

Gute Energie

Wie können Apotheken Praxen entlasten?



Ein neues Gesetz
wird die Zusammenarbeit
zwischen Praxen und Apotheken
beeinflussen. Wie? Das erklären
ein Diabetologe und
ein Apotheker.

Foto: Bohdan – stock.adobe.com

WIESBADEN. Die Vor-Ort-Apotheken sollen gestärkt werden – und zwar durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung. Es soll zum Beispiel mehr pharmazeutische Dienstleistungen geben; einbezogen werden soll auch die Prävention von u. a. Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Durch die Früherkennung in der Apotheke könnten Behandlungspfade initiiert werden, besonders bei Menschen, die nur wenige Berührungspunkte zu Präventionsangeboten haben und für die Apotheken ein niedrigschwelliger Anlaufpunkt für Gesundheitsfragen sein können.

Dr. Ralf-Uwe Häußler, Diabetologe aus Berlin, und der Pharmazeut Professor Dr. Stephan Scherneck aus Braunschweig, beide Sprecher der DDG Kommission Apotheker in der Diabetologie (BAK/DDG), schauen genau hin: Können diese und weitere Neuerungen bewirken, dass Praxen weniger Energie aufwenden müssen und gleichzeitig Vor-Ort-Apotheken gestärkt werden? Die Experten benennen Chancen und Hürden – und schätzen ein, ob das Gesetz den Apotheken und Praxen wirklich nützt. **6**

CGM-Systeme unvergleichlich

BERLIN. Unterschiedliche CGM-Systeme liefern unterschiedliche Werte und Kennzahlen – das kann durchaus gefährlich werden. Der Fehler liegt im System: Es gibt in Europa keine verbindlichen Mindeststandards für die Messsysteme. Ein Bündnis, zu dem auch die DDG gehört, fordert nun genau diese Standards und letztlich eine ISO-Norm ein. **5**

Oft hilfreich, aber teuer

Digitale Gesundheitsanwendungen gezielt verordnen

BERLIN. Eine DiGA ist als App auf dem Smartphone immer mit dabei, gibt Informationen, Tipps und Hinweise, hat oft eine eingebaute Tracking-Funktion – und soll den Menschen, die sie nutzen, z. B. im Bereich Diabetes und Adipositas helfen, ihre Ziele

zu erreichen. Die Bedeutung der DiGA wächst. Wer bezahlt? Apps, die sich im offiziellen DiGA-Verzeichnis finden, müssen von den Krankenkassen in den GKV-Leistungskatalog aufgenommen werden. Wird eine solche DiGA verordnet, trägt die

Kasse die Kosten. Billig ist das nicht, und nicht nur deshalb kann man sich fragen, wie nützlich die digitalen Helfer wirklich sind und ob sie möglicherweise bei manchen Nutzenden sogar einen Schaden anrichten können. Psychologe und Digital-Experte Professor

Dr. Bernhard Kulzer und Diabetes- und Adipositasberaterin Christiane Birx geben eine fundierte Bewertung ab, und sie warnen vor unseriösen Angeboten und Apps, über die nur Daten gesammelt werden sollen und die im schlimmsten Fall abhängig machen. **3**

Unter dem Radar: die Fettleber

DÜSSELDORF. Über viele Begleiterkrankungen des Diabetes wird mehr gesprochen als über die Fettlebererkrankung. Inzwischen zeigt sich, dass die Früherkennung dringend nötig – und machbar – ist. Professor Michael Roden erklärt, welche Untersuchungen Sinn machen, welche Therapieoptionen es mittlerweile gibt und woran geforscht wird. **18**

MedTriX^{Group}

»Einfach mal machen«?

Gesundheitsminister Linnemann hat keine 100 Tage, sich einzufinden

BERLIN. In der Gesundheitspolitik geht es derzeit Schlag auf Schlag – deshalb werden Bundesgesundheitsminister Carsten Linnemann sicherlich nicht die üblichen 100

Tage gewährt werden, um sich in sein Ressort einzuarbeiten. Immerhin hat er sich schon einige Vertrauenspersonen ins Ministerium geholt. Seine Vorgängerin Nina Warken

hat viele Gesetzesvorhaben angeschoben, die alle Bereiche im Gesundheitswesen betreffen. Diese Pläne müssen jetzt durch ihn umgesetzt werden, und Kritik, z. B. am

GKV-Spargesetz, gibt es auch. Linnemann muss also gemäß seinem Motto „einfach mal machen“. Was ist zu tun und wie ist der neue Minister ins Amt gestartet? **4**

Seite 9 Neuer Name, neuer Blickwinkel

BERLIN. Das polyzystische Ovarialsyndrom (PCOS) heißt inzwischen polyeンドokrines metabolisches Ovarialsyndrom (PMOS). Damit wird endlich der Kern der Erkrankung benannt.

Jetzt schon das
Programm planen!

**DIABETES
HERBSTTAGUNG
2026 DDG**

13. – 14. November 2026
Die Tagung in Dresden rückt näher –
Tipps für Ihre Programmplanung
finden Sie auf Seite 14.
www.herbsttagung-ddg.de

Seite 22 Künstliche Intelligenz im Praxistest

GREIFSWALD. Beim Screening auf diabetische Retinopathie kann KI helfen. Eine vergleichende Studie zu zwei Algorithmen zeigt aber: Man muss im Alltag schon genau hinschauen.



Projektförderung: jetzt bewerben

BERLIN. Die DDG fördert auch 2027 unterschiedliche Forschungsprojekte. Wie wird der Antrag gestellt, worauf sollten Forschende bei der Bewerbung achten und wie kann eine Projektförderung der DDG die Tür für Förderungen anderer Forschungsinstitutionen öffnen? Ein Überblick über die Möglichkeiten und ein Interview mit den beiden Vorsitzenden der Jury zur Förderung wissenschaftlicher Projekte der DDG helfen weiter. **10**

Foto: Stockwerk-Fotodesign – stock.adobe.com

News & Fakten

DiGA: hilfreich, aber teuer; Gesundheitsminister Carsten Linnemann; Mindeststandards für CGMS; Interview zur Kooperation zwischen Praxen und Apotheken; neue Richtlinie Diabetes Exzellenzzentrum DDG; aus PCOS wird PMOS; Projektförderungen 2027; Diabetes-Innovations-Projektförderung; Porträt Dr. Robert Stein; Neues aus der Diabetesforschung . 3–12

Kongress aktuell

Diabetes Kongress: Plastik im Alltag, Zucker im Blut?, Ohne Daten geht es nicht (winDiab-Symposium); Digitalisierung, Daten, Telemedizin (Symposium zur Gesundheitspolitik); Diabetes Herbsttagung: Highlight-Symposien; Diabetes Update: endokrinologische Leitlinien 13–17, 21

Das Interview

Professor Dr. Michael Roden: Diagnose und Therapie der Fettleber 18

Im Blickpunkt

Hellmut-Otto-Medaille 2026: Porträt Professor Dr. Thomas Haak; Nachruf auf Dr. Frank Demtröder; Rehabilitation in Einrichtungen der DRV; Podcast „Wirkstoff Wort“; zertifiziertes Zentrum: MVZ am Bahnhof Spandau; Diabetes-Prävention weltweit 20, 23–25

Forum Literatur

Retinopathie: KI im Test; Nierenschutz: FINE-ONE-Studie . . 22, 24

Medizin & Markt

Berichte aus der Industrie . . 26, 28

Kurznachrichten

Neu- oder rezertifizierte Kliniken und Praxen; neue Diabetologinnen und Diabetologen 31

Weiterbildung & Qualifikation

Für Ärzt*innen: Klinische Diabetologie, Kommunikation und patientenorientierte Gesprächsführung, Adiposilog*in DAG-DDG, Diabetologie KOMPAKT, Diabetologie DEEP; für Gesundheitsfachkräfte und andere Berufsgruppen: Diabetesedukation DDG, Fuß- und Wundassistent*in DDG, Adipositasberater*in DAG-DDG, Orthopädienschuhmacher*in DDG, Diabetes & Pflege (Diabetesversierte Pflege DDG, Diabetes Pflegefachkraft (Klinik), Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG, Train-the-Trainer-Seminar, Kurs Klinische Pflegerische Diabetologie) 32–33

Job- & Praxenbörse

Stellenangebote, Stellengesuche, Nachfolgesuche 34–35

Buntes 36

»Alles neu: Minister, Gesetze, Richtlinie«

Die Gesundheitspolitik bleibt spannend – die **diabeteszeitung** bleibt dran

Liebe Leserinnen und Leser,

Ende Juli ist Carsten Linnemann zum Bundesgesundheitsminister ernannt worden, seine Vorgängerin Nina Warken ist nun Chefin im Bundeskanzleramt. Wie wird es jetzt weitergehen in der Gesundheitspolitik? Darüber erfahren Sie mehr auf den Seiten 4 und 17.

»Ein neues Gesetz verändert die Rolle der Vor-Ort-Apotheken«

Und natürlich sind in diesen Zeiten noch mehr politische Themen in der **diabeteszeitung** zu finden – immer mit Blick darauf, was z. B. neue Gesetze für die Versorgung von Menschen mit Diabetes und die in der Diabetologie Tätigen bedeuten. Eines dieser Gesetze ist das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung“, das die Vor-Ort-Apotheken stärken soll. Was sich ändert und wie diese Änderungen die Zusammenarbeit von Apotheken und Praxen beeinflussen werden, erklären der Diabetologe Dr. Ralf-Uwe Häußler und der Pharmazeut Dr. Stephan Scherneck, beide Sprecher der DDG Kommission Apotheker in der Diabetologie (BAK/DDG) im Interview auf Seite 6.

»Neue Richtlinie für Diabetes Exzellenzzentren«

Es bleibt politisch: Im Zuge der Krankenhausreform sind Qualitätssiegel stärker in den Fokus gerückt. Deshalb hat die DDG für die Diabetes Exzellenzzentren DDG eine neue Richtlinie erarbeitet, die nun alle Kriterien des IQTIG erfüllt. Im Fokus standen dabei die leitlinienkonforme Behandlung, Prozess- und Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit und -sicherheit. Was das für Einrichtungen bedeutet, die dieses Zertifikat der DDG anstreben, steht auf Seite 8.



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

»Fettleber: besser früh erkennen«

Neuropathie, Nephropathie, diabetischer Fuß und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind viel diskutierte Diabeteskomplikationen – die Leber wird eher vernachlässigt, sagt Professor Dr. Michael Roden. Er setzt sich für Früherkennungsuntersuchungen ein, erklärt, welche Methoden dafür geeignet sind, welche Behandlungsmöglichkeiten es gibt und woran geforscht wird, und zwar auf Seite 18.

»Neuer Name, neue Perspektive«

Der neue Begriff polyendokrines metabolisches Ovarialsyndrom (PMOS) hat die Bezeichnung polyzystisches Ovarialsyndrom (PCOS) abgelöst. Damit wird der Kern der Erkrankung als hormonelle und stoffwechselbezogene Störung genauer benannt – und

es sollte sich auch mehr und mehr die Versorgung ändern und um Hormonmedizin und Diabetologie erweitert werden. Mehr über die Hintergründe zur Umbenennung steht auf Seite 9.

»Projektförderungen der DDG: jetzt bewerben«

Sie möchten ein Forschungsprojekt verwirklichen oder kennen jemanden mit einer guten Idee? Dann sind die Projektförderungen der DDG vielleicht genau das Richtige; Bewerbungen sind bis Ende November möglich. Welche Förderungen es gibt, worauf die Jury bei der Bewertung der Bewerbungen Wert legt und was es mit der neuen Diabetes-Innovations-Projektförderung auf sich hat, lesen Sie auf den Seiten 10 und 11.

Ganz herzlich Ihre

Prof. Dr. Julia Szendrödi

diabeteszeitung

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

Verlag: MedTriX GmbH

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

CEO: Oliver Kramer

Geschäftsführung: Stephan Kröck, Markus Zobel

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 Neukirch, Prof. Dr. Erhard Siegel, Prof. Dr. Thomas Skur, 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: HYVE-DEMMXXX ISSN 2367-2579

Erfüllungsort und Gerichtsstand ist Wiesbaden

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



Die Mitglieder der Deutschen Diabetes Gesellschaft erhalten das Heft im Rahmen ihres Mitgliedsbeitrages. Mit der Einsendung eines Manuskriptes erklärt sich die/der Urheber*in damit einverstanden, dass ihr/sein Beitrag ganz oder teilweise in allen Printmedien und elektronischen Medien der MedTriX GmbH, der verbundenen Verlage sowie Dritter veröffentlicht werden kann.

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

www.blauer-engel.de/uz195

Dieses Druckerzeugnis wurde mit dem Blauen Engel ausgezeichnet



QB5

DiGA helfen im Alltag, sind aber teuer

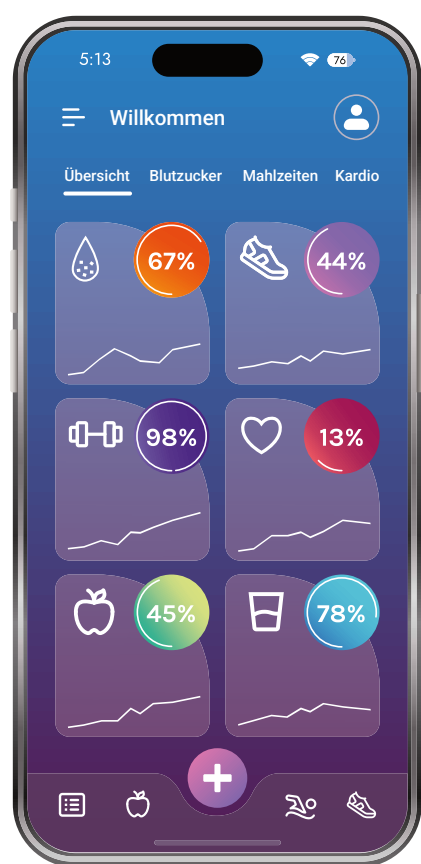
Digitale Gesundheitsanwendungen sollten besser nur gezielt verordnet werden

BERLIN. Apps auf Rezept sollen Patient*innen im Alltag unterstützen: bei Adipositas und/oder Diabetes sowie weiteren Diagnosen. Doch wie hilfreich sind DiGA wirklich, z. B. im Ernährungsbereich? Und können sie vielleicht sogar Essstörungen wie eine Orthorexie provozieren, weil sich Menschen, die eine solche DiGA nutzen, durch das integrierte Tracking zwanghaft auf ihre Nahrung fixieren?

Seit 2020 sind sie auch auf vielen deutschen Smartphones zu finden: digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA). Nach dem DiGA-Bericht des GKV-Spitzenverbands werden die Apps auf Rezept inzwischen vielfach genutzt. 1,6 Mio. DiGA wurden zwischen September 2020 und Dezember 2025 verordnet. Die Kassen kosteten sie in diesem Zeitraum rund 400 Mio. Euro. Im Vergleich zum Vorjahr wurden die Apps zudem um 63% mehr beansprucht.

Knapp 60 DiGA stehen Arzt*innen zur Wahl

„Die Bedeutung der Apps auf Rezept in der Versorgung wächst“, betont STEFANIE STOFF-AHNIS, stellvertretende Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbands. Denn sie werden nicht nur mehr verordnet – auch über die Hälfte der Anwendungen, die zunächst nur zur Erprobung in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen wurden, konnte sich später dort dauerhaft einen Platz sichern. Was den Krankenkassen allerdings nicht passt: Sie sind dazu verpflichtet, diese Apps in den GKV-Leistungskatalog aufzunehmen – auch ohne Nutzenachweis, und müssen sie dann zu „beliebig hohen Herstellerpreisen“ finanzieren, so Stoff-Ahnis. Auffällig sei auch, dass zuletzt immer mehr DiGA wieder aus dem Verzeichnis gestrichen wurden, weil deren Hersteller im Verlauf keinen Nutzen für die Versorgung nachweisen konnten.



Heute schon viel bewegt? DiGA können die Nutzenden in ihrem Krankheitsmanagement motivieren.

Foto: Денис Конельский – stock.adobe.com

Seit ihrem Start vor knapp sechs Jahren wurden insgesamt 74 DiGA in das Verzeichnis aufgenommen. 16 Anwendungen wurden mangels Nutzen daher wieder komplett aus dem Leistungskatalog gestrichen. Ende 2025 enthielt die Liste nur noch 58 DiGA. Ein solches Hin und Her bleibt nicht ohne Folgen: Sowohl Arzt*innen als auch Patient*innen reagierten darauf zum Teil skeptisch. „Ein klarer, frühzeitig nachgewiesener Patientennutzen ist und bleibt der Schlüssel für den Erfolg von digitalen Gesundheitsanwendungen“, findet die Vorstandsvorsitzende.

Digitale Helfer kosten im Schnitt bis zu 544 Euro

Die Apps sind zudem teuer – sie liegen zwischen 119 und 2.077 Euro. Obendrein stiegen deren Preise über die Jahre deutlich. 2020 kostete eine DiGA im Schnitt 411 Euro pro Quartal, fünf Jahre später bereits durchschnittlich 544 Euro. Für 40 Anwendungen wurden zwischenzeitlich allerdings deutlich niedrigere Preise von im Schnitt 227 Euro verhandelt.

Wie nützlich sind die digitalen Helfer dann, vor allem im Bereich Diabetes und Adipositas? Weil beim Typ-2-Diabetes – wie auch bei adipösen Patient*innen – vor allem Lebensstiländerungen im Fokus stünden, seien hier Apps wie Glucura oder Una Health „sicher sinnvoll“, sagt Professor Dr. BERND KULZER, Leiter des Forschungsinstituts der Diabetes-Akademie Bad Mergentheim (FIDAM). Die Patient*innen nutzen bei dieser DiGA ein CGM-System über drei Monate. „Die CGM-Daten können ausgewertet werden und die Patient*innen erhalten ein Biofeedback. So bekommen sie ihr Ernährungsverhalten sehr gut rückgespiegelt“, findet er. Zwar hält Prof. Kulzer den Einsatz dieser Anwendungen bei Typ-2-Diabetes mit oder ohne Insulin für zweckmäßig, aber mit einem Preis zwischen knapp 500 und 740 Euro auch für teuer. „Die Frage ist, ob nicht ein CGM allein ohne diese Auswertung schon fast ähnliche Effekte erreichen kann“, meint er. Besonders wenn man die hohe Zahl an Menschen mit Typ-2-Diabetes in Deutschland betrachte. „Das wird teuer, wenn die gesetzlichen Kassen diese DiGA bezahlen sollen.“ Solche Anwendungen sollte man daher „nicht wie Kamellen unters Volk bringen, sondern muss sie sehr zielgerichtet einsetzen bei Patient*innen, die am ehesten davon profitieren“.

CHRISTIANE BIRX, Diabetesberaterin DDG und Adipositasberaterin DAG-DDG in einer Haaner Schwerpunktpraxis, betreut viele Patient*innen mit Diabetes-Neumanifestationen oder nach erfolgter Erstdiagnose.

„DiGA eignen sich besonders für motivierte Personen als Unterstützung, um bei ihrer Therapie am Ball zu bleiben“, betont sie. Die Apps auf Rezept werden in ihrer Praxis vielfach eingesetzt, etwa um Menschen, die kurz vor einer Insulintherapie stehen, „die Chance zu geben, ihr Ernährungsmuster so zu verändern, dass sie gegebenenfalls kein Insulin benötigen“, erläutert sie.

Selbst motivierte Betroffene wüssten aber oft nicht, wo genau sie mit ihrem Diabetesmanagement anfangen soll-

ten, seien dadurch „häufig überfordert“, so Birx. Die Erstverordnung einer DiGA dauert in der Regel 90 Tage. Die meisten Arzt*innen verschreiben die digitalen Anwendungen aber lediglich über diesen Zeitraum und nicht länger. „Wenn Patient*innen zu uns sagen: ‚Die App

hat mir geholfen und ich habe viel gelernt‘, dann gibt es eine Weiterverordnung von bis zu einem Jahr – mit neuen Inhalten, die auf dem Erlernten aufbauen“, führt sie an.

Bei Lifestyle-Apps immer vorsichtig sein

Dass digitale Gesundheitsanwendungen Essstörungen verstärken oder sogar provozieren könnten, wie etwa eine Orthorexie, weil die Nutzer*innen ihre Werte permanent auf dem Handy-Display nachkontrollierten, sehen Prof. Kulzer und Christiane Birx eher nicht. Dies sei auch nicht durch Studien belegt. Die Gefahr laiere vielmehr in Ernährungs- und Lifestyle-Apps, die man sich binnen weniger Sekunden aufs Mobiltelefon laden könne. „Das sind meist reine Algorithmen mit Bewegungs- und Ernährungstracking. Dabei geht es nur ums Datensammeln. Das Risiko, dass sich die Patient*innen von solchen Apps komplett abhängig machen, ist schon vorhanden – besonders bei eher labilen Persönlichkeiten“, betont Birx.

Für krankhaft übergewichtige Personen sind inzwischen die beiden Adipositas-Apps Oviva Direkt und Zanadio als DiGA gelistet, die nachweislich beim Abnehmen helfen und die Lebensqualität verbessern sollen. Bis heute nicht gestartet ist allerdings das DMP Adipositas. Zwar wurde es 2024 beschlossen, noch ist es aber in keiner KV-Region umgesetzt.

Häufig sei eine DiGA für Betroffene daher die einzige niedrigschwellige Option, um zumindest kurzfristig eine leitliniengerechte Therapie zu erhalten, erklärt der Münchner Ernährungsexperte Professor Dr. HANS HAUNER. Doch selbst bei einer möglichen Weiterverordnung nutzt laut DiGA-Bericht des GKV-Spitzenverbands die Mehrheit von ihnen (83%) die App auf Rezept nach den 90 Tagen nicht nochmals.

Angela Monecke

ANZEIGE

Die Nr. 1 Fußpflege bei Diabetes¹

FUSSPFLEGE BEI DIABETES

Sie empfehlen, was täglich zu Hause angewendet wird.

Trockene Fußhaut ist bei Diabetes kein rein kosmetisches Thema: Verminderte Tal- und Schweißproduktion macht die Hautbarriere lückenhaft, Risse und Infektionsrisiko steigen. Die IWGDF-Leitlinie empfiehlt daher Emollienzen. Doch nur, was schnell einzieht und keine Rückstände hinterlässt, wird auch täglich angewendet. Genau hier entscheidet sich, ob aus Ihrer Empfehlung eine Routine wird.

Allpresan Schaumcremes ziehen in Sekunden ein, fetten nicht. Socken und Kompressionsstrümpfe lassen sich sofort anziehen. In einer placebokontrollierten Studie verbesserten sie Feuchtigkeit, Barrierefunktion und Hautbild bereits nach zwei Wochen signifikant.²

Doppelblinde, randomisierte klinische Studie (n=49) zeigt²:

Tag	Placebo	Allpresan diabetic INTENSIV SCHAUM-CREME
Tag 15	~2	~5
Tag nach Anwendungsbeginn	~8	~12
Tag 29	~10	~15

Signifikante Steigerung der Hautfeuchtigkeit nach 14 und 28 Tagen bei regelmäßiger Anwendung.

Jetzt Musterpaket anfordern – Kostenfrei für Ihre Sprechstunde

Für Diabetologie, Diabetesberatung und Wundmanagement. Mit Abgabemustern und Empfehlungsblock.

allpresan.de/musteranforderung • Fax 0800 2557783 • quartalsweise nachbestellbar

1 - Offizin-VH, Diabetes-Ind. n. Umsatz, ATC D02N6, Insight Health/DatamedIQ, MAT07/26 | 2 - Doppelblinde, randomisierte, Placebo-kontrollierte Studie, n = 49

Empfehlen Sie die Nr.1 Allpresan

Digitale Gesundheitsanwendungen bei Adipositas und Typ-2-Diabetes

Im Adipositasbereich gibt es zwei Apps: die DiGA Oviva Direkt, die eine Änderung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens bei Adipositas unterstützt. Und Zanadio, die dauerhaft für Adipositas Grad I/II mit Ernährungs- und Verhaltenscoaching gelistet ist.

Glucura wiederum ist eine DiGA für Menschen mit Typ-2-Diabetes. Sie ist als App-basierte Lebensstilintervention mit CGM-Daten, Ernährungstagebuch und personalisierten Ernährungsanpassungen konzipiert. Diese DiGA betrachtet die Ernährung mithilfe von CGM. Auch Una Health nutzt ein CGM-System und sieht eine tägliche Therapiebegleitung zu Ernährung und Verhaltensänderung vor. Diese App wurde

jedoch zwischenzeitlich von der DiGA-Liste gestrichen, weil der Hersteller offenbar den geforderten Wirksamkeitsnachweis für eine dauerhafte Aufnahme zunächst nicht ausreichend erbringen konnte. Seit Juni ist die Anwendung aber wieder gelistet, allerdings nur vorübergehend. Die App Vitadio wiederum unterstützt Lebensstil und Selbstmanagement bei Typ-2-Diabetes ohne CGM-Sensor. Dauerhaft auf der Liste steht zudem die DiGA Hello Better Diabetes für Typ-1- und Typ-2-Diabetes. Bei Mebix handelte es sich um eine DiGA mit Ernährungstagebuch für Typ-2-Diabetes. Sie wurde jedoch im Juli 2025 aufgrund ihres fehlenden Versorgungseffekts wieder aus dem Verzeichnis gestrichen.

Linnemann soll es machen

Sparen reicht nicht, Strukturen sind zu reformieren

BERLIN. Nur einen Tag nachdem Carsten Linnemann zum Bundesgesundheitsminister ernannt worden war, trat am 30. Juli das GKV-Spargesetz in Kraft. Bundesärztekammer und PKV-Verband schickten ihm umgehend einen aktualisierten Entwurf für eine neue GOÄ. BMG-Personal wurde ausgetauscht. Nun ist die Sommerpause vorbei und der CDU-Politiker muss gemäß seinem Motto „einfach mal machen“.

Üblicherweise gewähren die Medien einer neuen Ministerin oder einem Minister, zumal wenn sie fachfremd berufen werden, eine Einarbeitungszeit von 100 Tagen. Danach kommt es zu ersten Bewertungen der Arbeitsleistung. Demnach müsste der neue BMG-Chef und promovierte Volkswirt CARSTEN LINNEMANN spätestens Anfang November etwas vorzuweisen haben. So viel Zeit wird ihm aber nicht vergönnt sein. Denn seine Amtsvorgängerin NINA WARKEN hat etliche Gesetzesvorhaben angeschoben, die es jetzt umzusetzen gilt (s. Kasten). Zudem ist die Kritik am GKV-Spargesetz nicht verstummt. Vertragsärzt*innen und -psychotherapeut*innen fragen sich, wie sie die drohenden Umsatzausfälle von insgesamt rund 3 Mrd. Euro 2027 ausgleichen können. Den in Deutschland produzierenden Pharmaunternehmen könnte es noch gelingen, mithilfe einer „Standortklausel“ einen Bonus beim Herstellerzwangsabbat (2026: 7%, 2027: 15,5%) zu erhalten; bis Ende September soll eine gesetzliche Regelung erarbeitet werden. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft warnt auch nach der Einigung von Bund und Ländern vor einem „kalten Strukturwandel“ aufgrund vermehrter Klinikinsolvenzen. Aus dem Lager der Krankenkassen hieß es dagegen, dass den Krankenhäusern durch Erlössteigerungen und interne Kostenentlastungen Mehreinnahmen von über 8 Mrd. Euro winken. Das Ringen um das Geld der Solidargemeinschaft geht also munter weiter.

Bemerkbar macht sich das GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz auch im Etat des BMG. Im Entwurf für den Bundeshaushalt 2027 sind nur noch Ausgaben von rund 14,3 Mrd. Euro

vorgesehen, rund 7,4 Mrd. Euro weniger als 2026. So sinken die Zuwendungen des Bundes an den Gesundheitsfonds für die pauschale Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für gesamtgesellschaftliche Aufgaben von bisher 14,5 Mrd. auf 12,5 Mrd. Euro und das für 2026 mit 2,3 Mrd. Euro veranschlagte überjährige Darlehen entfällt 2027. Für „Prävention und Gesundheitsverbände“ sind rund 851 Mio. Euro eingeplant (+ 123 Mio.). Die Zuschüsse für mehr Cybersicherheit in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung werden von rund 189 Mio. auf 541 Mio. Euro erhöht.

Erste Schritte durch das politische Minenfeld

Da der ehemalige CDU-Generalsekretär mit der Gesundheitspolitik kaum Berührung hatte, bleibt abzuwarten, wie sich Linnemann bei den drängenden Reformen positioniert. Bekannt ist sein Wunsch, die Zahl der rund 90 gesetzlichen Krankenkassen deutlich zu reduzieren. Entgegen ärztlicher Stellungnahmen hält er an der geplanten Abschaffung der telefonischen Krankenschreibung bei Atemwegserkrankungen und einer Attestpflicht ab dem ersten Fehltag fest. Erste Interviews blieben auf sicherem Terrain (Erhalt der Rentenbeiträge für pflegende Angehörige, verschärfte Bestrafung von Angriffen auf medizinisches Personal).

»Weniger als 100 Tage Zeit für die Einarbeitung in die Gesundheitspolitik«



Von Bundespräsident Frank-Walter Steinmeier (links) erhielt Carsten Linnemann (4. v. l.) im Juli seine Ernennungsurkunde zum Bundesgesundheitsminister. Die Vereidigung erfolgte im September.

Foto: picture alliance/dpa | Sebastian Gollnow

Auch wird es dem neuen Minister nicht an Ratschlägen und guten Ideen von internen wie externen Expert*innen mangeln. Wichtige Vertrauenspersonen hat sich Linnemann umgehend ins BMG geholt. So ist seit dem 29. Juli 2026 Dr. CHRISTIANE SCHENDERLEIN (CDU), zuvor Sportstaatsministerin im Kanzleramt, neue Parlamentarische Staatssekretärin. Diesen Posten räumen musste TINO SORGE. Zweiter Parlamentarischer Staatssekretär ist weiterhin Dr. GEORG KIPPELS (CDU). Der Jurist und enge Vertraute Linnemanns Dr. TOBIAS POHL wurde als Leiter der Leitungsabteilung ins BMG berufen. Die Juristin MARIA MAIER-SEEL wechselte im August direkt aus der CDU-Parteizentrale ins BMG, um dort eine zentrale Rolle in der strategischen Ausrichtung des Hauses zu übernehmen. Die Glückwünsche der Player im Gesundheitswesen zur Neubesetzung wechselten zwischen Forderungen und Unterstützungsfloskeln. Die Erwartungen richten sich insbesondere auf

die notwendigen Strukturreformen. Mit der Tür ins Haus fielen Bundesärztekammer und PKV-Verband. Sie übermittelten dem Verordnungsgeber eine aktualisierte GOÄ-Version für die Novellierung. Da im BMG bereits ein Referentenentwurf für die Gebührenordnung vorbereitet wird, halten BÄK und PKV ein Inkrafttreten im Januar 2028 für machbar. Die GOÄ ist auf der BÄK-Website zu finden.

Diabetologische Versorgung darf nicht eingeschränkt werden

LEONHARD STÄRK, Vorsitzender des Vorstands der Deutschen Diabetes Föderation, adressierte an Linnemann die Erwartung und Hoffnung, „dass bei den anstehenden Veränderungen in der klinischen Versorgung die Diabetologie nicht weiter eingeschränkt wird“. Schon heute hätten Menschen mit Diabetes, insbesondere Kinder und Jugendliche, „weite Anfahrtswege zu überwinden, wenn sie fachlichen Rat und medizinische Versorgung benötigen“. *Michael Reischmann*

Nina Warkens Vorarbeiten

Als Bundesgesundheitsministerin hat Nina Warken gesetzlich einiges angestoßen. In Kraft getreten sind z. B. das GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz, das Krankenhausreformen Anpassungsgesetz und das Apothekenversorgungsweiterentwicklungsgesetz. Im parlamentarischen Verfahren oder auf dem Weg dorthin sind bereits die Reform der Notfallversorgung und die Gesetze zur Neuordnung der Pflegeversicherung, für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen, zur Stärkung von Medizinregistern und zur Verbesserung der Medizinregisterdatennutzung sowie zur Suizidprävention. Der Ideenwettbewerb für ein verbindliches Primärversorgungssystem ist bei Ärzteschaft und Kassen in vollem Gange. Eine „Präventionsoffensive“ wurde gestartet, um das Präventionsgesetz weiterzuentwickeln. Große Würfe sollen die Strukturreformen bringen. Die Finanzkommission macht dem BMG dazu noch 2026 Vorschläge.



Sofortige Sparmaßnahmen

Auch wenn das Gros der Maßnahmen des GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetzes erst 2027 oder 2028 Wirkung zeigt, sind einige Regelungen direkt nach der Veröffentlichung am 30. Juli in Kraft getreten. So weisen KBV und KVen ihre Mitglieder auf folgende Neuerungen hin:

- Der Regressschutz durch bundesweite Praxisbesonderheiten für Arzneimittel, bei denen der G-BA einen Zusatznutzen festgestellt hat, gilt nur noch für Bestandsvereinbarungen. Der GKV-Spitzenverband nennt die Wirkstoffe auf seiner Website. Künftig werden die Kosten davon nicht (mehr) erfasster Medikamente bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen berücksichtigt.

- Kassen können für bestimmte patentgeschützte Arzneimittel mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung Rabattverträge abschließen. Diese sind bei Verordnungen zu beachten (Praxisbesonderheit).
- Homöopathische und anthroposophische Arzneimittel können nur noch privat verordnet werden. Ab 2027 sind sie auch keine Satzungsleistung der Krankenkassen mehr.
- Getrocknete Cannabisblüten sind nicht mehr zulasten der GKV verordnungsfähig. Uneinig sind sich KBV und GKV-Spitzenverband, wie beim erstmaligen Therapieversuch vorzugehen ist. Das BMG soll eine Klarstellung liefern.

