu, dass sich die Hausärzte zunehmend auf ihre Kernaufgaben konzentrieren und personalintensive Angebote nicht mehr anbieten können.

**Bürokratischer Aufwand:** Als zweitwichtigster Grund wurde der mit der Schulung verbundene bürokratische Aufwand genannt. Zusammen mit dem Personal-mangel stellt dieser Aufwand ein zentrales Problem für Hausarztpraxen dar – auch unabhängig von der Diabetesschulung. Laut einer aktuellen Umfrage der Bertelsmann Stiftung möchte etwa ein Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland ihren Beruf innerhalb der nächsten fünf Jahre aufgeben. Als Hauptgründe wurden zu viel Bürokratie und eine zu hohe Arbeitsbelastung genannt [9]. Der bürokratische Aufwand für die Teilnahme am DMP Typ 2, eine Voraussetzung für die Abrechnung der Schulung, wird häufig gescheut, da er mit Mehraufwand verbunden ist (z. B. Einschreibung der Patientinnen und Patienten in das DMP, regelmäßige Dokumentation und fristgerechte Übermittlung an die zuständige Datenstelle, Erinnerungs- und Terminmanagement, damit die vorgeschriebenen Kontrolluntersuchungen eingehalten werden). Dies ist besonders für kleinere Praxen ein Hauptgrund, nicht an den DMPs teilzunehmen. Zudem erfordert die Umsetzung der Schulung die vorherige Teilnahme an einem Seminar, was zusätzliche zeitliche und finanzielle Ressourcen erfordert.

**Fehlender Raum für die Gruppenschulung:** Für eine Praxis, die sich nicht auf Diabetes spezialisiert hat, ist es mit einem hohen finanziellen Aufwand verbunden, einen separaten Raum für Gruppenschulungen bereitzustellen. Dies wird in der Regel als nicht wirtschaftlich an-



*„Schulung wird nicht mehr als eine Kernaufgabe von Hausarztpraxen angesehen,“*

gesehen und durch die Einnahmen der Gruppenschulung in keiner Weise refinanziert. In der Praxis wird daher oft das Wartezimmer zu Schulungszwecken genutzt. Das bedeutet jedoch, dass die Schulung außerhalb der Kernzeiten der Hausarztpraxis stattfinden muss, was einen erhöhten personellen Aufwand zur Folge hat.

### Keine Kernaufgabe der Hausarztpraxis

Schulung wird zunehmend nicht mehr als eine Kernaufgabe von Hausarztpraxen angesehen, die in der Regel überlaufen sind, eine hohe Nachfrage von Patientinnen und Patienten haben und mit personellen und bürokratischen Problemen zu kämpfen haben. In der Priorisierung der Kernaufgaben einer Hausarztpraxis wird daher die Diabetes-Schulung im Vergleich zu den anderen Aufgaben der Hausarztpraxis ein eher geringer Wert zugesprochen.

**Mangelndes Interesse der Patienten an Gruppenschulung:** Als Barriere für die Umsetzung der Schulung wird auch das mangelnde Interesse von Patientinnen und Patienten an einer Gruppenschulung angesehen. Die Schulungen würden von den Patientinnen und Patienten nicht nachgefragt, die Terminvereinbarung sei schwierig und es komme häufig vor, dass Teilnehmende kurzfristig absagen oder ohne Angabe von Gründen nicht an einer Schulung teilnehmen.

### Zu wenig Patienten für eine Gruppenschulung

Da Diabetesschulungen entsprechend der Therapieform mit ver-

schiedenen Programmen durchgeführt werden sollen, haben Hausärztinnen und Hausärzte aus den oben genannten Gründen oft das Problem, dass die Grundgesamtheit schulungswilliger Personen für ein spezielles Programm zu gering ist. Dies wurde auch in der Umfrage von den Befragten bestätigt.

### Kein Schulungsprogramm in der Praxis verfügbar

Eher als eine Konsequenz der bisher aufgeführten Gründe als ein grundsätzliches Problem wurde auch genannt, dass entsprechende strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme in der Hausarztpraxis nicht verfügbar sind.

**Gruppenschulungen sind wenig effektiv:** Als geringste Barriere wurden grundsätzliche Zweifel an der Sinnhaftigkeit und Wirksamkeit der Schulung genannt. Dies korrespondiert mit der Aussage, dass die meisten Befragten die Diabetesschulung sinnvoll finden, sie im Hausarztsetting aber für zunehmend schwierig umsetzbar halten.

### „Ich überweise nur ausgewählte Patientinnen und Patienten in die diabetologische Schwerpunktpraxis“

Wenn Hausärzte im Rahmen von DMPs kaum noch schulen, bleibt als Alternative nur die Überweisung von Patienten zur Schulung in die Schwerpunktpraxis. Darüber haben wir uns an einem Nachmittag zusammen mit dem MeTriX-Verlag (Wiesbaden) und geschulten Moderatoren der Agentur „vm-people“ (Berlin) in einem virtuellen World-Café mit 25 Hausärzten intensiv ausgetauscht. Bei der World-Café-Methode handelt es sich um ein moderiertes Teilnehmungs- und Dialogformat, in dem in einer Gruppe Wissen, Ideen und Erfahrungen ausgetauscht und gemeinsam Lösungen entwickelt werden können. In entspannter „Café-Atmosphäre“ diskutierten die Teilnehmenden in Kleingruppen in virtuellen Räumen zu jeweils einer Fragestellung zur Diabetesschulung in der Hausarztpraxis. Nach

einer festgelegten Zeit wechselten die Personen den Raum, während der jeweilige Moderator im Raum blieb und die bisherigen Ergebnisse an die neue Gruppe weitergab. Interessant war, dass alle beteiligten Hausärztinnen und Hausärzte früher Diabetesschulungen angeboten hatten, aktuell schulte jedoch niemand mehr.

In Bezug auf die Überweisung zur Schulung in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis (DSP) beschrieben fast alle Teilnehmer den Kontakt zur DSP als sehr gut. Allerdings seien diese überlaufen, es sei oft schwer, dass Patientinnen und Patienten dort zeitnah einen Termin bekämen. Dies sei auch der Grund, warum sie nur ausgewählte Personen mit Diabetes dorthin überweisen. Sie bemühten sich, nur die „richtig schweren Fälle“ zu schicken, und wollen nicht mit jedem Menschen mit Typ-2-Diabetes nach der Manifestation die Schulungen „fluten“.

*„Überweisungen in die Schwerpunktpraxis lösen das Schulungsproblem nicht.“*

Bei der Ersts Schulung von Menschen mit Typ-2-Diabetes sahen die wenigsten Teilnehmer eine Notwendigkeit, diese an die DSP zu überweisen. Zudem nehmen die DSP die Patientinnen und Patienten nicht nur zur Schulung an, sondern bestehen oft darauf, dass diese für ein ganzes Quartal zur Betreuung überwiesen werden. Dies habe zum einen monetäre Gründe, da sie damit neben der Schulungsleistung auch die Pauschalen für die diabetologische Mitbehandlung und die quartalsbezogene Betreuung im Rahmen des DMP abrechnen könnten – sofern dies im Vertrag vorgesehen ist. Die DSP argumentiere oft, dass dies auch notwendig sei, da Schulung und

### Wie wichtig halten Sie die Gruppenschulung bei Typ-2-Diabetes?

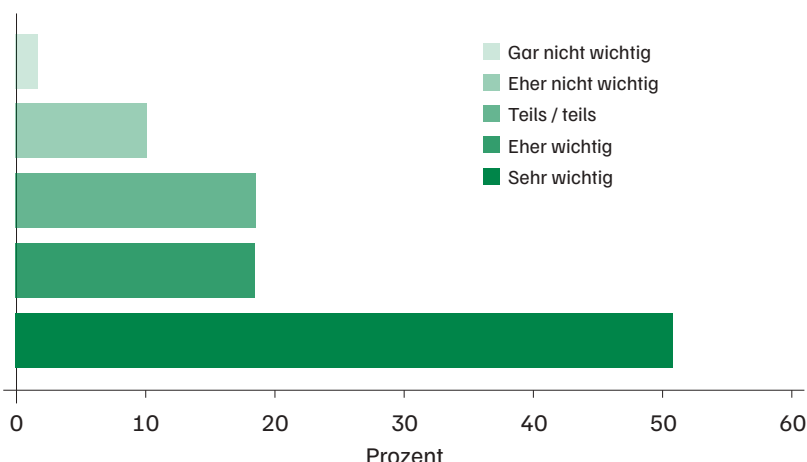


Abb. 1: Antworten auf die Frage „Wie wichtig halten Sie die Gruppenschulung bei Typ-2-Diabetes?“ (n = 59 Hausärzte).

» Behandlung nicht zu trennen sei – dies sei schon in dem Begriff „Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme“ festgelegt. Von Seiten der DSP kämen zurzeit auch keine Initiativen, Schulungsangebote für nichtinsulinpflichtige Personen mit Typ-2-Diabetes zur Verfügung zu stellen, da sie Mühe hätten, ihren eigenen Patienten ein geeignetes Schulungsangebot zur Verfügung zu stellen.

Hausärzte, die sich bewusst wegen des damit verbundenen bürokratischen Aufwandes nicht an dem DMP-Typ-2-Diabetes beteiligen, beklagten, dass überwiesene Patientinnen und Patienten dann von der DSP in das DMP-Typ-2-Diabetes eingeschrieben würden, da sie ansonsten die Schulung nicht abrechnen könnten.

Dies hätte zur Folge, dass die DSP die DMP-Koordination und die Erstdokumentation übernimmt und dafür die Einschreibe- und Erstdokumentationsvergütung erhält. Da eine Weiterbehandlung von Personen mit Typ-2-Diabetes nach der Erstmanifestation oder ohne Insulinbehandlung in der DSP nicht vorgesehen ist, muss entweder die Rolle des koordinierenden Arztes auf den Hausarzt übergehen oder der Patient muss aus dem DMP ausgeschrieben werden. Beides ist nicht so einfach, da es gültige „DMP-Verträge“ zwischen Patienten, Arzt und Versicherung gibt. Bei einer Umschreibung wird ein langwieriger bürokratischer Prozess in Gang gesetzt: Es müssen neue Teilnahme-/Einschreibeunterlagen ausgefüllt werden, eine neue DMP-Erstdokumentation muss durch den neuen Koordinator erfolgen, der Patient muss beim alten Koordinator abgemeldet und beim neuen Koordinator angemeldet werden. Dies muss ihm schriftlich bestätigt werden und die

*„Neue, praxisübergreifende Formate sollen Schulungen für alle ermöglichen.“*

Datenstelle muss den Wechsel verarbeiten.

Ist der Hausarzt nicht im DMP eingeschrieben, ist ein Wechsel zurück nicht möglich, sodass der Patient wieder aus dem DMP ausgeschrieben werden muss. Dies wird dem Patienten mitgeteilt, der diesen Sachverhalt oft nicht versteht und Angst hat, dass der Hausarzt ihn nicht mehr behandeln würde.

Auch die Ausschreibung ist ein aufwendiger bürokratischer Akt, in den die DSP (als bisher koordinierender Arzt), der Patient, die Versicherung und die Datenstelle eingebunden sind. Wenn die DSP den Patienten wieder zum Hausarzt zurückschickt, aber keine „saubere“ DMP-Ummeldung erfolgt, behandelt der Hausarzt den Patienten weiter, die DSP bleibt jedoch formal Koordinator. Dies führt regelmäßig zu Problemen bei der Abrechnung.

In der abschließenden Gesamtrunde waren sich alle beteiligten Hausärztinnen und Hausärzte einig, dass die Überweisung zur diabetologischen Schwerpunktpraxis für Patienten mit Typ-2-Diabetes ohne Insulintherapie zur Schulung nur in Ausnahmefällen funktionie-

ren würde, aber als Lösung für die flächendeckende Schulung nicht in Frage käme. Vor allem die Hausärzte, die sich bewusst gegen eine Teilnahme am DMP entschieden haben, lehnten diese Lösung vehement ab, da sie den damit verbundenen bürokratischen Aufwand scheuen (s. Kasten unten).

#### Und jetzt?

Sowohl die Ergebnisse der Befragung der Hausärzte als auch die des World-Cafés kommen zu der Schlussfolgerung, dass die Schulung unter den aktuellen Rahmenbedingungen einer typischen Hausarztpraxis immer seltener beim Hausarzt stattfinden wird. Leider lassen sich die genannten Barrieren kurz- und mittelfristig nur sehr

schwer überwinden. Wenn das Ziel erreicht werden soll, jeder Person mit Diabetes möglichst zeitnah nach der Diagnose ein Schulungsangebot zu unterbreiten, muss die Schulung daher in einem anderen Setting (z. B. praxisübergreifende Videoschulung) angeboten werden. Bei den DSP sieht es anders aus. Prinzipiell wäre es möglich, dass sie regionale oder besser überregionale Schulungsangebote für Menschen mit Typ-2-Diabetes bereitstellen. Allerdings müssten die Angebote so gestaltet werden, dass den Bedenken der Hausärzte Rechnung getragen wird.

#### Fazit für die Praxis

Ca. 450 000 Menschen, bei denen ein Typ-2-Diabetes neu diagnostiziert wurde, haben laut den Leitlinien Anspruch auf eine Diabetesschulung, die vor allem beim Hausarzt stattfinden sollte. Weitere ca. 6 Millionen Menschen mit Typ-2-Diabetes, die kein Insulin spritzen, sollten die Schulung beim Hausarzt angeboten bekommen. Die Schulung in der Hausarztpraxis findet jedoch immer seltener statt. Die Hauptgründe hierfür sind Personalmangel, bürokratische Hürden und unattraktive finanzielle Bedingungen.

Eine Überweisung an eine diabetologische Schwerpunktpraxis findet in der Realität bei Personen mit neu diagnostiziertem Typ-2-Diabetes kaum statt. Die aktuellen Regularien der DMPs sind eine bedeutsame Barriere.

Es gilt, neue, praxisübergreifende Schulungsangebote zu entwickeln, die die aktuellen Barrieren der Schulung beim Hausarzt und in der diabetologischen Schwerpunktpraxis gleichermaßen berücksichtigen.

Literatur beim Verfasser

Foto: Bernhard Kulzer

### Ergebnisse eines World-Cafés mit 25 Hausärztinnen und Hausärzten zum Thema „Schulung Typ-2-Diabetes“

Über 50 % hatten früher geschult („Schulungsvereine, selbst in Praxis), aktuell 0%.

#### Gründe gegen Schulung in der Hausarztpraxis:

- „Was soll ich noch alles machen?“
- „Lohnt sich nicht – so viele Menschen mit Diabetes mit neuer Diagnose habe ich nicht.“
- „Schulungsraum ist teuer und steht viel zu oft leer (teure Investition).“
- „Diabetesschulung ist nicht lukrativ.“
- „Ich habe zu wenige MFAs – da konzentriere ich mich auf die wesentlichen Aufgaben meiner Hausarztpraxis.“
- „Meine MFAs sind mit der Schulung überfordert, anderes Personal habe ich nicht.“
- „Patienten wollen gar nicht geschult werden, sie haben gar kein Interesse an Schulung.“

- „So kompliziert ist das doch nicht – die Patienten sollen doch einfach nur morgens die Tabletten einnehmen.“

#### Gründe gegen Überweisung zur Schulung in die diabetologische Schwerpunktpraxis

- „Ich überweise doch nicht jeden in die DSP, sondern nur schwierige Fälle.“
- „Die DSP möchte keinen Überweisungsschein nur zur Schulung, sondern zur Mitbehandlung für mindestens ein Quartal.“
- „Wenn eine DSP einen Patienten in das DMP einschreibt, habe ich doch die Arbeit damit. Das lohnt sich für mich nicht.“
- „Früher war die DSP der Motor im Schulungsverein, jetzt machen sie alles auf eigene Rechnung – das misfällt mir.“
- „Ich überweise keinen Patienten in

die DSP, weil ich nicht an den DMPs teilnehmen möchte. Das ist ein viel zu hoher bürokratischer Aufwand, ohne dass dabei viel rum kommt.“

- „Die DSP akzeptiert keine Überweisung nur zur Schulung.“
- „Die DSP verschreibt teure Medikamente, die ich dann weiter verordnen soll.“
- „Ich bekomme von der DSP keine Rückmeldung zur Schulung – darum schicke ich keine Patienten nach der Diagnose eines Typ-2-Diabetes.“



## ADA 2026: Cyber Security – die unterschätzte Herausforderung der digitalen Diabetologie

### SECURITY. Vernetzte Diabetes-Technologien eröffnen enorme Chancen – und Angriffsflächen.

Auf dem ADA 2026 machte David Klonoff deutlich, wie verletzlich die digitale Diabetologie geworden ist: Nach Analysen des FBI zählt das Gesundheitswesen zu den am stärksten gefährdeten Bereichen der kritischen Infrastruktur, besonders Krankenhäuser und Gesundheitsnetzwerke. Für Sie als Behandler:innen ist wichtig zu unterscheiden: Security (Schutz von Geräten und Daten vor unbefugtem Zugriff oder Manipulation) versus Privacy (Umgang mit personenbezogenen Gesundheitsdaten).