- Es gab Verwirrung, ob die Vergütung für das Befüllen der ePA zum 30.7. gestrichen wurde. Das BMG hat mitgeteilt: Das war ein redaktioneller Fehler. Tatsächlich sind die ePA-Abrechnungspositionen ab 2027 passé. Mit dem Jahreswechsel entfallen die extrabudgetären Vergütungen für TSVG-Fälle, teilt die KBV mit. Das betrifft u. a. die Vermittlungspauschale für Hausarztpraxen, Zuschläge für Terminfälle und Behandlungen in der offenen Sprechstunde. Pro Fachärztin bzw. -arzt könnten sich die jährlichen Mindereinnahmen auf 30.000 Euro belaufen. Was aus dem Check-up wird, entscheidet sich frühestens 2028; hier ist der G-BA am Zug.



Auf die Werte muss Verlass sein

Bündnis fordert Mindeststandards für Qualität und Sicherheit von Glukosemesssystemen

BERLIN. Kontinuierliche Glukosemesssysteme (CGMS) steuern Therapieentscheidungen, warnen vor Unter- und Überzuckerungen und sind Grundlage automatisierter Insulinabgabe. Doch in Europa fehlen bislang spezifische, verbindliche Mindeststandards für die Messqualität solcher Systeme. Dies soll sich unbedingt ändern, fordert u. a. die DDG.

Wie relevant die Vergleichbarkeit zwischen CGM-Systemen (CGMS) ist, zeigt die Studienlage: Drei moderne CGMS lieferten bei denselben Erwachsenen mit Typ-1-Diabetes teils unterschiedliche therapieentscheidende Kennzahlen. „Gleicher Mensch, gleiche Stoffwechselsituation, aber je nach CGM-System können unterschiedliche Werte und Kennzahlen herauskommen“, so Dr. GUIDO FRECKMANN, Vorstandsmitglied der DDG AG Diabetes & Technologie.

Eine CE-Kennzeichnung allein reicht nicht

Nach Einschätzung der beteiligten Fachgesellschaften und Verbände zeigt sich ein strukturelles Problem: Die europäische Medizinprodukteverordnung verlangt zwar eine Qualitätsbewertung, definiert aber keine CGM-spezifischen Kriterien dafür, wie Messgüte, Trendgenauigkeit oder Interferenzen dokumentiert und bewertet werden müssen. Auch Studien verschiedener Hersteller lassen sich so nur eingeschränkt vergleichen.

„Wenn ein Systemwechsel allein dazu führt, dass Kennzahlen anders ausfallen, ohne dass sich die Stoffwechsellaage tatsächlich verändert hat, wird die medizinische Einordnung schwierig“, sagt Dr. TOBIAS WIESNER, Vizepräsident der DDG und niedergelassener Diabetologe in Leipzig. Wie sieht es in Kliniken und spezialisierten Diabetes-Einrichtungen aus? „Transparente Standards für die Messqualität sind eine Chance, CGM verlässlich in die stationäre Versorgung zu integrieren und die Diabetesbehandlung im Krankenhaus datenbasiert neu zu gestalten“,

sagt Professorin Dr. SUSANNE REGER-TAN, Vorstandsmitglied des BVKD und Direktorin der Klinik für Diabetologie und Endokrinologie am Herz- und Diabeteszentrum NRW.

Die meisten in Europa verfügbaren CGM-Systeme sind nach Einschätzung

der beteiligten Expert*innen sicher und leistungsfähig – Mindeststandards sollen keine Innovation verhindern, sondern verlässliche Leitplanken setzen.

Der weltweit einzige verbindliche existierende Qualitätsstandard für CGM-Systeme ist das 2018 in den USA etablierte integrated-CGM-Label (iCGM) der FDA. Es legt u. a. verbindliche Kriterien, z. B. für Punkt- und Trendgenauigkeit sowie

Interferenzprüfungen, fest. Auch innerhalb von Europa wird der Einsatz von CGM-Systemen, die die iCGM- oder eCGM-Kriterien erfüllen, als Übergangslösung bis zum Erreichen eines Standards gefordert. „Standardisierung ist hier kein technisches Detail, sondern eine Voraussetzung für Patientensicherheit und gute Versorgung“, sagt Dr. Freckmann. „Auch für digitale Disease-Management-Programme, automa-

tisierte Insulinsysteme und eine stärker datenbasierte Diabetesversorgung werden solche Standards weiter an Bedeutung gewinnen.“

Als fachliche Grundlage verweist das Bündnis auf Empfehlungen der CGM-Expertengruppe der International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (IFCC). Diese beschreiben einheitliche Studienprozeduren und Akzeptanzkriterien für die Leistungsfähigkeit von

CGM-Systemen und könnten damit die Basis für eine künftige ISO-Norm bilden. Das Bündnis fordert die Europäische Kommission, nationale Entscheidungsträger, benannte Stellen und Kostenträger auf, die Empfehlungen bei Marktzugang, Erstattung und Beschaffung von CGM-Systemen zu berücksichtigen. *DDG/dz*

ifcc.org/ifcc-scientific-division/sd-working-groups/wg-cgm

Fotos: Arm – stock.adobe.com

STARTEN SIE JETZT – MIT MOUNJARO®

Überlegene HbA_{1c}-Reduktion¹

Bis zu -2,5%

HbA_{1c}-Reduktion mit Mounjaro® 15 mg nach 40 Wochen^{1,c}

Überlegene Gewichtsreduktion^{1,d}

Bis zu -13%

Gewichtsreduktion mit Mounjaro® 15 mg nach 40 Wochen^{2,e}

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

*Mounjaro® (Tirzepatid) ist angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen mit unzureichend eingestelltem Typ-2-Diabetes als Ergänzung zu Diät und Bewegung als Monotherapie, wenn die Einnahme von Metformin wegen Unverträglichkeiten oder Kontraindikationen nicht angezeigt ist, zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Diabetes mellitus.¹ *Mounjaro® verfügt über einen im AMNÖG verhandelten Erstattungsbetrag (§ 130b SGB V). *Bezogen auf den Ausgangswert.¹ Mittlere HbA_{1c}-Reduktion im Vergleich zum Ausgangswert. *Die Veränderung des Körpergewichts war ein sekundärer Endpunkt in den SURPASS-Studien.¹ *Bezogen auf den Ausgangswert.² Mittlere Gewichtsreduktion im Vergleich zum Ausgangswert. 1. Fachinformation Mounjaro®, aktueller Stand. 2. Frias JP, et al. N Engl J Med. 2021; 385: 503–515.

Interaktive Patientenfälle aus der Praxis finden Sie hier!

Lilly
A MEDICINE COMPANY

www.lilly.com/de

PP-TR-DE-3277 August 2025

Mehr Prävention, weniger Bürokratie: Wo Apotheken Praxen entlasten können

Warum klare Zuständigkeiten mit den Reformen noch wichtiger werden

WIESBADEN. Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung soll die Vor-Ort-Apotheken stärken. Einige Änderungen werden die Zusammenarbeit von Apotheken und Praxen beeinflussen. Einschätzungen dazu geben die beiden neuen Sprecher der Kommission Apotheker in der Diabetologie (BAK/DDG), der Berliner Diabetologe Dr. Ralf-Uwe Häußler und Professor Dr. Stephan Scherneck vom Institut für Pharmakologie, Toxikologie und Klinische Pharmazie der TU Braunschweig.

? Die Apothekenreform sieht weitere pharmazeutische Dienstleistungen (pDL) vor. Beispielsweise sollen Apotheken in die Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus und tabakassozierten Erkrankungen einbezogen werden. Wie könnte das vonstattengehen?

Dr. Häußler: Risikofaktoren wie erhöhtes LDL-Cholesterin, Bluthochdruck, (Prä-)Diabetes und Rauchen erhöhen das relative Risiko für makroangiopathische Folgekomplikationen wie Herzinfarkt, Schlaganfall oder periphere arterielle Verschlusskrankheit um das 1,5- bis 4-Fache, abhängig vom jeweiligen Faktor, seiner Ausprägung und dem Geschlecht. Sind mehrere Faktoren gleichzeitig vorhanden, addiert bzw. potenziert sich das Risiko. Deshalb ist es wichtig, diese Faktoren zu erkennen und die Patient*innen einer Behandlung zuzuführen. Hier können pDL gezielt ansetzen und Behandlungspfade initiieren.

? Inwieweit sind Apothekenangebote zur Früherkennung und Prävention, zu denen ebenso Impfungen und Testungen gehören, hilfreich?

Prof. Scherneck: Impfungen gehören primär zu den ärztlichen Aufgaben. Unabhängig davon geht es aber darum, Patient*innen zu erreichen, die keine oder wenig Berührungspunkte zu Präventionsangeboten haben. Apotheken sind ein niedrigschwelliger Anlaufpunkt für Gesundheitsfragen aller Art. Zielgruppe wären in der Regel Patient*innen ohne akute Erkrankung sowie mit fehlender Motivation, präventiv eine Ärztin oder einen Arzt zu konsultieren. Insbesondere

»Apotheken sind niedrigschwellige Anlaufpunkte«

Prof. Stephan Scherneck

die Risikofaktoren Übergewicht, Bluthochdruck und Dyslipidämie sind von Interesse. Patient*innen mit einer Hyperglykämie werden im Übrigen schon jetzt regelmäßig in Apotheken identifiziert und zu Praxen geschickt. Eine bereits in der Apotheke erfolgte Testung auf LDL und Blutglukose kann in Zukunft die Ärzt*innen sogar unterstützen, wenn diese Messergebnisse in der ePA dokumentiert werden und die Patientin oder der Patient beispielsweise mit einem akuten Infekt später in die Praxis geht. Zum Thema Impfungen: In der Saison 2024/25 wurden nur 34,5% der Menschen über 60 Jahre gegen Influenza geimpft. Die Impfquote in Deutschland ist damit nachweislich schlecht. Das sieht bei vielen anderen Impfungen nicht besser aus. Jedes sinnvolle Angebot zur Erhöhung der Impfquote sollte deshalb nicht pauschal abgelehnt werden. Wir wissen heute, dass manche Impfungen in sehr großem Ausmaß zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen beitragen.

? Die bisherigen pDL und das Impfen in Apotheken sind noch kein Hit. Woran liegt das?

Dr. Häußler: Die Einbindung von pDL in die normalen Arbeitsabläufe einer Apotheke gestaltet sich oft schwierig. Das betrifft sowohl die räumlichen Voraussetzungen zur Beratung und Impfung – möglichst mit Liegeoption bei Kreislaufreaktionen – samt Sitzgelegenheiten zur Post-Impfüberwachung als auch die personellen Kapazitäten mit entsprechender Qualifikation. Aber auch die Prozessqualität ist herausfordernd, da On-Demand-Leistungen von Kund*innen sofort eingefordert werden. Und letztlich spielt die Wirtschaftlichkeit eine Rolle. Diese ist nur gegeben, wenn alle Prozesse gut strukturiert sind und ein angemessenes Honorar bezahlt wird. Die pDL werden inzwischen regelmäßig von mehr als der Hälfte der Apotheken angeboten.

? Welche Neuerung der Apothekenreform erleichtert die Arbeit?

Prof. Scherneck: Für Apotheken wird das Risiko von wirtschaftlichen Nachteilen, beispielsweise durch Retaxationen, gesenkt. Wenn weniger Rücksprache mit den Arztpraxen erforderlich ist, da kein „fachlicher“, sondern nur ein „GKV-Konflikt“ vorliegt, profitieren von diesem Bürokratieabbau auch die Hausärzt*innen.

? Das Gesetz ermöglicht nun den Apotheken in bestimmten Fällen die Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel ohne Rezept. Wie beurteilen Sie das?

Dr. Häußler: Bürokratieabbau ist sinnvoll. Wenn dadurch noch die Versorgungskontinuität verbessert wird, ist das zu begrüßen. Das Verfahren für die dringende Anschlussverordnung ist auf wirklich dringende Fälle begrenzt. Von Bedeutung ist, dass die Entscheidungen der Apotheker*innen auf dem aktuellen Stand der ärztlich verordneten Therapie basieren. Dies kann aus Sicht der Diabetolog*innen nur über den Zugriff auf die ePA und die dort hinterlegte elektronische Medikationsliste realisiert werden. Bei der Abgabe von Medikamenten

INTERVIEW



Dr. Ralf-Uwe Häußler
Diabetologe
Foto: BVND

durch Apotheker*innen sehen die Diabetolog*innen unverändert die OTC- und nicht die Rx-Präparate in der First-Line-Versorgung von akuten unkomplizierten Erkrankungen. Schon die Übelkeit und der Abdominalschmerz bei beginnender Ketose können zu einer Fehldiagnose und konsekutiv zu lebensbedrohlich falscher Therapie führen. Dieses sowie vorhandene Risiko sollte nicht noch durch fehlende ärztlich-diagnostische Maßnahmen vergrößert werden. Bei fehlenden Angaben in der ePA ist eine ärztliche Diagnosestellung obligat. Dann kann ein Rx-Präparat aus Sicht der Diabetolog*innen nur nach Verordnung abgegeben werden.

? Die ABDA hat ein Positionspapier zur Primärversorgung erstellt. Demnach könnte „die Apotheke bei unkomplizierten Beschwerden stärker als erste Anlaufstelle etabliert werden“. Auch Monitoringaufgaben bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes seien machbar. Ist das ein Thema für die Kommission?

Prof. Scherneck: Dieses Papier versteht sich als Aufforderung zu einem verstärkten Dialog. Der Begriff „erste Anlaufstelle“ ist aber missverständlich. Wie Kollege Häußler dargelegt hat, muss die klare Priorität bei den Ärzt*innen liegen, insbesondere bei unklaren Beschwerden. Sonst droht Zeitverlust in der Einleitung der Therapie, mitunter mit fatalen Konsequenzen. Apotheken können jedoch in der Patientenversorgung ergänzende Beiträge liefern. Wenn aus der ePA hervorgeht, dass etwa eine Patientin seit fünf Jahren stabil auf eine Dauermedikation eingestellt ist, ihre Ärztin im Urlaub ist und die Patientin sich nicht bevorratet hatte, ist dies eine sinnvolle

INTERVIEW



Professor Dr. Stephan Scherneck
Pharmazeut
Foto: TU Braunschweig, IPT

Situation, ein Rx-Präparat ohne ärztliche Verordnung abzugeben. Dies gilt auch bei langen Anfahrtswegen in der Fläche. Im Arbeitsalltag greifen die Apotheker*innen zum Telefonhörer und stimmen sich mit den Ärzt*innen ab. Damit sind alle im Boot.

Unterstützendes Monitoring ist hilfreich. Bei chronischer Herzinsuffizienz werden Patient*innen ärztlich geschult, in Abhängigkeit von einer durch Ödeme bedingten Zunahme des Körpergewichts ihre Diuretikadosierung anzupassen. Dabei werden idealerweise auch Faktoren wie Blutdruck, Umgebungstemperatur und Trinkmenge berücksichtigt. Dies ist für manche Patient*innen zu komplex. Aus meiner Sicht ist es sinnvoll, dass die Apotheker*innen hier unterstützen können. Dies gilt genauso für eine Verlaufskontrolle von Blutglukose- und Blutfettwerten sowie einen Blick auf die Füße bei Diabetespatient*innen.

Die Konsensusvereinbarung unserer Kommission grenzt die ärztlichen Aufgaben und die der Apotheke sinnvoll ab. Dies ist ein gutes Beispiel für eine hervorragende Zusammenarbeit der Berufsgruppen und weiterhin ein sehr wichtiges Thema für die Kommission.

? Wird die Zukunft der Vor-Ort-Apotheken durch die Reform ausreichend gesichert?

Prof. Scherneck: Zweigapotheken und PTA-Vertretung sind keine geeigneten Instrumente, die Zukunft der Vor-Ort-Apotheken zu sichern. Für die etablierten, aber auch für die neuen Aufgaben der Apotheken ist die Anwesenheit einer Apothekerin oder eines Apothekers unerlässlich. Viele Politiker*innen haben nicht auf dem Schirm, dass es so viele PTA gar nicht gibt, die für diese Aufgabe geeignet sind und die diese Verantwortung übernehmen wollen. Aus meiner Sicht führt kein Weg daran vorbei, die Zahl der Studienplätze sowohl in Humanmedizin als auch in Pharmazie nachhaltig bei zeitgemäßen Approbationsordnungen zu erhöhen.

Interview: Michael Reischmann

»Abbau von Bürokratie ist sinnvoll«

Dr. Ralf-Uwe Häußler

Die Kommission Apotheker in der Diabetologie (BAK/DDG)

Die gemeinsame Kommission der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und der Bundesapothekerkammer (BAK) fördert die engere Einbindung von Apotheken in die Betreuung und Versorgung von Menschen mit Diabetes. Sie setzt sich für die abgestimmte Zusammenarbeit von Apotheken mit den behandelnden Ärzt*innen ein, um Prävention, Therapieadhärenz und Arzneimitteltherapiesicherheit zu verbessern.



Versorgung gelingt mit abgestimmter Zusammenarbeit.

Foto: reynya – stock.adobe.com

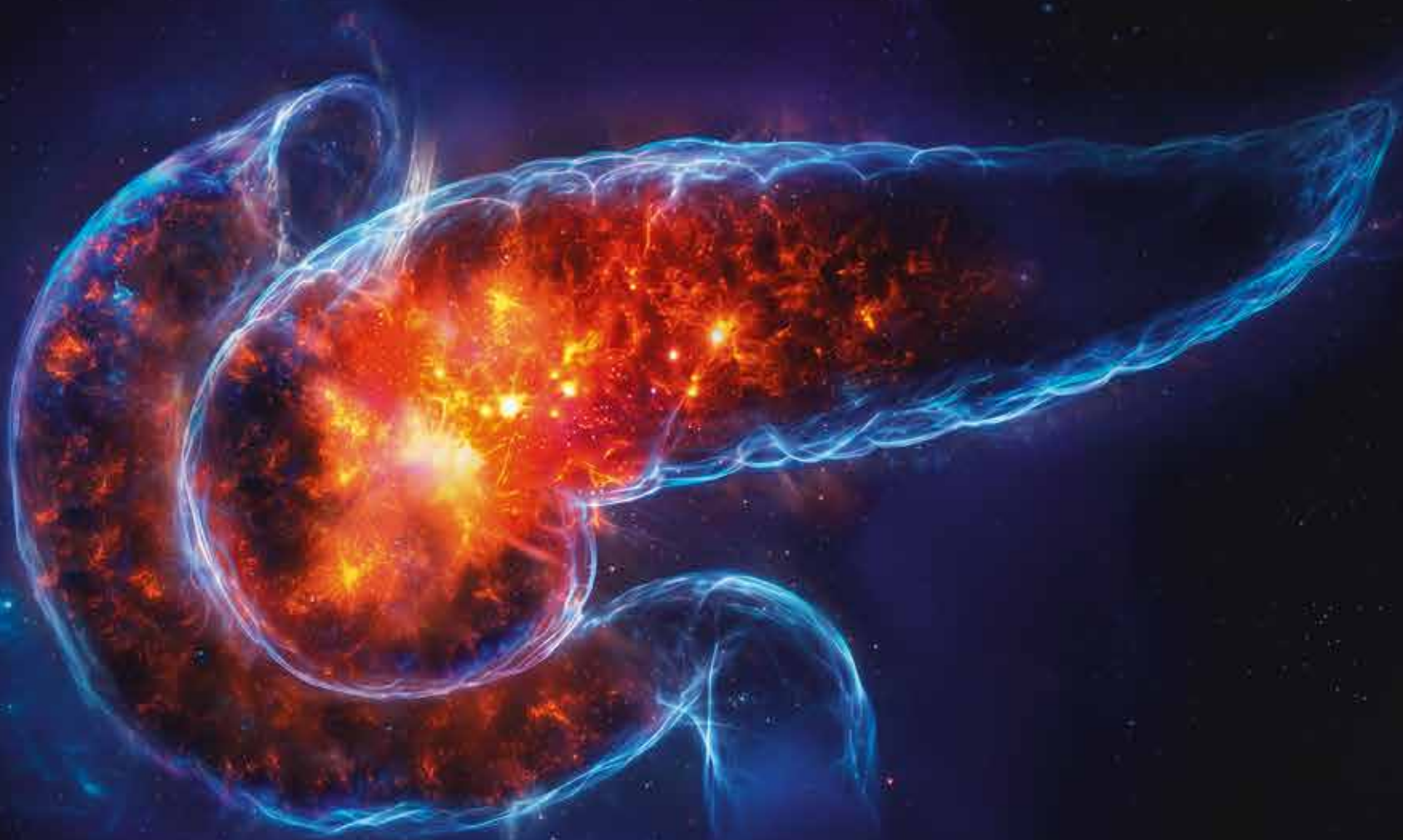
War. Ist. Bleibt. Ein Big Bang!

Seit 14 Jahren prägt FORXIGA® die Typ-2-Diabetes-Therapie.

Dennoch profitieren noch immer nicht alle geeigneten Patient:innen von rechtzeitigem Herz- und Nierenschutz.

Jetzt Versorgungslücke schließen.

Mit FORXIGA®.



Pflichttext FORXIGA®



Generiert mit Künstlicher Intelligenz

AstraZeneca 

DE-98029/08-26

Neu. Klar. Exzellent.

Neue Richtlinie für Diabetes Exzellenzzentren DDG ist in Kraft getreten – Prozesse wurden angepasst

BERLIN. Es ist das Premiumzertifikat der DDG mit den höchsten Qualitätskriterien: das „Diabetes Exzellenzzentrum DDG“. Weil ab September eine neue Richtlinie in Kraft getreten ist, hat die Deutsche Diabetes Gesellschaft ihre Prozesse daran angepasst – und folgt damit einem politischen Trend.

Das Zertifikat gesundheitspolitisch „robust und belastbar“ zu machen, sei das Ziel gewesen, berichtet Professor Dr. Dirk MÜLLER-WIELAND, Vorsitzender des Ausschusses „Qualitätssicherung, Schulung & Weiterbildung“ der DDG. Denn mittlerweile existierten sehr strenge Vorgaben für Fachgesellschaften, was die Trennung von Interessen und Gremien betreffe. Unter der Federführung von Dr. REBEKKA EPSCH, DDG Geschäftsstelle, und der medizinischen Ausgestaltung von Professor Dr. THOMAS HAAK, Bad Mergentheim, erfüllt das Premiumzertifikat der DDG nun auch vollständig die Kriterien des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Es diene somit als „Zukunftssicherung und bildet durch den stärkeren Fokus auf die Mitbehandlung von Komorbiditäten die Diabetologie als Querschnittsfach“ besser ab, wie Prof. Müller-Wieland betonte. Im Zuge der Krankenhausreform seien solche Qualitätssiegel viel stärker in den politischen Fokus gerückt.

Die IQTIG-Bewertung im Jahr 2024 hat den Anstoß für die Novellierung der Richtlinie gegeben, die seinerzeit nur 11 von 17 Kriterien erfüllte. Die Notwendigkeit, nachzubessern, war daher dringend gegeben.

Vier Arbeitsgruppen, wöchentliche Meetings

Die vier Arbeitsgruppen (AG Kriterien, AG Struktur, AG Zertifizierung, AG Patientenperspektive) der neu etablierten Zertifizierungskommission waren an der Überarbeitung beteiligt und trafen sich wöchentlich. Drei Kriterien standen bei dem Aktualisierungsprozess im Mittelpunkt: Die Richtlinie sollte schlank bleiben, versorgungsrelevante Aspekte berücksichtigen und mit medizinischer Evidenz, demnach mit den bestehenden DDG Leitlinien, verzahnt sein. Auch die Qualitätsindikatoren mussten deshalb „von dieser Richtung aus gedacht und auf Indikatoren fokussiert werden, die leitlinienkonformes Behandeln anzeigen“, erläuterte Prof. Haak, der Leiter der AG Kriterien. 19 Indikatoren wurden hierfür aus der S3-LL Typ-1-Diabetes sowie der NVL Typ-2-Dia-

betes abgeleitet. Sowohl Prozess- als auch Ergebnisqualität, zu der auch die Mitbehandlung von Komorbiditäten zählt, wurden nochmals „nachgeschärft und auch die Patientenzufriedenheit und -sicherheit in den Fokus“ gerückt. Die Anforderungen an diabetesspezifisches Qualitätsmanagement seien ebenfalls inkludiert, es gebe keinen zusätzlichen Kriterienkatalog, berichtete er. Optionale Kriterien wurden zudem eingeführt. Zum besseren Verständnis wurde die neue Richtlinie tabellarisch angelegt. Der Bewertungsprozess sei damit wesentlich transparenter auf der DDG Website darstellbar. Sobald die Richtlinie in Kraft sei, werde die Übersichtlichkeit noch verbessert, so Prof. Haak.

Ein weiterer wesentlicher Punkt: Prüfende als auch Entscheidende werden von der DDG qualifiziert und sind voneinander strukturell unabhängig. Mögliche Interessenskonflikte und Verzerrungsrisiken sollten ähnlich wie bei den Leitlinien auch bei der Richtlinie transparent sein. Und natürlich sei die DDG in der Pflicht, die Prüfenden und Entscheidenden zu qualifizieren.

Stärkerer Fokus auf die Patientenperspektive

Die neue Richtlinie bringt einige Erleichterungen. Die Hospitation ist künftig optional (aktiv und passiv), aber stark empfohlen. Es ist keine Doppeldokumentation mehr vorgesehen. Was wegfällt, sind sowohl das Erfassungsblatt für die Patientencharakterisierung als auch für die modulare Schulung. Dafür wurde eine Stichprobenprüfung im Audit anhand

»Patient*innen stärker im Fokus«

von Patientenakten oder Muster-Erfassungsblättern eingeführt. Der Vergangenheit gehören auch zusätzliche, divergierende Anforderungen durch unterschiedliche Zertifizierungsstellen an. Das bedeutet: Alle diabetespezifischen QM-Anforderungen der DDG sind bereits inkludiert, es existieren keine weiteren Zusatz-Items. Prof. Haak betonte vor allem den stärkeren Fokus auf die Patientenperspek-

tive. Neben deren Zufriedenheit soll auch die Patientensicherheit erhöht werden, indem Behandlungsprozesse gesteuert werden, z. B. durch einen Wechsel zu einer Medikation mit Zusatznutzen, sobald Komorbiditäten festgestellt werden. Zudem werden Qualitätsindikatoren im Diabetesteam ausgewertet, um sie zur Ableitung von Qualitätsverbesserungsmaßnahmen (PDCA) zu nutzen. Auch die partizipative Entscheidungsfindung wurde durch entsprechende Vorgaben gestärkt. Gefordert sind zudem weitere Netzwerkpartner für die ganzheitliche Diabetestherapie und Prävention von Folgeerkrankungen. *Angela Monecke*



Weiterer Workshop und Ansprechpartnerin

Die neue Richtlinie gilt seit 1. September 2026. Für die Zertifizierung gibt es noch eine Übergangsfrist bis zum 31. Dezember 2026. Ab 1. Januar 2027 gilt die neue Richtlinie dann ausschließlich.

Der nächste kostenlose Online-Workshop „Fit für die Zertifizierung: Diabetes Exzellenzzentrum DDG“ findet Ende 2026 statt. Zudem beantwortet Dr. Alexandra Zoller Fragen zur neuen Richtlinie, E-Mail: ddg-zertifizierung@ddg.info

Weitere Informationen:

ddg.info/behandlung/zertifizierung/diabetes-exzellenzzentrum-ddg



Foto: Roberto Scandola – stock.adobe.com

Gemeinsam stark

Dexcom Flex – Das CGM-System für Menschen mit Typ-2-Diabetes.*†

- ✓ **Ein umfassenderes Bild der Gesundheit Ihrer Patienten** zur Optimierung der Medikation und des Basalinsulins. Dexcom Flex kombiniert die kontinuierliche Messung des Glukosespiegels rund um die Uhr – ganz ohne Fingerstechen[§] – mit einfachen Funktionen zur Erfassung von Mahlzeiten und Aktivitäten.
- ✓ **Unterstützung sinnvoller Verhaltensänderungen.** Anwender des Dexcom CGM-Systems berichteten, mithilfe der CGM-Daten sinnvolle Änderungen bei Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten umsetzen und deutlicher erkennen zu können, wie die Lebensweise den Glukosespiegel beeinflusst.^{||,2-5}

NEU
für Menschen mit Typ-2-Diabetes, die Basalinsulin, orale Antidiabetika oder GLP-1-RA anwenden[†]



Dexcom Flex ist in einer mmol/L- und mg/dL-Ausführung verfügbar. Kompatible Geräte sind separat erhältlich.[‡]

»Das Zertifikat erfüllt nun alle IQTIG-Kriterien«

Neue Klarheit: Aus PCOS wird PMOS

Neuer Name zeigt, dass es sich um eine hormonelle und stoffwechselbezogene Störung handelt

BERLIN. Unregelmäßige Blutungen, Akne, Haarausfall oder unerfüllter Kinderwunsch: Was lange als polyzystisches Ovar-syndrom (PCOS) bekannt war, betrifft nicht nur Eierstöcke und Zyklus, sondern häufig auch das Risiko für Typ-2-Diabetes. Künftig heißt die Erkrankung polyendokrines metabolisches Ovarialsyndrom (PMOS).

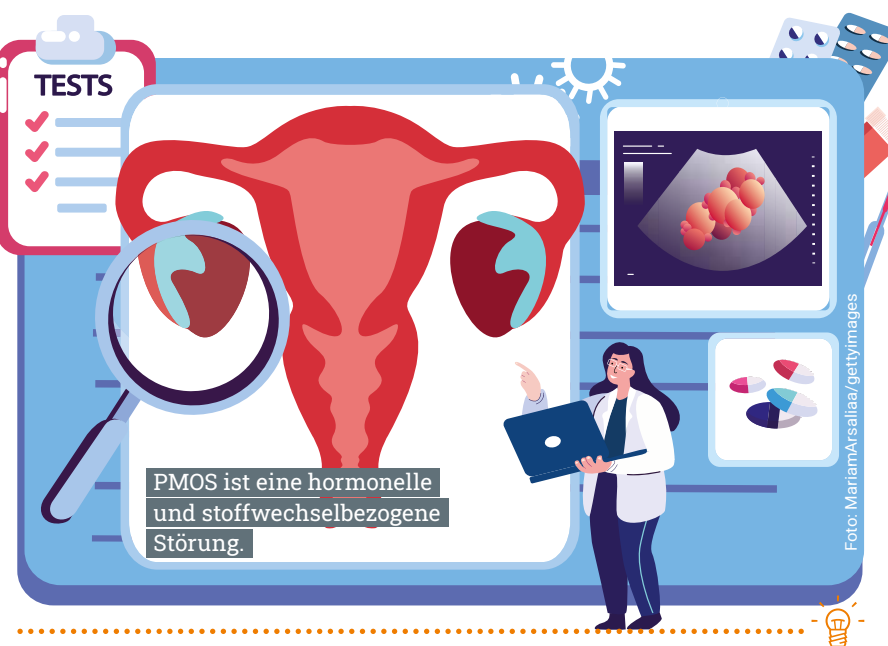
Der neue Name PMOS rückt den Stoffwechsel in den Fokus. Weltweit leben mehr als 170 Millionen Frauen im reproduktiven Alter mit der Erkrankung, in Deutschland sind es bis zu 15% der Frauen. Dennoch bleiben bis zu 70% der Fälle undiagnostiziert. Zyklusstörungen können viele Ursachen haben. Bei PMOS, ehemals PCOS, geraten jedoch Hormone, Eierstockfunktion und Stoffwechsel gemeinsam aus dem Takt. Betroffene haben zu viele männliche Hormone, Akne, Haarausfall oder vermehrte Körperbehaarung, der Eisprung ist häufig selten oder bleibt ganz aus. Der bisherige Name PCOS rückte die Eierstöcke in den Mittelpunkt und suggerierte, Zysten seien das zentrale Merkmal der Erkrankung. Dieser Fokus ist überholt und zudem missver-

ständlich: Die im Ultraschall sichtbaren Strukturen sind keine Zysten, sondern Follikel.

Neuer Name, neuer Blick auf die Risiken

Der neue Begriff polyendokrines metabolisches Ovarialsyndrom (PMOS) benennt den Kern der Erkrankung genauer: eine hormonelle und stoffwechselbezogene Störung. Insulinresistenz spielt dabei eine wichtige Rolle. Der aufgrund dessen entstehende Insulinüberschuss kann in den Eierstöcken die Bildung männlicher Hormone ankurbeln und so Eisprung und Zyklus stören.

„Stoffwechsel und weiblicher Zyklus lassen sich nicht getrennt betrachten. Sie beeinflussen sich gegenseitig: Diabetes, Gewicht und Insulinresistenz können den Zyklus verändern, zu-



»Der neue Name kann helfen, früher hinzusehen«

Stellungnahme nennt Konsequenzen für die Versorgung

- frühe und strukturierte kardiometabolische Risikostratifizierung bereits in der Adoleszenz und im frühen Erwachsenenalter
- lebensphasenadaptierte Surveillance über die reproduktive Phase hinaus
- interdisziplinäre Versorgungspfade; Verankerung in Präventionsprogrammen

gleich muss die Diabetologie hormonelle Rhythmen stärker berücksichtigen. PMOS ist deshalb kein reines Zyklus- oder Fruchtbarkeitsthema, sondern ein oft übersehenes kardiometabolisches Risiko von Frau-

en“, sagt Professorin Dr. SUSANNE REGER-TAN, Direktorin an der Klinik für Diabetologie und Endokrinologie, Herz- und Diabeteszentrum NRW. In einer gemeinsamen Stellungnahme begrüßen die Deutsche Gesellschaft

für Endokrinologie (DGE), die Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG), die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) und die Deutsche Gesellschaft für pädiatrische und adoleszente Endokrinologie und Diabetologie (DGPAED) die Umbenennung. Der neue Begriff soll deutlich machen, dass PMOS nicht nur Zyklus und Kinderwunsch betrifft, sondern eine hormonelle und stoffwechselbezogene Erkrankung mit erhöhtem Risiko für Typ-2-Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist. Die Diagnoselücke ist groß: Bis zu 70% der Betroffenen bleiben unerkannt. „Der neue Name kann helfen, früher hinzusehen und die Erkrankung nicht erst dann ernst zu nehmen, wenn ein Kinderwunsch unerfüllt bleibt“, so Prof. Reger-Tan.

Was die neue Sichtweise für die Versorgung bedeutet

Eine neue Patientinnenleitlinie greift die Nomenklatur bereits auf. Sie macht deutlich: PMOS sollte nicht allein gynäkologisch betrachtet werden. Wichtig ist eine Betreuung, die Hormonmedizin, Diabetologie und Gynäkologie zusammenführt. Bei Frauen mit PMOS sollte der Glukosestoffwechsel überprüft werden. Umgekehrt sollten Frauen vor den Wechseljahren mit Typ-1- oder Typ-2-Diabetes bei Zyklusstörungen, Akne, Haarausfall oder vermehrter Körperbehaarung gezielt auf PMOS untersucht werden.

Für Betroffene heißt das: „Achten Sie auf unregelmäßige Blutungen, lange Zyklusabstände oder Zeichen erhöhter männlicher Hormone und lassen Sie diese ärztlich abklären.“ Das gilt besonders bei Übergewicht, Insulinresistenz oder Diabetes. Andere Ursachen für Zyklusstörungen müssen dabei ausgeschlossen werden.

DDG/Red.

Online-Pressekonferenz DGE/DDG

* Erwachsene mit Typ-2-Diabetes (T2D), einschließlich Schwangerer, die mindestens 18 Jahre alt sind und keine intensivierte Insulintherapie (IIT) erhalten. | † Dexcom Flex ist speziell auf die Bedürfnisse von Erwachsenen zugeschnitten, die Basalinsulin anwenden, und bietet Funktionen, die das Diabetesmanagement vereinfachen, wie zum Beispiel personalisierte Einblicke und Erinnerungen. | ‡ Eine Liste kompatibler Geräte ist zu finden unter [dexcom.com/compatibility](https://www.dexcom.com/compatibility). | § Wenn die Messwerte nicht den Symptomen oder Erwartungen entsprechen, muss ein Blutzuckermessgerät verwendet werden, um Behandlungsentscheidungen zum Diabetes zu treffen. | || Die Ergebnisse wurden mit einem Dexcom CGM-System einer früheren Generation ermittelt und lassen sich angesichts der vergleichbaren Leistung und Benutzerfreundlichkeit auf Dexcom Flex übertragen. | 1 Dexcom Flex Benutzerhandbuch, 2025. | 2 Crawford MA, et al. Diabetes. 2023;72(S1):63–LB. | 3 Crawford MA, et al. Diabetes. 2023;72(S1):677–P. | 4 Crawford M, et al. Diabetes Technol Ther. 2024;26(S2):A223. | 5 Richardson KM, et al. Int J Behav Nutr Phys Act. 2024;21(1):145. | Dexcom, Dexcom Clarity, Dexcom Follow, Dexcom One, Dexcom Share und Share sind in den USA eingetragene Marken von Dexcom, Inc., die auch in anderen Ländern eingetragen sein können. © 2026 Dexcom, Inc. Alle Rechte vorbehalten. | www.dexcom.com | +1.858.200.0200 | Dexcom, Inc. 6340 Sequence Drive San Diego, CA 92121 USA | MAT-13870 REV001 DE-de / 05.2026 | Agenturfotos. Mit Models gestellt.

Dexcom Deutschland GmbH | Rotterdamer Platz 10 | 55120 Mainz | de.info@dexcom.com | www.dexcom.com

Stellungnahme und Leitlinien

- Gemeinsame Stellungnahme von DGE, DAG, DDG, DGGG und DGPAED zur internationalen Umbenennung von PCOS in PMOS:

ddd.info@politik/stellungnahmen.

- S2k-Leitlinie Diagnostik und Therapie des polyzystischen Ovarsyndroms (PCOS), dort ist auch die Patientinnenleitlinie zu Diagnostik und Therapie des PMOS abgelegt:

register.awmf.org/de/leitlinien/detail/089-004

Gute Ideen, gute Förder-Chancen

Jetzt um DDG Projektförderungen 2027 bewerben

BERLIN. Auch 2027 unterstützt die DDG Forschungsprojekte aus der Diabetologie. Wissenschaftler*innen mit einer guten Idee können sich um eine Projektförderung bewerben – für das Jahr 2027 ist das noch bis Ende November 2026 möglich.

Um eine Projektförderung bewerben können sich Forschende aus dem deutschsprachigen Raum. Dafür müssen sie Mitglied der DDG sein, für Studierende bis zum 30. Lebensjahr ist die Mitgliedschaft kostenfrei. Derzeit gibt es vier Arten der Projektförderung mit jeweils unterschiedlichem Schwerpunkt.

Allgemeine Projektförderung: thematisch nicht festgelegt

Die allgemeinen Projektförderungen erstrecken sich auf das gesamte Gebiet der experimentellen und klinischen Diabetologie. Sie werden aus Mitteln der DDG und durch die Dr. Buding-

Stiftung sowie die Deutsche Diabetes-Stiftung unterstützt.

Projekte werden mit bis zu 30.000 Euro unterstützt. Die Fördersumme hängt vom nachgewiesenen Bedarf für das Projekt und von der Bewertung durch die Jury ab. Beträge über 20.000 Euro kommen nur bei einer Durchschnittsbewertung von besser als 1,5 (analog Schulnoten) infrage. Das am höchsten bewertete Projekt soll als Hellmut-Mehnert-Projektförderung besonders gewürdigt werden.

Adam-Heller-Projektförderung: Schwerpunkt Monitoring

Für diese Förderung können sich Naturwissenschaftler*innen, medizinisches Fachpersonal, Nachwuchsforschende (entsprechend den DFG-Richtlinien) und Doktorand*innen bewerben; gefördert werden Studien und Projekte aus der klinisch-praktischen und technologischen Diabetesforschung zu glykämischer Kontrolle und ihren Konsequenzen. Konkret geht es um Forschung, die eine besondere Relevanz für die Verbesserung und Weiterentwicklung des Stoffwechselmonitorings im Dia-

betesmanagement hat. Stifter ist die Abbott Deutschland GmbH, dotiert ist die Adam-Heller-Projektförderung mit 20.000 Euro.

Hans-Christian-Hagedorn-Förderung: für Arbeitsgruppen

Diese mit 25.000 Euro dotierte Projektförderung wird an eine in der klinischen oder experimentellen Diabetologie international ausgewiesene Arbeitsgruppe vergeben. Dafür bewerben können sich Arbeitsgruppenleiter*innen. Stifterin ist die Novo Nordisk Pharma GmbH. Für die Jury sind sowohl die Qualität des Projektes als auch die bisherigen Leistungen der Arbeitsgruppe, gemessen an internationalen Standards, relevant.

Neu: Diabetes-Innovations-Projektförderung

Gefragt sind Studien und Projekte auf dem Gebiet der klinisch-praktischen Diabetesforschung mit technologischem Innovationspotenzial. Gewürdigt werden so Arbeiten, die einen besonderen Beitrag zur Verbesserung des Diabetesmanagements leisten, z. B., aber nicht ausschließlich, mit Bezug zu automatisierten Behandlungsmöglichkeiten, zur Entwicklung von personalisierten Algorithmen zur Therapieentscheidung oder zu neuartigen Verfahren zur Herstellung und Applikation von Therapeutika. Be-

Informationen zur Bewerbung

Die Einreichung der vollständigen Unterlagen ist möglich bis zum 30. November.

Antragsformular, Tipps zum Ausfüllen des Antrags und eine Übersicht bisher geförderter Projekte:

ddg.info/forschung/projektfoerderung



Foto: Katerina Kordubailo – stock.adobe.com

»Ermutigen Forschende, einen Antrag einzureichen«

Jury-Vorsitzende geben Hinweise zur Bewerbung um eine DDG Projektförderung

ROSTOCK/FREIBURG. Professorin Dr. Simone Baltrusch und Univ.-Professor Dr. Jochen Seufert sind die Vorsitzenden der Jury der DDG zur Förderung wissenschaftlicher Projekte. Zu diesem Gremium gehören weitere neun Mitglieder aus verschiedenen Bereichen der Diabetologie. Was macht die Projektförderungen der DDG so wertvoll und worauf achtet die Jury bei der Auswahl?

Welche Art von Forschungsprojekten sucht die Jury für die Projektförderungen der DDG?

Prof. Baltrusch/Univ.-Prof. Seufert: Die DDG vergibt eine Vielzahl von allgemeinen Projektförderungen, aber auch thematisch spezifische Projektförderungen. Es werden sowohl Pilotprojekte zu neuen Ideen gefördert als auch Ergänzungsfinanzierungen gewährt, die sich während einer Studie als sinnvoll ergeben haben.

Was raten Sie Nachwuchswissenschaftler*innen, die zum ersten Mal einen Förderantrag stellen: Worauf sollten sie besonders achten? Was sollte besser vermieden werden?



Prof. Baltrusch/Univ.-Prof. Seufert: Für einen Förderantrag ist es wichtig, dass eine klar nachzuvollziehende wissenschaftliche Fragestellung formuliert wird. Die verwendeten Methoden sollten adäquat dargestellt und ein realistischer Arbeitsplan mit zu erreichenden Zwischenzielen erstellt werden. Darüber hinaus sollten die beantragten Fördermittel für das Forschungsprojekt ausreichend begründet werden. Eine Beantragung von unrea-



listisch hohen Fördersummen oder die Einreichung von überambitionierten Großprojekten ist weniger Erfolg versprechend.

Wissenschaftler*innen berichten, dass die Förderung durch die DDG ein „Türöffner“ für weitere Förderungen sein kann. Kommt das Ihrer Erfahrung nach öfter vor?

Prof. Baltrusch/Univ.-Prof. Seufert: Es kommt aus unserer Erfahrung oft vor, dass eine DDG Projektförderung die Durchführung eines innovativen Pilotprojektes ermöglicht, mit dessen Ergebnissen die notwendige Voraussetzung für die Einwerbung von Fördermitteln bei anderen Forschungs-

institutionen wie der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) oder dem Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt (BMFTR) etc. geschaffen wird. Dies ist genau die Absicht der Deutschen Diabetes Gesellschaft, um eine breite Forschungslandschaft in der Diabetologie in Deutschland zu erhalten.

Die Diabetes-Innovations-Projektförderung (s. auch Artikel oben und rechte Seite) wurde 2026 zum ersten Mal vergeben. Warum wurde diese Förderung eingeführt?

Prof. Baltrusch/Univ.-Prof. Seufert: Wir sind sehr froh, für diese Förderung einen externen Stifter gefunden zu haben, und denken, dass diese Projektförderung gezielt das expandierende Gebiet der Diabetestechnologie mit Innovationspotenzial bedient. Der technologische Fortschritt im letzten Jahrzehnt hat wesentlich zu einer verbesserten Lebensqualität von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus beigetragen. Hier möchten wir die Umsetzung neuer Ideen frühzeitig fördern und damit

den Transfer in die Wirtschaft stärken, um innovative Produktentwicklungen zu beschleunigen.

Hat sich die Nachfrage nach DDG Projektförderungen in den letzten Jahren verstärkt? Wenn ja: Was könnten dafür die Gründe sein?

Prof. Baltrusch/Univ.-Prof. Seufert: Die Nachfrage nach den DDG Projektförderungen nimmt über die Jahre stetig zu, was die hohe Forschungs- und Innovationskraft in der Diabetologie in Deutschland widerspiegelt. Die Diabetologie ist eines der forschungsaktiven Fächer in der Medizin.

Bewerbungsschluss für die Projektförderungen ist Ende November. Warum sollten Forschende einen Antrag einreichen?

Prof. Baltrusch/Univ.-Prof. Seufert: Wir ermutigen Forschende in jedem Falle, einen Antrag einzureichen, da aufgrund der Breite der jährlich geförderten Forschungsthemen die Chance auf eine Finanzierung der Forschung an wichtigen wissenschaftlichen Fragestellungen hierdurch relativ gut ist.

Interview: Nicole Finkenauer

»Adipositas erfordert komplexe Antworten«

Kinderarzt erhält Förderung für sein Projekt zu Prädiktoren der Prädiabetes-Remission

LEIPZIG. Erstmals wurde beim Diabetes Kongress 2026 die Diabetes-Innovations-Projektförderung vergeben. Der erste Preisträger erforscht den Prädiabetes bei Kindern mit Adipositas.

Der Kinder- und Jugendmediziner Dr. ROBERT STEIN hat für sein Projekt „Prädiktoren für Gewichtsabnahme und Remission von Prädiabetes bei Kindern mit Adipositas im Rahmen einer verhaltensorientierten Lebensstilintervention in einer prospektiven Kohortenanalyse“ die erstmalig vergebene Diabetes-Innovations-

Projektförderung erhalten (mehr zur Förderung auf Seite 10). Am Uniklinikum Leipzig ist Dr. Stein klinisch-wissenschaftlicher Mitarbeiter in der AG „Adipositas im Kindesalter“ von Professorin Dr. ANTJE KÖRNER. Sein Fokus liegt auf kardiovaskulären und metabolischen Begleiterkrankungen der Adipositas von der

frühen Kindheit bis zum jungen Erwachsenenalter. Er untersucht, wie diese vorhergesagt, verhindert und mit neuen medikamentösen Therapieoptionen behandelt werden können.

Verknüpfung verschiedener Methoden und Ansätze

„Adipositas ist komplex und erfordert daher komplexe Antworten und einen ganzheitlichen Versorgungsansatz“, erklärt er. In seinen klinischen Studien verfolgt er einen translationalen Ansatz, indem er statistische Methoden zur Vorhersage von Krankheitsverläufen, Risikostratifizierung und Clusteranalysen mit klinischen Beobachtungs- und Interventionsstudien sowie innovativer Grundlagenforschung zu Biomarkern, zellulären Signalwegen und (epi-)genetischen Hintergründen verknüpft. „Wir haben in Leipzig das Glück, große Stichproben von Kindern und Jugendlichen mit und ohne Übergewicht wissenschaftlich untersuchen zu können“, so der 35-jährige Studienarzt. Auf Basis der großen Datenmenge sei es mittels Blut-, Fettgewebs- oder genetischen Proben sowie Befragungen zu sozialen und Umweltfaktoren möglich, das vielschichtige Puzzle der Erkrankung zu rekonstruieren und drängende Fragen zu einem nachhaltigen Diabetesmanagement zu beantworten. Das gewürdigte Projekt setzt

Von Dresden nach Australien und von dort nach Leipzig

Dr. Stein studierte Humanmedizin an der Technischen Universität Dresden, wo er im Dezember 2017 promovierte. Im Oktober 2013 erhielt er für seine experimentelle Promotionsarbeit ein einjähriges Forschungsstipendium an der Klinischen Forschungseinheit der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Dresden. Von November 2016 bis März 2017 war er tätig an der Flinders University in Darwin und Adelaide, Australien.

Am Universitätsklinikum Leipzig durchlief er seine Facharztweiterbildung zum Pädiater und absolviert dort seit April

2024 seine Zusatzweiterbildung für Kinder- und Jugendendokrinologie und -diabetologie.

Seit Januar 2019 arbeitet Dr. Stein zudem als Gastwissenschaftler am Helmholtz-Institut für Metabolismus-, Adipositas- und Gefäßforschung (HI-MAG) des Helmholtz Zentrums München an der Universität Leipzig.

Informationen zu den Projektförderungen der DDG auf der linken Seite und hier

 ddg.info/forschung/projektforderung

bei Frühstadien des Typ-2-Diabetes von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas an. Im Zentrum der Leipziger Kohortenstudie steht die Frage, welche körperlichen, psychologischen, sozialen, umweltbedingten und genetischen Faktoren darüber entscheiden, ob Lebensstilinterventionen langfristig zur Gewichtsabnahme und Remission eines Prädiabetes beitragen können.

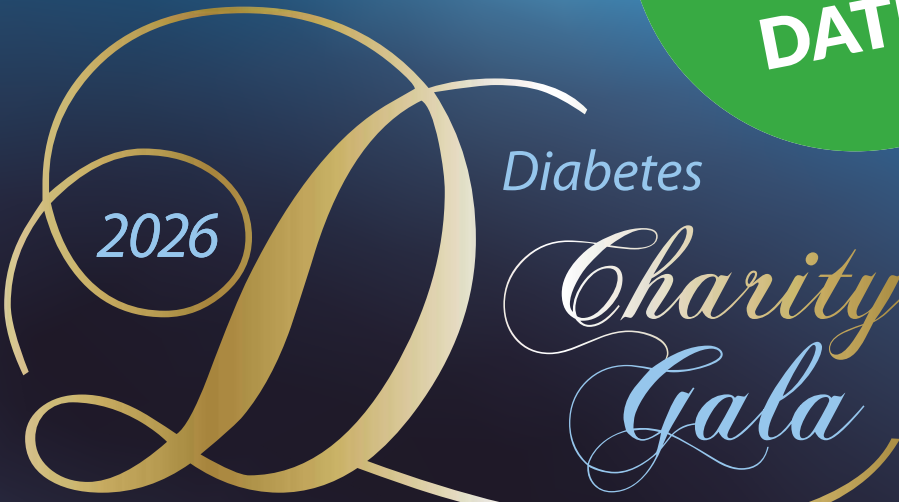
»Im Frühstadium einschreiten«

„Unsere Daten zeigen bisher, dass Kinder mit Adipositas völlig unterschiedlich auf eine Lebensstilintervention ansprechen. Zwei Drittel unserer Kohorte konnten eine Remission der prädiabetischen Stoffwechsellaage erzielen, und das zum Teil auch, ohne dabei abzunehmen. Wir möchten nun herausfinden, welche Kinder also am meisten von einer Lebensstilintervention profitieren, und auch, wie wir bereits frühzeitig erkennen können, welche Kinder zusätzliche Therapiemaßnahmen benötigen, beispielsweise eine pharmakologische Therapie mit GLP1-Agonisten“, so Dr. Stein.

Petra Spielberg



Dr. Robert Stein erhielt als erster Forscher die Diabetes-Innovations-Projektförderung. Laudatorin während des Symposiums der DGPAED war Professorin Dr. Olga Kordonouri (rechts), Dr. Vanessa Schäfer gratulierte für die Roche Diagnostics Deutschland GmbH, die die Projektförderung stiftet. Foto: DDG/Dirk Deckbar



SAVE THE DATES!

16. Oktober 2026 – Jetzt anmelden!

BAR JEDER VERNUNFT
Schaperstraße 24 | 10719 Berlin
www.diabetes-gala.de

Mehr Infos finden Sie auf der Website:
diabetes-gala.de





Meilensteine der modernen Diabetologie



Weltdiabetestag

SAMSTAG 7.11.26
12 – 16:30 UHR

Jetzt anmelden – Eintritt frei!

Maritim proArte Hotel Berlin
Dorotheenstraße 65 | 10117 Berlin
www.meilensteine-diabetologie.de

Mehr Infos finden Sie auf der Website:
meilensteine-diabetologie.de



Veranstalter:



Stark für Millionen.

Kooperationspartner:



Diabetes Anker
Für alle Höhen und Tiefen

Exzellenz auf vielen Ebenen

Das DZD selbst und DZD-Forschende werden ausgezeichnet

NEUHERBERG. Das Deutsche Zentrum für Diabetesforschung hat sich in den letzten Jahren exzellent entwickelt – das hat eine externe Evaluation dem Verbund von Forschungseinrichtungen und Universitäten nun bescheinigt. Und mit Professor Dr. Heiko Lickert wurde auch ein DZD-Wissenschaftler ausgezeichnet: Seine Arbeit wird durch den Europäischen Forschungsrat finanziell unterstützt. Ein Erfolg, der nur klein aussieht, ist das Pixi-Buch „Finn hat Diabetes“, das nun durch ein weiterführendes Büchlein ergänzt wird. Spannend ist auch der Zehn-Punkte-Katalog für die Prävention des Typ-2-Diabetes.



DZD
Deutsches Zentrum
für Diabetesforschung

ERC-Grant für DZD-Forscher

Professor Dr. HEIKO LICKERT, Direktor des Instituts für Diabetes- und Regenerationsforschung (IDR) beim DZD-Partner Helmholtz Munich sowie W3-Professor und Lehrstuhlinhaber für Beta-Zell-Biologie an der Technischen Universität München (TUM), erhält einen ERC Proof of Concept (PoC) Grant. Der Europäische Forschungsrat (ERC) unterstützt mit dieser Förderung die Überführung von Prof. Lickerts Forschungsergebnissen in die klinische Anwendung.

Weltweit steigt die Zahl der Menschen mit Diabetes. Im Zuge einer Diabeteserkrankung verlieren die insulinproduzierenden Zellen der Bauchspeicheldrüse nach und nach ihre Funktion, reagieren selbst nicht mehr auf Insulin und sterben schließlich ab. Bisherige Medikamente können den Krankheitsverlauf nicht aufhalten, sondern nur die Symptome behandeln. Das Projekt „BetaProtect“ von Prof. Lickert setzt genau hier an: Es basiert auf der Entdeckung des insulininhibitorischen



Rezeptors „Inceptor“ durch Prof. Lickert und sein Team.

Aufbauend auf vielversprechenden Ergebnissen im Mausmodell will das Team eine neuartige Therapie für Typ-2-Diabetes entwickeln, die den Verlauf der Krankheit im Idealfall sogar umkehren kann. Wenn die Forschenden den Rezeptor bei Mäusen blockierten, reagierten die Zellen wieder besser auf Insulin, blieben länger funktionsfähig und regenerierten sich sogar. Mithilfe des ERC Proof of Concept Grants soll die Ausgründung „Viacure“ die Ergebnisse aus der Grundlagenforschung nun für die präklinische und klinische Entwicklung einer Therapie nutzen.

Das Hauptziel des IDR ist die Entwicklung regenerativer Therapieansätze zur Behandlung von Diabetes. Dafür sollen Strategien zur funktionellen Betazellproduktion in vitro verbessert werden, um alternative Quellen für Betazellen für die Zellersatztherapie bei Diabetes bereitzustellen. *DZD*

Exzellente Entwicklung des DZD bestätigt

Herausragende Bewertung für das Deutsche Zentrum für Diabetesforschung (DZD): Die aktuelle externe Evaluation bescheinigt dem DZD eine klare wissenschaftliche Vision, Forschung, die „outstanding“ ist, äußerst leistungsfähige Organisations- und Governance-Strukturen sowie den erfolgreichen und schnellen Transfer von Erkenntnissen aus der Diabetesforschung in die Versorgung.

Besonders positiv bewertet wurden die enge Zusammenarbeit universitärer und außeruniversitärer Forschungseinrichtungen sowie die starke interdisziplinäre Vernetzung innerhalb des DZD.

Mit seiner Vision „Forschen für eine Zukunft ohne Diabetes“ verfolge das DZD ein überzeugendes und gesellschaftlich hoch relevantes Ziel. Hervorgehoben werden zudem die hohe wissenschaftliche Exzellenz der Forschenden und die starke nationale und internationale Sichtbarkeit des Zentrums. Als besondere Stärke nennt die Evaluationskommission das erfolgreiche Translations-



konzept des DZD. Die Gutachter*innen würdigen die Fähigkeit des DZD, Erkenntnisse aus der Forschung gezielt in die Prävention, Diagnostik und Behandlung von Diabetes zu überführen.

Auch die Organisations- und Entscheidungsstrukturen des DZD werden sehr positiv bewertet. Insbesondere die Struktur der Translationalen Forschungsakademien gilt als erfolgreicher Ansatz, um verschiedene Disziplinen zusammenzuführen und innovative Forschung zu fördern.

Die Evaluation bescheinigt dem DZD zudem eine beeindruckende Weiterentwicklung seit der letzten Begutachtung. Dies zeige sich unter anderem in steigenden Publikationszahlen, erfolgreichen Drittmittelwerbungen, Patenten sowie dem Ausbau internationaler Kooperationen. Positiv hervorgehoben werden außerdem das Datenmanagement, die Förderung innovativer Forschungsprojekte, die Einbindung von Bürger*innen und Patient*innen und die Gewinnung wissenschaftlicher Nachwuchs- und Spitzenkräfte. *DZD*

Diabetesprävention neu denken

Typ-2-Diabetes entwickelt sich meist über viele Jahre hinweg; Präventionsmaßnahmen setzen jedoch häufig erst dann ein, wenn die Blutzuckerwerte erhöht sind. Ein internationales Expertengremium unter Leitung des Universitätsklinikums Tübingen und des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung (DZD) plädiert deshalb für ein grundlegendes Umdenken. Zudem wurde ein Zehn-Punkte-Katalog für die Prävention von Typ-2-Diabetes und seiner Folgeerkrankungen formuliert.

Die Autor*innen schlagen einen „Life-Course-Ansatz“ vor. Dieser versteht Diabetesprävention als kontinuierliche Aufgabe über die gesamte Lebensspanne. Entscheidend sind dabei sechs Lebensphasen – von der Zeit vor einer Schwangerschaft über Schwangerschaft, frühe Kindheit sowie Jugend und junges Erwachsenenalter bis in die Lebensmitte.

„Viele Menschen denken bei Diabetesprävention vor allem an Ernährung und Bewegung im Erwachsenenalter“, sagt Erstautorin YIYING WANG, Medizindoktorandin am Uniklinikum Tübingen. „Dabei wird das



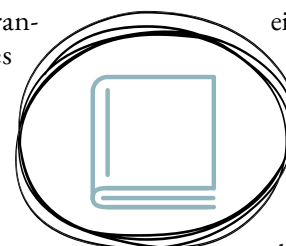
spätere Erkrankungsrisiko bereits deutlich früher geprägt. Schon die Stoffwechselgesundheit von Mutter und Vater vor einer Schwangerschaft kann die spätere Stoffwechselgesundheit ihres Kindes beeinflussen. Schwangerschaft und Stillzeit eröffnen weitere wichtige Chancen, um die Gesundheit beider Generationen positiv zu prägen.“ Zudem wurde ein Zehn-Punkte-Katalog für die Prävention von Typ-2-Diabetes und seiner Folgeerkrankungen erstellt. Darin werden die wichtigsten nächsten Schritte aufgezeigt, um Prävention wirksamer zu machen – von einer lebensphasenübergreifenden Risikoerkennung und personalisierten Präventionsstrategien über den Einsatz digitaler und KI-gestützter Verfahren bis hin zu neuen Konzepten, die die Remission stärker als Präventionsziel berücksichtigen und gesundheitliche Ungleichheiten verringern sollen. Damit formulieren die Autor*innen erstmals einen internationalen Expertenkonsens zu den wichtigsten Prioritäten für die zukünftige Diabetesprävention. *DZD*

Wang Y et al. Nat Med 2026 Aug; 32 (8): 2757-2773; doi: 10.1038/s41591-026-04550-z

Pixi Wissen: Typ-1-Diabetes in der Schule

Nach dem Pixi-Buch-Erfolg „Finn hat Diabetes“ ist in der Reihe Pixi Wissen die Fortsetzung „Finn und die Übernachtungsparty – Typ-1-Diabetes in der Schule“ erschienen.

Wie erkläre ich die Erkrankung Typ-1-Diabetes meinem Kind oder seinen Geschwistern sowie Freundinnen und Freunden? Das 2022 erschienene Pixi-Buch „Finn hat Diabetes“ zeigt auf anschauliche Weise, welche Hürden Finn und seine Familie in den ersten Monaten nach der Diagnose meistern. Das neue Buch knüpft an diese Geschichte an. Während sich das erste Pixi-Buch an Kinder im Kindergartenalter richtet, wendet sich das neue Pixi-Wissen-Buch an Kinder im Grundschulalter. Anhand von vielen Bildern und einer kindgerechten Geschichte wird veranschaulicht, welche Herausforderungen das Leben mit Typ-1-Diabetes für das Kind, die Familie und das ganze Umfeld mit sich bringt. Finn trifft im Laufe der Geschichte auf einige Herausforderungen, doch verständnisvolle



Kinder und Erwachsene hören ihm zu und unterstützen ihn. Damit kann die Geschichte insbesondere auch Familien Mut machen, die selbst mit Typ-1-Diabetes leben. Auch für Lehrkräfte bietet das neue Büchlein eine Möglichkeit, das Thema Typ-1-Diabetes spielerisch in den Unterricht zu integrieren.

Das Pixi-Wissen-Buch ist ein Projekt von Helmholtz Munich, der Initiative Fr1da, dem Diabetesinformationsportal diabinfo.de, dem DZD, dem Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIOG), dem Kinder- und Jugendkrankenhaus Auf der Bult, dem Center of Regenerative Therapies Dresden, dem Deutschen Diabetiker Bund und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt:innen (BVKJ). Alle Kinder- und Jugendarztpraxen, die an der Fr1da-Studie teilnehmen, können die Bücher kostenlos über die reguläre Materialbestellung im Rahmen der Studie bestellen, Privatpersonen und Institutionen bestellen über bestellung@bioeg.de, Organisationen mit Institutionskonto unter shop.bioeg.de. *DZD*

Plastik im Alltag, Zucker im Blut?

Mikro- und Nanoplastik als endokrine Disruptoren unter Verdacht

BERLIN. Kunststoffe haben seit ihrer massenweisen Einführung nahezu alle Lebensbereiche durchdrungen. Auch in lebenden Organismen finden sich ihre Spuren. Im Tiermodell führen Kunststoffe zu Hyperglykämie, Insulinresistenz und hepatischer Lipidakkumulation. Der menschliche Hormonkreislauf scheint ebenfalls empfindlich auf Exposition zu reagieren.

Mehr als die Hälfte des jemals produzierten Kunststoffes wurde erst nach dem Jahr 2000 hergestellt. „Aktuell fallen jährlich über 550 Millionen Tonnen an, bei einer globalen Recyclingrate von unter zehn Prozent. Das ist im negativen Sinn beeindruckend“, sagte der Regensburger Dermatologe Privatdozent Dr. DENNIS NIEBEL.

Partikel sind als trojanische Pferde unterwegs

Mikro- und Nanoplastik (MNP) entstehen zum einen primär als bewusst eingesetztes Additiv in Kosmetikprodukten, weit häufiger jedoch als sekundäres Abfallprodukt durch Abrieb und Verwitterung – hierzulande schätzungsweise rund vier Kilogramm pro Person und Jahr. Die Partikel variieren stark in Größe, Form und Polymertyp. Einmal in die Umwelt eingetragen, verteilen sie sich unbemerkt über Luft, Wasser und Nahrungskette – ein Mechanismus, den Dr. Niebel als „Trojanisches-Pferd-Effekt“ beschrieb. In den menschlichen Organismus gelangen MNP über Haut, Lungen und Nahrungskette.

Das Wissen zu Auswirkungen auf den Glukosestoffwechsel stütze sich bislang überwiegend auf In-vitro-Studien oder Tierexperimente. So entwickelten Mäuse, die MNP inhalieren, u. a. eine persistierende Hyperglykämie, Insulinresistenz und erhöhte Triglyzeridwerte. Auch das Darmmikrobiom veränderte sich und führte zu einem gestörten Glukosestoffwechsel. Dr. Niebel räumte ein, dass tierexperimentelle Daten nur eingeschränkt auf unsere Spezies übertragbar sind. Doch es mehrten sich Hinweise, dass auch bei Menschen z. B. die orale Aufnahme von Polystyrolpartikeln zu hepatischer Fettakkumulation, gestörtem Lipidstoffwechsel und oxidativem Stress führt und atherosklerotische Prozesse begünstigt.

MNP als Störenfriede im hormonellen Crosstalk

Gestützt würden diese Beobachtungen auch durch eine aktuelle Veröffentlichung im Lancet, wonach MNP auf molekularer Ebene als endokrine Disruptoren wirken. Demnach sind hochgradig vaskularisierte endokrine Drüsen besonders exponiert: MNP ahmen Hormonsignale nach, stören intrazelluläre Signalkaskaden und unterbrechen den hormonellen Crosstalk, der für die systemische Homöostase essenziell ist.

„Leider gibt es bislang keine validen Verfahren, um MNP aus der Umwelt

und aus unseren Körpern zu beseitigen“, erklärte Dr. Niebel. Er appellierte daher an die Ärzteschaft, Forschungslücken zu adressieren, nach Möglichkeit nachhaltige Produkte zu verwenden, Patient*innen aufzuklären und die eigene Position auch dafür zu nutzen, auf die Industrie einzuwirken.

Denn schließlich trage auch der Medizinbetrieb, der selbst erhebliche Mengen Einwegplastik verursacht, Mitverantwortung.

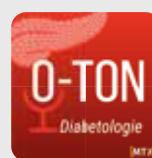
Antje Thiel

Diabetes Kongress 2026

Hitze erhöht Sterberisiko bei Diabetes um 20 Prozent

Diesen Sommer wurden in Deutschland wieder etliche Hitzerekorde geknackt. Wie sich hohe Umgebungstemperaturen auf Menschen mit Diabetes auswirken, wird derzeit in einem Cochrane-Review von einem interdisziplinären und multiprofessionellen Team um Privatdozentin Dr. SABRINA SCHLESINGER systematisch untersucht. Beim Diabetes Kongress präsentierte sie vorläufige Ergebnisse aus der Analyse von rund 134 eingeschlossenen Studien: „Das relative Sterberisiko von

Menschen mit Diabetes ist in Hitzewellen im Vergleich zu hitzefreien Perioden um etwa 20 % erhöht. Und mit jedem Temperaturanstieg um weitere fünf Grad steigt es um 13 %“, warnte sie. Auch ihr Hospitalisierungsrisiko liege in Hitzewellen um 12 % höher, mit einem Anstieg von 4 % je Fünf-Grad-Temperaturzunahme. Dr. Schlesinger betonte auch: „Obwohl Hitze nicht in allen Studien gleich definiert wurde, waren die Ergebnisse recht homogen und wiesen alle in dieselbe Richtung.“



Mehr über den Cochrane-Review und die Auswirkungen von Hitze hören Sie in der O-Ton-Diabetologie-Folge „Hitze-Risiken bei Diabetes“ mit Theresia Schoppe und Dr. Sebastian Petry von der AG Diabetes, Umwelt & Klima der DDG, erreichbar über die gängigen Portale.