In der Diabetologie steht derzeit klar die technische Sicherheit im Vordergrund, weil ein erfolgreicher Angriff direkt die Funktion vernetzter Medizinprodukte – etwa Insulinpumpen oder CGM-Systeme – beeinträchtigen kann.

Kern moderner Cyber Security ist die CIA-Triade: Vertraulichkeit (Confidentiality), Integrität (Integrity) und Verfügbarkeit (Availability). Neben Sicherheit, Wirksamkeit, Benutzerfreundlichkeit und Kosten wird Cyber Security damit zu einer weiteren zentralen Produkteigenschaft von Diabetes-Technologien. Bisher sind nur wenige Fälle bekannt, in denen Cyberangriffe Diabetesgeräte tatsächlich gefährdet oder Rückrufe ausgelöst haben.

Die größere Option in der Zukunft liegt laut Klonoff in den dahinterliegenden Enterprise Information Systems (EIS): organisationsweiten IT-Plattformen, die klinische, administrative, finanzielle und wissenschaftliche Daten – einschließlich Daten aus Diabetesgeräten – zusammenführen. Eine Schlüsselrolle spielen Daten-Aggregatoren, die Informationen verschiedener Hersteller bündeln, standardisieren und in Dashboards

für Trendanalysen, Risikostratifizierung, Qualitätsindikatoren und Therapieentscheidungen bereitstellen.

Genau hier entstehen jedoch neue Angriffsflächen. Häufig sind interne Krankenhausnetzwerke nicht durchgängig verschlüsselt, Sicherheitswarnungen von Herstellern werden ignoriert, Malware-Infektionen spät erkannt, Netzwerke unzureichend segmentiert und viele Geräte laufen auf veralteten Betriebssystemen.

#### Cyber Security einfordern

Gleichzeitig fehlen oft Budget und spezialisiertes Personal für IT-Sicherheit. Klonoff beschreibt drei Säulen wirksamer Cyber Security: Technologie, klare Richtlinien/Prozesse und geschulte Mitarbeitende. Konkrete Schritte für Einrichtungen reichen vom Aufbau eines spezialisierten Cyber-Teams über vollständige Inventarisierung



Digitale Innovationen im Gesundheitswesen bieten enorme Chancen und brauchen Sicherheitskonzepte.

und Risikobewertung aller Geräte, regelmäßige Schulungen, strenge Zugangs- und Zugriffskontrollen, konsequente Updates und Patches bis hin zu Notfallplänen und Teil-

nahme an Informationsnetzwerken zu Sicherheitsvorfällen. Starke Authentifizierung kombiniert heute Wissen (Passwort), Besitz (Token oder Smartphone) und biometrische Faktoren. Der Preis wachsender Interoperabilität von Geräten, Apps, Cloud-Plattformen und elektronischen Akten ist jedoch eine deutlich größere Angriffsfläche – besonders kritisch, wenn Patienten ihre Daten in Drittanbieter-Apps außerhalb klassischer Datenschutzregime übertragen.

Digitale Innovationen in der Diabetologie bieten enorme Chancen, setzen aber voraus, dass Cyber Security als Grundvoraussetzung der Versorgung verstanden, im Qualitätsmanagement verankert und im Dialog mit IT und Industrie aktiv eingefordert wird.

Quelle: ADA 2026, Vortrag „Cyber Security – Die unterschätzte Herausforderung der digitalen Diabetologie“ (Klonoff), Kongressbericht.

GFH, LH



Fotos: Mike Fuchs Fotografie

# diatec 2026: Dringender Bedarf nach Reformen

**FORTSCHRITT.** Die diatec 2026 zeigte eindrucksvoll, wie schnell Diabetestechnologie voranschreitet – und gleichzeitig, wo strukturelle Grenzen den Fortschritt bremsen. Es wurde klar: Zukunftsvision und Versorgungsrealität klaffen noch weit auseinander.

Wer die diatec regelmäßig besucht, weiß, worauf man sich einstellen kann: News zu neuen Diabetestechnologien, Tipps für die Optimierung von AID-Algorithmen und die alltägliche Anwendung dieser, Fortschritte in der (digitalisierten) Versorgung von Menschen mit Diabetes sowie ein Potpourri spannender technikbezogener Seminarthemen. Gleichzeitig wurde auch in diesem Jahr wieder deutlich, dass all diese Entwicklungen sich in einem klaren Spannungsfeld bewegen. Der technologische Fortschritt mag rasant sein und zeichnet eine digitalisierte, KI-gestützte und interprofessionell vernetzte Zukunftsvision der Diabetologie.



**Theresia Schoppe**  
VDBD, Berlin,  
schoppe@vdbd.de

Foto:  
VDBD e.V. Jonas Friedrich

wie eine unzureichende Kostenerstattung, fehlende personelle Ressourcen sowie Defizite in Aus- und Fortbildung.

Die diesjährige diatec behandelte schwerpunktmäßig das Thema Interoperabilität. Mit diesem und weiteren Themen wie Digitalisierung und KI als Zukunftstreiber ging es am diatec-Freitag weiter. Konkret ging es um die Integration digitaler Systeme in Praxisabläufe, interoperable Datenflüsse, KI-gestützte Entscheidungshilfen sowie ein optimiertes Prompting zur effektiven Nutzung von KI – eingebettet in persönliche Anekdoten, welche die Machbarkeit in Praxis und Klinik bestätigen. Und auch hier wurde noch einmal deutlich, dass Digitalisierung weniger eine Altersfrage, sondern mehr eine Frage der Haltung sei.

Die Seminarthemen waren auch in diesem Jahr wieder sehr vielfältig. Es war sowohl für Technologie-Neulinge als auch Erfahrene etwas dabei; auch ging es um Fully-Closed-Loop-Systeme und die TING (Time in normal glucose/normoglycemia). Und auch in den Seminaren wurden Themen wie KI, Apps (DIGA) und das digitale DMP noch einmal aufgegriffen. »Dauerbrenner« wie körperliche Aktivität und Ernährung im Kontext von Diabetestechnologie waren vertreten sowie die Themen Schwangerschaft und Hautprobleme.

## Industrierausstellung: Was haben Firmen in der Pipeline?

Abbott AG entwickelt aktuell einen dualen Glukose-Keton-Sensor. Die CE-Kennzeichnung für Libre Duo und Libre Duo 10 Day wurde Ende Mai 2026 erteilt, die Markteinführung in ausgewählten europäischen Ländern ist noch für 2026 geplant. Das Vorhaben wurde einerseits in

Symposien sehr begrüßt. So werde die Ketonmessung seitens Patient:innen häufig vernachlässigt. Spreche man das Thema in Beratung oder Schulung an, so stelle sich oft heraus, dass die erforderlichen Hilfsmittel zur Messung nicht vorhanden oder abgelaufen seien. Andererseits wurde gewarnt, die kontinuierliche Ketonmessung dürfe Patient:innen auch nicht überfordern. Sinnvoll könne z.B. eine Meldung bei Überschreiten von Grenzwerten sein, nicht aber eine dauerhafte Anzeige des aktuellen Wertes. Abbott arbeitet zudem mit führenden Pumpenherstellern zusammen, um die Sensoren mit automatisierten Insulinabgabesystemen (AID) zu verbinden.

Kurz nach der diatec gab es eine Meldung von DiaExpert. Wegen eines Rechtsstreites zwischen Abbott AG und dem Lieferanten des DiaExpert-Sensors gebe es vorübergehend eine Verkaufssperre.

Dexcom, Inc. hat kurz nach der diatec 2026 offiziell verkündet, dass bald der Dexcom Flex-Sensor angeboten werde. Hierbei handelt es sich um ein System für Selbstzahler, welches preislich etwas günstiger als der bisherige Sensor Dexcom G7 sei. Rein äußerlich seien die Systeme bis auf den abgebildeten Namen und die Verpackung identisch, die Software weiche gering ab. Bereits Ende 2025 wurde verkündet, dass der Sensor Dexcom G6 schrittweise vom Markt genommen wird. Patientinnen und Patienten, die aufgrund ihres AID-Systems auf Dexcom G6 angewiesen sind, würden auch weiterhin versorgt.

Der Glukosesensor Eversense® 365 erhielt Ende Januar 2026 die CE-Kennzeichnung. Die Markteinführung in Deutschland, Spanien, Italien und Schweden erfolgte im April 2026. Ab dem 1. Juni 2026 läuft der Vertrieb nicht mehr über Ascensia Diabetes Care Deutschland GmbH, sondern direkt über Senseonics Deutschland GmbH, die aktuell einen Außendienst aufbaut. Ascensia verlässt den deutschen Markt nicht. Die Firma hat neue Produkte in Vorbereitung.

## Integration der Daten möglich

Insulet Corporation kann aktuell für Deutschland noch keine offiziellen Pläne verkünden. Es wurde jedoch bereits Anfang Juni 2026 die Integration der Daten aus FreeStyle Libre 3 Plus in Omnipod® 5 ermöglicht. Eine App als optionaler Ersatz für das Handheld sei weiter im Gespräch. Voraussichtlich 2027 werde die Markteinführung von Omnipod® 6 mit einem verbesserten Algorithmus stattfinden, vermutlich aber noch nicht für Deutschland.

Medtronic GmbH verkündete die Abspaltung des Diabetesbereiches unter dem Namen MiniMed™. Dies war bereits seit Juni 2025 bekannt. Der Börsengang an der Nasdaq erfolgte Anfang März 2026 unter dem Tickersymbol MMED. Die Einführung einer schlauchlosen Pumpe sei weiterhin in Planung.

Roche Diabetes Care Deutschland GmbH zufolge bestehe aktuell



diatec 2026 in Berlin: Lebhaftes Diskussions- und qualifizierter Austausch bei den Symposien, Seminaren und bei der Industrierausstellung.

noch keine Kompatibilität des Glukosesensors Accu-Chek™ SmartGuide™ mit AID-Systemen. Dies sei in Vorbereitung, aber noch nicht »spruchreif«.

ViCentra und Diabeloop haben wichtige Fortschritte erzielt: DBLG2 erhielt im August 2025 die CE-Kennzeichnung unter MDR. Nach einer Prelaunch-Phase mit ausgewählten Kaleido-Nutzern erfolgte die vollständige Markteinführung in Deutschland und den Niederlanden Anfang bis Mitte 2026. DBLG2 ist nun mit Dexcom G7 kompatibel und läuft als Smartphone-App (zunächst Android, iOS in Entwicklung). Kaleido 2 solle noch etwas schlanker sein. Es würden weniger Farben zur Verfügung stehen, man müsse jedoch nicht mehr aus vorgegebenen Kombinationen wählen, sondern könne sich diese selbst zusammenstellen.

VitalAire bestätigte, dass die Tandem t:slim Mobile App bereits in Deutschland verfügbar ist und die Bolusgabe über das Smartphone ermöglicht.

Mylife hat ganz aktuell (Juni 2026) die Integration der Daten aus Dexcom G7 in den Algorithmus CamAPS FX ermöglicht. Die Integration mit FreeStyle Libre 3 ist bereits seit 2022 verfügbar. Gleichzeitig wurde angekündigt, dass eine Kompatibilität mit dem neuen dualen Glukose-Keton-Sensor Libre Duo von Abbott hergestellt werden solle.

BOYDSense, Inc. ist bei der Entwicklung eines Messgerätes zur Bestimmung des Glukosegehaltes auf Basis von Metaboliten in der Atemluft einen Schritt weiter gekommen und stellte ein exemplarisches Gerät vor. Das System müsse noch durch klinische Studien getestet werden.

## Das Wichtigste in Kürze

- Die Diabetologie verfügt über das fachliche, technologische und interprofessionelle Potenzial, ihre Zukunft aktiv zu gestalten.
- Digitalisierung und KI halten weiter Einzug in die Diabetologie.
- Auch dieses Jahr können wir wieder viel Dynamik auf dem deutschen Markt der Diabetestechnologie erwarten.

*„Moderne AID-Systeme zeigen hohen Reifegrad trotz offener Baustellen.“*

Doch die Umsetzung scheitert teilweise an strukturellen Rahmenbedingungen. Für eine nachhaltige Versorgungssicherheit braucht es auch politische Reformen.

## Symposien und Seminare

Die Industrie-Symposien, mit welchen die diatec am Donnerstag nachmittag startete, unterstrichen den hohen Reifegrad moderner AID-Systeme und deren zunehmende Praxisrelevanz, wenngleich Fully-Closed-Loop- und bihormonelle Systeme noch in der Entwicklung stecken. Der anschließend vorgestellte dt-Report 2026 bestätigt, dass eine steigende Technologiekompetenz von Menschen mit Diabetes wahrzunehmen ist – Alter sei kein limitierender Faktor. Diabetestechnologie führe jedoch auch zu einer zeitlichen Mehrbelastung sowohl für Menschen mit Diabetes wie auch für Diabetesteam. Hier gebe es systemische Hürden

# Begeisterung weitergeben

Neue Kooperationen, neue Sprecherin: die AG Nachwuchs ist mit vollem Einsatz dabei

**BERLIN.** Beim Diabetes Kongress waren 112 Stipendiat\*innen vor Ort – Bewerbungen gab es ca. 200. Dass das Interesse an der Diabetologie wächst, ist auch ein Verdienst der AG Nachwuchs.

**Rebecca, du bist neu im Sprecher-team. Warum engagierst du dich?**

**Dr. Rebecca Spies:** Ich habe erlebt, wie motivierend die Arbeit in der AG sein kann und habe dadurch die Diabetologie erst richtig kennengelernt. Über die Diabetologie als Karriereoption wissen die meisten nämlich nur wenig. Deshalb ist es so wichtig, mehr über das Fach als Schnittstelle in der Inneren Medizin zu erfahren, z. B. über ein Stipendium für den Kongress und das Nachwuchsprogramm der AG.

Ich durfte 2022 zum ersten Mal auf dem Diabetes Kongress dabei sein, damals auch über ein Stipendium. Ich habe ganz viel Freude und Begeisterung in diesem Fach gesehen. 2023 war ich noch einmal als Stipendiatin dabei und habe mich dann für diese Facharztrichtung entschieden.

**Jonas, warum ist für dich Schluss mit dem Sprecheramt in der AG?**

**Dr. Jonas Laaser:** In meinem Leben wird sich durch das erste Kind vermutlich einiges verändern und ich möchte allen meinen „Aufgaben“ so gut wie möglich nachkommen – ich werde natürlich weiter aktiv in der AG bleiben, aber in die „zweite Reihe treten“. Außerdem haben wir als AG auch den Auftrag, selbst Nachwuchsförderung zu betreiben, und da ist es irgendwann an der Zeit, andere an diese Rolle heranzuführen und das Amt weiterzugeben. Ich bin zuversichtlich, dass die AG bei Dr. Irena Drozd, Dr. Maximiliane Knöfel und Rebecca in guten Händen bleiben wird. Und ich werde ja weiter auf die Kongresse fahren, wenn es die Situation erlaubt. Außerdem werde ich die aktuellen Sprecherinnen weiter unterstützen – ich hatte ja selbst von der Familie Kortemeier ein Mentoring, als ich die Sprecherrolle übernommen habe, konnte immer alle Fragen stellen und hatte die Chance, aus Fehlern zu lernen.