Machen Sie
kardiovaskulären
Schutz zu Ihrer
Herzenssache.

Handeln
Sie jetzt mit
Jardiance®.

Jardiance®
(Empagliflozin)

Zugelassen in drei Indikationen:



Typ-2-Diabetes¹



Symptomatische, chronische Herzinsuffizienz¹



Chronische Nierenkrankheit¹

1. Fachinformation Jardiance® (Empagliflozin), aktueller Stand.

Jardiance® 10 mg/25 mg Filmtabletten. Wirkstoff: Empagliflozin. **Zusammensetzung:** Eine Tablette Jardiance® enthält 10 mg bzw. 25 mg Empagliflozin. **Sonstige Bestandteile:** Lactose-Monohydrat, mikrokristalline Cellulose, Hypromellose, Croscarmellose-Natrium, hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat, Hypromellose, Titandioxid (E171), Talkum, Macrogol (400), Eisen(III)-hydroxidoxid x H₂O (E172). **Anwendungsgebiete:** Typ-2-Diabetes mellitus: Jardiance wird zur Behandlung von Erwachsenen und Kindern ab 10 Jahren mit nicht ausreichend behandeltem Typ-2-Diabetes mellitus als Ergänzung zu Diät und Bewegung angewendet; als Monotherapie bei Metforminunverträglichkeit u. zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Typ-2-Diabetes mellitus. Herzinsuffizienz: Jardiance wird zur Behandlung von Erwachsenen mit symptomatischer, chronischer Herzinsuffizienz angewendet. Chronische Nierenkrankheit: Jardiance wird zur Behandlung von Erwachsenen mit chronischer Nierenkrankheit angewendet. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Hypoglykämie (bei Kombination mit Sulfonylharnstoff oder Insulin, bei Kindern ab 10 Jahren auch unabhängig von Insulin), Volumenmangel. Häufig: vaginale Candidiasis, Vulvovaginitis, Balanitis, andere genitale Infektionen, Harnwegsinfektion (einschließlich Fällen von Pyelonephritis und Urosepsis), Durst, Obstipation, Pruritus (generalisiert), Hautausschlag, verstärkte Harnausscheidung, Serumlipide erhöht. Gelegentlich: Ketoazidose, Urtikaria, Angioödem, Dysurie, Kreatinin im Blut erhöht, glomeruläre Filtrationsrate vermindert, Hämatokrit erhöht. Selten: nekrotisierende Faszitis des Perineums (Fournier-Gangrän). Sehr selten: tubulointerstitielle Nephritis. **Warnhinweise:** Enthält Lactose. Jede Tablette enthält weniger als 1 mmol Natrium (23 mg). Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. **Weitere Hinweise:** Siehe Fachinformation, Verschreibungs-pflichtig. Stand: März 2026

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

Boehringer
Ingelheim

PC-DE-119443 Mai 2026



Diabetes. Digital. Denken.

Wie kann die Neugestaltung der Versorgung gelingen?

DRESDEN. Die neuen Technologien sind da und entwickeln sich ständig weiter. Entscheidend aber ist, was davon bei den Menschen mit Diabetes und bei den Behandelnden ankommt und wie sie die Neuerungen positiv für sich nutzen können. Professorin Dr. Susanne Reger-Tan und Dr. Sandra Schlüter, die beiden Präsidentinnen der Diabetes Herbsttagung, weiten mit ihrem Programm den Blick und wollen zusammen mit den Teilnehmenden dem Tagungsmotto folgend „Diabetes. Digital. Denken“, genau hinsehen und über Chancen und Herausforderungen in den verschiedenen Bereichen der Diabetologie sprechen.

Digitalisierung

Künstliche Intelligenz in der Diabetesversorgung

Vorsitzende: Professorin Dr. Claudia Eberle, Fulda, und Dr. Felix Martens, Lehrte
Freitag, 13. November, 14.45 – 16.15 Uhr

Professor Dr. Bernhard Kulzer, Bad Mergentheim, berichtet in seinem Vortrag über aktuelle Anwendungsgebiete in der Diabetesversorgung von heute; Prof. Eberle spricht über „Künstliche Intelligenz in der Diabetesversorgung von morgen: digitale Zwillinge zu Entschei-

dungs- und Therapieunterstützungen“. Im Vortrag von Dr. Martens wird die KI im Praxisalltag beleuchtet; es geht um die praktische Unterstützung in der Praxisorganisation. Zuletzt werden Aspekte der KI im Spannungsfeld von Datenschutz, Ethik und Recht dargelegt.

Typ-1-Diabetes mellitus

Immunprävention des Typ-1-Diabetes: Chancen und Herausforderungen

Vorsitzende: Professorin Dr. Beate Karges, Aachen, und Professor Dr. Jochen Seufert, Freiburg i. Br.
Freitag, 13. November, 14.45 – 16.15 Uhr

Zunächst wird es um Studiendaten und um Wissenslücken gehen, bevor der Kinderdiabetologe PD Dr. Torben Biester, Braunschweig, auf die Chancen und Risiken der Immunprävention des Typ-1-Dia-

betes im Kindesalter eingeht. Auch die Chancen und Herausforderungen einer solchen Immunprävention des Typ-1-Diabetes bei Erwachsenen werden dargestellt.

Das Symposium schließt mit einer Podiumsdiskussion zum Thema „Wie lässt sich die Immunprävention des Typ-1-Diabetes sinnvoll umsetzen?“ unter der Moderation von Prof. Seufert.

Typ-1-Diabetes mellitus

GLP1 bei Typ 1: Zwischen Hoffnung, Hype und harter Evidenz

Vorsitzende: Professorin Dr. Susanne Reger-Tan, Bad Oeynhausen, und Dr. Jonas Laaser, Hamburg
Samstag, 14. November, 13.00 – 14.30 Uhr

Welche Rolle spielen GLP1-Rezeptoragonisten bei Typ-1-Diabetes? Die Session beleuchtet den Einsatz bei „Double Diabetes“, Adipositas und hohen Insulindosen. Diskutiert werden aktuelle Daten zu Sicherheit (z. B. Hypoglykämien, Ketoazidose) und Wirksamkeit (Gewicht, Insulinbedarf, HbA_{1c}). Zudem erfolgt ein kritischer Vergleich mit Trainingstherapie. Ziel ist eine evidenzbasierte Einordnung.

Die Vorträge im Einzelnen, anschließend Podiumsdiskussion:

- GLP1 bei T1: DKA, Hypoglykämien oder beherrschbares Risiko?
- GLP1 bei T1: Effekte nur auf Gewicht, nicht auf HbA_{1c}?
- GLP1 bei T1: Existiert eine Zielgruppe?
- GLP1 bei T1: auch bei Jugendlichen?
- GLP1 bei T1: ja, aber nur zusammen mit Trainingstherapie

Querschnittsthemen

Same, Same but Different: Digitale Medizin zwischen Individualität, Geschlecht & Glukose

Vorsitzende: Professorin Dr. Susanne Reger-Tan, Bad Oeynhausen, und Dr. Andrea Martini, Berlin
Freitag, 13. November, 16.30 – 18.00 Uhr

Digitale Technologien verändern die Diabetologie – aber nicht alle Menschen profitieren gleich. Geschlechtsspezifische Unterschiede, hormonelle Zyklen, individuelle Stoffwechsellmuster und adaptive Algorithmen interagieren auf komplexe Weise. Dieses gemeinsame Symposium der DDG Kommission Digitalisierung und der DGIM-AG Geschlechtersensible Medizin beleuchtet, wie digitale Tools helfen können, Diversität sichtbar zu machen, personalisierte Versorgung zu ermöglichen und neue Forschungsräume zu öffnen.

Von der Inneren Medizin kommend, führt die Session Schritt für Schritt in die digitale Diabetologie und zeigt, warum „same, same“ in der Medizin oft „different“ bedeutet. Diese Vorträge stehen im Programm:

- Geschlechtersensible Innere Medizin im digitalen Zeitalter: Warum ‚gleich‘ nicht gleich ist (Professorin Dr. Petra-Maria Schumm-Draeger, München)
- PMOS (ehemals PCOS) – geschlechterspezifisches kardiometabolisches Risiko (Prof. Reger-Tan)
- Menstrual Cycle Matters: Hormonelle Zyklen, Insulinsensitivität & AID-Systeme (Dr. Martina Rothenbühler, Bern)
- Menopause Matters: Hormone, Herz und Glukose im Zugriff der Präzisionsmedizin (Professorin Dr. Julia Szendrödi, Heidelberg)

Diabetestechnologie

Insulintherapie, AID und Pumpen, Pens und Algorithmen – Praxisempfehlung AGDT

Vorsitzende: Dr. Sandra Schlüter, Northeim, und Dr. Guido Freckmann, Ulm
Samstag, 14. November, 13.00 – 14.30 Uhr

Von der klassischen Insulinapplikation mittels Spritze und Pumpe bis hin zu innovativen AID-Systemen und smarten Insulinpens werden aktuelle Entwicklungen und deren Anwendung im klinischen Alltag vorgestellt. Ein besonderer Fokus liegt auf der Einordnung verschiedener AID-Systeme bis zum Fully-Closed-Loop sowie auf der Bewertung zentraler Therapieparameter wie Time in Range und HbA_{1c} und deren Unterschiede bei Nutzung verschiedener Systeme. Konkret erleben die Teilnehmenden diese Vorträge:

- Insulinapplikation, Spritze, Pumpe, AID (Professor Dr. Karin Lange, Hannover)
 - Smarte Insulinpen-Therapie (Dr. Schlüter)
 - Übersicht über AID-Systeme bis hin zum Fully-Closed-Loop-System (Dr. Christine Berndt-Zipfel, Bad Kreuznach)
 - Time in Range und HbA_{1c} – Unterschiede zwischen AID-Systemen (Dr. Manuel Eichenlaub, Ulm)
- Das Symposium wird ausgerichtet durch die AG Diabetes & Technologie der DDG.

Wissenswertes rund um die Diabetes Herbsttagung 2026

- Die Standardanmeldung läuft bis 21. Oktober, ab 22. Oktober die Spätanmeldung. Für bestimmte Berufs- und Teilnehmergruppen gibt es ermäßigte Preise; für Studierende bis 30 Jahre ist die Teilnahme kostenfrei.
- Für An- und Abreise kann ein Event-Angebot der Deutschen Bahn genutzt werden. Zudem werden Hotelzimmerkontingente zu besonderen Konditionen bereitgehalten. Mehr über die Angebote unter herbsttagung-ddg.de/teilnahme/#anreise.
- Für Kinder zwischen 3 und 12 Jahren wird eine Kinderbetreuung angeboten. Bitte vorher anmelden!
- Um alle möglichen Zertifizierungspunkte zu erhalten, müssen Sie Ihren Teilnahmeausweis vor- und nachmittags jeweils einmal scannen lassen.
- Die Diabetes Herbsttagung wird in eine klimaschonende Veranstaltung umgestaltet. Viele Maßnahmen, z. B. zur Einsparung von Papier, zu umweltfreundlichen Lösungen für die Namensschilder und zur Mülltrennung, werden bereits umgesetzt.
- Alle Symposien werden aufgezeichnet, sind ca. eine Stunde nach der Präsentation für sechs Monate in der DDG Mediathek verfügbar und können über die Buchungsnummer abgerufen werden.

So planen Sie Ihr Programm

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



Apple App Store



Google Play



Mehr erfahren
www.chiefdeftech.com

[illegible]

Ohne Daten geht es nicht

Versorgungsforschung in der ambulanten Diabetologie liefert wichtige Zahlen

BERLIN. Was genau machen eigentlich diabetologische Schwerpunktpraxen? Wie werden Frauen mit Gestationsdiabetes behandelt und wie steht es um die Nachsorge? Was lässt sich aus DMP lernen? Ohne Daten bleibt vieles nur Vermutung und persönliche Einschätzung – und genau deshalb engagieren sich die Mitglieder des Wissenschaftlichen Instituts der niedergelassenen Diabetologen (winDiab) in der Versorgungsforschung.

Die im winDiab-Symposium vorgestellten Daten aus verschiedenen Bereichen der ambulanten Diabetologie geben nicht nur den Ist-Zustand wieder, sondern zeigen deutlich, wo noch Verbesserungsbedarf besteht. Der entscheidende Punkt: „Ohne Daten kann man nicht wissen, wo man steht“ – so fasste es Dr. MATTHIAS KALTHEUNER zusammen.

Der Diabetologe und geschäftsführender Gesellschafter bei winDiab stellt die Ergebnisse einer Befragung von 144 diabetologischen Schwerpunktpraxen (DSP) vor – und erlaubte so einen Blick in den „Maschinenraum“ der ambulanten Diabetologie. In den Praxen sind durchschnittlich 80% der Patient*innen Menschen mit Diabetes, und man kümmert sich dort meist auch um Blutdruck, Blutfette und Folgeerkrankungen. Eine „Glukozentrik“ sei nicht erkennbar, so Dr. Kaltheuner. Dies deckt sich mit der Antwort auf die Frage, was die Überweiser von einer diabetologischen Schwerpunktpraxis erwarten – nämlich zu fast 60% eine umfassende Behandlung.

Was ist los im Maschinenraum der Diabetologie?

Die Umfrageergebnisse machen deutlich, wie stark sich die Praxen unterscheiden. Das gilt etwa für die postpartale Testquote, aber auch für die Nutzung des Gesundheitspasses Diabetes. Dr. Kaltheuner sieht darin vor allem eine Aufgabe der Teams: „Wenn man da sehr niedrig liegt, muss man an sich, also an der Praxis, arbeiten, nicht an den Patienten.“ Den Gesundheitspass nutzen auch 30 Jahre nach seiner Einführung rund 64% der Praxen, und gut die Hälfte der Patient*innen bringt ihn in die Sprechstunde mit. „Die Akzeptanz, dass solch ein Instrument nach so vielen Jahren noch so gut genutzt wird, ist sagenhaft.“ Entwicklungspotenzial gibt es bei zusätzlichen Untersuchungen. Nur wenige Praxen führen selbst einen FibroScan durch, obwohl metabolische Lebererkrankungen bei Menschen mit Diabetes häufig vorkommen. Erfreulich ist, dass 95%

der DSP Leberparameter im Labor bestimmen lassen. Auch beim automatisierten Retina-Screening und bei der Schlaganfall- beziehungsweise Gefäßdiagnostik ist noch Luft nach oben. Insgesamt sieht Dr. Kaltheuner die Schwerpunktpraxen jedoch breit aufgestellt – und ermutigt sie, neue diagnostische und therapeutische Angebote zu nutzen.

DMP-Zahlen: Wie geht es älteren Menschen mit Typ-1-Diabetes

Die Biologin und Gesundheitswissenschaftlerin Dr. SABINE GROOS, wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fachbereich Evaluation und Qualitätssicherung am Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi), nahm die Versorgung älterer Menschen mit Typ-1-Diabetes genauer unter die Lupe. Dafür wertete sie Daten aus dem DMP Typ-1-Diabetes in Nordrhein-Westfalen aus dem Jahr 2024 aus. In ihre Analyse flossen die Dokumentationen von rund 36.000 Patient*innen ab 50 Jahren ein, darunter mehr als 8.500 Menschen im Alter von mindestens 70 Jahren.

Neun von zehn älteren Menschen über 70 werden in DSP betreut. Ebenso viele nehmen regelmäßig am DMP teil – für Dr. Groos ein wichtiger Punkt. Bei 88% der über 70-Jährigen lag der HbA_{1c}-Wert bei höchstens 8,5%. Schwere Unterzuckerungen und stationäre Notfallbehandlungen kamen nur selten vor.

Dr. Groos sprach sich dafür aus, auch zu erfassen, warum Menschen aus dem DMP ausscheiden. Zudem wird nicht abgefragt, welche Therapie durchgeführt wird. „Diese Angabe hätten wir so gerne. Aber wir sind schon froh, dass jetzt im DMP Typ-2-Diabetes erhoben wird, ob GLP1-RA und SGLT2-Hemmer genutzt werden.“

Mit GestDiab Schwangere besser kennen und versorgen

GestDiab ist ein fortlaufendes Projekt von winDiab und das größte Register zu Diabetes in der Schwangerschaft in Deutschland. Seit 2004 werden darin Daten von schwangeren Frauen mit Gestationsdiabetes, Typ-1- und Typ-2-Diabetes erfasst und ausgewertet. Die Ziele von GestDiab sind:

- Aufbau einer Datenbasis zu Diabetes und Schwangerschaft
- Verbesserung der Datenlage

Die Zahl der zweijährlichen Netzhautkontrollen geht seit Jahren zurück. Sie empfiehlt deshalb, die DMP-Daten stärker zu nutzen, etwa, um Unterschiede nach Alter, Geschlecht oder Region sichtbar zu machen und die Versorgung gezielt weiterzuentwickeln.

Einen tieferen Einblick ermöglichen die DMP-Atlanten für Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg, abrufbar unter zi-dmp.de/dmp-atlas_nrw und zi-dmp.de/dmp-atlas_bw.

GestDiab: Nur gemeinsam lässt sich etwas erreichen

Dr. HEINKE ADAMCZEWSKI, Diabetologin und Mitglied der GestDiab-Studiengruppe, stellte die nächsten Schritte des GestDiab-Follow-ups vor. Das Register GestDiab hat seit 2008 bis 2024 bereits knapp 70.000 Schwangerschaften erfasst.

Die Daten zeigen, wie groß die Herausforderungen sind: Rund 37% der Frauen mit Gestationsdiabetes (GDM) sind adipös, bei Frauen mit Typ-2-Diabetes sogar 70%. Die postpartale Screening-Quote wiederum liegt seit Jahren bei etwa 40%. „Wir schaffen es einfach nicht, über die Jahre die postpartale Screening-Quote nennenswert zu erhöhen.“ Beim postpartalen Screening werden ca. 2,5 bis 5% der teilnehmenden Frauen mit Typ-2-Diabetes diagnostiziert. Und eine Auswertung von GestDiNa_basic zeigt: Vier Jahre nach einem GDM entwickeln zwölfmal so viele Frauen Typ-2-Diabetes wie Frauen ohne GDM (7,2% gegenüber 0,6%). „Also Grund genug, sich intensiv um die Nachsorge zu kümmern.“

- Abgleich der Daten mit der Studienlage und den Leitlinien
 - Verbesserung der Versorgung durch Benchmarking
- Die Teilnahme an GestDiab ist kostenfrei; einmal jährlich erhalten die Praxen eine detaillierte Auswertung und können ihre Ergebnisse mit denen anderer Zentren vergleichen.

www.windiab.de/gestdiab



Foto: TarkVision - stock.adobe.com

»Noch ganz viel Luft nach oben«

Landau in der Pfalz eine diabetologische Schwerpunktpraxis führt. In Rheinland-Pfalz ist man aktiv geworden und es ist gelungen, mit der AOK Rheinland-Pfalz einen Vertrag zur Betreuung und Schulung von Frauen während und nach Gestationsdiabetes in DSP zu schließen (Vertragsstart 2019) und so Nachsorge, Schulung und wissenschaftliche Auswertung miteinander zu verbinden. „Wir möchten gegebenenfalls die Manifestation eines Typ-2-Diabetes verhindern oder hinauszögern. Wir wissen alle nicht, ob wir das können, aber wir wollen es wenigstens versuchen“, so Dr. Reichert.

Sechs bis zwölf Wochen nach der Geburt durchlaufen AOK-versicherte Frauen einen oralen Glukosetoleranztest sowie – und das ist entscheidend – eine Beratung, auch bei unauffälligem Befund. Wird ein Prädiabetes festgestellt, besteht Anspruch auf eine Gruppenschulung in acht Modulen. Weitere Tests sind nach einem oder zwei Jahren vorgesehen; die Nachsorge kann bis zu vier Jahre nach der Schwangerschaft erfolgen. Inzwischen beteiligen sich 87 Schwerpunktpraxen an dem Programm. Die bisherigen Zahlen zeigen, dass ein relevanter Anteil der Frauen in Rheinland-Pfalz in diabetologischen Praxen betreut wird. Zugleich machte Dr. Reichert deutlich, dass die Datenlage noch erhebliche Lücken aufweist und die Möglichkeiten, die Krankenkassendaten auszuwerten, beschränkt sind – „wir haben ganz viel Luft nach oben“. Perspektivisch wünscht sie sich ein Nachsorgemodell ähnlich dem AOK-Modell in Rheinland-Pfalz für alle Frauen mit Gestationsdiabetes in Deutschland.

Nicole Finkenauer

Diabetes Kongress 2026

Kürzlich ist der Jahresbericht 2026 von winDiab erschienen:

windiab.de/publikationen-und-vortraege/jahresberichte/



»Ohne Daten kann man nicht wissen, wo man steht«

»Krankenhausreform braucht Digitalisierung, Daten und Telemedizin«

DKG-Chef fordert beim digitalen Wandel für Kliniken zügige Nachbesserungen

BERLIN. Deutschland hat einen neuen Bundesgesundheitsminister und die GKV-Sparreform ist bereits in Kraft. Auf dem Weg befindet sich die Zuckersteuer. Noch unter Vorbehalt wurden beim Diabetes Kongress im Mai gesundheitspolitische Themen diskutiert, die zum Teil schon in Gesetze gegossen sind. Je näher deren Umsetzung rückt, desto mehr fürchten Behandelnde neue Hürden.

Die Zuckersteuer soll 2028 starten – mit einer Abgabe zwischen 32 und 36 Cent pro Liter, gestaffelt nach dem Zuckergehalt von Softdrinks, und dabei Einnahmen von 450 Millionen Euro in die Kassen spülen. Die „einzige Intension“ dieser Steuerabgabe sei eine „gesündere Lebensweise“ vor allem von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes und Adipositas. Sie sollten sowohl von der Primär- als auch der Sekundär- und Tertiärprävention profitieren, betonte SIMONE BORCHARDT, gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion. Sie gab einen Ausblick auf die Gesetzgebung. Zum GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz, das zu diesem Zeitpunkt noch nicht verabschiedet war, spielte sie hinsichtlich der stationären Regelungen auf die notwendige Planungssicherheit von Krankenhäusern an, die nur mit „vernünftigen Refinanzierungsmodellen“ zu bewältigen seien.

Neue Pläne scheitern am Kompromiss

Was seit Juli im Gesetz steht, ist keine „Maximalvariante“. Diese war von der Finanzkommission Gesundheit vorgeschlagen, von der damaligen Bundesgesundheitsministerin NINA WARKEN zwischenzeitlich verfolgt und von den Kassen gutgeheißen worden und beinhaltete die komplette Rückführung des Pflegebudgets ins DRG-System. Es ist aber ein Kompromiss geworden, auf den sich auch Bund und Länder einigen konnten: Das Pflegebudget der Krankenhäuser wird ab 2027 reformiert und gedeckelt. Das Selbstkostendeckungsprinzip wird abgeschafft. Ausgangspunkt für das Pflegebudget 2027 ist das 2026er-Budget. Danach dient jeweils das Vorjahresbudget als Berechnungsgrundlage. Das Pflegebudget darf künftig nur noch maximal um den sog. Veränderungswert (Orientierungswert bzw. Grundlohnrate) wachsen. Die eigentliche Krankenhausreform wurde bereits Ende 2024 mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) beschlossen,

in der Leistungsgruppen, Qualitätskriterien und die Einführung der Vorhaltevergütung geregelt sind. Weil das Gesetz so komplex ist, sieht es mehrere Umsetzungsstufen und Übergangsfristen bis 2030 vor.

Im April 2026 folgte mit dem Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) eine Nachjustierung dieser Vorgaben. Einzelne Stellschrauben wurden gelockert, etwa bei Ausnahme- und Kooperationsregelungen für die Länder. Dort läuft derzeit die Zuweisung der Leistungsgruppen an einzelne Krankenhausstandorte, was als entscheidender Schritt gilt, u. a. für die Finanzierung jedes Hauses. Das Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz (ApoVWG) wurde knapp eine Woche nach dem Diabetes Kongress beschlossen und ist im Juli in Kraft getreten. Es sieht erweiterte Befugnisse für Apotheken vor, etwa bei den Impfstoffen und der Abgabe bestimmter verschreibungspflichtiger Medikamente ohne aktuelles Rezept, außerdem den Ausbau pharmazeutischer Dienstleistungen (u. a. die Einbindung in die Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes sowie von Folgekomplikationen aufgrund von Tabakkonsum). Die Politik müsse nun aufpassen, „dass die ganzen Gesetzgebungen miteinander kompatibel sind“, so Borchardt. Sie verwies auf das Primärversorgungsgesetz, dessen Entwurf eigentlich im Sommer vorliegen sollte, derzeit aber noch in seiner Vorbereitungsphase

steckt. Da das Gesetz festlegen soll, wie Patient*innen durch das System gesteuert werden, seien davon die Versorgung von Menschen mit Diabetes und die Disease-Management-Programme (DMP) besonders betroffen.

Man müsse nun den Fokus darauf legen, „bei welchen Diagnosen man zusätzlich noch ein DMP aufsetzen“ sollte, damit chronisch kranke Menschen, die etwa an Krebs erkrankt sind, quasi „auf der Überholspur direkt zur Fachärztin oder zum Facharzt und in den stationären Bereich in die Versorgungsstruktur gebracht werden“, so die Politikerin.

Apothekenreform ohne digitalen Impfpass

Besonders beim Primärversorgungsmodell müssten Telematik und Telemedizin stärker eingebunden werden. Derzeit sei das Gesundheitssystem jedoch „nicht in der Lage, da die PS auf die Straße zu bringen“, kritisierte sie. Vor allem mit der Entwicklung der ePA und einer „milliardenschweren Gematik“ sei sie „nicht glücklich“. Es fehle an strukturierten Patientendaten, auf die alle Player zugreifen können. „Wir schließen eine Apothekenreform ab und haben keinen elektronischen Impfausweis und solche Dinge“, führte sie an. „Wir müssen die Prozesse durchdenken. Die Gesetze müssen aus einem Guss sein.“

Die Botschaft von Dr. GERALD GASS, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krankenhausgesellschaft

»Die Gesetze müssen aus einem Guss sein«

Das fordert die DKG von der Politik: Leitplanken und konsequente Umsetzung

-  Politik muss Voraussetzungen schaffen für: verbindliche Standards für Interoperabilität, Datennutzung und telemedizinische Netzwerkstrukturen.
-  Die Finanzierung muss verlässlich geregelt sein: Transformationsfonds und Länder-Kofinanzierung sind entscheidend für den Umbau.
-  Krankenhäuser müssen jetzt gemeinsam handeln: Netzwerke, Use Cases, Datenflüsse und Investitionen müssen standortübergreifend geplant werden.
-  Entscheidend ist das Tempo der Umsetzung: Wer jetzt nicht startet, verliert Steuerungsfähigkeit, Förderchancen und Wirksamkeit.

Fotos: Studicon – stock.adobe.com, Bell – stock.adobe.com, Ritzki Setya – stock.adobe.com, Rubina – stock.adobe.com

(DKG), zum Umbau der Krankenhauslandschaft ist deutlich: „Die Krankenhausreform braucht Digitalisierung, Daten und Telemedizin.“

Trotz weniger Krankenhausstandorte und mehr Spezialisierung müsse eine möglichst hohe Qualität auch in der Fläche sichergestellt und die Grundversorgung aufrechterhalten werden. Von den bisherigen 1.700 Krankenhausstandorten werden künftig vermutlich bis zu 500 zu sektorübergreifenden Versorgungsmitteln umgewandelt oder komplett wegfallen.

In der Digitalisierung sieht Dr. Gaß „eine riesige Chance für das deutsche Gesundheitswesen“, weil sie analoge Prozesse ersetzen und die Effizienz erhöhen könne. Als „zentrales Problem“ nannte er die demografische Entwicklung. „Wir werden mit weniger Mitarbeiter*innen im Gesundheitswesen künftig mehr ältere Menschen versorgen müssen, selbst wenn wir die Hoffnung haben, dass durch

»Bis zu 500 Häuser könnten wegfallen«

Prävention ein Teil vermeidbarer Erkrankungen wegfällt.“ Nach Ansicht des DKG-Chefs müsse die Spezialisierung aus den Zentren in die Fläche gebracht werden, „um sie anschlussfähig zu machen.“ Sowohl Krankenhausstandorte als auch weitere Leistungserbringer wie aus dem ambulanten Sektor oder dem Rehabereich müssten im Datenbereich viel besser vernetzt werden.

Beim E-Rezept kaum an Krankenhäuser gedacht

Zwar sei die Digitalisierung in den Krankenhäusern mittlerweile breit angekommen, doch fehle es weiter an einer flächendeckenden IT-Interoperabilität, vor allem an kompatiblen Software-Updates der Krankenhausinformationssysteme (KIS) sowie standardisierten Datenformaten, die u. a. eine nahtlose Nutzung der ePA im Klinikalltag ermöglichen. Besonders beim E-Rezept seien die Krankenhäuser, deren komplexe Prozesse sich deutlich von der ärztlichen Praxis unterscheiden, „nur in Teilen mitgedacht worden“, so Dr. Gaß.

Auch die Finanzierung sei in den Krankenhäusern „ein Stück weit anders zu betrachten als im ambulanten Bereich“. Denn im stationären Setting wird differenziert: zwischen der Förderung der originären Patientenversorgung, die über die Krankenkassen abgerechnet wird, und Investitionen, die von den Ländern kommen müssten. Die benötigten Gelder könnten seitens der Bundesländer jedoch „nicht in der Höhe und in der Kontinuität fließen“, sagte er.

Angela Monecke

Diabetes Kongress 2026

»Strukturierte Daten, auf die alle Player zugreifen können, fehlen«



Foto: Nadezhda Fedrunova/Gettyimages

Unter dem Radar

Warum die Früherkennung der Fettleber gerade bei Diabetes so wichtig ist

DÜSSELDORF. Über lange Zeit wurde und es wird zum Teil heute noch viel weniger über die Fettleber gesprochen als über andere Begleiterkrankungen. Das ändert sich gerade. Wie kann die Früherkennung gelingen und welche Therapiemöglichkeiten gibt es?

Wie viele Menschen sind in Deutschland von der Metabolischen Dysfunktion-assoziierten steatotischen Lebererkrankung (MASLD) betroffen?

Prof. Roden: Die genaue Anzahl der Menschen, die eine solche Fettlebererkrankung haben, können wir für Deutschland nicht berechnen. Ausgehen kann man von ca. 20 bis 30%. Kritisch wird es, wenn wir über Menschen mit Diabetes reden: Bis zu 60 oder 70% vor allem der Menschen mit Typ-2-Diabetes haben eine Fettlebererkrankung in irgendeiner Form. Bei Menschen mit Adipositas haben sogar bis zu 80% eine Fettlebererkrankung. Warum wir die Zahl nicht genau angeben können, sondern hochrechnen müssen, beruht nicht zuletzt darauf, dass die exakte Diagnose aus vielerlei Gründen nicht geführt wird.

Wie steht es um die Früherkennung? Welche Methoden gibt es?

Prof. Roden: Eine Früherkennung gibt es in der Gesamtbevölkerung so gut wie gar nicht und leider wurde oder wird sie sogar bei Menschen mit Diabetes, Diabetesrisiko oder Adipositas über lange Zeit vernachlässigt, weil im Rahmen der Komplikationen oder Begleiterkrankungen des Diabetes die Fettlebererkrankung einfach nicht wahrgenommen wurde.

Sogar heute ist es noch so: Spricht man von Diabeteskomplikationen, geht es um Herz-Kreislauf-Erkrankungen, um Nephropathie, Neuropathie, den diabetischen Fuß und mittlerweile weniger um die Retinopathie, die durch die Insulinbehandlung deutlich zurückgedrängt werden konnte. Über die Fettlebererkrankung wurde fast nie gesprochen, und sie wurde nicht ernst genommen. Warum? Weil sie eben erst einmal keine Symptome macht und weil Menschen mit Diabetes häufiger zuerst Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder eine Nierenerkrankung bekommen, bevor die sich sehr langsam entwickelnden Folgen der Fettlebererkrankung auftreten. All diese Gründe haben dazu geführt, dass die Fettlebererkrankung auch im Rahmen der Diabetes- oder Adipositasleitlinien keine Rolle gespielt hat. Erstmal wurde 2016 durch die europäischen Leber-, Diabetes- und Adipositas-Fachgesellschaften gemeinsam eine Leitlinie publiziert und

vor zwei Jahren aktualisiert, sodass wir jetzt mehr Öffentlichkeitsarbeit leisten können. Auch die Deutsche Diabetes Gesellschaft hat inzwischen eine eigene Leitlinie.

Was kann man tun, um eine Fettleber früh zu erkennen? Natürlich kann man einen Ultraschall des Bauchs durchführen und sieht dann das Fett in der Leber, aber leider erst, wenn mindestens 15 bis 20% Fett in der Leber vorhanden sind. Die Diagnose der Fettleber erfolgt aber bereits bei einem Fettgehalt von mehr als 5%. Durch Ultraschall lassen sich also nur fortgeschrittenere Stadien erkennen. Natürlich kann man die Leberenzyme bestimmen, die allein für sich aber auch eher uncharakteristisch und nur aussagekräftig sind, wenn sie ganz hoch sind.

Hilfreich ist der FIB-4-Index, in dem das Alter, die Leberenzyme und die Blutplättchen, die ein sehr sensibles Zeichen sind für Funktionsstörungen der Leber, eingeschlossen werden. Mit dem FIB-4 lässt sich das Risiko vor allem der fortschreitenden Lebererkrankung, der Fibrose, gut erkennen. Wenn der FIB-4-Wert unter 1,3 liegt, ist das Risiko für eine fibrotische Fettlebererkrankung sehr gering, zwischen 1,3 und 2,67 spricht man von einem intermediären Risiko, das weitere Untersuchungen notwendig macht, und über 2,67 sollte man an einen Hepatologen überwiesen werden – außer,



PROFESSOR DR. MICHAEL RODEN

Prof. Roden ist Internist, Endokrinologe und Diabetologe. Er ist der Lehrstuhlinhaber für Innere Medizin, Endokrinologie und Stoffwechselstörungen an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Direktor der Klinik für Endokrinologie und Diabetologie am Universitätsklinikum Düsseldorf und Sprecher des Vorstands sowie Wissenschaftlicher Geschäftsführer des Deutschen Diabetes-Zentrums (DDZ) und zudem Vorstandsmitglied des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung (DZD). Einer seiner Forschungsschwerpunkte ist die Wechselwirkung zwischen Diabetes und Lebererkrankungen, insbesondere der Fettleber.

die Person ist über 65 Jahre alt, dann gelten etwas andere FIB-4-Werte. Der FIB-4 lässt sich einfach berechnen, ohne zusätzliche Kosten, wenn ein Blutbild gemacht und Leberwerte bestimmt wurden. Leider wird der Index noch immer nicht in allen Laboren angeboten und/oder angefordert.

Wie oft sollte der FIB-4-Wert bestimmt werden? Und was sollte geschehen, wenn der Wert kritisch ist?

Prof. Roden: Alle Menschen, die Adipositas, Übergewicht haben, alle Menschen mit Diabetes, haben ein hohes Risiko für eine Fettlebererkrankung, alle Menschen, die nicht nur Diabetes haben, sondern auch einen Metabolischen Syndrom-Risikofaktor, also Hypertonie, Hypercholesterinämie bzw. niedriges HDL, erhöhte Triglyceride: Bei diesen Menschen sollte man auf jeden Fall den FIB-4 bestimmen. Ist der FIB-4-Wert normal, wird durchaus diskutiert, ob alle zwei oder alle drei Jahre kontrolliert werden soll. Bei einem intermediären Wert zwischen 1,3 und 2,67 sollte jährlich kontrolliert werden, und es sollte zusätzlich ein „FibroScan“ oder eine andere Form der Elastografie der Leber durchgeführt werden.

FibroScan ist ein spezielles Produkt, man kann aber mittlerweile auch an Routine-Ultraschallgeräten spezielle Apparate anbringen, die die Elastografie ermöglichen. Mit der Elastografie wird die Elastizität der Leber gemessen.

Je weniger elastisch die Leber ist, desto höher ist der gemessene Wert und desto höher ist das Risiko einer Fibrose.

Es geht also eigentlich gar nicht mehr so sehr um die Feststellung, wie viel Fett in der Leber ist, wobei es dafür mit der Magnetresonananzspektroskopie mittlerweile eine sehr gute Technik gibt. In der Klinik wollen wir vor allem wissen, ob eine fortgeschrittene Lebererkrankung vorliegt, und dafür ist die Elastografie zu empfehlen. Es gibt zudem Bluttests, die nicht ganz billig sind und die so wie der FIB-4 Vor- und Nachteile haben.

Und letztlich gibt es natürlich die Biopsie der Leber, die nur von Hepatologen durchgeführt werden kann, aber zunehmend seltener durchgeführt wird, weil sie invasiv ist und Nebenwirkungen auftreten können. Außerdem kann durch eine Biopsie nur ein kleiner Teil der Leber beurteilt werden. Ist dieser ohne Fibrose, ohne Veränderungen, ohne Entzündung, heißt das noch lange nicht, dass nicht an anderen Bereichen der Leber bereits eine Entzündung oder Fibrose vorliegt.

Welche Therapieoptionen gibt es bei einer MASLD, speziell auch für Menschen mit Diabetes? Und woran wird gerade geforscht?

Prof. Roden: Bis vor Kurzem gab es in Deutschland und Europa keine zugelassene Therapie, mittlerweile schon. Die Substanz Resmetirom ist ein Schilddrüsenhormon-Rezeptoragonist. Schilddrüsenhormone wirken im gesamten Körper und haben in erster Linie den Zweck, unseren Energiehaushalt zu regulieren. Wenn jemand eine Überfunktion der Schilddrüse hat, tendiert er dazu, Gewicht abzunehmen, das Herz arbeitet stärker und die Person verbraucht Fett aus dem Fettgewebe. In der Leber fördern diese Schilddrüsenhormone ebenfalls die Verbrennung vor allem von Fett. Und das ist das Therapieprinzip: Resmetirom wirkt leberspezifisch. Es baut Fett in der Leber ab und infolgedessen geht auch die Entzündung zurück und die Fibrose sinkt. Dass das funktioniert, wurde in einer großen Studie nachgewiesen. Mittlerweile werden andere Substanzen aus dieser Klasse weiterentwickelt.

»Empfehlenswert: die Elastografie«

Es gibt auch die Möglichkeit, statt über Schilddrüsenhormone direkt auf den Sauerstoffverbrauch und auf den Energiestoffwechsel der Leber einzuwirken, und zwar durch mitochondriale Entkoppler, die derzeit getestet werden. Ein wesentliches Problem der Fettlebererkrankung vor allem bei Menschen mit Diabetes ist die Fehlfunktion der Mitochondrien. Das haben wir in meiner Arbeitsgruppe vor einigen Jahren herausgefunden, damals allerdings noch ohne Therapiemöglichkeiten. Aber wir haben gesehen, dass die Leber zwar versucht, wenn mehr Fett an sie herantransportiert wird – was ja die Hauptursache der MASLD ist –, das Fett in frühen Phasen vermehrt zu verstoffwechseln. Das funktioniert aber irgendwann nicht mehr, und dann kommt es zur Entzündung, weil oxidativer Stress in der Leber entsteht.

Und dann gibt es noch die berühmte „Abnehmspritze“. Der Angriffspunkt ist hier nicht direkt die Leber, sondern das Fettgewebe oder man kann auch sagen: das Gehirn. Durch Senkung des Appetits bzw. durch Stärkung des Sättigungsgefühls kommt es zur Gewichtsabnahme. Es wird weniger Fett gespeichert, und dadurch gelangt weniger Fett in die Leber. Es gibt möglicherweise zusätzliche Effekte, aber das sind keine direkten Effekte auf die Leber, sondern z. B. auf Entzündung und Durchblutung. In den USA ist für die MASH, die fortschreitende Form der MASLD, die Therapie mit dem GLP1-Rezeptoragonisten Semaglutid zugelassen. Ich finde, dass es eine durchaus sehr sinnvolle Therapie ist, weil nicht nur die Entzündung, sondern auch die Fibrose reduziert wird.

Weder die Therapie mit Resmetirom noch mit GLP1-Rezeptoragonisten führt zu einer kompletten Reversion und Heilung und wirkt auch nicht bei allen Menschen gleich gut. Das heißt, es gibt nach wie vor reichlich Raum für neue Therapieformen, die auch laufend entwickelt werden.

Interview: Nicole Finkenauer

nachgefragt

»Hilfreich ist der FIB-4-Index«

Mehr über die Fettleber hören

Scannen Sie einfach den QR-Code, hören Sie sich die Folge mit Prof. Roden an und erfahren Sie mehr z. B. über die Funktionsweise der Leber und Studien zu Resmetirom. Zugriff auf alle Folgen von *O-Ton Diabetologie* haben Sie auf medical-tribune.de, diabetologie-online.de und den gängigen Podcast-Plattformen.



Für den Diabetologie-Durchblick

der Podcast für Expert*innen



Bei Typ 2 Diabetes

Ozempic®. Die Nr.1.*

Jetzt maximieren mit 2 mg.

Starke **HbA_{1c}-Senkung** und **Gewichtsabnahme.**^{2,3}

28 Mio.
Patient:innen
weltweit.^{†,‡}

Stark
fürs Herz.⁴
(CV-Zusatznutzen)⁵

Ozempic® 2 mg.
Jetzt verordnen.



Zum Pflichttext:
QR-Code scannen.
novo-wissen.de/bt-ozempic



Mehr zu Ozempic® 2 mg?
QR-Code scannen!
novo-wissen.de/ozempic-2mg

DE260ZM00386

* Der am häufigsten verordnete GLP-1 RA bei Patient:innen mit T2D in Deutschland.¹ † Klinische Daten umfassen Patienten, die mit Semaglutid zu unterschiedlichen Indikationen, aus verschiedenen Ländern, mit verschiedenen Dosierungsstärken und unterschiedlichen Patientenpopulationen behandelt wurden. ‡ Data on file. Novo Nordisk A/S; Bagsværd, Denmark. # Erstellt mit künstlicher Intelligenz. 1. Volume IQVIA World, GLP-1 Sell-Out Verschreiberdaten Deutschland, 06/2026. 2. 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 einmal wöchentlich verabreichtem Semaglutid 2,0 mg gegenüber Semaglutid 1,0 mg bei erwachsenen Patienten mit Typ 2 Diabetes untersucht wurde. Patienten wurden 1:1 randomisiert auf Semaglutid 2,0 mg bzw. Semaglutid 1,0 mg. Eingeschlossen wurden erwachsene Patienten mit Typ 2 Diabetes, die eine unzureichende glykämische Kontrolle hatten (HbA_{1c}-Einschlussbereich in der Studie) und mit stabiler antidiabetischer Therapie (inkl. Metformin erlaubt) behandelt wurden; der mittlere Ausgangs-HbA_{1c} lag im Studienkollektiv bei 8,9 %. Ziel der Studie war, die Überlegenheit von Semaglutid 2,0 mg gegenüber Semaglutid 1,0 mg bezüglich HbA_{1c}-Senkung nach 40 Wochen zu prüfen sowie Sicherheits- und Verträglichkeitsprofile zu vergleichen. Der primäre Endpunkt war die Veränderung des HbA_{1c} gegenüber Baseline nach 40 Wochen. Zu den vordefinierten sekundären Endpunkten zählten die Veränderung des Körpergewichts gegenüber Baseline, der Anteil der Patienten, die bestimmte HbA_{1c}-Ziele (z. B. < 7,0 %) erreichten, sowie Sicherheits- und Verträglichkeitsparameter (einschließlich gastrointestinaler Nebenwirkungen und schwerwiegender unerwünschter Ereignisse). Bei Semaglutid 2,0 mg zeigte sich für den HbA_{1c}-Wert eine mittlere Senkung von – 2,2 % und eine mittlere Gewichtsreduktion von – 6,9 kg. 3. Fachinformation Ozempic®, aktueller Stand. 4. Tan X et al. Diabetes Obes Metab. 2026 Jan 8. doi: 10.1111/dom.70440. **Einzelheiten zur Studie:** REACH war eine retrospektive Kohortenstudie, bei der mittels Daten aus



der Medicare FFS-Datenbank (USA) die kardiovaskuläre Risikoreduktion durch Semaglutid und Dulaglutid bei Menschen mit Typ 2 Diabetes und atherosklerotischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ASCVD) untersucht wurde. Dafür wurden Daten von mehr als 75.000 gematchten Patient:innen und Patienten im Alter von ≥ 18 Jahren (Durchschnittsalter: 68,2 Jahre für Semaglutid und 69,3 Jahre für Dulaglutid) mit Typ 2 Diabetes und ASCVD hinsichtlich kardiovaskulärer Endpunkte miteinander verglichen, die zwischen Januar 2018 und März 2024 eine Behandlung mit Semaglutid oder Dulaglutid begonnen hatten. Primärer kombinierter Endpunkt war das erste Auftreten von kardiovaskulärem Tod, Schlaganfall und Myokardinfarkt (3-Punkte-MACE). 5. Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen bei erwachsenen Patient:innen mit Typ 2 Diabetes und manifester 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

Arzt mit Haltung und Herz

Hellmut-Otto-Medaille für Professor Dr. med. Thomas Haak

BAD MERGENTHEIM. Über vierzig Jahre lang hat sich Professor Dr. THOMAS HAAK um Klinik, Wissenschaft und Patientenkommunikation in der Diabetologie verdient gemacht – und ist nach wie vor aktiv. Für sein Lebenswerk wurde Prof. Haak von der Deutschen Diabetes Gesellschaft mit der Hellmut-Otto-Medaille geehrt.

Wie viele Menschen mit Diabetes mellitus er im Laufe seiner beruflichen Laufbahn begleitet hat, weiß er nicht ganz genau. Es waren aber sicher mehr als 100.000, so seine Vermutung. Fakt ist, dass sich Prof. Haak seit mehr als vier Jahrzehnten unermüdlich, mit großem menschlichem Engagement und hohem Fachwissen dafür einsetzt, Menschen mit Diabetes mit Unterstützung kompetenter Fachkräfte Lebensfreude und Lebensqualität wiederzugeben. Dass dies erstaunlich gut gelingen konnte, hat ihn stets aufs Neue fasziniert. „Ich habe mich immer gefühlt wie ein Dirigent, der stolz darauf war, dass er die besten Musiker im Orchester hat“, konstatiert Prof. Haak in aller Bescheidenheit mit Rückblick auf sein Lebenswerk.

Prof. Haak, ehemaliger Chefarzt des Diabetes Zentrums Mergentheim und Mitgründer von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe, hat jedoch nicht nur unzählige Menschen mit Diabetes mellitus begleitet und ihre Versorgung entscheidend mitgestaltet, sondern die Diabetologie sowie die stationäre Versorgung in spezialisierten Einrichtungen wie der Diabetesfachklinik Bad Mergentheim nachhaltig geprägt – wissenschaftlich, klinisch und menschlich. Für sein Engagement verlieh ihm die DDG nun während des Diabetes Kongresses 2026 die Hellmut-Otto-Medaille.

Das Ziel: gemeinsam passende Lösungen finden

Prof. Haaks beruflicher Alltag war geprägt vom Leitsatz, laienverständlich, praxisnah und modern zu sein, ohne den Blick für die Lebensrealität von Menschen mit Diabetes zu verlieren. Wichtig war ihm dabei stets die enge Zusammenarbeit mit Patient*innen, Arzt*innen, Diabetesberater*innen, Wissenschaftler*innen und Organi-

sationen in der Diabetologie, um gemeinsam passende Lösungen zu finden und Prävention und Behandlung so zu optimieren.

„Ich liebe die Gespräche mit den Patienten und Patientinnen und den Team-Spirit, ohne den es in der Diabetologie nicht geht“, so der 67-Jährige. „Wir Behandler sind Spezialisten auf dem Gebiet des Diabetes, aber Menschen mit Diabetes sind Spezialisten auf dem Gebiet ihres Lebens. Nur im Team werden wir Therapien gestalten, die funktionieren.“ Der gebürtige Wiesbadener studierte Humanmedizin an der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität in Frankfurt am Main. Es folgten die Facharztausbildung für Innere Medizin sowie die Weiterbildung als Diabetologe DDG und Endokrinologe. Nach Erhalt seiner Habilitation arbeitete Prof. Haak vier Jahre lang als Oberarzt am Diabetes-Schulungszentrum und der Diabetes-Fußambulanz des Universitätsklinikums Frankfurt, bevor er im

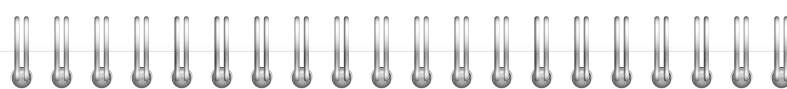
März 2000 Chefarzt an der Diabetes Klinik am Diabetes Zentrum Mergentheim wurde – und es bis 2025 blieb. Im Oktober 2001 erhielt er in Frankfurt eine Professur im Fach Innere Medizin. Sieben Jahre später gründete er diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe mit und prägt nach wie vor als ehrenamtliches Vorstandsmitglied und Finanzvorstand die Entwicklung der gemeinnützigen Gesundheitsorganisation. Auch im Vorstand der DDG brachte sich Prof. Haak aktiv ein, darunter zwei Jahre lang als Präsident

»Nur im Team werden wir Therapien gestalten, die funktionieren«



Professor Dr. Thomas Haak, ausgezeichnet mit der Hellmut-Otto-Medaille 2026, mit Laudator Univ.-Professor Dr. Jochen Seufert (l.) und Kongresspräsidentin Professorin Dr. Barbara Ludwig.

Foto: DDG/Dirk Deckbar



Mehr über und von Professor Thomas Haak

Zweimal war Prof. Haak schon in O-Ton Diabetologie zu Gast. Gesprochen hat er über Sexualstörungen (Folge 46) und die Aufgaben einer Diabetesklinik (Folge 39). Auch im Diabetes-Anker-Podcast ist Prof. Haak – nach wie vor Diabetes-Anker-Chefredakteur – zu hören (Folge zum Doppel-Diabetes). Erreichbar sind diese Folgen auf medical-tribune.de, diabetologie-online.de, diabetes-anker.de/podcast und den gängigen Podcast-Plattformen. Mehr Interessantes über Prof. Haaks Werdegang, seine Philosophie und sein großes Engagement lesen Sie hier:

ddg.info/diabetes-zeitung/ddg-05/2025/
ich-habe-den-staffelstab-uebergeben



»Beteiligt an der Entstehung vieler Leitlinien«

der Fachgesellschaft, später auch als Präsident des Diabetes Kongresses und der Diabetes Herbsttagung. An der Entstehung vieler evidenzbasierter Leitlinien war und ist er beteiligt.

Im Ruhestand – aber sein Fachwissen ist weiterhin gefragt

In Bad Mergentheim setzte sich Prof. Haak für multiprofessionelle, evidenzbasierte und individuelle Therapieansätze ein, mit einem besonderen Augenmerk auf Schulung, Alltags-tauglichkeit und psychosoziale Aspekte. Unter seiner Führung entwickelte sich die Fachklinik zu einer der größten und renommiertesten Einrichtungen für Diabetes in Deutschland. Jährlich werden hier rund 4.300 Menschen behandelt. Die angeschlossene Forschungseinrichtung der Diabetes-Akademie Bad Mergentheim (FI-DAM) entwickelte unter Prof. Haaks Mitwirkung zertifizierte Schulungsprogramme wie MEDIAS2, PRIMAS und HyPOS, die bundesweit zum Einsatz kommen.

Prof. Haak moderiert zudem Podcast-Folgen, Erklärvideos und Formate wie „Weltdiabetestag – Das Magazin“, war und ist gefragter Interviewpartner, medizinischer Ratgeber bei Kooperationsprojekten und übernahm bei Benefizspielen sogar die Rolle des Mannschaftsarztes des FC Diabetologie. Mitte 2025 übergab er in Bad Mergentheim den Staffelstab an seinen Nachfolger. Ganz zurückgezogen hat er sich nach seinem Eintritt in den Ruhestand allerdings nicht. Noch immer ist der 67-Jährige als Moderator, Gestalter und Mutmacher in der Diabetologie aktiv und stellt Organisationen und Einrichtungen sein Fachwissen zur Verfügung, unter anderem als Experte für die Prävention metabolischer Erkrankungen an der Hufeland Klinik Bad Mergentheim. *Petra Spielberg*

Diabetes auf dem roten Teppich

15. Diabetes-Charity-Gala am 16. Oktober: offen für alle und erstmals freitags



BERLIN. Während früher die Gala nur für einen exklusiven Kreis geladener Gäste zugänglich war, öffnet die Diabetes-Charity-Gala am 16. Oktober 2026 in Berlin erneut ihre Tore für alle Interessierten.

Der Schwerpunkt der Gala bleibt weiterhin, das Thema Diabetes in den Fokus der Öffentlichkeit zu rücken und Spenden für zwei karitative Projekte einzusammeln“, erzählt NICOLE MATTIG-FABIAN, Geschäfts-

Wichtiges zur Gala 2026

- **Wann?** 16. Oktober, 19 Uhr
- **Wo?** Bar jeder Vernunft, Schaperstraße 24, 10719 Berlin

Weitere Informationen und Tickets:

diabetes-gala.de



führerin von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe. Die Spendenprojekte in diesem Jahr sind:

- das Projekt „DiaConnect – gemeinsam statt einsam“: Ziel ist es, die psychosoziale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes und ihren Familien zu stabilisieren.
- die Kampagne „#SagEsLaut #SagEsSolidarisch“, bei der über das ganze Jahr verteilt Menschen aller Diabetes-Typen Sichtbarkeit gegeben wird und die deutlich macht, dass immer mehr Menschen mit Diabetes füreinander eintreten, für

eine bessere diabetologische Versorgung kämpfen und gemeinsam gegen Stigmatisierung laut werden.

Feierliche Verleihung des Fuchsberger-Preises

Einige Prominente haben bereits ihr Kommen zugesagt, darunter Schauspielerin JANINE KUNZE, Moderatorin ANKE HARNACK und Moderator JÖRG DRAEGER, Reality-Star HUBERT FELLA und Skeleton-Olympionikin ANNA FERNSTÄDT. Aus

der Influencerszene haben sich u. a. CONNY DOLL, LYN KÜNSTNER, LINA PATTI (alle Typ-1-Diabetes) und DANIEL LENSING (Typ-2-Diabetes) angekündigt. Als Music-Act konnte GEORG STENGEL („Ich steh auf!“) gewonnen werden.

Höhepunkte des Abends sind die feierliche Verleihung des Thomas-Fuchsberger-Preises und die Übergabe der Schecks für die Spendenprojekte „DiaConnect“ und #SagEsLaut #SagEsSolidarisch. *diabetesDE/Red.*

Ein Streifzug durch die Leitlinien

Endokrinologie: Neues zur Schilddrüse, zu PA und Osteoporose

WIESBADEN. Ein Blick in aktuelle Leitlinien zeigt, was sich tut bei der Behandlung der Hypothyreose und des Schilddrüsenkarzinoms. Außerdem: Wie ist der Stand beim primären Hyperaldosteronismus (PA) und der glukokortikoidinduzierten Osteoporose?

In den Leitlinien der European Thyroid Association (ETA) 2025 sieht Professor Dr. MATTHIAS M. WEBER, Universitätsmedizin Mainz, eine Hilfestellung für eine „optimierte und personalisierte“ Natrium-Levothyroxin (LT4)-Substitution bei Hypothyreose, v. a. in Bezug „auf mögliche Interferenzen mit Nahrungsmitteln, Medikamenten und Begleiterkrankungen sowie für einen möglichen Einsatz von flüssigen oder Weichkapsel-Formulierungen bei Risikogruppen“. Insgesamt ergebe sich aber „nicht viel Neues“, dabei wäre es nicht nur für Kinder, sondern auch für Menschen im höheren Lebensalter wichtig, altersspezifische Referenzbereiche für TSH-Werte zu etablieren, betonte Prof. Weber. Bemerkenswert „und aus klinischer Sicht hilfreich“ findet er das klare Statement, das die DEGAM bereits 2023 in ihrer S2k-Leitlinie zu erhöhten TSH-Werten in der Hausarztpraxis abgegeben hatte: Als erhöht sollten TSH-Werte erst bei Konzentrationen von $> 5,0 \text{ mU/l}$ (70–80 Jahre) bzw. von $> 6,0 \text{ mU/l}$ (> 80 Jahre) angesehen werden. Dies würde helfen, „eine Übertherapie insbesondere von subklinischen Hypothyreosen im Alter zu vermeiden.“

Um Konsens gerungen: Leitlinie Schilddrüsenkarzinom

Als „ein großes und wichtiges Thema“ beschrieb Prof. Weber das Erscheinen der ersten deutschen S3-Leitlinie zum Schilddrüsenkarzinom, die 2025 nach siebenjährigem Entwicklungsprozess unter Beteiligung von 24 Fachgesellschaften publiziert wurde. Diese Leitlinie stelle trotz unterschiedlicher Sichtweisen der Beteiligten bei oft nur schwacher Evidenzlage „einen ersten und wichtigen Schritt dar“, die Versorgung von Schilddrüsenknoten/-krebs zu modernisieren und an internationale Standards anzunähern, „ohne die spezifischen deutschen Errungenschaften und Besonderheiten zu vernachlässigen“. Anders als international werde darin empfohlen, im Rahmen einer geplanten Dignitätseinschätzung

von Schilddrüsenknoten $\geq 1 \text{ cm}$ bei Erwachsenen unabhängig vom TSH-Wert eine Schilddrüsenzintigraphie durchzuführen. Dieser nuklearmedizinische Anspruch stehe jedoch in Diskrepanz zur Realität, denn eine punktionszytologische Abklärung erfolge selten bis nie, da zu aufwendig und schlecht vergütet.

Der primäre Hyperaldosteronismus (PA) stellt die häufigste sekundäre endokrine Ursache der arteriellen Hypertonie dar und tritt mit einer

»Szintigraphie nicht realistisch«

Prävalenz von 15 % bei Typ-2-Diabetes auf, so Prof. Weber. Die neue Leitlinie der Endocrine Society setze wichtige Impulse für eine noch konsequentere Diagnostik und medikamentöse Therapie. Da prospektive Daten zur Effektivität und Praktikabilität eines flä-

chendeckenden Screenings fehlen, hält der Endokrinologe es für eine sinnvolle Strategie, sich auf Hochrisikokonstellationen zu konzentrieren, außerdem auf Betroffene mit einer kurativen Perspektive sowie jüngere Personen mit neu diagnostiziertem Bluthochdruck, bei denen eine Testung ohne interferierende Medikamente am Anfang stehen könnte. Der wichtigste Beitrag der Leitlinie sei die klare Empfehlung zu einer großzügigen Indikationsstellung für eine Behandlung mit Mine-



In den Hypothyreose-LL steht „nicht viel Neues“. Foto: Crystal light – stock.adobe.com

ralokortikoidrezeptor-Antagonisten (MRA).
Dr. Karin Kreuel
Diabetes Update 2026

omnipod
5
automated insulin
delivery system

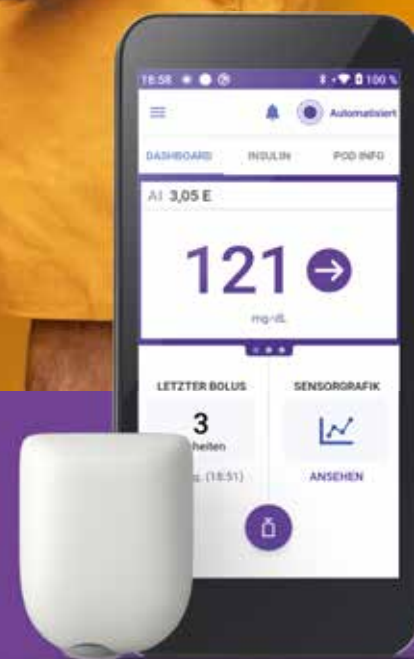
EIN HOCH AUF STARKE KLINISCHE ERGEBNISSE¹

80%
TIR

**ZEIT IM
ZIELBEREICH***



Jetzt mehr
erfahren



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

*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, $\geq 75\%$ 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.

©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

Glukokortikoidinduzierte Osteoporose

Etwa 1 bis 2 % der Allgemeinbevölkerung nimmt Glukokortikoide ein. Bereits bei Therapiebeginn sollte das Problem einer möglichen glukokortikoidinduzierten Osteoporose mitgedacht und bei entsprechendem Risiko eine spezifische Therapie eingeleitet werden – die European Calcified Tissue Society (ECTS) hat Ende 2024 evidenzbasierte Empfehlungen zur Prävention und Behandlung publiziert, die „eine klare und praxisnahe Orientierung bieten“ und sich weitgehend mit den Empfehlungen des Dachverbandes Osteologie (DVO) decken.

Künstliche Intelligenz im Praxistest

Diabetische Retinopathie: Wie hilfreich sind Screening-Algorithmen im Alltag?

GREIFSWALD. Etwa 35 % der Menschen mit Diabetes mellitus entwickeln eine diabetische Retinopathie (DR). Bei etwa einem Drittel von ihnen besteht dadurch ein erhöhtes Risiko, die Sehfähigkeit zu verlieren. Deshalb muss der Augenhintergrund regelmäßig untersucht werden. Künstliche Intelligenz (KI) kann dabei helfen. Allerdings schneiden entsprechende Algorithmen in der Praxis deutlich schlechter ab als unter kontrollierten Studienbedingungen.

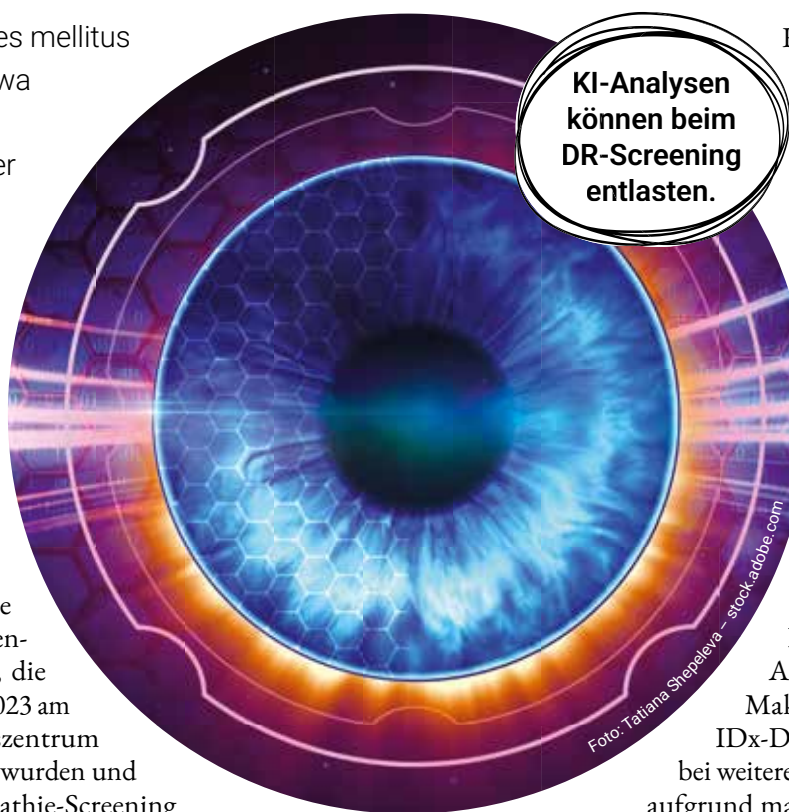
Ein Forschungsteam um Dr. BRODER POSCHKAMP von der Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde der Universitätsmedizin Greifswald untersuchte, wie zwei kommerzielle KI-Programme im Alltagstest abschneiden: das Screeningtool IDx-DR (Digital Diagnostics Inc., Coralville, USA) und der Thirona-RetCAD-Algorithmus (Thirona Retina, Nijmegen, Niederlande, mittlerweile vertrieben durch iCare). Beide Programme werten Bilder des Augenhintergrunds aus, die zuvor mit einer Funduskamera aufgenommen wurden, und beurteilen das Ausmaß der DR-typischen Veränderungen (siehe Tabelle). Die Pupillen müssen dafür nicht medikamentös geweitet werden.

Analyse mit IDx-DR- und RetCAD-Software

Viele Studien zum KI-basierten DR-Screening nutzten bislang qualitativ hochwertige Bilddatensätze, berichtet Dr. Poschkamp. Die klinische Praxis sieht allerdings meist anders aus: Nicht selten lassen sich gar keine Fundusbilder gewinnen, und viele sind von mangelhafter Qualität. Das Forschungsteam untersuchte, ob die

beiden Algorithmen die Arbeit in Diabeteszentren trotzdem erleichtern. Grundlage waren die Daten von 1.716 Menschen mit Diabetes, die zwischen 2020 und 2023 am Herz- und Diabeteszentrum Karlsburg behandelt wurden und sich einem Retinopathie-Screening unterzogen. Zunächst wurden bei allen Patient*innen mit einer Retinakamera Aufnahmen des Augenhintergrunds gemacht – ohne medikamentöse Pupillenerweiterung. Diese Aufnahmen bildeten die Grundlage

für die anschließende IDx-DR- und RetCAD-Analyse. Außerdem wurden alle Teilnehmenden augenärztlich untersucht: Eine augenärztliche Fundoskopie in Mydriasis diente als



Referenzstandard. Sechs Ophthalmolog*innen mit fünf bis 31 Jahren Berufserfahrung stuften dabei das DR-Stadium anhand der ETDRS-Klassifikation ein.

Bei 133 Teilnehmenden (7,8%) reichte die Bildqualität nicht für eine Analyse, in 98 Fällen gelang die Bildgebung mittels Funduskamera gar nicht, bei weiteren 35 Personen fehlten für die IDx-DR-Analyse notwendige Aufnahmen (je zwei von Makula und Sehnerv). Die IDx-DR-Software verweigerte bei weiteren 438 Personen (25,5%) aufgrund mangelhafter Qualität die Bildanalyse. Insgesamt qualifizierten sich daher nur 1.145 Personen (66,7%) für die IDx-DR-Analyse. Der RetCAD-Algorithmus wertete dagegen 1.618 Bilddatensätze (94,3%) aus. 134 Augen von 120 Personen (7%) klassifizierte die Software zwar wegen Qualitätsmängeln als nicht analysierbar, vergab aber dennoch einen DR-Score.

Bei den analysierbaren Aufnahmen erkannte der IDx-DR-Score „mehr als leichte DR“ mit einer Sensitivität von 90,2%, „schwere DR“ mit 93,6%. Die Spezifität für die Unterscheidung zwischen „keiner“ und „leichter DR“ lag bei 83%. Beim RetCAD-Algorithmus lagen die Sensitivitäten bei 70,4 beziehungsweise 62,9%, die Spezifität bei 93,9%.

»Die Bildqualität muss für eine Analyse stimmen«

Die Forschenden passten den RetCAD-DR-Score anschließend an ihre eigene Screening-Population an (Greifswald-Modifikation), da sich ein optimaler Schwellenwert laut der Studie von Population zu Population unterscheiden kann. Um die Sensitivität für mäßige und schwere DR zu maximieren, empfehlen sie einen Überweisungsschwellenwert von >0,1 Punkten. Bei „mehr als leichter DR“ erreichte der modifizierte Algorithmus eine Sensitivität von 93,6% bei den analysierbaren Aufnahmen und 79,9% im Gesamtkollektiv.