**Henriette, als Ernährungswissenschaftlerin und Forscherin: Was hat dich beim Kongress beeindruckt?**

**Professorin Dr. Henriette Kirchner:** Was wissenschaftlich läuft, kriege ich im Alltag über Kollegen ganz

gut mit. Deshalb gehe ich auf dem Diabetes Kongress eher in klinische Symposien, denn auch da möchte ich auf dem neuesten Stand bleiben. Mich interessieren z. B. neue Therapieempfehlungen, denn die häufigen Leitlinien-Updates bekomme ich sonst nicht immer so schnell mit. Und ich habe mir ein Symposium über Lipidhomöostase angeschaut.

**Wo hat die AG in letzter Zeit etwas für den Nachwuchs bewegt?**

**Dr. Laaser:** Wir haben es geschafft, uns deutlich besser zu vernetzen – z. B. mit dem endokrinologischen Nachwuchs (YARE) –, und zum aktuellen Kongress haben wir die Junge DGIM eingeladen. Für die kommende Diabetes Herbsttagung haben wir mit dem pädiatrischen Nachwuchs bereits Kontakt aufgenommen, um zu kooperieren. Außerdem planen wir für Anfang 2027 eine gemeinsame Veranstaltung mit den Österreichern. Alex Stöckl aus Diedorf ist hier die treibende Kraft. Die länder- und fächerübergreifende Vernetzung blüht richtig auf. Wir sind auch innerhalb der DDG gewachsen und haben viel mehr aktive Mitglieder.



**PROFESSORIN DR. HENRIETTE KIRCHNER**

ist Leiterin der Arbeitsgruppe für Epigenetik und Metabolismus am Institut für Humangenetik am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein. Die Ernährungswissenschaftlerin ist Schirmherrin der AG Nachwuchs.



**DR. JONAS LAASER**

ist Assistenzarzt für Allgemeinmedizin und Diabetologie am Diabetes- und Hausarztzentrum Hamburg-Süd und war drei Jahre lang einer der Sprecher der AG Nachwuchs. Im Mai 2026 hat er sein Amt abgegeben.



**DR. REBECCA SPIES**

ist am Universitätsklinikum Ulm im dritten Weiterbildungsjahr zur Endokrinologin und Diabetologin. Während des Diabetes Kongresses wurde sie zur neuen Sprecherin der AG Nachwuchs gewählt.

**Welche guten Beispiele gibt es in der Nachwuchsförderung?**

**Prof. Kirchner:** Da fallen mir die Clinical-Scientist-Programme ein: Die meisten Uni-Kliniken in Deutschland versuchen, junge Ärztinnen und Ärzte für die Forschung zu gewinnen, indem sie ihnen Forschungszeit geben. Das ist unheimlich wichtig, damit von den Mediziner\*innen nicht nur Bioproben gesammelt werden, sondern sie damit auch etwas anfangen können und ein Gefühl dafür entwickeln, welche Daten gebraucht werden.

**Dr. Spies:** Wichtig ist, dass man bei der DDG kein Abstract braucht, um ein Reisestipendium zu bekommen.

Ich finde es super schön, dass junge Leute so die Chance bekommen, das Fach zu erleben. Und ehrlicherweise ist man auch viel entspannter, wenn man nichts vorstellt und sich alles ganz in Ruhe anschauen kann.

**Dr. Laaser:** Ich würde bei diesem Thema gerne einen Finger in die Wunde legen: In den Kliniken geht es ja für den Nachwuchs nicht nur um Forschung und Wissenschaft, sondern auch einfach um das Erlernen klinischer Fertigkeiten – und das habe ich in meiner anteiligen Klinikzeit, die ich nicht aktiv in der Endokrinologie, sondern in anderen internistischen Rotationen verbracht habe, vermisst und höre dies auch oft aus meinem Umfeld. In den Kliniken herrscht vielmals Zeitdruck, Geld- und Personalnot, deshalb ist es oft ein „learning by doing“. Ich denke, wir als Fachgesellschaft sollten genau hinschauen. Die fachliche Weiterbildung in der Diabetologie sollte nicht nur bei der Industrie liegen. Auch die Fachgesellschaft sollte versuchen, dass die gute Lehre in die Kliniken,

»DDG- und DZD-Nachwuchsförderung verknüpfen«

an denen keine in der DDG aktiven Expert\*innen lehren, stärker integriert wird.

**Prof. Kirchner:** Ich finde, es ist wahnsinnig wichtig, dass man gute Mentorinnen und Mentoren hat, und ich kann nur empfehlen: Wenn es vor Ort keine gibt, baut euer Netzwerk außerhalb auf, durch all die Online-Meetings ist es auch möglich, dass der Mentor/die Mentorin woanders sitzt. Die Grundprinzipien, wie man in der Wissenschaft vorankommt, sind überall gleich, und dass man dabei so ein bisschen an die Hand genommen wird, ist ganz wichtig.

**Welche Pläne hat die AG derzeit?**

**Dr. Spies:** Wir werden auf jeden Fall unser Stipendienprogramm weiterführen. Wir werden weiterhin Workshops machen mit klinischem Fokus, mit naturwissenschaftlichem Fokus. Ich würde mich sehr freuen, wenn wir mehr Medizinstudenten für naturwissenschaftliche Themen begeistern könnten und durch Henriette für die etwas erfahreneren Wissenschaftler noch attraktiver werden.

**Prof. Kirchner:** Ich habe nämlich eine Doppelrolle – ich bin auch in der Nachwuchsförderung des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung aktiv, und das möchten wir jetzt verknüpfen mit mir als Bindeglied. Am Dienstagabend gab es dazu ein Auftakttreffen, bei dem sich der Nachwuchs von DZD und DDG getroffen hat. Mit DZD NEXT gibt es ein ganz präsentables Programm mit

vielen Fördermöglichkeiten. Was es dort auch gibt, sind Online-Lunch-Talks. Daran können jetzt auch Nachwuchsmenschen außerhalb der DZD-Standorte teilnehmen.

**Dr. Laaser:** Wir wollen schauen, wie wir die Menschen, die in der AG Erfahrung sammeln konnten, in der DDG weiter in die nächsten Rollen bringen können. Was sind die Perspektiven? Warum lohnt es sich, sich in der AG zu engagieren? Ich hoffe, ich kann hier zur Verknüpfung beitragen. Außerdem hoffe ich, dass sich die Mitwirkung der AG im Programmkomitee des Diabetes Kongresses und der Herbsttagung verstetigen lässt.

Günter Nuber und Nicole Finkenauer

nachgefragt

»Diabetologie ist als Karriereoption wenig bekannt«

**Für den Diabetologie-Durchblick**  
der Podcast für Expert\*innen



**Neugierig auf mehr von der AG Nachwuchs?**

Dann hören Sie sich die Folge, live aufgenommen beim Diabetes Kongress, in voller Länge an. Es geht um erste Schritte in der Diabetologie und in der Forschung, die Arbeit der AG und um interessante Symposien. Zugriff auf diese und weitere Folgen von *O-Ton Diabetologie* haben Sie auf [medical-tribune.de](http://medical-tribune.de), auf [diabetologie-online.de](http://diabetologie-online.de) und allen gängigen Podcast-Plattformen.



# Nur gemeinsam stärker bei Prävention und Therapie

25 Jahre Kommission Apotheker in der Diabetologie (BAK/DDG) / Ehrung von Professor Martin Schulz und Dr. Alexander Risse

**BERLIN.** Die erste Initiative zur Einbindung von Apothekerinnen und Apothekern in die Versorgung von Menschen mit Diabetes entstand 1998 und wurde zwei Jahre später in die Kommission „Einbindung der Apotheker in die Diabetes-Versorgung“ (EADV) überführt. Seit 2019 trägt die gemeinsame Kommission der DDG und der Bundesapothekerkammer (BAK) den Namen „Apotheker in der Diabetologie (BAK/DDG)“.

Die Gründung der Kommission vor 25 Jahren war nach den Worten des Diabetologen Dr. ALEXANDER RISSE „ein revolutionärer Akt“. Es sei im medizinischen Milieu damals „eigentlich undenkbar“ gewesen, mit nicht-ärztlichem Personal zusammenzuarbeiten – und das, wie man heute sagen würde, „auf Augenhöhe“, um gleichzeitig zu „signalisieren, dass es ein Gefälle gab“. Aufgrund der „gegenseitigen Ressentiments“ sei die Gründung der Kommission „extrem hoch aufgehängt“ worden.

## Zu wenig Erstverordnungen, zu geringe Adhärenz

Der im März ausgesprochenen Warnung von BDI, BNK und BVND vor der Verlagerung der internistischen Früherkennung in Apothe-

ken begegnete Professor MARTIN SCHULZ, jetzt Universitätsklinikum Leipzig und lange u. a. Vorsitzender der Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK), mit wissenschaftlichen Daten, die zeigten, wie evident die pharmazeutische Betreuung von Menschen mit Diabetes und/oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Apotheken ist. Prof. Schulz stellte den Vorteil der niederschweligen Erreichbarkeit von montags bis samstags heraus: Patient\*innen suchen bis zu zehnmal häufiger eine Apotheke auf als eine Arztpraxis. In Apotheken sehe man zudem Menschen, die keinen Hausarzt haben oder diesen nicht aufsuchen. Ein großes Problem sieht er in fehlenden Erstverordnungen: Zwischen 2020 und 2002 wurden die Daten von 32.170 in Diabeteszent-



Dr. Alexander Risse (2. v. l.) und Prof. Martin Schulz (2. v. r.) wurden von DDG Past Präsident Prof. Andreas Fritsche (l.) und BAK-Präsident Dr. Armin Hoffmann als Brückenbauer geehrt.

Foto: DDG/Dirk Deckbar

ren behandelten Personen mit einem sehr hohen kardiovaskulären Risiko analysiert. Nur 50 % von ihnen erhielten Statine; Ezetimib wurde weniger als 5 % der Betroffenen verordnet und PCSK9-Hemmer „praktisch gar nicht“. Es sei daher „nicht verwunderlich“, dass die LDL-Cholesterin-Zielwerte nur von 16 % der Personen mit Typ-2-Diabetes und hohem Risiko und von 12%

derjenigen mit sehr hohem Risiko erreicht würden.

Dazu komme das Non-Adhärenz-Problem: „Es bleibt immer das Gleiche“, urteilte Prof. Schulz und machte insbesondere auf die primäre Non-Adhärenz aufmerksam: Etwa 10 bis 12 % der Erstverordnungen von kardiovaskulären Medikamenten würden nie in einer Apotheke eingelöst. Die Adhärenz zu oralen Antidiabetika liege gemäß einem 2024 durchgeführten systematischen Review mit Metaanalyse bei 55 %.

## Mehr als genug Aufgaben für alle Beteiligten

JASMIN VON ZEJSCHWITZ, Universität Kopenhagen, erläuterte, was möglich ist, wenn Apotheken in die Prävention einbezogen werden: „Wir wissen alle, Prävention wirkt umso besser, je früher sie einsetzt.“ Ein strukturiertes, teilnehmerzentriertes Präventionsprogramm sei in den Apotheken umsetzbar und hole Patient\*innen dort ab, „wo sie gerade stehen“.

Aber auch das Ziel der Vermin- derung der Chronifizierung bei Neuerkrankungen und von Folgeschäden bei manifester Erkrankung kann nach Ansicht der Sprecherin der AG Prävention der DDG eine

»Ein Problem: die fehlenden Erstverordnungen«

Aufgabe von Apotheken sein: Die gesundheitsökonomische Evaluation der GLICEMIA 2.0-Studie habe gezeigt, dass die komplexe Intervention eines in Apotheken erbrachten Präventionsprogramms bei einem HbA<sub>1c</sub>-Wert von über 7 % kosteneffektiv und pharmakoökonomisch sinnvoll sei.

Aufgrund der weltweit steigenden, „immer wieder unterschätzten“ Diabetesprävalenz sieht auch Dr. SONJA MAYER, Sprecherin des Wissenschaftlichen Instituts für Prävention im Gesundheitswesen der Bayerischen Landesapothekerkammer (WIPIG) und Mitglied der DDG Kommission, Prävention als Gemeinschaftsaufgabe an. Weder Arztpraxen noch Apotheken sollten Angst haben, sich gegenseitig etwas wegzunehmen: „Ich glaube, wir sind für die nächsten Jahre ganz gut ausgelastet.“

Dr. Karin Kreuel

Diabetes Kongress 2026

## Dank an zwei prägende Persönlichkeiten der Kommission Apotheker in der Diabetologie

Die beiden bisherigen Sprecher der Kommission Apotheker in der Diabetologie (BAK/DDG), Prof. Martin Schulz und Dr. Alexander Risse, wurden für ihr langjähriges Engagement geehrt. Dafür blickte BAK-Präsident Dr. ARMIN HOFFMANN als Laudator zurück „auf ein gutes Vierteljahrhundert gelebte Kooperation“ – und er sprach seinen Dank aus an „zwei Persönlichkeiten, die diese Zusammenarbeit nicht nur begleitet, sondern geprägt haben“. In der Kooperation zwischen Apotheker\*innen und Ärzt\*innen gehe es im Hinblick auf die Betreuung von Menschen mit Diabetes um „Rollen, die sich ergänzen“ und „Schnittstellen, die funktionieren“. Er hob hervor, dass es gut ist, wenn Berufsgruppen einander zuhören und voneinander lernen. Was Prof. Schulz und Dr. Risse auszeichne, sei, dass beide „stets vom Patienten her gedacht“ und gleichzeitig strukturell gearbeitet hätten. Sie haben „Brücken gebaut zwischen Leitlinien und Alltag, zwischen Wissenschaft und Versorgung, zwischen Berufsgruppen, die manchmal viel zu selten miteinander sprechen, obwohl sie am selben Ziel arbeiten“. Fasse man alle Leistungen der beiden zusammen, gehe es im Kern um Struktur (verlässliche Vereinbarungen, Werkzeuge), um Kompetenz

(Fortbildung, Qualifikation, evidenzbasierte Beratung) und Kultur, also Vertrauen zwischen den Heilberufen. Durch die Arbeit an allen drei Ebenen hätten Prof. Schulz und Dr. Risse Kooperation „nicht als Projekt, sondern als Haltung etabliert“. DDG Past Präsident Professor Dr. ANDREAS FRITSCHÉ bedankte sich im Namen der DDG für die Kontinuität und „ausgezeichnete Arbeit“ der scheidenden Kommissionssprecher.

Neue Sprecher der Kommission sind der niedergelassene Diabetologe Dr. RALF-UWE HÄUSSLER aus Berlin und Professor Dr. STEPHAN SCHERNECK vom Institut für Pharmakologie, Toxikologie und Klinische Pharmazie der TU Braunschweig. Auch Professor Dr. HELMUT SCHATZ, Bochum, und JUTTA REWITZER, Furth im Wald, verlassen die Kommission. Neue Mitglieder sind der Diabetologe Dr. CARL JEROME HORMES, Berlin, und Dr. SONJA MAYER, Apothekerin aus Gröbenzell und Vizepräsidentin der Bayerischen Landesapothekerkammer.

## Kommission Apotheker in der Diabetologie (BAK/DDG):

[ddg.info/die-ddg/kommissionen/apotheker-in-der-diabetologie](https://ddg.info/die-ddg/kommissionen/apotheker-in-der-diabetologie)

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

### Fußnetz Bayern: neuer Flyer für Menschen mit Diabetes

Der neue Flyer des Fußnetzes Bayern ist für Menschen mit Diabetes gedacht und kann unter [fussnetz-bayern.de/files/fusspflege-neu.pdf](https://fussnetz-bayern.de/files/fusspflege-neu.pdf) heruntergeladen werden. Die Broschüre dient dem Ziel, Amputationen zu vermeiden, das Behandelnde und Gesundheitshandwerker\*innen im Fußnetz Bayern gemeinsam verfolgen. In Bayern läuft zudem für Versicherte des BKK-Landesverbands Bayern ein Pilotprojekt, durch das Hausärzt\*innen bei unklaren Hautveränderungen an den Füßen innerhalb weniger Tage über das telemedizinische Dermakonsil/DFS-Konsil fachärztlichen Rat einholen können.