Untersuchungsbedarf trotzdem reduziert

Die größte Herausforderung beim DR-Screening im Klinikalltag ist es, ohne pharmakologische Pupillenerweiterung qualitativ hochwertige Aufnahmen des Augenhintergrunds zu gewinnen, betonen die Forschenden. Dennoch können KI-basierte Analyseprogramme Augenärzt*innen beim DR-Screening entlasten. Im Studienkollektiv sank der ophthalmologische Untersuchungsbedarf durch die IDx-DR-Software um 47,6%, durch die RetCAD-Software um 78,5% und durch die RetCAD-Greifswald-Modifikation um 55,4%.

Dr. med. Judith Lorenz

Poschkamp B et al. Acta Ophthalmol 2026; 104 (3): 323-332; doi: 10.1111/aos.17591

Befunde der Screeningsoftware auf diabetische Retinopathie (DR)

IDx-DR	RetCAD
	kontinuierlicher DR-Score zwischen 0 und 5
nicht analysierbar	0 bis 1: keine DR
keine DR	1 bis 2: leichte DR
leichte DR	2 bis 3: mäßige DR
mäßige DR	3 bis 4: schwere DR
schwere DR	4 bis 5: proliferative DR

Sechs Mal Carb in einem Shot

Die schnelle und langanhaltende Lösung steckt in einer kleinen Flasche

LEMGO. Hinter der SugrSugr GmbH stehen die Gründer Bastian „Basti“ Niemeier, Ivo Rettig und Constantin „Consti“ Engelbrecht. Für ihren CarbShot, eine flüssige Kohlenhydrat-Kombination gegen Unterzuckerung, erhielten die drei beim Startup Village des Diabetes Kongresses 2026 von allen Juror*innen den Daumen hoch.

Was steckt in eurem CarbShot und wie entstand die Idee dazu?

Bastian Niemeier: Ivo, Consti und ich haben uns 2023 über gemeinsame Kontakte in der Diabetes-Community kennengelernt und unabhängig voneinander den Bedarf nach einer schnellen und länger anhaltenden Energiezufuhr gesehen. Die Saftpackung ist sicher bei Unterzuckerung eine schnelle Lösung, aber sie passt nicht wirklich gut in die Hosentasche, und Traubenzucker und Lollis hat man vielleicht auch irgendwann satt. Da kam uns die Idee, die schnelle Hilfe in eine flüssige, kompakte Form

zu packen. Entwickelt haben wir einen Kohlenhydrat-Shot, den man überall leicht mitnehmen kann. Ich zum Beispiel packe beim Fußballspielen die etwa fingergroßen Fläschchen neben meine Schienbeinschoner. 30 ml passen in ein Fläschchen. Darin sind neben Wasser 20 g verschiedene flüssige Kohlenhydrate mit unterschiedlichem glykämischem Index, so dass sowohl eine schnelle als auch eine längere Zufuhr gewährleistet wird. Es war uns sehr wichtig, dass der Blutzucker nicht so schnell wieder abfällt.

Wie kam es zu dem Mix?

Niemeier: Durch den Kontakt zu Nahrungsergänzungsexperten und einem Hersteller, mit dem wir heute auch produzieren. Über verschiedene

Runden hinweg haben wir die Kombination getestet, auch mit Freunden und Bekannten. Alle Tester hatten Diabetes und wir konnten an ihren Messergebnissen sehen, wie sich die Glukosewerte verändern. Über eine Umfrage haben wir strukturiert nachgefragt. Das Feedback war und ist sehr positiv. Es gibt Eltern, für die ist der CarbShot ein Gamechanger in der Nacht: Die Kids bekommen die Flüssigkeit super schnell und gut runter, ein oder zwei Schlucke reichen manchmal schon und die Kinder müssen nicht lange aus dem Schlaf gerissen werden.

Wie sieht die Bilanz heute aus?

Niemeier: Mittlerweile sind wir mit dem Verkauf zufrieden. Der CarbShot ist seit ein paar Wochen auch bei diabetiker-bedarf.de und Diashop.de gelistet. Geschmacklich haben wir uns auf den Fruchtbereich

konzentriert. Der Shot ist süß, weil er sechs Zuckerarten beinhaltet, aber ich würde behaupten, dass wir noch einen angenehmen Geschmack hinkommen haben. Wichtig ist: Unser CarbShot ist kein Arzneimittel, das

konkret für die Anwendung bei einer Hypoglykämie zugelassen wurde, sondern ein Nahrungsergänzungsmittel. Wir brauchten also keine Arzneimittelzulassung und somit auch keine entsprechenden Studien.

Was kostet der Shot?

Niemeier: Wir haben verschiedene Packungsgrößen im Angebot mit ca. 2,50 Euro pro Shot.

Inzwischen habt ihr einen weiteren Preis gewonnen ...

Niemeier: Stimmt. An der Technischen Hochschule Ostwestfalen-Lippe haben wir beim Pitch-Wettbewerb des „Tomorrow Eats“-Festivals den zweiten Preis gewonnen. Übrigens: Diabetes-Einrichtungen und andere Interessenten aus dem Medizinbereich können sich kostenlos für ein Probierpaket anmelden. Wir sind für weitere Nutzererfahrungen dankbar.

Interview: Cornelia Kolbeck



Ein kostenloses Probierpaket gibt es unter sugrsugr.de/pages/fachpersonal.

Foto: SugrSugr

»30 Milliliter mit Fruchtgeschmack«

Dr. Frank Demtröder

1957 – 2026

Nach seinem Studium der Humanmedizin, anfangs auch der Theologie, in Münster absolvierte er seine Facharztausbildung am Klinikum Dortmund bei Professor Dr. med. Torsten-Udo Hausamen. Nach dem Erwerb der Zusatzqualifikation Endokrinologie und Diabetologie am Allgemeinkrankenhaus in Hagen bei Professor Dr. med. Johann Peter Nordmeyer etablierte Dr. Demtröder am Klinikum Dortmund den Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie. Zur Ergänzung der stationären Patientenversorgung gründete er 2007 zusammen mit dem MVZ Dr. Eberhard & Partner (ÜBAG) das heutige Zentrum für Endokrinologie, Diabetologie, Osteologie und Rheumatologie im Hansakontor und Klinikum Dortmund. Bis zu seinem Tod leitete er das Zentrum mit dem modernen Ansatz einer umfassenden Patientenversorgung durch konsequente sektorübergreifende Kooperation zwischen Krankenhaus und niedergelassenem Bereich.

Neben seiner ärztlichen Tätigkeit am Klinikum und im MVZ nahm

Dr. Demtröder seine Verantwortung für die nachfolgende Generation u. a. als Lehrbeauftragter der Medizinischen Universität Witten-Herdecke wahr, durch die Ausbildung von PJ-Studentinnen und -Studenten der Medizinischen Fakultät Münster sowie bei der Weiterbildung und Zusatzqualifikation von Internistinnen und Internisten im Bereich Endokrinologie und Diabetologie. Außerdem engagierte er sich als Vorstand der Deutschen Rheumaliga NRW und in zahlreichen Fachgesellschaften/Ausschüssen als Gutachter oder Fachbeirat der Deutschen Diabetes-Hilfe in NRW.

Ganzheitliche Sicht auf den Menschen

In der täglichen Arbeit als Mediziner galt Dr. Demtröders besonderes Augenmerk der wirksamen Unterstützung von Patientinnen und Patienten. Schon in seiner Assistenzarztzeit in den 1980er-Jahren führte er Schulungen für Menschen mit Diabetes durch. Sowohl in der Klinik als auch in der Praxis wurden so strukturierte Schulungen für Betroffene mit Diabetes mellitus zum integralen Bestandteil der Betreuung. Er zählte zu den ersten Medizern, die die Notwendigkeit der Schulung von Patientinnen und Patienten als essenziell für das bessere Verständnis der Erkrankung und mithin die erfolgreiche Therapie erkannten. Er wollte Diabetes-, Rheuma- oder



Dr. med.
Frank
Demtröder

Foto: privat

Osteoporose-Erkrankten Möglichkeiten aufzeigen, die eigene Krankheit besser zu verstehen, selbst zu managen und sich damit Freiräume für das Leben zurückzuerobieren. Die ganzheitliche Sicht auf den Menschen, getrieben von seiner doppelten Perspektive als Patient und Behandler, war auch Motivation zum Engagement in der Deutschen Diabetes-Hilfe als langjähriges Mitglied im Fachbeirat im Landesverband Nordrhein-Westfalen. Darüber hinaus setzte er sich beispielsweise ein für Selbsthilfegruppen im Bereich der Diabetologie und Rheumatologie und gründete seinerseits in Dortmund die Selbsthilfegruppe „SPHYNX“ für Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen der Nebenniere und Hypophyse. Aufgrund seiner doppelten Sichtweise als Arzt und zugleich als lebenslanger Patient, der ab dem 40. Lebensjahr auf einen Rollstuhl angewiesen war, konnte er die Perspektive der Betroffenen in Bezug auf die Behandlung in die Entwicklung von Therapieprogrammen und Leitlinien einbringen.

Neben den unverzichtbaren Aufgaben einer beständig wachsenden medizinischen Praxis ist das Zentrum von Dr. Demtröder mit den großzügigen Räumlichkeiten des MVZ zu einem Ort geworden, an dem Patientinnen und Patienten die Möglichkeit zum gegenseitigen Austausch und zum direkten Gespräch mit den Behandelnden auf Augenhöhe haben. Die persönlichen Erfahrungen der Patientinnen und Patienten mit ihren Erkrankungen prägen so die tägliche Arbeit des gesamten Teams der Praxis bis heute.

Neue Maßstäbe in der Patientenversorgung

Das von Dr. Demtröder gegründete Zentrum für Endokrinologie, Diabetologie, Osteologie und Rheumatologie hat durch die sektorübergreifende Kooperation zwischen dem MVZ Dr. Eberhard & Partner Dortmund (ÜBAG) und dem Klinikum Dortmund von Beginn an einen vorbildhaften Weg beschritten. Durch die intensive Zusammenarbeit des Zentrums mit Patientinnen und Patienten und deren Selbsthilfegruppen sind zudem neue Maßstäbe in der Patientenversorgung gesetzt worden. Darüber hinaus hat sich das Zentrum durch medizinische Fortbildungsveranstaltungen zu einem Ort des kollegialen Austauschs entwickelt. Diese, nach allen Seiten hin kooperative Form der ärztlichen Tätigkeit ist in ihrer Einzigartigkeit

noch immer ein Leuchtturm der medizinischen Versorgungslandschaft Deutschlands. Für die Endokrinologie und Diabetologie organisierte er 2008 und 2019 als Tagungspräsident die Jahrestagungen der Nordrhein-Westfälischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie in Dortmund. Neben der fachübergreifenden Themenausrichtung war bereits 2008 die Einbeziehung der Betroffenen in die Tagung ein Novum. Die Veranstaltungen für und mit Patientinnen und Patienten wurden in den Tagungsablauf integriert. Frank Demtröders Persönlichkeit war geprägt durch große Klugheit und weiten Horizont, durch außergewöhnliche Kraft, die selbst massive Grenzen überwinden konnte, durch ein weites Herz mit viel Platz für Humor und Tiefe. Nur eines konnte er nicht tolerieren: aus Trägheit oder Engstirnigkeit sich nicht dem Gegenüber zuzuwenden.

Er bleibt ein Vorbild an hoher fachlicher Kompetenz, persönlicher Zuwendung gegenüber Patientinnen und Patienten, aber auch durch sein immenses Arbeitspensum und seinen unerschütterlichen Optimismus. Er wird sehr fehlen.

*Dr. med. Matthias Böhme,
Zentrum für Endokrinologie,
Diabetologie, Osteologie
und Rheumatologie
Dr. Demtröder & Kollegen
im Hansakontor und
Klinikum Dortmund*

»Doppelte
Perspektive
eingebracht«

Drei Wochen mit der Chance auf positive Veränderung

Einige Reha-Einrichtungen der Deutschen Rentenversicherung sind DDG zertifiziert

BERLIN. Bei Menschen mit Diabetes mellitus kann eine medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung (DRV) dazu beitragen, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen. Deshalb sollte sie als Bestandteil des Gesamtbehandlungs- und -versorgungskonzepts gedacht werden.

Eine Rehabilitation kommt insbesondere bei instabiler Stoffwechselslage oder schwer beeinflussbaren Hyperglykämien trotz adäquater Behandlung infrage. Weitere Indikationen sind ein unzureichendes Diabetesmanagement mit Anwendungsfehlern oder Adhärenzproblemen, Unsicherheiten im Umgang mit neuer Diabetesteknik wie Insulinpumpen oder Glukosesensoren sowie berufliche Belastungen, die die Stoffwechseleinstellung verschlechtern oder zu einer erhöhten Selbst- oder Fremdgefährdung führen können. Auch somatische und

psychische Folge- oder Begleiterkrankungen können eine Rehabilitation erforderlich machen.

Die Therapie wird individuell geplant und gemeinsam mit den Rehabilitand*innen durch ein interdisziplinäres Team umgesetzt. Wichtige Bestandteile sind Bewegungs- und Ernährungstherapie, psychologische und soziale Unterstützung sowie strukturierte Schulungsprogramme. Die zeitweise Herauslösung aus dem Alltag ermöglicht es den Betroffenen,

sich auf die Krankheitsbewältigung und die Verbesserung ihres Diabetesmanagements zu konzentrieren; der Austausch mit anderen Betroffenen und eine geregelte Tagesstruktur unterstützen diesen Prozess zusätzlich.

Kontinuierliche ärztliche und fachdiabetologische Betreuung

Durch die kontinuierliche ärztliche und fachdiabetologische Betreuung können medikamentöse Therapien sowie technische Systeme wie Pumpen oder Sensoren unter engmaschigem Monitoring angepasst oder neu eingestellt werden. Ziel ist es, die Stoffwechseleinstellung zu verbessern, die Gesundheitskompetenz zu stärken und Folgekomplikationen vorzubeugen.

Den Kompass neu ausrichten – in der Reha.

Foto: frank peters – stock.adobe.com



Klinik finden, Antrag stellen, Informationen einholen

- Eine geeignete Klinik finden Betroffene im Internet unter meine-rehabilitation.de.
- Der Reha-Antrag kann über deutsche-rentenversicherung.de heruntergeladen oder unter eservice-drv.de direkt online gestellt werden. Erforderlich ist eine aktuelle medizinische Unterlage, beispielsweise ein ärztlicher Befundbericht, ein fachärztliches Gutachten oder ein Krankenhausbericht.
- Weitere Informationen bietet die kostenfreie Broschüre „Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft“ auf deutsche-rentenversicherung.de.

Eine Rehabilitation dauert in der Regel drei Wochen und erfolgt stationär oder ganztägig ambulant. In Deutschland gibt es mehrere von der DDG zertifizierte Reha-Einrichtungen mit diabetologischem Schwerpunkt, darunter fünf zertifizierte Diabetes Exzellenzzentren DDG und sieben zertifizierte

Diabeteszentren DDG für Menschen mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes, dabei drei Fachkliniken für Kinder und Jugendliche. Sie bieten eine leitliniengerechte, multidisziplinäre Versorgung mit Fokus auf Stoffwechselloptimierung und nachhaltiges Diabetesmanagement. *Dr. Beatrix Böllhoff, DRV*

Weniger Eiweiß im Urin dank Finerenon

Neue Daten zur Nephroprotektion bei Erwachsenen mit Autoimmundiabetes

GRONINGEN. Der nichtsteroidale Mineralokortikoid-Rezeptor-antagonist Finerenon senkt bei Menschen mit Typ-2-Diabetes und chronischer Nierenerkrankung (CKD) das Risiko für Nierenversagen und kardiovaskuläre Ereignisse. Die internationale Phase-3-Studie FINE-ONE zeigt nun: Auch bei Typ-1-Diabetes verringert der Wirkstoff die Albuminausscheidung im Urin deutlicher als Placebo. Ob sich daraus auch ein Schutz der Nierenfunktion selbst ableiten lässt, muss sich erst noch zeigen.

Die chronische Nierenerkrankung ist eine der wichtigsten mikrovaskulären Komplikationen bei Typ-1- wie bei Typ-2-Diabetes. Für Menschen mit Typ-2-Diabetes stehen mit SGLT2-Hemmern (SGLT2i) und GLP1-Rezeptoragonisten (GLP1-RA) bereits mehrere nephroprotektive Substanzen zur Verfügung. Bei Typ-1-Diabetes dagegen setzt die Behandlung der Nierenerkrankung seit Jahrzehnten fast ausschließlich auf Lebensstiländerungen sowie gute Blutzucker- und Blutdruckeinstellung, schreiben Professor HIDEO HEERSPINK vom University Medical Center Groningen und sein Team. Allerdings begünstigt bei beiden Diabetestypen eine Überaktivierung des renalen Mineralokortikoidrezeptors die Entstehung und das Fortschreiten der Niereninsuffizienz. Finerenon wird bereits erfolgreich bei Typ-2-Diabetes zur Nephroprotektion eingesetzt. Daher untersuchte ein internationales Forschungsteam um Prof. Heerspink nun, ob der Wirkstoff auch bei Typ-1-Diabetes die Niere schützt.

An der internationalen FINE-ONE-Studie nahmen zwischen 2024 und 2025 Zentren in neun Ländern teil. Eingeschlossen wurden 242 Erwachsene mit Typ-1-Diabetes, chronischer

Nierenerkrankung (geschätzte glomeruläre Filtrationsrate zwischen 25 und unter 90 ml/min/1,73 m² Körperoberfläche) und Albuminurie (Albumin-Kreatinin-Quotient im Urin zwischen 200 und unter 5.000). Alle Teilnehmenden erhielten zusätzlich einen ACE-Hemmer oder einen Angiotensin-Rezeptorblocker. Nach Randomisierung nahmen 120 Personen über sechs Monate täglich Finerenon ein, 122 ein Placebo. Primärer Endpunkt war die relative Veränderung des Albumin-Kreatinin-Quotienten im Urin nach der sechsmonatigen, doppelt verblindeten Behandlungsphase.

Albumin-Kreatinin-Quotient sinkt unter Finerenon deutlich

In die Auswertung zum primären Endpunkt flossen die Daten von 233 Studienteilnehmenden ein. Im Finerenon-Arm sank der Albumin-Kreatinin-Quotient im Modell um 34 % (Median zu Studienbeginn: 574,6; nach sechs Monaten: 373,5), im Placebo-Arm um 12 % (Median: 506,4 auf 475,6). Der Unterschied war statistisch signifikant (Geometric Mean Ratio Finerenon vs. Placebo 0,75; 95%-KI 0,65–0,87; p < 0,001). Die Sicherheitsanalyse ergab ein ähnli-

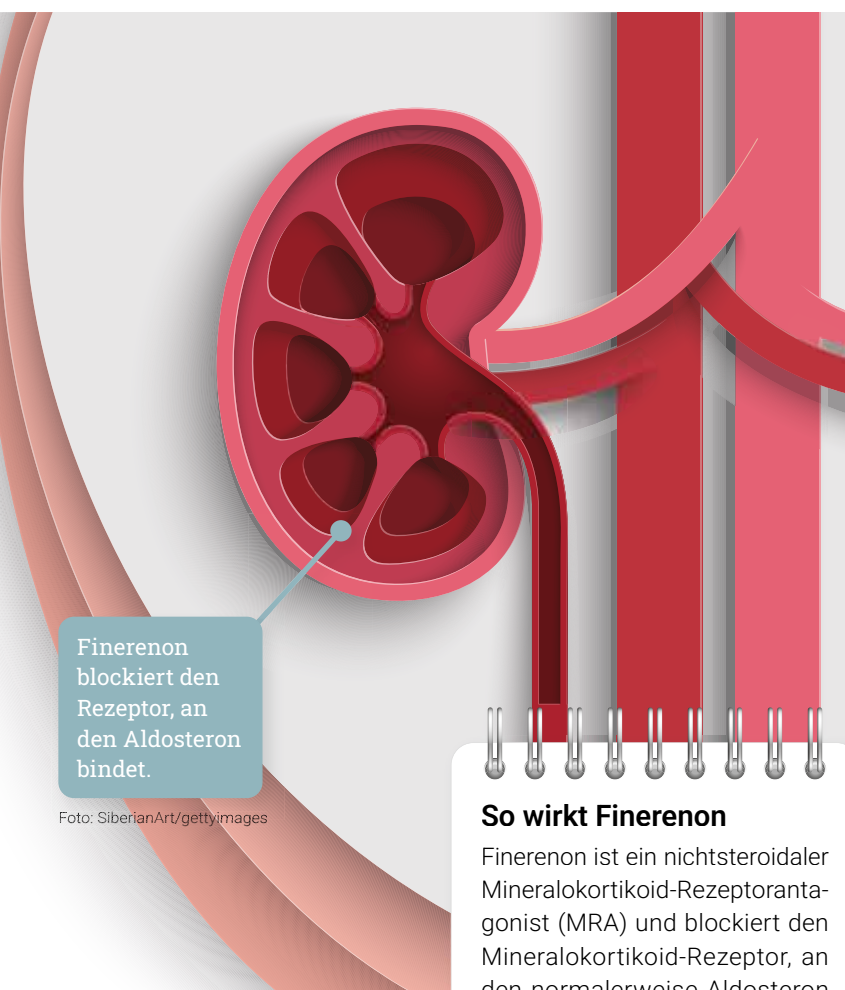


Foto: SiberianArt/gettyimages

ches Nebenwirkungsprofil in beiden Gruppen: Unerwünschte Ereignisse traten bei rund 47 % unter Finerenon und bei 49 % unter Placebo auf, schwerwiegende Ereignisse bei 11,8 % gegenüber 11,5 %. Häufigste Nebenwirkung war die Hyperkaliämie, von der zwölf Teilnehmende (10,1 %) im Finerenon-Arm und vier (3,3 %) im Placebo-Arm betroffen waren. Zwei Teilnehmende (1,7 %) im Finerenon-Arm brachen die Behandlung deswegen ab. Weiterhin beobachteten die Forschenden, dass die eGFR unter Finerenon binnen sechs Monaten stärker abnahm als unter Placebo (–5,6 gegenüber –2,7 ml/min/1,73 m²). Nach Absetzen des Medikaments näherte

»Günstiges Nutzen-Risiko-Profil«

sich der Wert innerhalb von 30 Tagen allerdings wieder dem Ausgangsniveau an. Die Studienautoren werten dies als hämodynamischen, reversiblen Effekt, wie er auch von anderen nierenprotektiven Substanzen bekannt ist. Blutdruck, HbA_{1c} und Körpergewicht veränderten sich in beiden Gruppen über sechs Monate nur geringfügig.

Einordnung der Ergebnisse und offene Fragen

Finerenon hat nach Einschätzung Prof. Heerspinks ein günstiges Nutzen-Risiko-Profil bei Menschen mit Typ-1-Diabetes und chronischer Nierenerkrankung. Die unter der Behandlung beobachtete akute Abnahme der Filtrationsleistung müsse jedoch in größeren, länger laufenden Studien weiter untersucht werden. FINE-ONE war mit sechs Monaten Behandlungsdauer und einem Surrogatparameter als Endpunkt nicht darauf ausgelegt, Effekte auf die eGFR oder harte klinische Endpunkte wie Nierenversagen oder kardiovaskuläre Ereignisse zu belegen. Auch die Übertragbarkeit der Ergebnisse ist begrenzt: Rund zwei Drittel der Teilnehmenden waren Männer.

Offen ist zudem, ob Menschen mit Typ-1-Diabetes auch von anderen bei Typ-2-Diabetes etablierten Wirkstoffklassen profitieren. Eine laufende Studie (NCT06217302) prüft derzeit Wirksamkeit und Sicherheit von SGLT2-Hemmern bei Typ-1-Diabetes und chronischer Nierenerkrankung.

Dr. med. Judith Lorenz

Heerspink HJL et al. N Engl J Med 2026; 394 (10): 947-957; doi: 10.1056/NEJMoa2512854

So wirkt Finerenon

Finerenon ist ein nichtsteroidaler Mineralokortikoid-Rezeptorantagonist (MRA) und blockiert den Mineralokortikoid-Rezeptor, an den normalerweise Aldosteron bindet. Aldosteron wiederum fördert u. a. Entzündung, Fibrose und schädliche Effekte an Niere und Herz-Kreislauf-System. Durch die Blockade des Rezeptors kann Finerenon diese Prozesse abschwächen.

Vor allem bei Menschen mit chronischer Nierenerkrankung bei Typ-2-Diabetes kann Finerenon das Fortschreiten der Nierenschädigung verlangsamen und das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse senken.

Geht es um Nebenwirkungen, sollte vor allem auf die Hyperkaliämie geachtet werden. Deshalb werden bei einer Therapie mit Finerenon meist Kalium und Nierenfunktion regelmäßig kontrolliert.

»Primärer Endpunkt: die Veränderung des Albumin-Kreatinin-Quotienten im Urin«

»Wirkstoff Wort« – wie wirken Worte in der Medizin?

Neuer Podcast will zeigen, wie gute Kommunikation Medizin besser macht

ESSEN. Wie wirken Worte in der Medizin, warum geht Kommunikation manchmal schief und wie lässt sich Kommunikation gezielt verbessern? Das sind die Themen des Podcasts „Wirkstoff Wort“ des Sonderforschungsbereichs „Treatment Expectation“ an der Universitätsmedizin Essen.

Jeden dritten Donnerstag im Monat greift der Podcast typische Situationen aus dem medizinischen Alltag auf: Wie erklärt man Risiken verständlich? Wie hört man wirklich zu? Und wie unterstützt man Patient*innen in schwierigen Momenten? „Wir zeigen, wie gute Kommunikation in der Medizin gelingen kann – und wie selbst kleine

Veränderungen einen großen Unterschied für das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten und ihre Behandlung haben können“, verspricht die Psychologin Professorin Dr. KATJA WIECH, Projektleiterin im Sonderforschungsbereich „Treatment Expectation“.

Erwartungshaltung beeinflusst den Erfolg der Behandlung

Die Forschung zeigt: Erwartungen haben einen maßgeblichen Einfluss auf den Erfolg medizinischer Behandlungen. Positive Erwartungen können



Symptome lindern und Therapien wirksamer machen, während negative Erwartungen Beschwerden verstärken, Nebenwirkungen begünstigen und die Wirksamkeit von Medikamenten reduzieren können. Das bedeutet: Vorerfahrungen, Wünsche, Ängste und Erwartungen von Patient*innen sollten gezielt berücksichtigt werden.

„Patientenorientierte Kommunikation ist ein zentraler Schlüssel, um mit diesen Erwartungseffekten umzugehen“, bestätigt Psychologin Professorin Dr. SVEN BENSON, denn gerade in ei-

»Kommunikation ist elementar«

ner Zeit, in der medizinische Informationen überall verfügbar sind, werde gute Kommunikation zum entscheidenden Unterschied. „Gute Kommunikation in der Medizin ist keine Nebensache, sondern elementar für jede Behandlung. Deshalb müssen verständliche Gesundheitsinformationen und ein klares Erwartungsmanagement fester Teil jeder Therapie sein“, fordert die Neurologin Professorin Dr. ULRIKE BINGEL. In der Auftaktfolge sprechen Prof. Wiech, Prof. Bingel

und Prof. Benson darüber, warum Kommunikation im medizinischen Gespräch so wichtig ist.

In weiteren Folgen geht es dann zusammen mit verschiedenen Expert*innen um

- die Kunst des Zuhörens,
- laienverständliche Sprache,
- Vermittlung von Risiken, Heilungschancen und Nebenwirkungen und um
- Zielkonflikte in der Behandlung.

Universitätsklinikum Essen/Red.

„Wirkstoff Wort“ ist auf allen gängigen Podcastplattformen verfügbar und auch über diese Website zu erreichen: treatment-expectation.de/wirkstoff-wort

Diabetesversorgung mit Herz

Vorreiterrolle beim Qualitätsmanagement

BERLIN. Das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) am Bahnhof Spandau war eine der ersten Schwerpunktpraxen in Berlin, die sich das hohe Niveau ihrer Versorgung durch eine DDG Zertifizierung bestätigen ließ. Mit der Anerkennung als Fußbehandlungseinrichtung DDG fing es an, wenige Jahre später kam ein Zertifikat für das gesamte Spektrum an diabetologischen Leistungen dazu.

Als wir unsere Fußambulanz im Jahr 2012 von der DDG haben zertifizieren lassen, gehörten wir zu den ersten Praxen in Berlin, die den Stempel zertifizierte Fußbehandlungseinrichtung trugen“, sagt Dr. UTA DOROTHEA STEPHAN nicht ganz ohne Stolz. Die Internistin und Diabetologin DDG ist seit 2008 im MVZ am Bahnhof Spandau, einer Gemeinschaftspraxis für Diabetologie und Kardiologie, niedergelassen. Zum Team in der Diabetologie gehören neben ihr Dr. WIELAND ZITZWITZ und die angestellte Ärztin KATJA JANNICKE, beide ebenfalls in Diabetologie fortgebildet; drei Diabetesberaterinnen sowie drei Diabetes- und zwei Wundassistentinnen arbeiten dem ärztlichen Team zu. Als irgendwann die Überlegung entstand, neben der Fußambulanz auch das gesamte diabetologische Leistungsspektrum des MVZ zertifizieren zu lassen, war zu Dr. Stephans Freude innerhalb ihrer Abteilung keine Überzeugungsarbeit erforderlich. „Unser Diabetesteam stand von Anfang an voll hinter der Entscheidung, obwohl klar war, dass wir uns drei Jahre lang neben dem alltäglichen Praxisgeschäft intensiv mit dem Zertifizierungsaudit

der DDG auseinandersetzen müssen“, so die Diabetologin.

Qualitätsmanagement: nicht lästig, sondern sinnvoll

2019 war es dann geschafft und das MVZ durfte sich „Diabetologikum DDG“ nennen. Seit 2022 trägt die Einrichtung das inzwischen „Diabetes Exzellenzzentrum DDG“ genannte Gütesiegel, das ihr die Erfüllung höchster Qualitätsansprüche bei der diabetologischen Versorgung bescheinigt. Das erforderliche Qualitätsmanagement empfindet Dr. Stephan nicht als Last, sondern als sinnvolle Notwendigkeit, um sämtliche Abläufe und Strukturen der Abteilung Diabetologie kontinuierlich auf den Prüfstand zu stellen und zu schauen, wo gegebenenfalls Optimierungsbedarf besteht. Hierfür hat die Internistin 2020 eigens eine dreiköpfige Qualitätsmanagement-AG eingerichtet, der sie, Jannicke sowie eine MFA angehören. Die AG berät sich einmal pro Quartal und macht anschließend in der Abteilung transparent, wo es hakt und wer die Verantwortung für die Verbesserung übernehmen soll. „Eine Versorgung nach höchsten Ansprüchen erfordert immer eine gute Teamarbeit“, sagt



Die Gemeinschaftspraxis für Diabetologie und Kardiologie in Spandau hat natürlich die DDG Zusatzqualifikation Diabetes & Herz. Foto: Fabio Balbi – stock.adobe.com

Dr. Stephan. „Wenn nur einer den Hut aufhat und die Arbeiten hierarchisch verteilt, funktioniert das nicht.“

Logisch: die Zusatzqualifikation „Diabetes & Herz“

Denselben Geist prägt der interdisziplinäre Austausch mit der Abteilung Kardiologie im MVZ. Und so war es nur ein logischer Schritt, dass die Abteilung Diabetologie 2025 bei der DDG auch die Zusatzkompetenz „Diabetes & Herz“ erworben hat. „Wir wollten damit vor allem der Tatsache Rechnung tragen, dass wir uns der besonderen Verantwortung bewusst sind, die die Beachtung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Menschen mit Diabetes mellitus erfordert“, so Dr. Stephan. Auch das Fachpersonal begrüßt die enge Verknüpfung der Fachdisziplinen. Die mit der Zusatzkompetenz neu eingeführten interdisziplinären Fortbildungen für MFA, die vier Mal im Jahr stattfinden, stoßen Dr. Stephan zufolge auf große Resonanz.



Premiumzertifikat für höchste Ansprüche an die Versorgung



ZUSATZKOMPETENZ DIABETES & SCHWANGERSCHAFT DDG



einer Wochenbettdepression zum Standard“, so Dr. Stephan. Bei der Betreuung suchen die Ärzt*innen den engen Schulterschluss sowohl mit niedergelassenen Gynäkolog*innen als auch mit dem Evangelischen Waldkrankenhaus Spandau mit seiner großen geburtshilflichen Abteilung, um eine optimale Versorgung der Frauen gewährleisten zu können.

Die Federführung bei der Behandlung des diabetischen Fußsyndroms haben Jannicke und Dr. Zittwitz. Zwei Mal pro Woche findet eine Fußsprechstunde statt, die regen Zulauf findet. Pro Jahr werden allein in der Fußambulanz 350 Patient*innen versorgt, die Wunden an den Füßen haben. „Wir kümmern uns um Fußveränderungen, überprüfen die Durchblutung, testen die Nervenfunktion in den Füßen, leisten eine adäquate Wundversorgung, um eine möglichst rasche Abheilung zu erreichen und Rezidiven sowie Amputationen vorzubeugen. Dazu sind wir vernetzt mit Podolog*innen, Orthopädieschuhmacher*innen und stationären Fußbehandlungseinrichtungen. Mit dieser interdisziplinären Betreuung erreichen wir hohe Abheilungsquoten und zufriedene Patient*innen, die langfristig zur Rezidivprophylaxe wiederkommen“, fasst Dr. Zittwitz den Erfolg der Fußambulanz zusammen. *Petra Spielberg*

»Wenn einer den Hut aufhat und die Arbeiten hierarchisch verteilt, funktioniert es nicht«

STECKBRIEF

- Ort: Berlin-Spandau
- Anzahl der Patient*innen/Quartal in der Abteilung Diabetologie: ca. 3.500
- Kernteam für die Diabetesversorgung: 3 Fachärzt*innen für Innere Medizin/Diabetologie, 3 Diabetesberaterinnen DDG, 3 Diabetesassistentinnen DDG, 3 Wundassistent*innen DDG

Besser früh handeln als später behandeln

Globale Herausforderung Diabetes: Wie Prävention weltweit funktioniert

MAINZ. Während Europa beim Thema Diabetes vor allem über bessere Versorgung spricht, wird in anderen Teilen der Welt verstärkt auf präventive Maßnahmen gesetzt. Deutschland könnte von diesen Ländern für die Diabetespolitik einiges lernen.