### Viele deutsche Studierende im Ausland eingeschrieben

Ein Medizinstudium im Ausland ist für Studieninteressierte kein Ausnahmephänomen mehr. Aktuell nutzen mindestens 8.800 Deutsche Studienangebote außerhalb Deutschlands. Beliebt sind vor allem Österreich, Ungarn und Bulgarien und die Schweiz. Daneben zeigt der aktualisierte Ratgeber des Centrums für Hochschulentwicklung (CHE): Gerade internationale Studiengänge im Ausland sind oft mit hohen Kosten von bis zu 30.000 Euro pro Jahr verbunden. An deutschen Hochschulen waren im Wintersemester 2024 insgesamt 103.176 deutsche Studierende im Fach Humanmedizin eingeschrieben.

**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.deutschesarzneimittelportal.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-93523/03-26

Neu- oder re-zertifizierte Kliniken und Arztpraxen

(im Zeitraum 28.04. bis 07.06.2026)

| Einrichtung                                                                                                   | PLZ/Ort              | Anerkennung                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------|
| PLZ 0                                                                                                         |                      |                                           |
| Diabetologische Schwerpunktpraxis<br>Dr. med. Claudia Lindloh                                                 | 07743 Jena           | Diabeteszentrum DDG                       |
| PLZ 1                                                                                                         |                      |                                           |
| Diabetologie Zehlendorf –<br>Praxis Anika Köhler                                                              | 14169 Berlin         | Fußbehandlungseinrichtung DDG<br>         |
| Klinikum Südstadt Rostock, Klinik für<br>Innere Medizin I                                                     | 18059 Rostock        | Diabeteszentrum DDG                       |
| PLZ 2                                                                                                         |                      |                                           |
| Agaplesion Diakonieklinikum Rotenburg,<br>II. Medizinische Klinik, Diabetologie                               | 27356 Rotenburg      | Diabeteszentrum DDG                       |
| PLZ 3                                                                                                         |                      |                                           |
| Herz- und Diabeteszentrum NRW, RUB,<br>Diabeteszentrum                                                        | 32545 Bad Oeynhausen | Diabetes Exzellenzzentrum DDG<br><br><br> |
| Praxis Franzmann und Schramm                                                                                  | 32549 Bad Oeynhausen | Fußbehandlungseinrichtung DDG             |
| PLZ 4                                                                                                         |                      |                                           |
| Nephrocare Mettmann GmbH, Diabetes<br>Schwerpunktpraxis Mettmann                                              | 40822 Mettmann       | Fußbehandlungseinrichtung DDG             |
| Universitätsklinikum Bochum,<br>Universitätskinderklinik, St. Josef-Hospital<br>Bochum, Pädiatrische Diabetes | 44791 Bochum         | Diabeteszentrum DDG                       |
| PLZ 5                                                                                                         |                      |                                           |
| St. Antonius Krankenhaus Köln,<br>Medizinische Klinik, Kardio-Diabetes<br>Zentrum Köln                        | 50968 Köln           | Diabeteszentrum DDG                       |

| Einrichtung                                                                                                | PLZ/Ort            | Anerkennung                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------|
| PLZ 5                                                                                                      |                    |                                   |
| Krankenhaus Porz am Rhein, Innere<br>Medizin / Endokrinologie und Diabetologie                             | 51149 Köln         | Diabeteszentrum DDG               |
| Diabetologische Schwerpunktpraxis<br>Euskirchen -Gemeinschaftspraxis Ania<br>Alexandra Roth & Dr. Petra Fe | 53879 Euskirchen   | Fußbehandlungseinrichtung DDG<br> |
| Mariannen Hospital Werl,<br>Innere Abteilung / Diabetologie                                                | 59457 Werl         | Diabeteszentrum DDG<br>           |
| PLZ 6                                                                                                      |                    |                                   |
| Praxis Dr. med. Herbert Lutz<br>und Kollegen                                                               | 67065 Ludwigshafen | Diabeteszentrum DDG               |
| PLZ 7                                                                                                      |                    |                                   |
| Gemeinschaftspraxis Aidlingen<br>Dr. Heindel / Müller-Schradin / Kruse                                     | 71134 Aidlingen    | Diabeteszentrum DDG               |
| SLK-Kliniken Heilbronn GmbH,<br>Medizinische Klinik II                                                     | 74078 Heilbronn    | Diabetes Exzellenzzentrum DDG     |
| Praxis Dr. med. Sylke Waibel                                                                               | 74909 Meckesheim   | Diabeteszentrum DDG<br>           |
| PLZ 8                                                                                                      |                    |                                   |
| Klinikum Herrsching                                                                                        | 82211 Herrsching   | Klinik mit Diabetes im Blick DDG  |
| LA-Regio-Kliniken gKu – Klinik Vilsbiburg                                                                  | 84137 Vilsbiburg   | Klinik mit Diabetes im Blick DDG  |
| St. Elisabethen-Klinikum Ravensburg,<br>Klinik für Kinder und Jugendliche                                  | 88212 Ravensburg   | Diabeteszentrum DDG               |
| Endokrinologikum Ulm MVZ                                                                                   | 89073 Ulm          | Diabeteszentrum DDG               |
| PLZ 9                                                                                                      |                    |                                   |
| Medic-Center Ziegelstein                                                                                   | 90411 Nürnberg     | Diabeteszentrum DDG               |

# 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 mit Diabetes 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, die Vielfalt berücksichtigen

■ Stimmen aus Praxis, Pflege, Wissenschaft oder Selbsthilfe, die neue Blickwinkel eröffnen

Vergeben werden die Preise in den drei Kategorien Hören (Hörfunkbeiträge, Podcast-Folgen), Sehen (Fernsehbeiträge und andere Videoformate (z. B. YouTube-Videos)) und Lesen (Artikel aus Zeitungen und Zeitschriften, Online-Artikel).

Wer einen Preis bekommt, entscheidet eine Jury unter Leitung des DDG Mediensprechers Professor Dr. BAPTIST GALLWITZ. Die Preisvergabe erfolgt auf der Diabetes Herbsttagung in Dresden.

Red.

ddg.info/  
pressebereich/  
ddg-medienpreise

Foto: Anastasiia\_New/gettyimages

### Kontakt zur Redaktion

Bei Fragen, Wünschen und Anregungen wenden Sie sich gerne an die Redaktion, E-Mail: [diabeteszeitung@medtrix.group](mailto:diabeteszeitung@medtrix.group). Natürlich können Sie uns auch einen Leserbrief schicken – oder Sie rufen in der Redaktion an:

**MedTriX GmbH, Unter den Eichen 5, 65195 Wiesbaden, ☎ Telefon: 0611/9746-0**

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

Dr. Pia Klausmeyer, Hörstel – Dr. Edna Zinger, Frankfurt a. M.  
Katrin Ellbracht, Marburg – Daniela Peters-Rosenberg, Sankt Augustin  
Dr. Klara-Maria Krell, Halle – Dr. Christian Lamm, Wörl  
Dr. Tobias Pinsdorf, Bonn – Dr. Lukas Klute, Möhnesee  
Stefan van der Veen, Schorndorf – Michel Hesswany, Essen  
Dr. Lisa Horvath, Nürnberg – Dr. Bahrija Golubovic, Heilbronn  
Zsafia Maria Meuser, Diez – Dr. Ingrid Madalina Borcea, Gelsenkirchen  
Dr. Till Antonius Johannes Müller, Frankfurt a. M.  
Dr. Malina Alexe, Frankfurt a. M. – Yvonne Hoffmann, Weimar  
Nicolai Smolny, Berlin – Dr. Anja Zimmermann, Arnstein  
Dr. Alessandra Henrike Schlechtweg, Nürnberg

Für Smartphone und Tablet

# Die DDG App

Die DDG App bietet Ihnen kostenfrei, schnell und bequem alles Wichtige rund um die Deutsche Diabetes Gesellschaft direkt auf Ihr Smartphone oder Tablet. Neben ganzjährigen News können Sie sich auch über das Programm des Diabetes Kongresses und der Diabetes Herbsttagung informieren und am Live-Voting während des Kongresses teilnehmen.

Foto: blankstock – stock.adobe.com

# Sachlich aufklären – so geht’s

## 20. Hecker-Symposium: Frühdiagnose und Screening im Fokus

**STUTTGART.** Beim Hecker-Symposium bietet sich jährlich eine gute Gelegenheit für eine intensive Fortbildung im Bereich der Kinderdiabetologie. 2026 standen die Frühdiagnose von und das Screening auf Typ-1-Diabetes im Mittelpunkt.

Professor Dr. REINHARD HOLL, Ulm, ist einer der Organisatoren und fasst zusammen, welche Aspekte des übergeordneten Themas „Vor, bei und nach der Manifestation des Typ-1-Diabetes im Kindesalter“ den Tag bestimmten.

**Warum wurde dieses Thema als Schwerpunkt ausgewählt?**

**Prof. Reinhard Holl:** Screening und Frühdiagnose des Typ-1-Diabetes sind aktuell in der Diabetologie für Kinder und Jugendliche eine neue und spannende Entwicklung. Für die Möglichkeit, unter bestimmten Bedingungen bei Patienten im Frühstadium 2 eine Behandlung mit dem Ziel der Verzögerung der Manifestation anzubieten, besteht seit Februar auch eine Option zur praktischen Anwendung. Wir versuchen beim Hecker-Symposium jedes Jahr neue, spannende und praktisch relevante Themen aus der Kinderdiabetologie aufzugreifen, möglichst auch mit Bezug zu anderen Bereichen.

**Es ging auch darum, wie komplexe Risikoangaben verständlich kommuniziert werden können. Wo sehen Sie die größten Herausforderungen?**

**Prof. Holl:** Diese Frage stellt sich bei allen Screening-Untersuchungen. Prozentangaben auf eine einzelne Person zu übertragen, ist herausfordernd. Trockene Zahlen helfen vielen Menschen nicht weiter, Piktogramme, in denen betroffene und nicht betroffene Menschen grafisch dargestellt werden, könnten vielleicht hilfreicher zu sein. Die Herausforderung besteht auch darin, dass ein Screening für alle Menschen einer Altersgruppe, also z. B. alle zweijährigen Kinder in Deutschland, ja nicht durch Diabetesteam umgesetzt werden kann: Wenn so ein Screening als Leistung der Gesundheitsvorsorge eingeführt würde, wäre die Primärversorgungsebene gefordert, also Kinder- und Hausärzte. Und das bedeutet, dass die Eltern vor dem Screening verstehen müssen, welchen Nutzen und welche Nachteile die Teilnahme mit sich bringen kann. Diese Aufklärung muss vor der Screeninguntersu-

chung erfolgen – wenn das Ergebnis bereits vorliegt, ist es für eine Entscheidung zu spät und die Familie muss mit dem Ergebnis leben. Diese Aufklärung sachlich und neutral durchzuführen, so dass Eltern eine fundierte Entscheidung treffen können, ist nicht einfach.

**Auch Aktive aus der Selbsthilfe waren anwesend. Inwieweit sind Screening und Frühdiagnose bereits Themen in der Selbsthilfe?**

**Prof. Holl:** Traditionell versteht sich Selbsthilfe als Unterstützungsangebot für Menschen mit Diabetes, auch für Familien mit einem an Diabetes erkrankten Kind. Screening und Frühdiagnose erweitern diesen Kreis. Es sind aber auch neue Regelungen notwendig: Die Unterstützung der Selbsthilfe durch Krankenkassen bezieht sich wohl nur auf manifest erkrankte Menschen mit Diabetes. Die Frage, ob enge Verwandte von Menschen mit Typ-1-Diabetes auf



Interessierte Zuhörende beim 20. Hecker-Symposium.

Foto: Christin Hecker

ein Frühstadium untersucht werden sollen, wird sicher häufiger an die Selbsthilfe herangetragen. Neu ist die Frage, ob auch Menschen ohne verwandtschaftlichen Bezug untersucht werden sollen – z. B. alle Kinder im

Alter von zwei und sechs Jahren. Auch bei dieser Entscheidung werden Familien sich an die Selbsthilfe wenden und einen Ratschlag erwarten. *Interview: Nicole Finkenauer*  
Hecker-Symposium 2026

ANZEIGE

ACCUCHEK®  
SmartGuide

Roche

KI-gestützte Prädiktionen im Praxisalltag:  
ein Weg zu mehr Planbarkeit

**Welchen Unterschied macht die Accu-Chek SmartGuide CGM-Lösung?**  
Der Fortschritt liegt in der prädiktiven Qualität der Daten. Accu-Chek SmartGuide liefert nicht nur Momentaufnahmen oder Trendpfeile, sondern Aussagen zum wahrscheinlichen Glukoseverlauf in den nächsten Stunden. Die Übereinstimmung zwischen vorhergesagten und tatsächlich gemessenen Werten liegt laut Daten bei über 96 % für die nächsten zwei Stunden.<sup>1</sup> So können Patient:innen frühzeitig gegensteuern, bevor hohe oder niedrige Werte auftreten – und mehr Zeit im Zielbereich verbringen.

**Welche Patientengruppen profitieren besonders?**  
Aus meiner Erfahrung kann eine breite Patientengruppe profitieren. Das gilt besonders für insulinpflichtige Menschen mit erhöhtem Hypoglykämie-Risiko, etwa bei Hypoglykämie-Wahrnehmungsstörung, körperlicher Aktivität oder in stressbelasteten Situationen. Grundsätzlich können Patient:innen von den Prädiktionen lernen, ihren Glukoseverlauf besser zu verstehen und ihren Alltag zu planen.

**Welche Veränderungen beobachten Sie durch den Einsatz von Prädiktionen im ärztlichen Alltag?**  
Wir sehen, dass die Adhärenz spürbar steigt – besonders bei Patient:innen, die sich zuvor stark auf ihr Bauchgefühl verlassen haben oder verunsichert waren. Wenn Prädiktionen nachvollziehbar sind und sich bewähren, stärkt das Vertrauen und Akzeptanz. Auch Behandlerteams werden entlastet: Wir gewinnen Zeit und können gezielter beraten. Für uns ist das ein Schritt hin zu einer modernen, datenbasierten Versorgung mit aktiv eingebundenen Patient:innen.

**Dr. Kerstin König betreut als eine der ersten Diabetologinnen in Deutschland Patient:innen mit Accu-Chek SmartGuide. Ein Gespräch über prädiktive Funktionen und deren Bedeutung für die Therapieadhärenz und die Entlastung von Behandlerteams.**

**Das Gefühl, den Glukosewert nicht kontrollieren zu können, zählt zu den Hauptgründen für Diabetes-Distress. Was können CGM-Systeme hier leisten?**  
CGM-Systeme helfen Patient:innen aus meiner Erfahrung, ihre Glukosewerte besser zu überblicken – das kann im Alltag entlasten.

KI-gestützte Prädiktionen gehen noch einen Schritt weiter: Sie zeigen nicht nur aktuelle Werte, sondern auch, wohin sich diese entwickeln könnten. Dies ermöglicht proaktives Diabetesmanagement, stärkt die Selbstwirksamkeit und kann Diabetes-Distress entgegenwirken.