Diabetes ist längst mehr als eine medizinische Herausforderung. Für Professor Dr. PETER SCHWARZ, Präsident der International Diabetes Federation (IDF), ist die Erkrankung auch ein Prüfstein dafür, wie Gesundheitssysteme Prävention, Versorgung und Public Health miteinander verbinden, sagte er beim Netzwerktreffen der Diabetes Allianz Rheinland-Pfalz. Nur ein kleiner Teil der Menschen mit

Diabetes weltweit verfüge über eine Krankenversicherung, die die Erkrankung abdecke. In Staaten mit hohen Eigenzahlungen entstünden deshalb andere Modelle.

Bangladesch und Sri Lanka als Präventionsvorbilder

Als Beispiele nannte Prof. Schwarz Bangladesch und Sri Lanka. Bangladesch habe digitale, evidenzbasierte Präventionsprogramme entwickelt, die Menschen über das Smartphone erreichten und mit sehr geringen Kosten auskämen. Sri Lanka habe ein nationales Präventionsprogramm als Ergänzung zur bestehenden Therapie aufgebaut. Solche Modelle könnten auch für Europa relevant sein. Nicht,

weil sie eins zu eins übertragbar seien, sondern weil sie zeigten, dass Prävention näher an den Alltag der Menschen rücken müsse.

Die größten Diabetes-Zuwächse erwartet Prof. Schwarz in Südostasien und Afrika. Dort seien Gesundheitssysteme zunehmend damit konfrontiert, dass Einrichtungen, die bislang vor allem Infektionskrankheiten behandelten, plötzlich auch viele Menschen mit chronischen Stoffwechselerkrankungen versorgen müssten. Es fehle oft nicht an Infrastruktur, sondern an Ausbildung, Konzepten und politischen Strategien. Einige Länder gingen bei der Prävention deutlich weiter als Deutschland. Pakistan habe z. B. hohe Steuern auf gesüßte Getränke

eingeführt sowie auf Produkte mit Zuckerersatzstoffen. Zudem dürften im Umfeld von Schulen keine frittierten Kohlenhydrate verkauft werden. Auch Mexiko, Ecuador und mehrere Golfstaaten hätten gesundheitspolitische Maßnahmen entwickelt, um Risikofaktoren stärker zu begrenzen.

Prof. Schwarz plädierte dafür, Prävention breiter zu denken. Neben Ernährung und Bewegung gehöre auch Luftverschmutzung dazu. Feinstaub und andere Partikel könnten Stoffwechselprozesse beeinflussen und zur Entstehung chronischer Erkrankungen beitragen. In Mumbai sei Luftverschmutzung z. B. die Hauptursache für die Entstehung von Diabetes. Diabetesprävention dürfe deshalb nicht allein an die Eigenverantwortung Einzelner delegiert werden. Entscheidend sei, ob Politik und Gesellschaft Bedingungen schafften, um gesünderes Verhalten zu erleichtern. *Jan Helfrich*



Foto: Cybrain – stock.adobe.com

Medizin & Markt

Fettleber: gezielte MASH-Therapie

Resmetirom adressiert therapeutische Lücke

Meet the Expert – Sciarc
BERLIN. Fettlebererkrankungen rücken im kardiometabolischen Risikomanagement zunehmend in den Fokus. Bis zu 30 % der Weltbevölkerung sind von einer metabolisch assoziierten steatotischen Lebererkrankung (MASLD) betroffen.

Eine MASLD liegt bei mindestens 5 % Leberfett und einem kardiometabolischen Kriterium vor, etwa Adipositas, Typ-2-Diabetes oder Hypertonie. Die progressive Form, die metabolisch assoziierte Steatohepatitis (MASH), ist durch Entzündung und Fibrose gekennzeichnet. Prognostisch entscheidend ist vor allem das Fibrosestadium, betonte

Professorin Dr. CAROLIN SCHNEIDER, Aachen. Mit zunehmender Fibrose steigt das Risiko schwerer leberbezogener Ereignisse deutlich. Resmetirom ist ein selektiver Agonist am Schilddrüsenhormonrezeptor Beta (THR-β) und führt zu einer besseren mitochondrialen Funktion. „Wir sehen eine bessere Oxidation von Fettsäuren (...) in der Leber, dadurch weniger Entzündung, weniger Fibrose und interessanterweise aber auch eine Erhöhung vom LDL-Rezeptor“, erklärte Prof. Schneider. In der Phase-3-Studie MAESTRO-NASH mit 966 Patient*innen ohne Zirrhose und mit Fibrose-Stadium F2 bis F3 wurden mit Resmetirom beide primären Endpunkte signi-

fikant häufiger erreicht als unter Standardtherapie: eine Verbesserung der MASH ohne Fibroseverschlechterung sowie Fibroseverbesserung ohne Verschlechterung des NAS-Scores (histologischer MASLD-Aktivitäts-Score). Die Effekte zeigten sich unabhängig vom Diabetesstatus sowie unter Komedikation mit GLP1-Analoga oder SGLT2-Inhibitoren. Erste Real-World-Daten aus den USA stützen die praktische Relevanz ebenso wie die Leitlinie der Europäischen Gesellschaft für Leberforschung (EASL). Für Patient*innen mit Zirrhose oder keiner signifikanten Fibrose kann bislang jedoch keine Therapie-Empfehlung ausgesprochen werden. Risikopatient*innen lassen sich in der diabetologischen Praxis z. B. über DMP identifizieren, erklärte Dr. CORNELIA WOITEK, Leipzig. Als nächster Schritt kann der FIB-4-Score bestimmt werden, bei intermediärem Risiko eine Elastografie (Fibroscan) folgen. Eine frühzeitige Resmetirom-Therapie und Kontrolle können „eine schlimme Erkrankung verhindern. Das ist eigentlich das Wesentliche“, so Dr. Woitek.

Janina Seiffert

MASH-Therapie mit Resmetirom – Klinische Evidenz und Praxiserfahrungen in der Diabetologie; Diabetes Kongress 2026

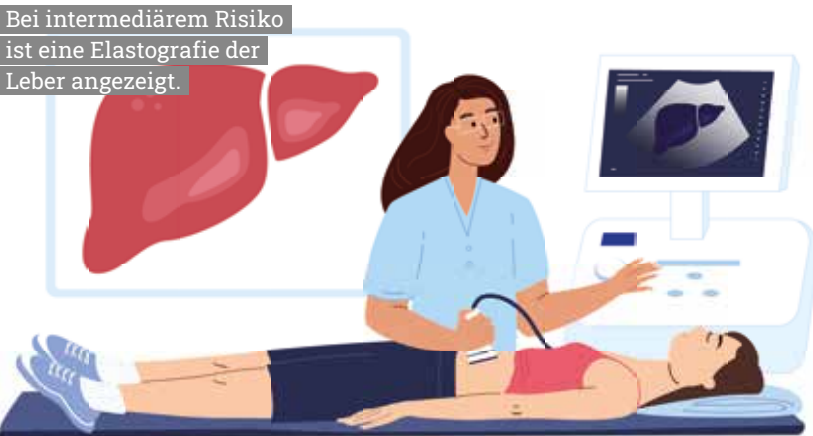


Foto: Alina.Alina – stock.adobe.com

Effektive, verträgliche Schmerzlinderung

Hoch dosiertes Capsaicin-Pflaster hilft bei Neuropathie

Expertengespräch – Grünenthal
BERLIN. Die diabetische Polyneuropathie (DPN) sowie ihre schmerzhafte Verlaufsform (pDPN) zählen zu den häufigsten und folgenreichsten Komplikationen des Diabetes mellitus. Topische, gut verträgliche Ansätze wie das hoch dosierte Capsaicin-Pflaster 179 mg können helfen, Versorgung und Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern.

Das hoch dosierte Capsaicin-Pflaster Qutenza (179 mg) ist eine etablierte und leitliniengestützte Option in der lokalen Behandlung der pDPN. Der Wirkstoff ist ein selektiver TRPV1-Agonist, der eine initiale Aktivierung kutaner Nozizeptoren bewirkt, gefolgt von einer anhaltenden Desensibilisierung und

Reduktion der peripheren Schmerzsignalweiterleitung. Das Herstellerunternehmen klärte über Studienlage und korrekte Anwendung auf. Die STEP-Studie zeigte bereits nach einmaliger Anwendung des Pflasters bei pDNP-Patient*innen eine signifikante Schmerzreduktion gegenüber Placebo, mit klinisch relevantem Wirkungseintritt ab Woche 2. Darüber hinaus besserten sich schmerzassoziierte Schlafstörungen. In der PACE-Studie verstärkten wiederholte Anwendungen den Effekt und stabilisierten ihn über mehrere Monate. Neben einer Reduktion der Schmerzintensität zeigten sich Verbesserungen der Lebensqualität sowie funktioneller Parameter. Real-World-Daten der CASPAR-Studie bestätigten diese Ergebnisse unter

Alltagsbedingungen: Nach wiederholter Anwendung zeigte sich eine progressive Schmerzreduktion, eine Verbesserung der Alltagsfunktion sowie eine Reduktion des begleitenden Analgetika-Verbrauchs. Aktuelle Beobachtungen deuten zudem auf regenerative Prozesse hin, darunter die Normalisierung neuronaler Markerproteine und neurotropher Faktoren. Damit könnte das Capsaicin-Pflaster über die reine Symptomkontrolle hinaus das Potenzial einer krankheitsmodifizierenden Therapie besitzen. Am Stand von Grünenthal gab es zur Erfrischung Wasser, das mit Capsaicin versetzt war, und Chili-Cashews. Zudem wurde demonstriert, wie das hoch dosierte Capsaicin-Pflaster bspw. am Fuß richtig geklebt wird. Anwenderleitfäden, validierte Fragebögen und Patientenmaterial (auch auf der Website von Grünenthal zu finden), wurden zusätzlich zur Verfügung gestellt, um Ärzt*innen und Pflegekräfte bestmöglich bei der Versorgung von pDPN-Patient*innen zu unterstützen. Petra Eiden

Diabetes Kongress 2026

NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

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



Foto: iStock/AzmanJaka

Hocheffektive Strategie zur Risikoreduktion

Impfungen bei Diabetes

Industriesymposium – GSK

BERLIN. Menschen mit Diabetes (MmD) sind eine Hochrisikogruppe für schwere Infektionen und deren kardiovaskuläre Komplikationen. Daher sind Impfungen ein integraler Bestandteil der Therapie und reduzieren hocheffektiv Morbidität und Mortalität.

Das Risiko für schwere Infektionen ist bei MmD 1,5- bis 4-fach erhöht. Die chronische Hyperglykämie beeinträchtigt die Immunabwehr und begünstigt bakterielle Superinfektionen. Die Inflammation aufgrund einer viralen Infektion ist ein Treiber von häufig vaskulär bedingten Folgeerkrankungen. Professor Dr. DIRK MÜLLER-WIELAND, Aachen, betonte daher, dass assoziierte Komorbiditäten und Komplikationen immer im Blick behalten werden sollten. Ein Beispiel ist der Zytokinsturm, der kardiovaskuläre Komplikationen begünstigt und bei COVID-19 und anderen Infektionskrankheiten auftreten kann. Als eindrucksvoll bezeichnete Prof. Müller-Wieland Daten zu Influenza: Eine Studie aus dem Jahr 2018 zeigt, dass das Risiko für einen akuten Myokardinfarkt in den ersten sieben Tagen nach einer Influenza-Infektion sechsfach erhöht ist. Prospektive Studien belegen, dass das kardiovaskuläre Risiko mit der Influenza-Impfung gesenkt werden

kann. Auch das Respiratorische Synzytial-Virus (RSV) ist ein oft unterschätzter, aber hochrelevanter Treiber kardiovaskulärer Risiken, der bei MmD das Risiko für Hospitalisierung oder Tod um das 2,8-Fache erhöhen kann. Die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) berücksichtigen Diabetes als Risikofaktor u. a. durch herabgesetzte Altersgrenzen für Indikationsimpfungen, wie Professor Dr. JOCHEN SEUFERT, Freiburg, berichtete. Für Herpes zoster gilt seit 2025 bei schweren Ausprägungen von chronischen Erkrankungen eine Impfempfehlung ab 18 Jahren, zuvor lag die Altersgrenze bei 50 Jahren. „Es ist nicht allein die Aufgabe der hausärztlichen Versorgung, daran (ans Impfen, Anm. d. Red.) zu denken, sondern wir müssen alle zu jedem Zeitpunkt, wenn wir Patienten sehen, daran denken und dann gucken, wie wir die Impfquoten erhöhen“, appellierte Prof. Müller-Wieland. Prof. Seufert verwies dazu auf Hilfsmittel wie den Einsatz von EDV-gestützten Programmen zum Impfmanagement und die STIKO-Empfehlungen zur Koadministration von Impfstoffen. Janina Seiffert

Prävention statt Komplikation: Impfstrategien für Menschen mit Diabetes – Was STIKO und DDG jetzt empfehlen; Diabetes Kongress 2026

Semaglutid-Tablette auf dem deutschen Markt

Orale Option seit 1. September verfügbar

Pressemitteilung – Novo Nordisk

MAINZ/KOPENHAGEN. Die Kommission der Europäischen Union (EU) hat am 15. Juli 2026 die Zulassung für die Tablette (einmal täglich einzunehmendes orales Semaglutid 25 mg) erteilt, seit 1. September ist die Tablette nun auf dem deutschen Markt erhältlich.

Die Wegovy-Tablette ist indiziert für Erwachsene mit Adipositas (BMI ≥ 30 kg/m²) oder Übergewicht (BMI 27 kg/m² bis < 30 kg/m²) mit mindestens einer gewichtsbedingten Begleiterkrankung (z. B. Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen) als Ergänzung zu einer kalorienreduzierten Ernährung und verstärkter körperlicher Aktivität. Bei Menschen mit Adipositas oder Übergewicht und mindestens einer

gewichtsbedingten Begleiterkrankung, die fortlaufend mit einmal täglich oralem Semaglutid 25 mg behandelt wurden und die Behandlung einhielten, konnte mit der Wegovy-Tablette eine durchschnittliche Gewichtsabnahme von rund 17 % gezeigt werden, schreibt das Unternehmen Novo Nordisk in einer Pressemitteilung. Und weiter: Auch konnten, wie bereits zuvor mit injizierbarem Semaglutid beobachtet, Verbesserungen von kardiovaskulären Risikofaktoren gezeigt werden. Insgesamt sei das Sicherheits- und Verträglichkeitsprofil vergleichbar mit dem des bereits zugelassenen injizierbaren Semaglutid. Die Zulassung für orales Semaglutid basiert u. a. auf den Ergebnissen der OASIS-4-Studie sowie ergänzend auf Ergebnissen der SELECT-Studie.

CGM trifft Künstliche Intelligenz: Das kann Glukoseprädiktion leisten

Erste Ergebnisse einer Pilotstudie mit prädiktiven Algorithmen

Industriesymposium – Roche Diagnostics Deutschland

BERLIN. Trendpfeile gehören beim kontinuierlichen Glukosemonitoring (CGM) zum Alltag. Prädiktive Algorithmen gehen einen Schritt weiter: Sie sollen die wahrscheinliche Entwicklung der Werte und mögliche Risiken frühzeitig sichtbar machen.

Dr. GUIDO FRECKMANN stellte erste Ergebnisse aus der Accu-Chek SmartGuide-Predict-Studie vor, einer Pilotstudie mit 20 Erwachsenen mit Typ-1-Diabetes, in der Glukosevorhersagen und Trendpfeile direkt verglichen wurden. Die Teilnehmenden nutzten 14 Tage lang den Accu-Chek Smart Guide CGM-Sensor und die Predict-App.

Während Trendpfeile im Wesentlichen die jüngsten Glukosewerte analysieren, können Machine-Learning-Modelle ein breiteres Datenspektrum einbeziehen. Dazu zählen aktuelle und vergangene CGM-Werte, eingetragene Kohlenhydrate, Tageszeit und Insulin. So entstehen kontinuierlich aktualisierte und personalisierte Vorhersagen.

Am Beispiel von Accu-Chek Smart-Guide wurden drei Funktionen erläutert: Die Vorhersage für einen niedrigen Glukosewert benachrichtigt über einen voraussichtlich niedrigen Wert innerhalb der nächsten 30 Minuten. Die Glukosevorhersage zeigt die erwartete Entwicklung für bis zu zwei Stunden. Eine weitere Funktion weist auf das Risiko einer nächtlichen Hypoglykämie in den kommenden sieben Stunden hin. Die zweistündige Vorhersage



Was passiert, wenn aus CGM-Daten Vorhersagen entstehen?
Foto: Dragana Gordic – stock.adobe.com

stellt neben einer Verlaufslinie ein Konfidenzintervall dar. Damit wird sichtbar, in welchem Bereich mögliche Werte liegen können – nicht nur, in welche Richtung sich der Glukosewert vermutlich bewegt. Nach den vorgestellten Validierungsdaten erreicht die Vorhersage für einen niedrigen Glukosewert eine Spezifität von 99 % und eine Sensitivität von 95 %. Die zweistündige Glukosevorhersage lag zu mehr als 96 % im Consensus Error Grid in den Zonen A und B. Eine retrospektive Analyse von Real-World-Daten war zudem mit einer geringeren Wahr-

scheinlichkeit nächtlicher Hypoglykämien verbunden, wenn die entsprechende Vorhersage genutzt wurde: Die Wahrscheinlichkeit für hypoglykämische Ereignisse jeglicher Schwere war um 20 %, für Ereignisse der Kategorie L2 um 31 % niedriger. Die bisherigen Schlussfolgerungen besagen u. a., dass die Zwei-Stunden-Vorhersagen einen Mehrwert bieten können, insbesondere über längere Zeiträume hinweg, was in Kombination mit der 30-Minuten-Vorhersage für eine Hypoglykämie für die Überwachung von Mahlzeiten von Vorteil sein kann.

Prof. Dr. BERNHARD KULZER erläuterte, dass vorausschauende Informationen den Prozess aus Beobachten, Einschätzen und Handeln vereinfachen könnten: Wer früher erkennt, dass ein Wert wahrscheinlich aus dem Zielbereich läuft, kann präventiv reagieren. *mhz*

Ist Prädiktion mehr als nur ein Trend?;
Diabetes Kongress 2026

»Zwei-Stunden-Vorhersagen können einen Mehrwert bieten«

Hunger ohne Stopp-Signal

Therapieansätze bei hypothalamischer Adipositas

BERLIN. Bei der hypothalamischen Adipositas liegt eine Schädigung zentraler Steuerungsmechanismen im Gehirn vor. Neben GLP1-Analoga gibt es weitere neue Therapieoptionen.

Der Hypothalamus verarbeitet Stoffwechselsignale wie Inkretine, Insulin, Ghrelin und Leptin. Diese Botenstoffe liefern dem Gehirn Informationen über Hunger, Sättigung und die Energiespeicher des Körpers. Wird der Hypothalamus als Schaltstelle im Gehirn geschädigt – etwa durch Tumoren, operative Eingriffe, Verletzungen oder entzündliche Prozesse –, kann die Folge häufig eine hypothalamische Adipositas sein.

„Wenn Patient*innen nach einer Schädigung des Hypothalamus rasch zunehmen und kaum Sättigung empfinden, muss an eine hypothalamische Adipositas als Teil eines komplexen hypothalamischen Syndroms gedacht werden“, so Privatdozent Dr. ULRICH DISCHINGER, Oberarzt der Endokrinologie und Diabetologie am Uniklinikum Würzburg. Der zeitliche Zusammenhang zwischen Schädigung, Gewichtsentwicklung

und Hyperphagie ist ein zentrales Kriterium für die Diagnose.

Neue Therapieansätze eröffnen Perspektiven

GLP1-Analoga können bei hypothalamischer Adipositas wirken. Da ihre Wirkung jedoch teilweise von einer funktionierenden Hunger- und Sättigungssteuerung im Gehirn abhängt, sprechen Betroffene unterschiedlich stark darauf an.

Eine neue Behandlungsoption ist Setmelanotid. Das Medikament setzt an einem Signalweg im Gehirn an, der Hunger und Sättigung jen-

seits hypothalamischer Regelkreise mitreguliert, und kann fehlende Sättigungssignale teilweise ausgleichen. Inzwischen ist es auch für die Behandlung der hypothalamischen Adipositas zugelassen. Allerdings gibt es dazu bislang noch vergleichsweise wenige wissenschaftliche Daten.

Hinzu kommt ein praktisches Problem: Da auch die hypothalamische Adipositas meist zunächst als „Lifestyle“-Problematik betrachtet wird, sind medikamentöse Therapien in der Regel nicht erstattungsfähig – unabhängig davon, ob ein Präparat zugelassen ist oder nicht.

Auch operative Verfahren zur Gewichtsreduktion müssen mit Vorsicht betrachtet werden, denn auch für ihre Wirkung spielt eine intakte Funktion des Hypothalamus eine Rolle. Die Behandlung dieses Krankheitsbildes bleibt daher komplex. Sie sollte endokrinologische, ernährungsmedizinische und – bei einer zugrunde liegenden Tumorerkrankung – auch neuroonkologische Aspekte berücksichtigen.

DDG/DGE/Red.

Gemeinsame Pressekonferenz DDG/DGE



Schäden am Hypothalamus können zu Adipositas führen.
Foto: decade3d – stock.adobe.com

Ernährungs-Kniffe, die wirken

CGM unterstützt individuell und motiviert

Presseveranstaltung – Abbott

HAMBURG. Es ging nicht nur um Menschen mit bereits manifestem Diabetes. Auch Menschen mit Prädiabetes, deren Zahl in Deutschland laut Experten-Information auch im Millionenbereich liegt, können durch entsprechende Informationen und Hilfsmittel unterstützt werden, erläuterte Dr. JENS KRÖGER, Diabetologe aus Hamburg. Er legte den Finger direkt in die Wunde mit Blick auf die Basistherapie mit Ernährung, Bewegung und Schulung bei Menschen mit Typ-2-Diabetes: „Wissen Sie was: Das wird häufig vergessen!“

Entscheidend bei diesen Themen ist: „Wie kann ich es in meinen Alltag einbauen? Und wie hilft es mir persönlich?“ Dabei helfen selten verallgemeinernde Aussagen: „Wenn fünf Personen das Gleiche essen, haben wir fünf unterschiedliche Kurven“, wenn man die Glukosewerte mit einem System zum kontinuierlichen Glukosemo-

onitoring (CGM) wie den FreeStyle Libre 3 Plus von Abbott misst. Sind die Verläufe für jemanden positiv, motiviert das, am Ball zu bleiben. Dabei fällt es Menschen leichter, ihre Ernährung zu verändern als ihre Bewegungsgewohnheiten. Gerade in der Primärprävention ist es wichtig, postprandiale Glukosewerte zu reduzieren, sagte Dr. Kröger. An ein paar Beispielen zeigte er, was kleine Maßnahmen bereits bewirken können. So hilft es, zum Start einer Mahlzeit ein eiweißhaltiges Produkt zu essen, bevor man die kohlenhydrathaltige Speise verzehrt. Oder man lässt Beilagen wie Nudeln, Reis und Kartoffeln mindestens 24 Stunden abkühlen, sodass sich resistente Stärke bildet, die die Glukosewerte nicht erhöht. „CGM kann Menschen individualisiert unterstützen“, hob er hervor. „Biofeedback – die Menschen abzuholen – funktioniert!“ Auch kleine Bewegungs-Einheiten, als Exercise-Snacks bezeichnet, sind effektiv, erläuterte Bestseller-Autorin BARBARA BECKER. Für sie gilt nicht, dass Sport Mord ist, sondern: „Du darfst dich bewegen!“

Dr. Katrin Kraatz

Nutrition Hacks Hamburg

»Biofeedback funktioniert«

NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

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

Emotionen und Diabetes

Jahrestagung der AG Diabetes & Psychologie

BAD MERGENTHEIM. Emotionen sind ein zentraler Ansatzpunkt psychodiabetologischer Interventionen, deshalb stehen Emotionen auch im Mittelpunkt der Jahrestagung der DDG AG Diabetes & Psychologie Anfang Oktober. Die Tagung findet ausschließlich online statt.

Unangenehme Gefühle nicht vermeiden, sondern wahrnehmen, verstehen, angemessen regulieren und hilfreiche Bewältigungsstrategien entwickeln – das ist das Ziel auch bei psychischen Problemen hinsichtlich des Lebens mit Diabetes. Wie die Psychodiabetologie dabei helfen kann, zeigt sich in den Themenbereichen der Jahrestagung:

„Emotionen, Diabetes-Distress“, „Schuld, Scham“, „Emotionale Störungen und Diabetes“ und „Freude, Zuversicht, Hoffnung“. Einige Beispiele aus dem Programm für Vortragsthemen:

- Emotionsregulation und deren Bedeutung für die psychische Gesundheit
- Die Rolle von Emotionen bei Gesundheitsverhalten
- Emotionale Belastungen: Was sagt die neue EASD-Leitlinie zu Diabetes-Distress?
- Trauma und Diabetes: Die Macht negativer Emotionen
- Selbststigmatisierung
- Zuversicht, Hoffnung
- ADHS und Diabetes

Wichtiges zur Tagung

- 2. bis 4. Oktober 2026
- Sonntags finden Workshops statt.
- Die Teilnahme ist ausschließlich online via Zoom möglich.
- Die Teilnahme ist kostenfrei.
- Wer nicht AG-Mitglied ist und teilnehmen möchte, wendet sich unter Angabe von Beruf und Adresse an kontakt@diabetes-psychologie.de.

Mitglieder der AG bekommen den Zugangslink per Mitglieder-Rundmail zugesandt.

- Fortbildungspunkte sind beantragt bei der Psychotherapeutenkammer Baden-Württemberg und dem VDBD.

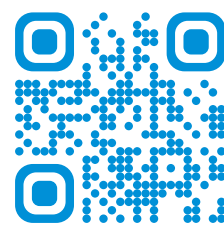
www.diabetes-psychologie.de





**DIABETES
HERBSTTAGUNG
2026 DDG**

Standard-
anmeldungen
enden am **21.10.2026**



DIABETES. DIGITAL. DENKEN.

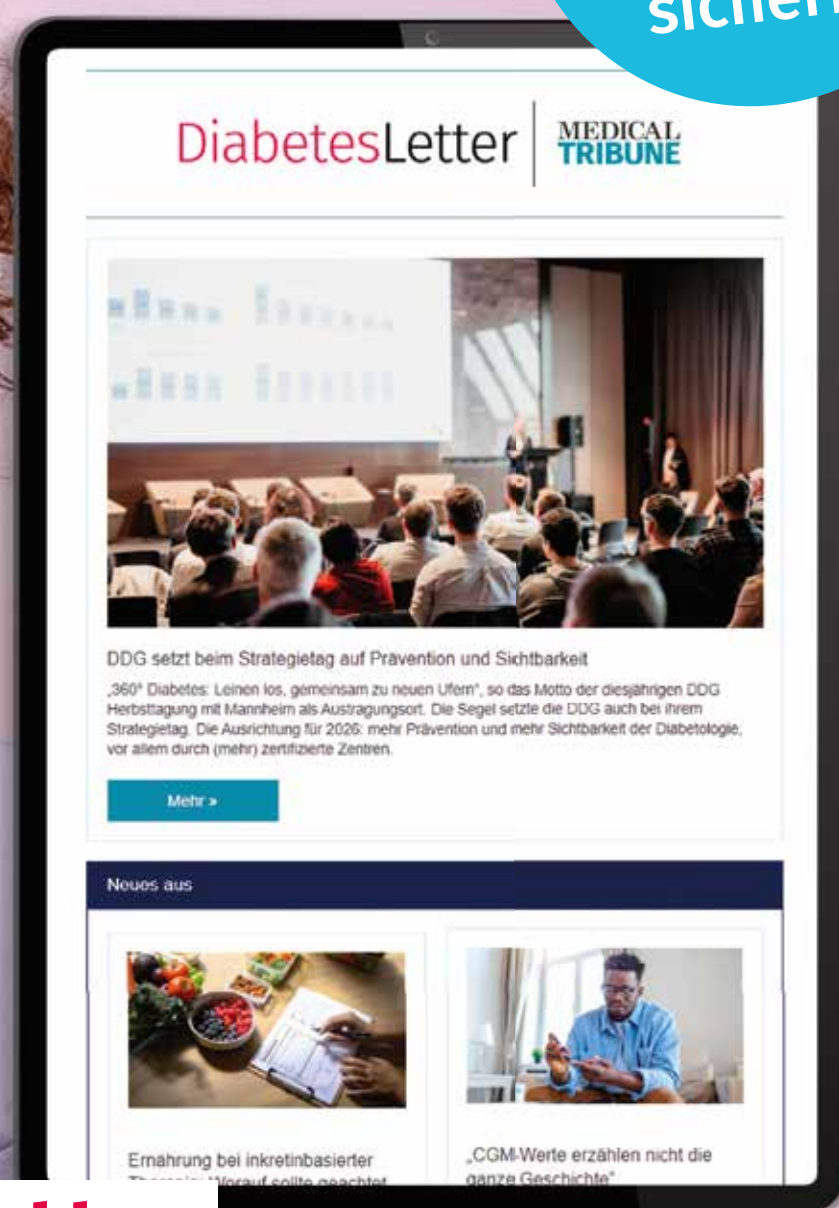
ort
MESSE DRESDEN

datum
13.-14. NOVEMBER 2026

herbsttagung-ddg.de

Behalten Sie den Durchblick in der **Diabetologie**.

Jetzt
Newsletter
gratis
sichern!



Mit dem **DiabetesLetter**
kompakt informiert über das
Neueste aus Praxis, Forschung,
Gesundheitspolitik & Digitalisierung

Scannen & Newsletter abonnieren:



[qr.medical-tribune.de/
diabetesletter](https://qr.medical-tribune.de/diabetesletter)

**MEDICAL
TRIBUNE**

[MTX]

Mit Gewichtsreduktion die Progression von Typ-2-Diabetes aufhalten

Einsatz von Tirzepatid schließt Lücke zwischen Evidenz und Versorgung

Eine gute Stoffwechselkontrolle des Typ-2-Diabetes (T2D) ist bedeutsam, um Mortalitäts- und Morbiditätsrisiken zu senken. In deutschen Praxen zeigt sich: Nur 60 % der Menschen mit T2D erreichen ihre individuell vereinbarten Blutzuckerzielwerte.¹ Lediglich 6 % der Menschen mit T2D und manifesten kardiovaskulären Erkrankungen profitieren von leitliniengerechten innovativen Medikamenten.² Zudem bleiben Adipositas bzw. Übergewicht, die zur Entstehung und Progression des T2D maßgeblich beitragen, häufig bei der Therapie unberücksichtigt. Es besteht Handlungsbedarf.

Zentrale Treiber des T2D sind starkes Übergewicht bzw. Adipositas.³ Wer einen BMI über 30 kg/m² hat, besitzt ein etwa 20-fach erhöhtes Risiko, an T2D zu erkranken.⁴ Um gezielt entgegenzuwirken, ist eine frühzeitige und effektive Therapie nötig, die neben der Blutzuckersenkung vor allem die Gewichtsreduktion in den Fokus rückt.⁵ Ab 10–15 % Gewichtsverlust werden Komorbiditäten reduziert und krankheitsmodifizierende Effekte können sogar zur Remission des T2D führen.⁶ Deshalb gilt: Mit einer Behandlung des Übergewichts wird auch der Typ-2-Diabetes behandelt.