**Die Accu-Chek SmartGuide CGM-Lösung auf einen Blick:**

- Drei prädiktive Funktionen zur Glukosevorhersage
- Prognosen auf Basis individueller Glukoseverläufe und nutzerspezifischer Daten
- Nachgewiesene Genauigkeit bei 14 Tagen Tragedauer
- Vorausschauend handeln statt reagieren<sup>2</sup>

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

<sup>1</sup>Herrero P, Andorrà M, Babion N, Bos H, Koehler M, Klopfenstein Y, ... & Glatzer T: Enhancing the Capabilities of Continuous Glucose Monitoring with a Predictive App. J Diabetes Sci Technol. 2024; 18(5): 1014-102

<sup>2</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

ACCUCHEK, ACCUCHEK SMARTGUIDE und ACCUCHEK 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

# Medizin & Markt



Foto: iStock/AzmanJaka

## »Remission kann sich weiter verlängern«

Dr. Norbert Jorch über die ersten Erfahrungen mit Teplizumab in Bielefeld

Symposium – Sanofi

BERLIN. Dr. NORBERT JORCH, Diabetologe und Onkologe von der Kinderklinik Bethel Bielefeld spricht über seine ersten Erfahrungen mit Teplizumab. Als Onkologe sieht er vieles gelassener, was Antikörpertherapien betrifft.

### Wie sind Ihre ersten Erfahrungen mit Teplizumab?

Es gibt immer eine gewisse Skepsis, wenn man ein Medikament neu einsetzt. Nach der Applikation von Teplizumab sehen wir, dass Diabetes später behandelt werden muss bzw. einfacher in der Behandlung ist.

### Lassen sich die Stadien 2 und 3 gut voneinander abgrenzen?

Bei der Diagnostik im Frühstadium eines Typ-1-Diabetes wissen wir noch nicht genau, bei welchem C-Peptid-Wert die erste Glukosestoffwechselstörung auftritt. Hier gewinnen aktuell vermutlich das stimulierte C-Peptid im Mixed-Meal-Toleranz- sowie der orale Glukosetoleranztest an Bedeutung.

### INTERVIEW



Dr. Norbert Jorch  
Facharzt für Kinder- und  
Jugendmedizin  
Kinderklinik Bethel  
Bielefeld

Foto: Rebecca Wilhelm

### Wie lange kommen die Patient\*innen nach Teplizumab-Therapie ohne Insulin aus?

Laut den klinischen Studien kann sich die Remission nochmals um zwei bis drei Jahre verlängern. Das hängt auch vom Alter ab.

### Die Infusionen erfolgen in der Tagesklinik. Halten Sie eine 24-Stunden-Rufbereitschaft für notwendig?

Nach den weltweiten Erfahrungen mit circa 1.000 Patient\*innen sollte immer eine Rufbereitschaft eingerichtet sein.

Man weiß, dass an Tag 3, 4 und 5 die meisten Nebenwirkungen wie Lymphopenie oder Hautausschläge auftreten, die spätestens nach wenigen Wochen aber wieder verschwinden. In der Nachsorge bestellen wir die Patient\*innen dreimonatlich ein und bestimmen HbA<sub>1c</sub> und C-Peptid, zudem tragen sie über drei Tage ein CGM-System.

### Wie steht es um mögliche Kombi-Therapien?

Teplizumab ist eine Monotherapie – ohne zugelassene Kombinationen. Kombi-Therapien, etwa mit speziellen Antikörpern, werden noch erforscht.

### Was wünschen Sie sich?

Mit einer gut honorierten Früherkennung im zweiten und fünften Lebensjahr hätten es die Kolleg\*innen draußen einfacher, Personen für eine potenzielle Therapie zu identifizieren.

Früherkennung und Therapie: Neue Realität bei Typ-1-Diabetes; Hauptstadt-Symposium Diabetes 2026

## »Da ist volle Biologie am Start!«

Adipositas liegen komplexe Regulationsmechanismen zugrunde

Industriesymposium – Lilly

WIESBADEN. Adipositas ist kein Lifestyle-Problem, sondern eine chronische, neurobiologische Erkrankung, erläuterte Professorin Dr. KATHARINA TIMPER (München). Diese Erkenntnis erfordert eine konzeptionelle Neuausrichtung mit weitreichenden Konsequenzen – für das Verständnis der Pathophysiologie und für die klinische Versorgung.

Die pathophysiologische Basis von Adipositas liegt in komplexen genetischen, epigenetischen und zentralnervösen Regulationsmechanismen. „Adipositas ist eine neurobiologische Erkrankung“, so Prof. Timper, „und wir wissen heute genau, was im Gehirn passiert – da ist volle Biologie am Start, um alles zu tun, dass die Gewichtsabnahme verhindert wird.“

Experimentelle Daten belegen, wie stark das Gehirn ein einmal erhöhtes Körpergewicht „verteidigt“. Nach einer Gewichtsreduktion sinkt der Grundumsatz, hungerregulatorische Hormonsignale verändern sich, und die AgRP-Neurone bauen zusätzliche synaptische Verbindungen auf. Die Folge sind verstärkter Hunger und ein biologischer Druck zur erneuten Gewichtszunahme. Reine Lebensstilinterventionen können kurzfristig zu beachtlichen Abnehmerfolgen führen, langfristig aber resultiert fast regelhaft ein Rebound. „Deswegen ist es so wichtig, dass wir die Adipositas spezifisch behandeln – es ist kein Will-Power-Problem“, unterstreicht Prof. Timper.

Adipositas wird im Gesundheitswesen häufig moralisiert und von Menschen als Selbstverschuldung wahrgenommen. Betroffene erfahren gesellschaftlich und gerade im ärztlichen Kontext häufig eine Abwertung, gelten als faul und willensschwach. Viele verinnerlichen diese Zuschreibungen und meiden folgerichtig ärztliche Kontakte, was als zusätzlicher Krankheitsverstärker gilt.

Eine multinationale Studie mit rund 14.000 Erwachsenen zeigt das Ausmaß des Problems: 66% der Befragten berichten von gewichtsbezogener Stigmatisierung durch Ärzt\*innen. In Deutschland liegt dieser Anteil noch höher – bei 73,5%. Prof. Timper plädiert deshalb für ein Umdenken in der Kommunikation: Person-First Language („Menschen mit Adipositas“ statt „Adipöse“), wertschätzender Austausch und explizite Entlastung von Schuldzuweisungen sollten in jedem ärztlichen Gespräch selbstverständlich sein.

Aktuelle europäische und nationale Leitlinien definieren Adipositas eindeutig als chronische Erkrankung und empfehlen neben strukturierter Basistherapie eine indikationsbezogene pharmakologische oder bariatrische Behandlung. In Deutschland jedoch klappt eine Lücke zwischen den Leitlinienempfehlungen und der Kostenerstattung – insbesondere bei medikamentöser Adipositas-therapie. *gn*

Stoffwechselgeflüster: Wie GIP/GLP-1-Agonisten die Adipositas- und Typ-2-Diabetes-Therapie auf den Kopf stellen; DGIM 2026

## Nicht nur möglich, sondern nötig

Herzinsuffizienztherapie in der Hausarztpraxis

Industriesymposium – Boehringer Ingelheim

WIESBADEN. Die leitliniengerechte Herzinsuffizienztherapie gehört in die Hausarztpraxis, und zwar früher und konsequenter als bisher. Dies ist die unmissverständliche Botschaft von Professor Dr. CHRISTIAN A. SCHNEIDER (PAN-Klinik am Neumarkt, Köln).

Ist Herzinsuffizienztherapie in der Hausarztpraxis nötig? „Eindeutig ja: aus Sicht der Lebensqualität, der Prognose und der Gesundheitsökonomie“, so Prof. Schneider. Die Evidenz sei klar: SGLT2-Inhibitoren wie Empagliflozin (entsprechend Dapagliflozin) decken das gesamte Spektrum ab – von Patient\*innen mit eingeschränkter Pumpfunktion (HFrEF) bis zu jenen mit normaler Pumpfunktion (HFpEF) und vom Krankenhaus bis in die Hausarztpraxis. Prof. Schneider verwies auf die Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz: Bei HFrEF sollten, sofern nicht kontraindiziert, die „Big Four“ eingesetzt werden, nämlich RAS-Blockade (ACE-Hemmer/ARB oder ARNI), Betablocker, Mineralokortikoid-



In der Hausarztpraxis sollten die „Big Four“ eingesetzt werden.

Foto: yta – stock.adobe.com

Rezeptorantagonist und SGLT2-Inhibitor. Diese Vierer-Kombination sei eine Klasse-1-Indikation. Modellerte Endpunktdaten zeigen einen Zugewinn um mehrere Lebensjahre gegenüber unvollständiger Therapie – „dieser prognostische Effekt, das ist ein Wort“. SGLT2-Inhibitoren bezeichnete er als „Geheimwaffe der Hausärztinnen

und Hausärzte“: eine einmal tägliche 10-mg-Tablette für Patient\*innen mit Herzinsuffizienz, Typ-2-Diabetes und chronischer Niereninsuffizienz. Prof. Schneiders Fazit: Die Herzinsuffizienztherapie in der Hausarztpraxis ist nicht nur möglich, sondern dringend nötig. Wer die „Big Four“ systematisch einsetzt und SGLT2-Inhibitoren bei geeigneten Patient\*innen frühzeitig verordnet, kann Hospitalisierungen reduzieren, die Prognose verbessern – und die Lücke zwischen Evidenz und Versorgungsalltag deutlich verkleinern. *Günter Nuber*

Ein Typ 2 Diabetes kommt selten allein ... Kardiovaskuläre, renale und metabolische Komorbiditäten; Boehringer Ingelheim, DGIM 2026

## NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

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

## Gegen die stillen Killer

Adipositas-therapie und Herzgesundheit

Industriesymposium – Novo Nordisk

BERLIN. „Der Fakt ist immer noch nicht ausreichend gut verstanden, auch in vielen Fachgesellschaften, dass Adipositas kein Disziplinverlust ist, sondern eine lebensgefährliche Erkrankung“, konstatierte Professor Dr. FLORIAN KAHLES, RWTH Aachen.

Adipositas führe direkt zu einer schlechteren Herzgesundheit. Was tun? Lifestyletherapie stünde immer an erster Stelle. Und Medikamente? Prof. Kahles führte die SUMMIT-Studie an, in die Menschen mit Adipositas und HFpEF eingeschlossen waren: Tirzepatid zeigte einen signifikanten positiven Unterschied

zu Placebo. Er widmete sich auch der Frage: Bietet Semaglutid einen direkten Herz- und Gefäßschutz? Beim European Congress on Obesity 2025 vorgestellte Daten zeigen: „Der Effekt auf MACE startet in den ersten 20 Tagen“ nach Beginn der Therapie. Welcher Mechanismus steckt dahinter? Prof. Kahles geht davon aus, dass durch GLP1-RA die Systeminflammation gesenkt wird. Dafür spricht, dass Daten aus einer Subanalyse zur SELECT-Studie zeigen, dass Semaglutid die systemische Inflammation unabhängig vom Gewichtsverlust reduziert. *nf*

Schritt für Schritt – leichter und gesünder; Diabetes Kongress 2026



**DIABETES  
HERBSTTAGUNG**  
2026 **DDG**

**Jetzt  
anmelden**  
zu Frühbuche-  
konditionen!

# DIABETES. DIGITAL. DENKEN.

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

ort  
**MESSE DRESDEN**

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

# Keine ziemlich besten Freunde

Wie wirkt sich die Gewichtsabnahme mit GLP1-RA auf die Muskelmasse aus?

**BERLIN.** Sarkopenie im Alter ist ein multifaktorielles Geschehen. Die große Frage ist: Was geschieht, wenn Ältere, ob mit oder ohne GLP1-Rezeptoragonisten, an Gewicht verlieren?

Ältere Menschen sind besonders vulnerabel für einen Muskelverlust, sagte Professorin Dr. KRISTINA NORMAN, DIfE Potsdam-Rehbrücke (Abt. Ernährung und Gerontologie) und Charité Berlin. Im Alter komme es in der Regel zu einer Zunahme der Fettmasse und einer progredienten Abnahme der Muskelmasse. Sarkopenie im Alter sei „immer ein multifaktorielles Geschehen“ und bedürfe einer multimodalen Therapie.

Die Abnahme der Skelettmuskulatur verlaufe im mittleren Alter „schleichend“ und etwa ab 70 Jahren schneller. Prädiktiver sei allerdings die Abnahme der Muskelkraft, die „eine etwas andere Dynamik“ habe, mit einem deutlich schnelleren und ausgeprägteren Verlauf ab etwa dem 70. Lebensjahr. Sarkopenie trete auch häufig zusammen mit Diabetes und Adipositas auf, mit „teils überadditiven Wechselwirkungen zwischen den Entitäten“.

Bei älteren Menschen mit Adipositas bestehe daher ein Behandlungsdilemma, denn der erforderliche Gewichtsverlust gehe fast immer mit einem Verlust an Muskelmasse einher. Umgekehrt adressierten Maßnahmen, die auf die Muskelmasse zielen, nicht im selben Ausmaß die Reduktion der Fettmasse. Prof. Norman wies darauf hin, dass die absolute Muskelmasse bei Adipositas oft höher sei als bei Personen mit Normalgewicht, daher sei es wichtig, zu unterscheiden, ob bei einem Gewichtsverlust eine adaptive Abnahme der Muskelmasse entsprechend der Gewichtsabnahme vorliege oder ob die Muskelmasse in Relation zum Körpergewicht sinke (maladaptive Abnahme). Ein weiterer wichtiger Aspekt: Trotz mehr Masse ist die Muskelqualität bei Personen mit Adipositas durch Fettinfiltration beeinträchtigt, daraus resultiert eine geringere Muskelkraft im Alter.

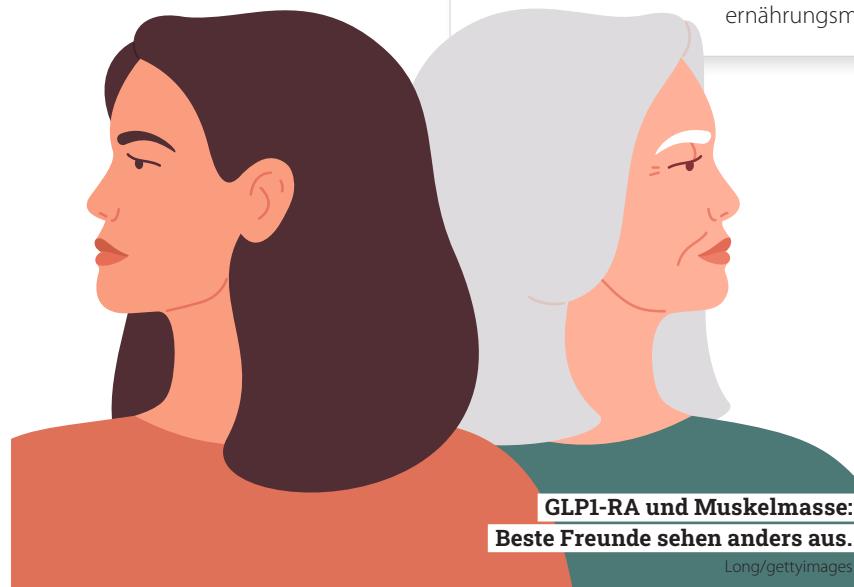
## GLP1-RA: Risiko für Muskelmasse-Verlust wahrscheinlich erhöht

Unter GLP1-Rezeptoragonisten (GLP1-RA) ist ein Verlust der Fett- und Magermasse bekannt, wobei letzterer sich in den Daten als sehr variabel gezeigt habe, so Prof. Norman. Von einem Magermasse-Verlust könne zudem nicht einfach auf einen Muskelmasseverlust geschlossen werden, sodass sich der Effekt auf die Skelettmuskulatur schwer beurteilen lasse. Die GLP1-RA-Zulassungsstudien schlossen zumeist keine älteren

Teilnehmenden ein und wurden ohne explizite Sarkopenie-Kriterien durchgeführt. Es gebe keine klinischen Studien mit GLP1-RA, die Strategien zum Erhalt der Muskelmasse und -kraft bei älteren Menschen kombinierten, so sei keine abschließende Aussage möglich. Allerdings zeige die SURPASS3-Studie,

## Achtung: Auch das Durstgefühl lässt nach

Professor em. Dr. MANFRED MÜLLER, Kiel, begrüßt, dass das „Craving“ für „ungesunde“ Lebensmittel unter einer Therapie mit Inkretinrezeptoragonisten (IRA) sinkt. Nicht nur das Verlangen nach Süßigkeiten und fett-/energiereichen Snacks nehme IRA-Therapiebedingt ab, sondern insgesamt das „Interesse an Essen und Lebensmitteln“ und der Alkoholkonsum sinke. Mitunter würden Mahlzeiten ausgelassen, weil die „Emotionalität“ verloren gehe. In einem Zeitraum von zwölf Monaten seien bei 17 % bis 25 % der Patient\*innen unter IRA-Therapie Ernährungsdefizite festgestellt worden. Daneben gelte es, die häufigen gastrointestinalen Nebenwirkungen im Blick zu behalten, insbesondere Übelkeit, Diarrhöe, Erbrechen, Obstipation, außerdem gastroösophagealen Reflux (GERD) sowie ein reduziertes Durstgefühl, das zu einer verminderten Flüssigkeitszufuhr führen könne. Als Fazit mahnte Prof. Müller: „Sie müssen sich kümmern“ und die IRA-Therapie ernährungsmedizinisch begleiten.



dass bei verschiedenen Dosierungen von Liraglutid und Tirzepatid das Muskelvolumen zwar abnahm, es aber auch zu einer Abnahme der Muskel-Fett-Infiltration kam. In SURPASS 3 wurden zudem die Altersgruppen „unter 60 Jahren“ und „über 60 Jahre“ verglichen. Zusammenfassend müsse man davon ausgehen, dass Ältere „dann doch die Gefahr eines übermäßigen Verlusts der Skelettmuskelmasse haben“. Der Goldstandard bei Prävention und Therapie von altersassoziierten

Sarkopenie ist progressives Krafttraining, so Prof. Norman. Bei gleichzeitiger Ernährungsintervention lasse sich insbesondere bei den Kraftparametern eine Effektverstärkung erreichen. Während einer Gewichtsabnahme sei bei älteren Menschen mit Adipositas ein kombiniertes Kraft- und Ausdauertraining angesagt.

## Goldstandard für den Erhalt der Muskeln: Training und Proteine

Eine adäquate Proteinzufuhr sei essenziell für Aufbau und Erhalt der Skelettmuskulatur. Wie die Expertin erläuterte, führt eine gleichmäßig über den Tag verteilte Proteinzufuhr zu einer besseren Muskelproteinsynthese und einem geringeren Muskelproteinabbau. Zur Nährstoffsupplementation zur Verbesserung der Muskelkraft bei älteren Menschen über den Bedarf bzw. den Ausgleich eines Mangels hinaus liege nur eine eingeschränkte Evidenz für Vitamin D, Omega-3-Fettsäuren und Kreatin aus zumeist kleinen, heterogenen Studien vor. Als pharmakologische Option zum Muskelerhalt bei Älteren nannte Prof. Norman den Acitivin-Typ-2-Rezeptoragonisten Bimagrumab. Dr. Karin Kreuel

Diabetes Kongress 2026



## DER DIABETES MEINER PATIENTEN? IM GRÜNEN BEREICH

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

**NEU**

**dexcom ACADEMY**



Die neue Wissensplattform für Fachpersonal:

- Interaktive Fallbeispiele, Mini-Videos und Download-Materialien
- CME-zertifizierte Formate

\*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 Pühr 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.

»Effekt auf die Skelettmuskulatur schwer beurteilbar«

# SugrSugr und DiaBelly vorn

## Startups überzeugen mit innovativen Helfern für Menschen mit Diabetes

**BERLIN.** Im Startup Village im Rahmen des Diabetes Kongresses stellen junge Unternehmen ihre innovativen Produkte und Neuentwicklungen vor. Die Jury zeigte sich vor allem überzeugt von einem Kohlenhydrat-Shot mit Fruchtgeschmack und einer App für Frauen mit Gestationsdiabetes.

Das Startup Village bietet bereits seit fünf Jahren eine Bühne für junge Innovator\*innen, die jeweils zehn Minuten Zeit haben, um ihr Produkt zu präsentieren. Fünf junge Unternehmen hatten sich für den Pitch auf der DDG Zukunftsbühne angemeldet. Die Juror\*innen bewerteten Innovationsgrad, Präsentation sowie praktischen Nutzen und Marktbearbeitung jedes vorgestellten Produkts. Im Wettstreit standen diesmal:

- **Hyporest**, eine geschmacksneutrale Dextrose-Tablette (euvorio GmbH, Vorjahressieger)
- **Digitale Sprechstunden** durch Diabetes-Expert\*innen (Dialectics GmbH)
- **Praedigo** – eine klinische Künstliche Intelligenz, die anhand der Daten im Praxisverwaltungssystem frühzeitig bislang unerkannte Erkrankungen identifiziert (HuCa GmbH)

- **DiaBelly-App** zur Unterstützung und Beratung von Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes (DiaBelly GmbH)
- **SugrSugr** – flüssiger „Carb Shot“, wiederverschließbar und dosierbar (SugrSugr GmbH)

### Entscheidung erst nach sehr intensiver Jury-Diskussion

Das Urteil zu den nutzbringendsten Produkten trafen Dr. IRIS DÖTSCH (niedergelassene Diabetologin, Berlin), Professor Dr. NIKOLAOS PERAKAKIS (Kongresssekretär, Universitätsklinikum Dresden), Dr. MAXIMILIAN REICHERT (Universitätsklinikum Heidelberg), PD Dr. KILIAN RITTIG (niedergelassener Diabetologe, Teltow) sowie STEPHAN KRÖCK (Geschäftsführer MedTriX GmbH/diabetes zeitung, Wiesbaden). „Aufgrund meiner fünfjährigen Erfahrung kann ich sagen, ich habe noch nie die Jury so intensiv



Die Startup-Village-Jury 2026 (v.l.n.r.): Stephan Kröck, Dr. Maximilian Reichert, Dr. Iris Dötsch, Prof. Dr. Nikolaos Perakakis, PD Dr. Kilian Rittig. Foto: MedTriX/Cornelia Kolbeck

diskutieren sehen“, bemerkte Moderator BASTIAN FIEDLER, m:con, bei Bekanntgabe der Ergebnisse. Das Rennen machte letztlich die SugrSugr GmbH, die ihr Produkt sowohl in der diabetes zeitung und im DDG Newsletter als auch während der nächsten Diabetes Herbsttagung noch einmal ausführlich präsentieren darf. Zweiter Preisträger wurde die DiaBelly GmbH. Auch für sie

kündigte Fiedler Unterstützung für die Vermarktung der Innovation an. Bei SugrSugr handelt es sich um eine 30-ml-Ampulle mit 20 g Kohlenhydraten, ideal für den schnellen Schluck im Job, beim Sport oder nachts. Die DiaBelly-App unterstützt u. a. Schwangere beim Glukose-Tracking oder in der Ernährungsplanung und ergänzt die medizinische Betreuung. kol

## Mehr auf die Frauen schauen

**BERLIN.** Eine repräsentative forsa-Umfrage unter Ärzt\*innen im Auftrag des AOK-Bundesverbandes zeigt, welche Rolle geschlechtsspezifische Inhalte in der deutschen Medizin spielen. So gaben insgesamt 32 % der rund 500 befragten Ärzt\*innen an, dass während des Medizinstudiums „gar keine“ Inhalte dazu vermittelt wurden, dass sich Erkrankungen bei Frauen und Männern unterschiedlich äußern können („in gewissem Umfang vermittelt“: 29 %; „nur beiläufig vermittelt“: 35 %; „ausführlich vermittelt“: 2 %). Bei der Frage, ob es im Berufsalltag schon einmal als Nachteil empfunden wurde, dass geschlechtsspezifische Medizin in den Studien-Curricula kaum auftaucht, sagten 54 % der Ärztinnen „schon oft“ oder „manchmal“, aber nur 34 % der männlichen Kollegen. Auch in den Altersgruppen zeigen sich Unterschiede: So gaben weniger Ärzt\*innen unter 45 Jahren an, dass geschlechtsspezifische Unterschiede im Studium gar nicht vermittelt wurden (20 %), bei den Befragten ab 55 Jahren sagten dies 45 %. 87 % aller Befragten wünschen sich, dass geschlechtsspezifische Aspekte stärker in den medizinischen Leitlinien berücksichtigt werden (Frauen: 92 %; Männer 82 %).

## Gersten- und Hagelkörner

**MÜNCHEN.** Gersten- und Hagelkörner zählen zu den häufigsten Augenleiden. Meist sind die korngroßen Schwellungen an Ober- oder Unterlid zwar lästig und schmerzhaft, aber harmlos, und sie heilen von allein ab. Doch bei Menschen u. a. mit Hauterkrankungen, allergischer Neigung, Diabetes oder geschwächtem Immunsystem können sich die Lider immer wieder neu entzünden. Die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft empfiehlt als Hausmittel Kompressen mit schwarzem Tee, bei Gerstenkörnern hilft eine antibiotische Augensalbe.

Mehr: [dog.org/pressemeldungen/geschwollene-augenlider](https://dog.org/pressemeldungen/geschwollene-augenlider)

## 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](https://www.dexcom.com/compatibility)

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](https://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](https://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 | Rotterdamer Platz 10 | 55120 Mainz | HCP-Hotline: +49 6131 4909065

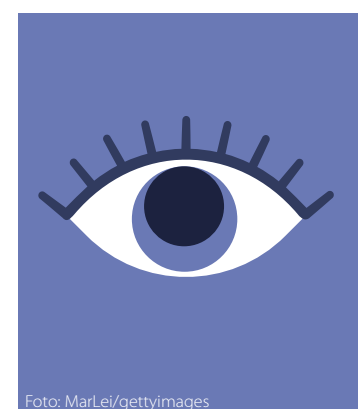


Foto: MarLei/Gettyimages

# »Verstehen, wie Betazellen funktionieren«

Professor Michele Solimena mit der Paul-Langerhans-Medaille 2026 geehrt

**DRESDEN.** Der Zellbiologe Professor Dr. MICHELE SOLIMENA erforscht seit Jahrzehnten die grundlegenden Mechanismen der Insulinproduktion, Insulinspeicherung und Insulinfreisetzung. Nun wurde er für seine Forschungsarbeit mit der höchsten Auszeichnung der Deutschen Diabetes Gesellschaft geehrt.

Prof. Solimenas Ziel ist es, die biologischen Prozesse in Betazellen so präzise zu verstehen, dass neue Ansätze für Prävention und Therapie möglich werden. Das wissenschaftliche Werk des 65-jährigen italienischen Forschers zeichnet sich dabei durch eine außergewöhnliche Verbindung von molekularbiologischem Verständnis, technischer und technologischer Innovationskraft sowie pathophysiologischer Relevanz aus. Seine Arbeiten basieren auf einer Vielzahl experimenteller Modellsysteme – von Zelllinien und Tiermodellen bis hin zu Gewebeproben lebender Spender\*innen nach einer Pankreasoperation.

## Tieferes Verständnis zur Proteinsynthese der Betazelle

Sein Forschungsansatz ist dabei von einer einfachen, aber entscheidenden Überzeugung geprägt: „Wir müssen verstehen, wie Betazellen funktionieren, denn ihr Versagen ist die eigentliche Ursache aller Formen von Diabetes.“ Diese Haltung hat seine wissenschaftliche Arbeit über Jahrzehnte geprägt – und zahlreiche wegweisende Entdeckungen ermöglicht. Prof. Solimena gelang es z. B., die Funktionsweise von insulinsekretorischen Granula zu entschlüsseln, winzigen Zellstrukturen, in denen Insulin gespeichert und bei Bedarf freigesetzt wird. Der Zellbiologe konnte zeigen, wie Betazellen ihre Insulinproduktion gezielt steigern oder senken können, indem sie die Bildung neuer Granula

regulieren. Darüber hinaus identifizierte Prof. Solimena Moleküle, die die Stabilität und Übersetzung von Boten-RNAs für Insulin und andere wichtige Proteine steuern. Damit trug er zu einem tieferen Verständnis darüber bei, wie Betazellen ihre Proteinsynthese an metabolische Anforderungen anpassen. Weitere grundlegende Erkenntnisse seiner Forschungen betreffen die Alterung der insulinsekretorischen Granula sowie deren Transport innerhalb der Zelle, also Prozesse, die maßgeblich beeinflussen, wie effizient Insulin ausgeschüttet wird. Ferner gelang es Prof. Solimena als erstem Wissenschaftler überhaupt, das gesamte Betazell-Mikrotubuli-Netzwerk mit Hilfe modernster Bildgebungsverfahren vollständig zu kartieren. Damit setzte er einen Meilenstein für das Verständnis zellulärer Transportprozesse. Einen weiteren Schwerpunkt von Prof. Solimenas Arbeit bildet die Verbindung von molekularer Grundlagenforschung mit klinischen Fragestellungen. Durch die Untersuchung von Inselzellen aus lebenden Spendern konnten er und sein Team beispielsweise detailliert nachvollziehen, wie sich die Betazellen im Verlauf der Erkrankung von einer Normoglykämie hin zu einem Typ-2-Diabetes verändern. Diese Erkenntnisse liefern

wichtige Ansatzpunkte für neue diagnostische und therapeutische Strategien, etwa zur frühzeitigen Erkennung von Krankheitsprozessen oder zur gezielten Wiederherstellung der Betazellfunktion. Im Verbund mit Industrie und weiteren Forschenden aus ganz Europa entstand daraus eine international bedeutsame Biobank.

## Laudatio auf einen forschenden Brückenbauer

Wie bedeutsam Prof. Solimenas Forschung ist, um neue Erkenntnisse über die Betazelle zu gewinnen, arbeitete Professor Dr. MARTIN HRABE DE ANGELIS in seiner Laudatio auf den Preisträger während der Paul Langerhans-Vorlesung beim Diabetes Kongress heraus. Er sagte: „Das wissenschaftliche Werk

»An Michele Solimenas Lebenswerk werden sich zukünftige Generationen messen lassen«

von Professor Solimena zeichnet sich durch eine außergewöhnliche Verbindung von molekularbiologischem Verständnis, technologischer Innovationskraft, aber auch pathophysiologischer Relevanz aus, die er nie aus dem Blick lässt.“ Er hob plastisch all die Meilensteine seiner Forschung hervor, seine Pionierarbeit, die bahnbrechenden Erkenntnisse und den Willen, translational zu forschen.

Seine Arbeiten „haben unser Verständnis der Betazellfunktion und der Pathophysiologie des Diabetes mellitus grundlegend verändert. Sie

haben entscheidende molekulare Mechanismen der Insulinsekretion aufgeklärt, innovative technologische Ansätze etabliert, eingebracht und auch im Feld weitergetrieben“. Im Mittelpunkt seiner Arbeit und der Arbeit seiner Gruppe hätten immer „besonders die Brücken zwischen der Grundlagenforschung und der Anwendung“ gestanden. Sein Lebenswerk habe „das Feld nachhaltig geprägt und Maßstäbe gesetzt, an denen sich sicher zukünftige Generationen messen lassen dürfen und können und werden“.

Petra Spielberg



Prof. Dr. Michele Solimena, Träger der Paul-Langerhans-Medaille 2026.

Foto: DDG/Dirk Deckbar

## Von Mailand über die Yale University nach Dresden

Michele Solimena studierte Medizin an der Universität in Mailand. Dort erwarb er sowohl den medizinischen Dokortitel als auch einen PhD in Pharmakologie und Toxikologie. Nach Stationen als Postdoktorand und Assistenz- und Associate Professor an der Yale University in den USA übernahm er 2001 eine Forschungsgruppe am Max-Planck-Institut für Molekulare Zellbiologie und Genetik in Dresden. Bereits als Postdoktorand erkannte Solimena die Bedeutung der Funktion des GAD65 beim Stiff-Person-Syndrom, das auch beim Typ-1-Diabetes eine essenzielle Rolle spielt. Heute sind Anti-GAD65-Autoantikörper die am häufigsten verwendeten Autoantikörper-Biomarker für die Klassifizierung von Diabetes. 2003 wurde Prof. Solimena an die Technische Universität Dresden berufen; er lehrt an der dortigen Medizinischen Fakultät Experimentelle Diabetologie, seit 2009 auch Molekulare Diabetologie. Außerdem war er Gründungsdirektor des Paul-Langerhans-Instituts Dresden (PLID), eines Partners des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung (DZD), dessen Sprecher für Dresden er ist. Seit 2015 leitet Solimena als Direktor das Institut für Pankreatische Inselzellforschung am Helmholtz Zentrum in München. In diesen Funktionen fördert er Nachwuchswissenschaftler\*innen und koordiniert die Aktivitäten des DZD im Bereich der pankreatischen Inselzellforschung.

## Blutzuckerfreundlich genießen

100 Rezepte – leicht nachzukochen, ohne Spezialzutaten und für alle, die sich gesund ernähren möchten

**WIESBADEN.** Ein neues Kochbuch bündelt rund 100 blutzuckerfreundliche Rezepte. Gedacht ist es nicht nur für Menschen mit Diabetes. Alle Rezepte kommen mit Zutaten aus dem regulären Supermarkt aus; Schritt-für-Schritt-Anleitungen erleichtern die Zubereitung.

Autorin KIRSTEN METTERNICH VON WOLFF, staatlich diplomierte Diätassistentin und Journalistin mit mehr als 35 Jahren Berufserfahrung, hat mit „Blutzuckerfreundlich genießen – Rezepte für ein gesundes Leben“ einen Ratgeber vorgelegt, der

## Blutzuckerfreundlich genießen – Rezepte für ein gesundes Leben

von Kirsten Metternich von Wolff, 200 Seiten, Hardcover, 29,90 Euro, erhältlich unter [www.mtx-shop.de](http://www.mtx-shop.de) und im Buchhandel

Video und Podcast zum Buch auf [www.diabetes-anker.de/ernaehrung](http://www.diabetes-anker.de/ernaehrung)



sich gleichermaßen an Menschen mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes richtet – aber auch an alle, die bewusst und gesund essen wollen. Das Buch knüpft an Metternich von Wolffs langjährige Arbeit für den

Diabetes-Anker an, für den sie die Rubrik „Essen und Genießen“ verantwortet. Die Rezepte wurden über Jahre entwickelt, getestet und sind mit detaillierten Nährwertangaben versehen.

Was bedeutet blutzuckerfreundlich kochen konkret? Metternich von Wolff setzt auf einen wissenschaftlich fundierten Ansatz. Um ihre eigenen Rezepte zu überprüfen, hat die Autorin während der Buchentwicklung selbst einen Glukosesensor getragen. Das Ergebnis bestätigte ihren Ansatz: Der entscheidende Faktor ist der Ballaststoffgehalt. „Die Ballaststoffe haben wirklich so eine Schlüsselfunktion, dass sie sich sehr, sehr positiv auf den Blutzuckerverlauf auswirken.“ Praktisch bedeutet das: viel frisches Gemüse, Beerenfrüchte statt zuckerreicher Obstsorten wie Bananen, und konsequenter Einsatz von Hülsenfrüchten.

Keine Spezialzutaten oder komplizierten Techniken

## Keine Spezialzutaten oder komplizierten Techniken

Alle Rezepte kommen mit Zutaten aus dem Supermarkt aus. Schritt-für-Schritt-Anleitungen und Praxistipps begleiten jedes Gericht. Der durchschnittliche Zeitaufwand liegt laut Autorin bei rund 30 Minuten. Unter den rund 100 Gerichten nennt Metternich von Wolff zwei persönliche Favoriten: die Veggie-Bolognese-Suppe und das Ofengemüse mit Lachs und roten Linsen. Gregor Hess

## Herpes zoster: Konsequente Prävention für Menschen mit Diabetes

Diabetes mellitus erhöht Herpes-zoster-Risiko und -Komplikationsrate – STIKO und DDG betonen Impfprävention als festen Bestandteil moderner Diabetologie

Über 95 % der Menschen über 60 Jahren tragen das Varizella-Zoster-Virus latent in sich.<sup>1</sup> Mit zunehmendem Alter und bei Vorliegen chronischer Erkrankungen steigt das Risiko einer Reaktivierung des Virus<sup>2</sup> sowie für schwere Verläufe,<sup>3,4</sup> – besonders bei Menschen mit Diabetes mellitus.<sup>5</sup> Vor diesem Hintergrund ist Prävention elementar: Die STIKO (Ständige Impfkommission) empfiehlt die Impfung mit dem adjuvantierten Totimpfstoff als Standardimpfung für alle Personen ab 60 Jahren, bei Immundefizienz oder schweren Ausprägungen chronischer Erkrankungen wird sie als Indikationsimpfung bereits ab 18 Jahren empfohlen.<sup>6</sup> Auch die Deutsche Diabetes Gesellschaft DDG betont die konsequente Umsetzung der Impfempfehlungen als festen Bestandteil der Diabetesversorgung.<sup>7</sup>

Impfungen und virale Erkrankungen sind nicht nur ein Thema des Alters: Wir müssen alle zu jedem Zeitpunkt, wenn wir Patienten\* sehen, daran denken“, appellierte Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland (Medizinische Klinik I, Universitätsklinikum Aachen) beim jüngsten DDG-Kongress. Diabetes mellitus modifiziert an verschiedenen Stellen Funktionen des Immunsystems: Hyperglykämie, inflammatorische Prozesse und metabolische Dysregulation können die angeborene und die adaptive Immunantwort beeinträchtigen und so die Infektionsanfälligkeit erhöhen.<sup>8</sup>

### Das empfehlen STIKO und DDG

Der Diabetologe Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland betonte auf dem DDG-Kongress: „Menschen mit Diabetes haben ein erhöhtes Risiko für Herpes zoster und dessen Komplikationen. Gerade vor dem Hintergrund der häufig vorhandenen Komorbiditäten gewinnt die Prävention durch Impfung weiter an Bedeutung.“ Die aktualisierte Empfehlung der STIKO berücksichtigt diese Risikokonstellation: Neben der Standardimpfung ab 60 Jahren wird die Herpes-zoster-Impfung bereits ab 18 Jahren für Personen mit schweren oder schlecht kontrollierten

### Zosterimpfung durch Fertigspritze vereinfacht

Der adjuvantierte Totimpfstoff gegen Herpes zoster ist nun in einer Fertigspritze verfügbar. Die vereinfachte Darreichungsform kann zur Reduktion von potentiellen Anwendungsfehlern beitragen und Arbeitsabläufe beschleunigen, weil die Fertigspritze nun ohne vorherige Rekonstitution angewendet werden kann. Der Impfstoff ist zur Vorbeugung von Herpes zoster und Post-Zoster-Neuralgien ab 50 Jahren und bei Personen ab 18 Jahren mit erhöhtem Risiko zugelassen.<sup>10</sup>

chronischen Erkrankungen, instabilen Verläufen oder Multimorbidität empfohlen.<sup>6</sup> Die Deutsche Diabetes Gesellschaft spricht sich in ihrer Praxisempfehlung für die Therapie des Typ-2-Diabetes klar für die Impfprävention aus: Menschen mit Diabetes sollten aufgrund des erhöhten Infektionsrisikos und dem gesteigerten Risiko für Komplikationen alle empfohlenen Standard- und Indikationsimpfungen zeitgemäß erhalten: Neben den standardmäßig empfohlenen Impfungen gegen COVID-19, Influenza und RSV gilt das auch für die Impfung gegen Herpes zoster.<sup>7</sup>

### Impfprävention: moderne Diabetologie

Wie sieht es mit der Umsetzung der Impfempfehlungen in der Praxis aus? „Diabetesmanagement endet nicht bei der Blutzuckerkontrolle. Die systematische Prävention von Infektionen mittels eines strukturierten Impfmanagements“ sollte laut Prof. Dr. Jochen Seufert (Endokrinologie und Diabetologie, Klinik für Innere Medizin II, Universitätsklinikum Freiburg) „zentraler Bestandteil moderner Diabetesversorgung sein.“ In der Praxis bleiben die tatsächlichen Impfquoten jedoch weit hinter den Empfehlungen zurück: Lediglich 24 % der über 60-Jährigen sind vollständig gegen Herpes zoster geimpft.<sup>9</sup> Die Koadministration mit anderen Impfstoffen kann dabei helfen, Abläufe zu vereinfachen und Impf-

### Nicht nur das Alter, sondern auch weitere Risikofaktoren zählen

Vulnerable Patienten, sei es aufgrund von Alter oder bestehender Komorbiditäten, unterschätzen oft ihre individuellen Risiken<sup>14</sup>: Das Herpes-zoster-Risiko steigt mit einsetzender Immunoseneszenz und wird durch das Vorliegen chronische Erkrankungen zusätzlich verstärkt. Diabetes mellitus, Typ 1 genauso wie Typ 2, sind hier etablierte und gut dokumentierte Risikofaktoren: Patienten haben ein um 38 % erhöhtes Herpes-zoster-Risiko.<sup>5</sup> Auch das Risiko für schwere Verläufe einschließlich einer Post-Zoster-Neuralgie ist erhöht und es kommt häufiger zu längeren und hospitalisierungspflichtigen Krankheitsverläufen.<sup>15,16</sup> Diabetes geht häufig mit Komorbiditäten wie kardiovaskulären Erkrankungen oder chronischer Nierenerkrankung einher, die das Risiko für Herpes zoster zusätzlich erhöhen können.<sup>17</sup>



Foto: Matthias Kiefel

quoten nachhaltig zu steigern. Die Impfung mit dem Totimpfstoff kann eine Herpes-zoster-Erkrankung sowie Komplikationen wie die Post-Zoster-Neuralgie mit hoher Wirksamkeit verhindern. Eine Impfserie besteht aus zwei Dosen, die im Abstand von 2 bis 6 Monaten verabreicht werden sollen.<sup>10</sup> Der adjuvantierte Totimpfstoff zeigt über 11 Jahre hinweg eine hohe Wirksamkeit von 87,7 % und bietet langanhaltenden Schutz vor Herpes zoster und den damit verbundenen Komplikationen, darüber hinaus zeigt die umfassende Studienlage, inklusive Langzeit-follow-up, eine hohe und anhaltende Wirksamkeit sowie ein gutes Sicherheits- und Verträglichkeitsprofil.<sup>11-13</sup>

Angesichts der hohen Diabetesprävalenz in Deutschland und der erheblichen Belastung durch Herpes zoster gewinnt die frühzeitige Impfprävention an Bedeutung – sowohl für die individuelle Patientengesundheit als auch für das Gesundheitssystem insgesamt.

\* Info: Gendergerechte Sprache: Dieser Text schließt prinzipiell alle Geschlechter mit ein. Zur besseren Lesbarkeit wird jedoch nur eine Geschlechtsform verwendet.

1. Wutzler P et al. Vaccine. 2001; 20(1-2): 121-124
2. Batram M et al. Dermatol Ther (Heidelb). 2021; 11(3): 1009-1102
3. Forbes HJ et al. Neurology. 2016; 87(1): 94-102
4. Nadir Y, Arslan H. South Clin Ist Euras. 2023; 34(3): 279-282
5. Huang C-T et al. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism 2022, 107(2): 586-597

6. Epid. Bull. 45/25
7. Gallwitz B et al. Diabetol Stoffwechs. 2025; 20(S 02): S193–S210
8. Kim T, Choi SH. Diabetes Metab J. 2025; 49(5): 915-933
9. Epid. Bull. 50/25
10. Fachinformationen Shingrix, aktueller Stand
11. Strezova A et al. EClinicalMedicine. 2025; 83: 103241
12. Lal H et al. N Engl J Med. 2015;372(22): 2087-2096
13. Cunningham AL et al. N Engl J Med. 2016; 375(11): 1019-1032
14. Robert Koch-Institut, Studie IMPRESS: www.rki.de/impres
15. Wen SY et al. Acta Derm Venereol. 2023; 103: adv9400
16. Giorda CB et al. Diabetes Res Clin Pract. 2024; 210: 111603
17. Marra F et al. Open Forum Infect Dis. 2020; 7: ofaa005

# 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<br><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                  |
|-------------------------|----------------------|
| 07.10.2026 – 18.10.2026 | Göttingen und online |
| 20.11.2026 – 05.12.2026 | Göttingen und online |
| 18.11.2026 – 29.11.2026 | Berlin und online    |
| 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<br><i>Interprofessioneller Teamkurs für Ärzt*innen, Psycholog*innen, Sportwissenschaftler*innen, Ernährungswissenschaftler*innen, Ökotropholog*innen und Gesundheitsfachkräfte</i> |
| 26.11.2026 – 28.11.2026 | online<br><i>Kurs für Diabetolog*innen</i>                                                                                                                                                |

## FÜR GESUNDHEITSFACHKRÄFTE UND ANDERE BERUFSGRUPPEN

### Diabetesedukation DDG

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

Weitere Kurse finden Sie auf der Website.



### Diabetesassistent\*in DDG

| Kurs-Nr. | Termin                  | Weiterbildungsstätte                      |
|----------|-------------------------|-------------------------------------------|
| 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      |
| RH 14    | 02.11.2026 – 05.03.2027 | Akademie der Mathias-Stiftung Rheine      |
| 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    | 15.02.2027 – 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                   |



### Diabetesberater\*in DDG

| Kurs-Nr. | Termin                  | Weiterbildungsstätte                      |
|----------|-------------------------|-------------------------------------------|
| RH 13    | 14.09.2026 – 03.09.2027 | Akademie der Mathias-Stiftung Rheine      |
| RH 14    | 02.11.2026 – 29.10.2027 | Akademie der Mathias-Stiftung Rheine      |
| TR 03    | 09.11.2026 – 14.01.2028 | Diabetes-Akademie Südostbayern Traunstein |
| 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      |



### 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           |
| 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 |



### Fit für Diabetesedukation und Zertifizierung

Die DDG Geschäftsstelle bietet für alle, die sich für einen Kurs der Diabetesedukation oder für die DDG Zertifizierungen interessieren, kostenfreie Workshops an – wählen Sie sich einfach ein:

➔ Klinik mit Diabetes im Blick DDG:  
25. November 2026, 14–15 Uhr:  
us02web.zoom.us/j/88455922177#success



[ddg.info/ddg-akademie/  
fit-fuer-diabetesedukation-  
und-zertifizierung](https://ddg.info/ddg-akademie/fit-fuer-diabetesedukation-und-zertifizierung)

Nutzen Sie die Möglichkeiten der Weiterbildung für Gesundheitsfachkräfte!

- ➔ **Vorteil für Arbeitgeber:** Mit der Diabetesedukation 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.

**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 Diabetesedukation! Informieren Sie sich bei Ihrer Weiterbildungsstätte oder in der DDG Geschäftsstelle und erwerben sie dafür Fortbildungspunkte des VDBD!



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

| Kurs-Nr. | Termin                  | Weiterbildungsstätte                 |
|----------|-------------------------|--------------------------------------|
| 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       |



Diabetescoach\*in DDG

| Kurs-Nr. | Termin                  | Weiterbildungsstätte                                                  |
|----------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| DC 06    | 02.12.2026 – 04.06.2027 | Katholische Akademie Regensburg/<br>Diabetes Akademie Bad Mergentheim |
| DC 07    | 14.04.2027 – 24.09.2027 | Katholische Akademie Regensburg/<br>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 Assistenz Tätigkeit auszubilden, in der sie unter Anleitung von Ärzt\*innen Menschen mit Diabetischem Fußsyndrom professionell versorgen.



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

Adipositasberater\*in DAG-DDG

Vermittelt wird 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           |
| 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 |

Orthopädieschuhmacher\*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 Orthopädieschuhtechnik verbunden.



| Kurs-Nr. | Termin                  | Weiterbildungsstätte            |
|----------|-------------------------|---------------------------------|
| 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 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 |



Train-the-Trainer-Seminar

| Kurs-Nr.   | Termin     | Weiterbildungsstätte |
|------------|------------|----------------------|
| TtT BaQ 10 | 10.10.2026 | online               |



Kurs Klinische pflegerische Diabetologie

| Kurs-Nr. | Termin                  | Weiterbildungsstätte |
|----------|-------------------------|----------------------|
| KPD 01   | 09.10.2026 – 28.11.2026 | online               |

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



Bielefeld, 21.05.2026

#### Diabetolog\*in DDG / LÄK (m/w/d)

- **Arbeitsbeginn:** ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer:** unbefristet
- **Arbeitszeit:** Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von:** Gemeinschaftspraxis Dr. Sas & Hummel / DSP
- **Adresse:** Niederwall 20, 33602 Bielefeld
- **Ansprechpartner:** Christoph Hummel, 0521/7709241, [hummel@diabetes-bielefeld.de](mailto:hummel@diabetes-bielefeld.de)
- **Website:** [www.diabetes-bielefeld.de](http://www.diabetes-bielefeld.de)

Ochsenfurt, 19.05.2026

#### Diabetolog\*in DDG / LÄK (m/w/d)

- **Arbeitsbeginn:** ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer:** unbefristet
- **Arbeitszeit:** Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von:** Gemeinschaftspraxis Dres. Swoboda & Schmidt
- **Adresse:** Am Greinberg 29, 97199 Ochsenfurt
- **Ansprechpartner:** Dr. med. Florian Swoboda, 09331/981980, [dr.swoboda@diabetologie-ochsenfurt.de](mailto:dr.swoboda@diabetologie-ochsenfurt.de)
- **Website:** [www.diabetologie-ochsenfurt.de/](http://www.diabetologie-ochsenfurt.de/)

Hannover, 08.05.2026

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

- **Arbeitsbeginn:** ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer:** unbefristet
- **Arbeitszeit:** Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von:** Diabeteszentrum Hannover Nord
- **Adresse:** Bohnhorststraße 2, 30165 Hannover
- **Ansprechpartnerin:** Dr. med. Henrike Hilbig, 0511/3587888, [h.hilbig@diabeteszentrum-hannover.de](mailto:h.hilbig@diabeteszentrum-hannover.de)
- **Website:** [diabeteszentrum-hannover.de](http://diabeteszentrum-hannover.de)

Bochum, 06.05.2026

#### Pädiater\*in (m/w/d)

- **Arbeitsbeginn:** ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer:** unbefristet
- **Arbeitszeit:** Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von:** Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, St. Josef-Hospital, Univ.-Kinderklinik
- **Adresse:** Alexandrinenstraße 5, 44791 Bochum
- **Ansprechpartner:** Eggert Lilienthal, 0234/509-2611, [eggert.lilienthal@klinikum-bochum.de](mailto:eggert.lilienthal@klinikum-bochum.de)
- **Website:** [www.klinikum-bochum.de](http://www.klinikum-bochum.de)

Berlin, 29.04.2026

#### Diabetolog\*in DDG / LÄK (m/w/d)

- **Arbeitsbeginn:** ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer:** unbefristet
- **Arbeitszeit:** Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von:** Diabeteszentrum Kreuzberg
- **Adresse:** Oppelner Straße 48, 10997 Berlin
- **Ansprechpartner:** Dr. med. Mahmoud Sultan, 030/6123263, [praxis@diabetes-berlin.com](mailto:praxis@diabetes-berlin.com)
- **Website:** [www.diabetes-berlin.com](http://www.diabetes-berlin.com)

Straubing, 27.04.2026

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

- **Arbeitsbeginn:** ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer:** befristet
- **Arbeitszeit:** Vollzeit
- **Veröffentlicht von:** ÜBAG am Ludwigsplatz
- **Adresse:** Ludwigsplatz 23, 94315 Straubing
- **Ansprechpartner:** Dr. med. Karsten Knöbel, 0172/8507076, [dres.pelz-knoebel@t-online.de](mailto:dres.pelz-knoebel@t-online.de)
- **Website:** [www.ihr-aerzteteam.de](http://www.ihr-aerzteteam.de)

Hamburg, 26.04.2026

#### Weiterbildung zum Diabetologen 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. Elke Marks, 040/67218752, [marks.diabetes@t-online.de](mailto:marks.diabetes@t-online.de)
- **Website:** [www.marks-diabetes.de](http://www.marks-diabetes.de)

### GESUNDHEITSFACHKRÄFTE

direkt zu allen Anzeigen für Gesundheitsfachkräfte



Bielefeld, 20.05.2026

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

- **Arbeitsbeginn:** ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer:** befristet
- **Arbeitszeit:** Vollzeit
- **Veröffentlicht von:** Gemeinschaftspraxis Dr. Sas & Hummel / DSP
- **Adresse:** Niederwall 20, 33602 Bielefeld
- **Ansprechpartner:** Christoph Hummel, 0521/7709241, [hummel@diabetes-bielefeld.de](mailto:hummel@diabetes-bielefeld.de)
- **Website:** [www.diabetes-bielefeld.de](http://www.diabetes-bielefeld.de)

Göttingen, 19.05.2026

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

- **Arbeitsbeginn:** ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer:** unbefristet
- **Arbeitszeit:** Vollzeit
- **Veröffentlicht von:** Diabetologische Schwerpunktpraxis am Gaußwall
- **Adresse:** Hospitalstraße 5, 37073 Göttingen
- **Ansprechpartnerin:** Almut Stierling, 0551/90036912, [diabetes@praxis-am-gauss-wall.de](mailto:diabetes@praxis-am-gauss-wall.de)
- **Website:** [www.praxis-am-gauss-wall.de](http://www.praxis-am-gauss-wall.de)

Neunkirchen-Seelscheid, 18.05.2026

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

- **Arbeitsbeginn:** 01.07.2026
- **Voraussichtliche Dauer:** unbefristet
- **Arbeitszeit:** Teilzeit
- **Veröffentlicht von:** MVZ Neunkirchen-Seelscheid GmbH / Personalabteilung
- **Adresse:** Tulpenweg 23, 53919 Neunkirchen-Seelscheid
- **Ansprechpartner:** Axel Dewald, [dewald@mvz-rhein-sieg.de](mailto:dewald@mvz-rhein-sieg.de)
- **https://www.mvz-nks.de**

Berlin, 12.05.2026

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

- **Arbeitsbeginn:** ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer:** unbefristet
- **Arbeitszeit:** Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von:** Praxis Inga Koch
- **Adresse:** Kokoschkaplatz 6-9, 12627 Berlin
- **Ansprechpartnerin:** Inga Koch, [fa.ingakoch@gmail.com](mailto:fa.ingakoch@gmail.com)
- **Website:** [diabetologie-hellersdorf.de](http://diabetologie-hellersdorf.de)

Hamburg, 04.05.2026

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

- **Arbeitsbeginn:** ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer:** unbefristet
- **Arbeitszeit:** Teilzeit
- **Veröffentlicht von:** Diabetes und Hausarztpraxis Hamburg Süd
- **Adresse:** Neugrabener Bahnhoftsstraße 33, 21149 Hamburg
- **Ansprechpartnerin:** Marie Stuzky, 040/7018080, [praxismanagement@praxiszentrum-hh-sued.de](mailto:praxismanagement@praxiszentrum-hh-sued.de)
- **Website:** [www.praxiszentrum-hh-sued.de](http://www.praxiszentrum-hh-sued.de)

Stuttgart, 03.05.2026

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

- **Arbeitsbeginn:** ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer:** unbefristet
- **Arbeitszeit:** Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von:** Praxis Süd
- **Adresse:** Böheimstraße 106, 70199 Stuttgart
- **Ansprechpartnerin:** Dr. med. Nadine Mattes, 0711/34171822, [n.mattes@praxisissued.de](mailto:n.mattes@praxisissued.de)
- **Website:** [www.praxisissued.de](http://www.praxisissued.de)

Georgsmarienhütte, 30.04.2026

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

- **Arbeitsbeginn:** ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer:** unbefristet
- **Arbeitszeit:** Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von:** Hausarztpraxis Gattermayer
- **Adresse:** Glückaufstraße 8, 49124 Georgsmarienhütte
- **Ansprechpartnerin:** M.U. Dr. Andrea Gattermayer, 05401/460260, [info@praxis-gattermayer.de](mailto:info@praxis-gattermayer.de)
- **Website:** [www.praxis-gattermayer.de](http://www.praxis-gattermayer.de)

## DDG – SOCIAL MEDIA

Liken – teilen – informieren.  
Bleiben Sie immer auf dem Laufenden!



Fotos: icons gate – stock.adobe.com

Direkt zu allen Stellenangeboten



# STELLENANGEBOTE

Moers, 28.04.2026  
**Diabetesassistent\*in DDG (m/w/d)**

- **Arbeitsbeginn:** ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer:** unbefristet
- **Arbeitszeit:** Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von:** Diabetologie und Innere Medizin in der Goethestraße
- **Adresse:** Goethestraße 1, 47441 Moers
- **Ansprechpartner:** Dr. med. Jan Gewaltig, 0176/61589479, j.gewaltig@diabetes-moers.de
- **Website:** www.diabetes-moers.de

Bergheim, 07.05.2026  
**Wundassistent\*in DDG (m/w/d)**

- **Arbeitsbeginn:** ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer:** unbefristet
- **Arbeitszeit:** Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von:** Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. med. Ralf Kolassa
- **Adresse:** Priamosstraße 5, 50127 Bergheim
- **Ansprechpartner:** Dr. med. Kolassa Ralf, info@zucker-doc.de
- **Website:** zucker-doc.de

# NACHFOLGEGESUCHE

Bielefeld, 04.05.2026  
**Diabeteszentrum DDG**

- **Praxisbezeichnung:** Gemeinschaftspraxis Dr. Sas & Hummel
- **Adresse:** Niederwall 20, 33602 Bielefeld
- **Ansprechpartner:** Christoph Hummel, 0521/7709241, hummel@diabetes-bielefeld.de
- **Website:** www.diabetes-bielefeld.de

Direkt zu allen Nachfolgegesuchen

# Noch kein Mitglied der DDG?

Überzeugen Sie sich von den Vorteilen!



- Sie erhalten stark vergünstigte Eintrittspreise sowohl für den Diabetes Kongress als auch für die Diabetes Herbsttagung
- Sie erhalten als acht Mal im Jahr, gedruckt oder digital, kostenlos die diabetes zeitung, herausgegeben von der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
- Als Ordentliches Mitglied und auch als Förderndes Mitglied der DDG erhalten Sie ebenfalls kostenlos die Zeitschrift Diabetologie und Stoffwechsel
- Sie erhalten zu Sonderkonditionen die Zeitschriften:
  - Der Diabetologe
  - Diabetes, Stoffwechsel und Herz
  - Diabetes-Anker
- Sie können sich für die Arztsuche auf ddg.info/behandlung-leitlinien registrieren
- Sie nehmen teil am diabetologischen Diskurs und sind immer aktuell informiert

Zweck der Gesellschaft ist die Unterstützung der wissenschaftlichen und praktischen Arbeit zur Erforschung, Prävention und Behandlung des Diabetes mellitus insbesondere durch folgende Tätigkeiten:

- Vereinigung aller auf dem Gebiet des Diabetes tätigen Forscher\*innen, Ärzt\*innen und des Fachpersonals
- Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses
- Förderung der Forschung in der Diabetologie
- Veranstaltung wissenschaftlicher Tagungen
- Förderung gesundheitspolitischer Aktivitäten und Interessenvertretung
- Öffentlichkeitsarbeit
- Fort- und Weiterbildung

Ihr Ansprechpartner in der Geschäftsstelle ist:  
**Darline Waask**  
Tel.: 030/3 11 69 37 15  
E-Mail: waask@ddg.info



# Die diabetes zeitung – jetzt auch digital

mit Bonusmaterial und interaktiven Inhalten

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



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



## BUNTES

## Höchst geehrt

10 Jahre dz – wer hat in dieser Zeit die Langerhans-Medaille erhalten?



**BERLIN.** Die Paul-Langerhans-Medaille ist die höchste Auszeichnung der Deutschen Diabetes Gesellschaft und ehrt herausragende Persönlichkeiten und Spitzenforscherinnen und -forscher in der Diabetologie. Die Medaille wird seit 1972 vergeben. Welche Forschenden haben die Medaille seit dem Gründungsjahr der diabetes zeitung erhalten? Übrigens: 2020 wurde die Auszeichnung nicht vergeben. Und Näheres zum diesjährigen Preisträger Prof. Solimena lesen Sie auf Seite 8.



Prof. Dr. Michael Roden

2017

Abteilung für Klinische Diabetologie, Deutsches Diabetes-Zentrum Düsseldorf, Vorstand des DZD | Forschungsgebiete: Energiestoffwechsel des Menschen mit den Schwerpunkten Diabetes, Adipositas und hormonell begründete Blutdruckerkrankungen



Prof. Dr. Emmanuel Van Obberghen

2016

Medizinische Fakultät der Universität Nizza-Sophia Antipolis und Institut für Krebs- und Alterungsforschung, Nizza | Erforschung der Rolle der Micro-MRNAs als Regulatoren der Insulinausschüttung und -wirkung

2018



Prof. Dr. Jens Claus Brüning

Max-Planck-Institut für Stoffwechselforschung, Köln; Poliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und Präventivmedizin der Universitätskliniken Köln, DZD | Forschungsschwerpunkt: neuronale Regulation des Energie- und Glukosestoffwechsels in Verbindung mit altersassoziierten (darunter Typ-2-Diabetes) und neurodegenerativen Erkrankungen (z.B. Morbus Alzheimer, Morbus Parkinson)

2019



Prof. Dr. Dr. h. c. Matthias H. Tschöp

Technische Universität München und Helmholtz Zentrum München, DZD | Forschungsschwerpunkt: molekulare Signalwege bei Diabetes und Insulinresistenz; Entdeckung von Wirkstoffkandidaten zur Behandlung von Typ-2-Diabetes und Adipositas, die die Wirkung mehrerer Hormone gleichzeitig imitieren (Poly-Agonisten)



Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Martin Hrabě de Angelis

2021

Helmholtz Zentrum und TU München, Deutsches Zentrum für Diabetesforschung (DZD) | Erforschung der genetischen und epigenetischen Determinanten des Diabetes mellitus; hohe Verdienste um die Gründung und Entwicklung des DZD



Prof. Dr. Dr. Peter Nawroth

2022

Universitätsklinikum Heidelberg | herausragende wissenschaftliche Leistungen in der Diabetologie; Leitung des DFG-geförderten Teilprojekts C06, KS01 des Sonderforschungsbereichs zu diabetischen Spätschäden in Heidelberg (SFB1118)



Lotte Bjerre Knudsen

2023

Wissenschaftliche Chief Scientific Advisor, Research & Development NovoNordisk, Kopenhagen | Entwicklung der Moleküle Liraglutid und Semaglutid unter ihrer Leitung; Forschung an GLP1-Rezeptoren in menschlichen Geweben und zur Sicherheit und zum Mechanismus von GLP1-RA



Prof. Dr. Anette-Gabriele Ziegler

2024

Institut für Diabetesforschung, Helmholtz Munich; Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt; Deutsches Zentrum für Diabetesforschung | Forschungsschwerpunkte: Pathogenese des Typ-1-Diabetes und seine Prädiktion und Prävention



Prof. Dr. rer. nat. Annette Schürmann

2025

Deutsches Institut für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke, Experimentelle Diabetologie; DZD | Identifizierung zahlreicher epigenetischer Veränderungen, „Brückenbauerin“ zwischen Grundlagenforschung und klinischer Anwendung, Nachwuchsförderung



Träger und Trägerinnen der Paul-Langerhans-Medaille seit 1972  
www.ddg.info/die-ddg/ehrungen

Bei allen Preisträgerinnen und Preisträgern sind die Einrichtungen angegeben, bei denen sie zum Zeitpunkt der Ehrung beschäftigt waren; die Angaben zu den Forschungsschwerpunkten etc. wurden den begleitenden damaligen Artikeln zur Verleihung der Paul-Langerhans-Medaille entnommen.



+++ Die nächste Ausgabe der diabetes zeitung erscheint am 23. September +++