Therapieziele erreichen mit Tirzepatid

„Eine gute Blutzuckerkontrolle, gepaart mit einer Reduktion des Gewichts und einer kurz- und

langfristigen Verringerung des kardiovaskulären Risikos bei Menschen mit T2D, kann mit Inkretin-Analoga erzielt werden“, erläuterte Dr. Uwe Lindner, Chemnitz. Diese Wirkung entspricht den Forderungen der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) im Rahmen ihrer T2D-Praxisempfehlungen.⁷ Besonders der duale GIP/GLP1-Rezeptor-Agonist (RA) Tirzepatid (Mounjaro®)* zeigte gute Resultate, die zu einer Änderung des Therapiealgorithmus in der aktuellen Version der DDG-Praxisempfehlungen führten.^{8,9} Für Menschen mit T2D wird Tirzepatid nun unabhängig

vom kardiovaskulären Risiko bzw. von Vorerkrankungen als Therapieoption empfohlen.⁷

Direkte Wirkung auf das Fettgewebe

„Die GIP-Aktivität von Tirzepatid trägt durch ihre direkte Wirkung auf das Fettgewebe dazu bei, eine starke Gewichtsabnahme zu erzielen, die Insulinsensitivität zu steigern und die Insulin-produzierenden Betazellen zu entlasten“, so Dr. Lindner. Somit wird der T2D an einer seiner pathophysiologischen Wurzeln gepackt.^{8,10} Bereits in den Zulassungsstudien hatte Tirze-

patid eine überlegene Blutzucker- und Gewichtskontrolle gegenüber allen getesteten Vergleichssubstanzen gezeigt, inklusive Semaglutid 1 mg.⁸ Im direkten Vergleich mit dem GLP1-RA führte Tirzepatid darüber hinaus zu einer deutlichen Reduktion von Tailenumfang[†], Triglyzeriden[‡] und Blutdruck.^{§,8,11,12}

Früh intervenieren, Progression bremsen

Das Potenzial von Tirzepatid zeigt sich im frühzeitigen Einsatz, wie die Phase-4-Studie SURPASS-EARLY kürzlich belegte. In diese wurden Menschen mit

Experten-Statement

„Deutschland investiert viel in das Gesundheitssystem, erreicht aber im internationalen Vergleich schlechtere kardiovaskuläre Outcomes und eine um rund zwei Jahre niedrigere Lebenserwartung“, so Dr. Uwe Lindner, Chemnitz. Er unterstützt die Forderung von Dr. Jörg Simon, Fulda: „Lassen Sie uns die Lücke zwischen Evidenz und Versorgungspraxis schließen.“

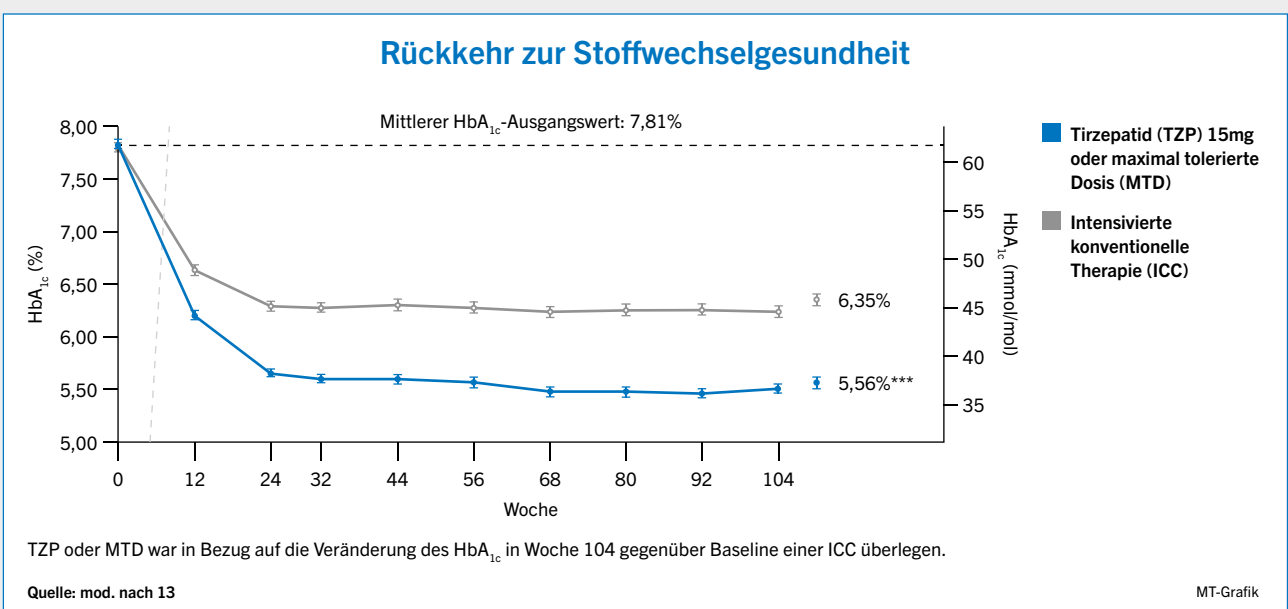


Abb. 1: Reduktion des HbA_{1c}-Wertes durch Tirzepatid bzw. eine Vergleichstherapie (zu 85 % ein GLP1-RA) nach 2 Jahren bei Patient:innen mit einem T2D und einer Metformin-Vortherapie.

Adipositas neu denken: Früh empathisch handeln

Stigma abbauen und moderne Therapieoptionen konsequent nutzen

In Europa sind über 80 % der Patient:innen mit T2D übergewichtig oder leben mit Adipositas¹⁴ Um die zukünftige T2D-Inzidenz zu senken, ist eine erfolgreiche Adipositas-Behandlung zum jetzigen Zeitpunkt notwendig. Adipositas ist mit zahlreichen, auch schwerwiegenden Begleit- und Folgeerkrankungen verbunden und erhöht das Mortalitätsrisiko, weshalb ein frühes Handeln entscheidend ist.¹⁵⁻¹⁷ „Die Erkrankung ist keine Frage man-

gelder Disziplin, sondern wird stark durch genetische und biologische Faktoren beeinflusst“, so Dr. Simon, Fulda.

Stigma abbauen, wirksam behandeln

Lebensstilmaßnahmen bleiben die Basis der Therapie, reichen jedoch allein meist nicht aus, um eine relevante und nachhaltige Gewichtsreduktion zu erzielen.^{18,19} Noch immer erschweren Stigmatisierung, fehlen-

de Prävention und strukturelle Hürden die Versorgung, berichtete der Experte weiter. Eine empathische, stigmafremde Ansprache sowie transparente Informationen über Therapieoptionen und mögliche Kosten stärken Betroffene und erleichtern den Zugang zur Behandlung, davon ist der Experte überzeugt. „Wir Ärzte müssen die Aufklärung über Adipositas sensibel in die Hand nehmen und über Behandlungsmöglichkeiten sprechen“, so Simon.

Potenzial von Tirzepatid bei Adipositas

Die richtigen Weichen stellen

Tirzepatid kann eine deutliche Reduktion der Fettmasse, einschließlich viszeraler Depots, erreichen und so Folge- und Begleiterkrankungen der Adipositas reduzieren und die gesundheitliche Situation spürbar verbessern.²⁰ Mit dem dualen GIP/GLP-1-RA reduzierten Menschen mit Adipositas ihr Gewicht im Mittel um 22,5 %^{††} gegenüber dem Ausgangswert – mehr als unter jeder anderen medikamentösen Therapie.^{8,20} Darüber hinaus hat der Wirkstoff nachgewiesene positive Ef-

ekte auf den Krankheitsverlauf und die Symptomatik von Komorbiditäten der Adipositas (Prä-Diabetes, OSA und Herzinsuffizienz).²²⁻²⁴ Die Wirkung ist konsistent und hält über mehr als drei Jahre an.²² Sowohl bei T2D als auch bei Adipositas wird klar: Ein frühzeitiges Einschreiten und der Einsatz moderner Therapieoptionen sind sinnvoll und geboten. „Wer jetzt wirksame Medikamente wie Tirzepatid einsetzt, wird seine Patient:innen langfristig besser versorgen können“, riet Dr. Simon.

* Tirzepatid (Mounjaro®) ist angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab 10 Jahren mit unzureichend eingestelltem Typ-2-Diabetes als Ergänzung zu Diät und Bewegung als Monotherapie, wenn die Einnahme von Metformin wegen Unverträglichkeiten oder Kontraindikationen nicht angezeigt ist, zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Diabetes mellitus; sowie als Ergänzung zu einer kalorienreduzierten Diät und erhöhter körperlicher Aktivität zum Gewichtsmanagement, einschließlich Gewichtsabnahme und Gewichtserhaltung, bei Erwachsenen mit einem Ausgangs-BMI von ≥ 30 kg/m² (Adipositas) oder ≥ 27 kg/m² bis < 30 kg/m² (Übergewicht) bei Vorliegen mindestens einer gewichtsbedingten Begleiterkrankung (z. B. Hypertonie, Dyslipidämie, obstruktive Schlafapnoe, Herz-Kreislauf-Erkrankung, Prädiabetes oder Typ-2-Diabetes mellitus).⁸ † Beobachtet in der SURPASS-2-Studie mit Mounjaro® (5 mg, 10 mg, 15 mg) vs. Semaglutid 1 mg¹¹ ‡ Beobachtet in der SURPASS-2-Studie mit Mounjaro® (5 mg, 10 mg, 15 mg) vs. Semaglutid 1 mg¹² § Beobachtet in placebokontrollierten Phase-III-Studien mit Mounjaro® (5 mg, 10 mg, 15 mg).⁸ †† Tirzepatid wurde alle 4 Wochen auf 15 mg oder die maximal verträgliche Dosis (MTD) aufgetitriert. Mehrfache Dosistitrationen und erneute Auftritte waren erlaubt.¹³ ††† Logistische Regression mit multipler Imputation. Der Prozentsatz der Teilnehmenden wurde berechnet, indem die Anteile der Teilnehmenden, die das Ziel in den imputierten Datensätzen erreichten, mithilfe der Rubin-Regel kombiniert wurden.¹³ ††† p < 0,001 für Überlegenheit gegenüber Placebo, adjustiert für Multiplizität, mit Mounjaro® 15 mg nach 40 Wochen.^{8,20} ‡ Studiendesign SURPASS-EARLY (1:1 randomisiert, primärer Endpunkt Woche 104); Tirzepatid-Arm (+ Metformin): Ziel Tirzepatid 15 mg oder MTD (Auftritte alle 4 Wochen, Dosisreduktion/Erneuerung erlaubt, glykämischer Zielwert kein Grund für Reduktion; ICC-Arm (+ Metformin): Ziel optimale Blutzuckereinstellung (nicht-diabetischer Bereich), Woche 104 erhielten 88,2 % 1, 9,8 % 2 und 1,2 % 3 zusätzliche Antidiabetika. Add-ons zu Metformin: Injizierbares Semaglutid 55,6 %; orales Semaglutid 18,2 %; SGLT-2-Inhibitor 16,7 %; Dulaglutid 11,8 %; Sulfonylharnstoff 3,2 %; Insulin 2,6 %; DPP-4-Inhibitor 2,0 % ‡ 1. RKL Diabetes Surveillance 2015-2024. doi: 10.25646/12297 ‡ 2. Aberle J, et al. Cardiovasc Diabetol 2025;24(1):364. doi: 10.1186/s12933-025-02864-9 ‡ 3. Chandrasekaran P, Weiskirchen R. Int J Mol Sci. 2024; 25(3): 1882. doi: 10.3390/ijms25031882 ‡ 4. Hu FB, et al. NEJM 2001;345(11):790–797. doi: 10.1056/NEJMoa010492 ‡ 5. Lingvay I, et al. Lancet. 2022; 399(10322): 394–405. doi: 10.1016/S0140-6736(21)01919-X ‡ 6. Lean ME, et al. Lancet 2018;391(10120):541–551. doi: 10.1016/S0140-6736(17)33102-1 ‡ 7. Gallwitz B, et al. Exp. Clin Endocrinol Diabetes 2026;134:99–114. doi: 10.1056/a-2766-3638 ‡ 8. Mounjaro® Fachinformation, aktueller Stand ‡ 9. Nicholls SJ, et al. NEJM 2025;393:2409–2420. doi: 10.1056/NEJMoa2505928 ‡ 10. Heise T, et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2022; 10(6): 418–429. doi: 10.1016/S2213-8587(22)00085-7 ‡ 11. Frias JP, et al. NEJM 2021;385(6):503–515. doi: 10.1056/NEJMoa2107519 ‡ 12. Supplemental Material für: Frias JP, et al. N Engl J Med 2021;385: 503–515. doi: 10.1056/NEJMoa2107519 ‡ 13. DelPrato S, et al. Ann Intern Med. 2026. doi: 10.7326/ANNALS-25-05602 ‡ 14. Stone MA, et al. Diabetes Care. 2013; 36(9): 2628–2638. doi: 10.2337/dc12-1759 ‡ 15. Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas. https://register.awmf.org/assets/guidelines/050-0011_S3_Praevention-Therapie-Adipositas_2024-10.pdf. Zuletzt abgerufen am 08.06.2026 ‡ 16. Whitlock G, et al. Lancet 2009;373:1083–1096. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60318-4 ‡ 17. Christensen S, Nelson C. Obes Pillars 2025;15:100175. doi: 10.1016/j.obpill.2025.100175 ‡ 18. Hall KD; Kahan S. Med Clin North Am 2018;102(1):183–197. doi: 10.1016/j.mcna.2017.08.012 ‡ 19. Sumithran P, et al. NEJM 2011;365(17):1597–1604. doi: 10.1056/NEJMoa1105816 ‡ 20. Jastreboff AM, et al. N Engl J Med. 2022; 387(3): 205–216. doi: 10.1056/NEJMoa2206038 ‡ 21. Aronne LJ, et al. NEJM 2025;393(1):26–36. doi: 10.1056/NEJMoa2416394 ‡ 22. Jastreboff AM, et al. N Engl J Med. 2025; 392(10): 958–971. doi: 10.1056/NEJMoa2410819 ‡ 23. Malhotra A, et al. N Engl J Med 2024; 391: 1193–1205. doi: 10.1056/NEJMoa2404881 ‡ 24. Packer M, et al. N Engl J Med 2025; 392: 427–437. doi: 10.1056/NEJMoa2410027

Neu- oder re-zertifizierte Kliniken und Arztpraxen

(im Zeitraum 08.06. bis 13.08.2026)

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 0		
Waldkliniken Eisenberg GmbH	07607 Eisenberg	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
PLZ 1		
St. Hedwig-Krankenhaus, Klinik für Innere Medizin	10115 Berlin	Fußbehandlungseinrichtung DDG 
St. Hedwig-Krankenhaus, Diabetologische Fußambulanz	10115 Berlin	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Hausarztpraxis am Britzer Damm, Diabetologie	12347 Berlin	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Caritas-Klinik Maria Heimsuchung	13187 Berlin	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
Jüdisches Krankenhaus	13347 Berlin	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
Caritas-Klinik Dominikus	13467 Berlin	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
Diabetologie am Lietzensee, Dr. med. Regina Nadolny	14057 Berlin	Fußbehandlungseinrichtung DDG 
Helios-Klinikum Emil von Behring, Interdisziplinäres Gefäßzentrum und Klinik für Innere Medizin II	14165 Berlin	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diabetes-Zentrum Potsdam	14482 Potsdam	Diabeteszentrum DDG
Immanuel Klinik Rüdersdorf	15562 Rüdersdorf	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
GLG Werner Forßmann Klinikum Eberswalde, Medizinische Klinik II	16225 Eberswalde	Diabeteszentrum DDG
Oberhavel Kliniken KH Hennigsdorf	16761 Hennigsdorf	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
Kreiskrankenhaus Prignitz	19348 Perleberg	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
PLZ 2		
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dres. Bernd-M. Scholz / Dr. Björn Paschen	21073 Hamburg	Diabetes Exzellenzzentrum DDG 
Segeberger Kliniken GmbH, Innere Medizin – Diabetesabteilung	23795 Bad Segeberg	Diabeteszentrum DDG
Schön Klinik Eckernförde, Diabetesstation	24340 Eckernförde	Diabeteszentrum DDG
Bundeswehrkrankenhaus Westerstede, Klinik 1 – Innere Medizin	26655 Westerstede	Diabeteszentrum DDG
Klinikum Links der Weser	28277 Bremen	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
PLZ 3		
Klinikum Kassel, Medizinische Klinik I, Klinik für Gastroenterologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin	34125 Kassel	Diabeteszentrum DDG
PLZ 4		
Diabeteszentrum Neuss	41462 Neuss	Diabetes Exzellenzzentrum DDG 
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. med. Iris Donati-Hirsch	44137 Dortmund	Fußbehandlungseinrichtung DDG 
Knappschaft Kliniken Dortmund, Medizinische Klinik I – Klinik für Gastroenterologie, Endoskopie und Diabetologie	44309 Dortmund	Diabeteszentrum DDG
Gemeinschaftspraxis Dr. Markus Redzich und Dr. Andreas Patzelt	44892 Bochum	Fußbehandlungseinrichtung DDG 
Helios Klinikum Duisburg – Helios Marien Klinik – Innere Medizin, Nephrologie und Diabetologie	47053 Duisburg	Diabeteszentrum DDG
Gemeinschaftspraxis Dres. Hillebrands	47608 Geldern	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Helios Klinikum Krefeld, MED III, Station M1	47805 Krefeld	Diabeteszentrum DDG 
Diabetespraxis der MVZ Ahaus GmbH, Diabetologische Schwerpunktpraxis	48683 Ahaus	Fußbehandlungseinrichtung DDG

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 5		
Eifelklinik St. Brigida	52152 Simmerath	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
Mariannen Hospital Werl, Innere Abteilung / Diabetologie	59457 Werl	Fußbehandlungseinrichtung DDG 
PLZ 6		
Eleonoren-Klinik, Diabetologie	64678 Lindenfels-Winterkasten	Diabeteszentrum DDG
St. Marien- und St. Anastiftskrankenhaus, Medizinische Klinik I	67067 Ludwigshafen	Diabeteszentrum DDG
Westpfalz-Klinikum GmbH	67655 Kaiserslautern	Diabeteszentrum DDG
PLZ 7		
Robert Bosch Krankenhaus GmbH, Standort City	70184 Stuttgart	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
Robert Bosch Krankenhaus GmbH	70376 Stuttgart	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
Internisten Freudenstadt – Drs. Mahle, Mach, Baikow	72250 Freudenstadt	Diabeteszentrum DDG
amedes MVZ Diabetologie Esslingen	73728 Esslingen	Diabeteszentrum DDG
PLZ 8		
RoMed Klinik Prien am Chiemsee	83209 Prien	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
MVZ LABERTAL	84069 Schierling	Diabeteszentrum DDG
Gemeinschaftspraxis Diabeteszentrum Hainzinger, Seefried, Sieh	85057 Ingolstadt	Diabeteszentrum DDG
Ärzte am Adlmannsberg	85139 Wettstetten	Diabeteszentrum DDG
Medizinisches Versorgungszentrum für angewandte Diabetologie und Hausarztmedizin Asbach-Bäumenheim GmbH	86663 Asbach-Bäumenheim	Diabetes Exzellenzzentrum DDG  
PLZ 9		
Universitätsklinikum Erlangen, Kinder- und Jugendklinik	91054 Erlangen	Diabeteszentrum DDG
Nieren- und Diabetespraxis Dr. Wons	97616 Bad Neustadt	Diabeteszentrum DDG
Sophien- und Hufeland Klinikum, Klinik für Innere Medizin III	99425 Weimar	Diabetes Exzellenzzentrum DDG 

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

Dr. Gürol Güneyli, Herten – Dr. Anna Stwora-Garza, Höslwang
Karim Ahmed Mohamed Amed Ismail, Grimma
Carolina Neppi, Regensburg – Dr. Stefanie Schneider, Beilngries
Dr. Stefan Colling, Unterwössen – Michaela Müller, Düsseldorf
Dr. Zsolt Balanyi, Pirmasens – Dr. Peter Hallermann, Wachtberg
Dr. Tamar Samkharadze, Nürnberg – Ahoefa Ayovi Solange Neglo, Lübeck
Jennifer van Appeldorn-Werheid, Köln – Dr. Alexandra Höpfinger, Hambrücken
Dr. Josephine Kasel-Seibert, Garmisch-Partenkirchen
MuDr. Heidi Labib, Dresden – Dr. Julian Oliver Hofmann, Speyer
Julia Spitzer, Moers – Nils Nurtsch, Ingolstadt
Marie-Céline Otto, Heiningen – Theofano Michaelide, Weinheim
Laith Basheer, Bochum – Nazrin Musayeva, Nürnberg
Dr. Christina Dresen, Karlsruhe – Ekatarina Petukhova, Hof
Ingrid Feier, Essen – Dr. Timea Tar-Henning, Landau an der Isar
Dr. Christa Podlatis, Mainz – Wolfram Hufker, Berlin
Dr. Tugba Katgely, Birkenau – Lisa Katharina Lippik, Köln
Renate Meiser, Berlin – Dr. Marketta Istas, Essen
Dr. Helena Jenko-Mackenrodt, Nürnberg – Ashraf Al-Hammadi, Berlin
Dr. Sabine Silke Zöller, Münster – Ilias Georgakopoulos, Düsseldorf
Dr. Adrian Pfälzter, Hanau – Elke Jacobs, Wesel
Dr. Pascal Simon Plümacher, Kelheim – Dr. Diana Kellerer, Bayreuth
Dr. Sarah Rosa Beyer, Mainz – MuDr. Tomas Laris, Straubing
Dr. Sebastian Schuth, Tübingen – Petra Werkmeister, Singen
Cleopatra Aiteanu, Berg – Dr. Markus Obendorfer, Bad Mergentheim
Mohamed Gayed, Coburg – Dr. Kristin Angela Reimann, Diedorf
Dr. Aleksandar Aleksandrov, Berlin – Dr. Daniel Luxen, Bonn
Sebastian Trenkle, Hamburg – Florian Joeres, Bremen

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.



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
111	15.02.2027 – 13.03.2027	Berlin und online <i>Kurs für Ärzt*innen, die an diabetologischer Expertise interessiert sind bzw. sich in der Weiterbildung zu Diabetolog*innen DDG befinden</i>
112	31.05.2027 – 26.06.2027	Heidelberg und online <i>Kurs für Ärzt*innen, die an diabetologischer Expertise interessiert sind bzw. sich in der Weiterbildung zu Diabetolog*innen DDG befinden.</i>

Kommunikation und patientenorientierte Gesprächsführung

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



Termin	Ort
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
20.11.2026 – 23.11.2026	Augsburg und online
12.02.2027 – 15.02.2027	Augsburg und online
23.04.2027 – 26.04.2027	Augsburg und online
11.06.2027 – 14.06.2027	Augsburg und online
28.11.2026 – 09.12.2026	Essen und online
06.02.2027 – 24.02.2027	Essen und online
12.06.2027 – 30.06.2027	Essen und online

Adiposilog*in DAG-DDG

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



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

Diabetologie DEEP

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



Termin	Ort
07.10.2026	online, Thema: Diabetes, Umwelt & Klima <i>Kurs für Ärzt*innen mit diabetologischer Expertise</i>

Diabetologie KOMPAKT

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



Termin	Ort
17.04.2027	online, Thema: Früherkennung und Screening auf Typ-1-Diabetes <i>Kurs für Ärzt*innen mit diabetologischer Expertise</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

Weitere Kurse Diabetesassistent*in DDG ab 2027 finden Sie auf der Website.



Kurs-Nr.	Termin	Weiterbildungsstätte
RH 14	02.11.2026 – 05.03.2027	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine
TR 03	09.11.2026 – 09.04.2027	Diabetes-Akademie Südostbayern Traunstein
HER 02	30.11.2026 – 05.03.2027	Medigreif Inselklinik Heringsdorf
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
GI 04	22.02.2027 – 20.08.2027	Universitäres Diabeteszentrum Mittelhessen
RH 15	22.02.2027 – 04.06.2027	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine
BER 03	22.02.2027 – 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 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	22.02.2027 – 03.03.2028	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 12	05.10.2026 – 16.04.2027	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine
BO 06	08.03.2027 – 08.10.2027	Augusta Akademie Bochum
RH 13	08.03.2027 – 03.09.2027	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine
TR 03	12.04.2027 – 14.01.2028	Diabetes-Akademie Südostbayern Traunstein
RH 14	19.04.2027 – 29.10.2027	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine
RB 10	31.05.2027 – 03.12.2027	Katholische Akademie Regensburg



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

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



Diabetescoach*in DDG

Kurs-Nr.	Termin	Weiterbildungsstätte
DC 06	02.12.2026 – 04.06.2027	Katholische Akademie Regensburg
DC 07	14.04.2027 – 24.09.2027	Katholische Akademie Regensburg
DC 08	20.10.2027 – 31.03.2028	Katholische Akademie Regensburg



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
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
23	15.02.2027 – 24.02.2027	Katholische Akademie Regensburg
61	01.03.2027 – 10.03.2027	CID Centrum für integrierte Diabetesversorgung Köln



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
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
DPFK Kurs 20	15.03.2027 – 14.05.2027	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine



Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG

Kurs-Nr.	Termin	Weiterbildungsstätte
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

Neues Format für Dozierende im primärqualifizierenden Pflegestudium

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
Medigreif Inselklinik Heringsdorf GmbH, Haus Gothensee <i>Diabetesassistent*in DDG</i>	Setheweg 11, 17424 Heringsdorf Ansprechpartner: Prof. Dr. Ralf Schiel ☎ 038378/780502 ✉ r.schiel@medigreif-inselklinikum.de
Akademie der Stiftung Mathias-Spital Rheine <i>Diabetesassistent*in DDG, Diabetesberater*in DDG, Diabetesberater*in DDG (Aufbauqualifikation), Diabetes & Pflege, Fuß- und Wundassistent*in DDG</i>	Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine Ansprechpartnerin: Marion Pruß ☎ 05971/42-7319 ✉ info@afg-rheine.de 🌐 www.afg.mathias-stiftung.de
Augusta Akademie <i>Diabetesassistent*in DDG, Diabetesberater*in DDG, Diabetesberater*in DDG (Aufbauqualifikation)</i>	Dr.-C.-Otto-Straße 27, 44879 Bochum Ansprechpartnerin: Marie Grothe ☎ 0152/56458325 ✉ m.grothe@augusta-bochum.de ☎ 0234/5173 ✉ info@augusta-akademie.de 🌐 www.augusta-akademie.de
CID Centrum für integrierte Diabetesversorgung Köln <i>Fuß- und Wundassistent*in DDG</i>	Luxemburger Straße 124 (3105), 50939 Köln Ansprechpartner: Dr. Gerald Engels ☎ 0221/9349461 ✉ schulung@cid-direct.de
Diabetes-Akademie Nord <i>Diabetesassistent*in DDG</i>	Mönckebergstraße 5, 20095 Hamburg Ansprechpartner: Vladimir Pogorelets ☎ 0175/8421669 ✉ info@diabetes--akademie-nord.de 🌐 www.diabetes-akademie-nord.de
Diabeteszentrum Thüringen e. V. <i>Diabetesassistent*in DDG, Diabetesberater*in DDG, Fuß- und Wundassistent*in DDG</i>	Am Klinikum 1, 07747 Jena Ansprechpartnerin: Dr. Nadine Zeise ☎ 03641/9324346 ✉ nadine.kuniss@med.uni-jena.de 🌐 www.diabetes-thueringen.de
Diabeteszentrum Leipzig e. V. <i>Diabetesassistent*in DDG</i>	Lützener Straße 145, 04179 Leipzig Ansprechpartnerin: Carola Köhler ☎ 0163/2153519 ✉ diabeteszentrum.leipzig@web.de
Diabeteszentrum Mittelhessen am UKGM <i>Diabetesassistent*in DDG</i>	Klinikstraße 33, 35392 Gießen Ansprechpartnerin: Dr. Jutta Liersch ☎ 0641/98557000 ✉ info@udzm.de 🌐 www.udzm.de
Wannsee Akademie des Wannseeschule e. V. Berlin <i>Diabetesassistent*in DDG, Diabetesberater*in DDG, Diabetesberater*in DDG (Aufbauqualifikation)</i>	Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin Ansprechpartnerin: Ria Günther ☎ 030/80686040 ✉ akademie@wannseeschulen.de 🌐 wannseeschulen.de
Diabetes Akademie Bad Mergentheim <i>Diabetesassistent*in DDG, Diabetesberater*in DDG, Diabetesberater*in DDG (Aufbauqualifikation), Fuß- und Wundassistent*in DDG</i>	Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim Ansprechpartnerin: Simone Pschiebl ☎ 07931/594-165 ✉ info@diabetes-zentrum.de 🌐 www.diabetes-akademie.de
Katholische Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e. V. <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 Ansprechpartnerin: Christiane von Lottner ☎ 0941/5696-22 ✉ c.vonlottner@katholischeakademie-regensburg.de 🌐 www.katholischeakademie-regensburg.de
Diabetes-Akademie Südostbayern <i>Diabetesassistent*in DDG, Diabetesberater*in DDG, Diabetesberater*in DDG (Aufbauqualifikation)</i>	An der Eiche 1, 83278 Traunstein Ansprechpartnerinnen: Isabell Baumgartner und Bettina Hafner-Masek ☎ 08663/3090713 ✉ info@diabetes-akademie.net 🌐 diabetes-akademie.net

Die DDG Job- und Praxenbörse

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



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

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

STELLENANGEBOTE

ÄRZT*INNEN

direkt zu allen Anzeigen für Ärzt*innen



Frankfurt, 11.08.2026

Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: befristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Hausarztpraxis Praxis im Ökohaus, Diabetologische Schwerpunktpraxis
- Adresse: Kasseler Straße 1a, 60486 Frankfurt
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Kirsten Sprang-Walsh, 0176/21356135, dr.sprang ffm@gmail.com
- Website: www.ökohausarzt.de

Olten, 04.08.2026

Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis Prof. Rudofsky AG
- Adresse: Baslerstrasse 30, 4600 Olten
- Ansprechpartner: Prof. Dr. med. Gottfried Rudofsky, 0041/62 552 52 02, gottfried.rudofsky@hin.ch
- Website: www.endokrinologie-olten.ch

Delbrück, 24.07.2026

Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: MVZ Delbrück Dr. med. Johannes Meiß
- Adresse: Oststraße 13, 33129 Delbrück
- Ansprechpartner: Dr. Johannes Meiß, 05250/50030, mvz-dr.meiss-delbrueck@gmx.de

Dortmund, 17.07.2026

Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. I. Donati-Hirsch
- Adresse: Silberstraße 22, 44137 Dortmund
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Iris Donati-Hirsch, 0160/96036070, dr.iris@donati-hirsch.de
- Website: www.diabeteszentrum.ruhr

Frankfurt am Main, 15.07.2026

Fachärzt*in für Gefäßchirurgie (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Bürgerhospital und Clementine Kinderhospital gGmbH
- Adresse: Nibelungenallee 37-41, 60318 Frankfurt am Main
- Ansprechpartnerin: Henrike Adams, 069/15005921, h.adams@bhf.de
- Website: karriere.step.jobs/stellenangebote/Oberarzt-Oberaerztin-m-w-d-Gefaesschirurgie-perspektivisch-Sektionsleitung-60318-Frankfurt-am-Main-Buerger-und-Clementine-Kinderhospital-FFM-508037577

Siegen, 10.07.2026

Pädiater*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: DRK-Kinderklinik Siegen gGmbH
- Adresse: Wellersbergstraße 60, 57072 Siegen
- Ansprechpartner: Dr. med. Gebhard Buchal, 0271/23453225, gebhard.buchal@drk-kinderklinik.de
- Website: www.drk-kinderklinik.de/karriere

Augsburg, 23.06.2026

Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.08.2026
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetologische Schwerpunktpraxis Dres. Kraus und Lechner
- Adresse: Prinzregentenstraße 9, 86150 Augsburg
- Ansprechpartner: Felix Lechner, drlechner@web.de
- Website: www.diabetes-im-Zentrum.de

Hamburg, 15.06.2026

Diabetolog*in DDG LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.09.2026
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetes Schwerpunktpraxis Eidelstedt
- Adresse: Lohkampstraße 11, 22523 Hamburg
- Ansprechpartner: Dr. med. Andreas Klinge, 040/55440601, bewerbung@diabetes-eidelstedt.de

Meine, 08.06.2026

Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis Balck
- Adresse: Gifhorner Straße 1, 38527 Meine
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Katharina Balck, 05304/91910, k.balck@kabelmail.de
- Website: www.gesundheit-in-meine.de

GESUNDHEITSFACHKRÄFTE

direkt zu allen Anzeigen für Gesundheitsfachkräfte



Ulm, 20.08.2026

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: befristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Universitätsmedizin Ulm/Innere Medizin I
- Adresse: Albert-Einstein-Allee 23, 89081 Ulm
- Ansprechpartner: Prof. Dr. Martin Heni, martin.heni@uniklinik-ulm.de
- Website: <https://www.uniklinik-ulm.de/ausbildung-karriere/stellenangebote-jetzt-bewerben.html>

Direkt zu allen Stellenangeboten



Mehr Jobs, mehr Auswahl, mehr berufliche Perspektiven

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

STELLENGESUCHE

Hamburg, 10.08.2026

MFA

- Einsatzort: Hamburg
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Ansprechpartnerin: Sandra Valdmanis, 0163/7339347, sandra.valdmanis@gmx.de

Kippenheim, 23.07.2026

Diabetesassistent*in DDG

- Einsatzort: offen
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Ansprechpartnerin: Ute Heber, 0176/29907619, uteheber@gmail.com

Hannover, 10.07.2026

Fachärztin für Innere Medizin und Diabetologie (ÄK)

- Einsatzort: Hannover und Landkreis
- Arbeitsbeginn: 01.08.2026
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Kontakt: son.vandyke@gmail.com

Dachau, 17.06.2026

Diabetologin DDG

- Einsatzort: Landkreis Fürstentfeldbruck oder Dachau
- Arbeitsbeginn: 01.09.2026
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Kontakt: 0176/84284835

Oberbayern, 12.06.2026

Diabetologin

- Einsatzort: Oberbayern einschließlich München
- Arbeitsbeginn: 01.07.2026
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Kontakt: stellengesuchdiabetologie@t-online.de

Direkt zu allen Stellengesuchen



STELLENANGEBOTE

Chemnitz, 12.08.2026

Diabetesassistent*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis Czäczine
- Adresse: Zwickauer Straße 240, 09116 Chemnitz
- Ansprechpartnerin: Dipl.-Med. Anett Czäczine, a.czaeczine@gmx.de

Burg (Spreewald), 03.08.2026

Diätassistent*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: MEDICLIN Reha-Zentrum Spreewald
- Adresse: Zur Spreewaldklinik 14, 03096 Burg (Spreewald)
- Ansprechpartnerin: Jeannette Palm, 035603/63-231, jeannette.palm@mediclin.de

Berlin, 30.07.2026

MFA (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: DGZO – Diabetes & Gefäßzentrum Ost
- Adresse: Wustrower Straße 20, 13051 Berlin
- Ansprechpartner: Dr. med. Michael Fiedler, info@dgzo-berlin.de
- Website: www.dgzo-berlin.de

Wolfratshausen, 27.07.2026

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.10.2026
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: MVZ DiaMedicum Starnberger See
- Adresse: Bahnhofstraße 23A, 82515 Wolfratshausen
- Ansprechpartner: Dr. med. Georg Guggenberger, 08171/410773, guggenberger@diamedicum.de
- Website: starnbergersee.diamedicum.de

Horb am Neckar, 23.07.2026

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetologische Schwerpunktpraxis Kiefner
- Adresse: Burgstall 9, 72160 Horb am Neckar
- Ansprechpartner: Urs Kiefner, 07451/6279112, info@praxis-kiefner.de
- Website: www.praxis-kiefner.de

Nürnberg, 15.07.2026

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Dr. Schwarz & Kollegen
- Adresse: Schlachthofstraße 17, 90439 Nürnberg
- Ansprechpartner: Dr. Thomas K. Schwarz, 0911/27786714, arzt@diabetologie-nuernberg.de
- Website: www.diabetologie-nuernberg.de

Ilsede, 10.07.2026

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.10.2026
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetologische Schwerpunktpraxis
- Adresse: Fröbelstraße 1, 31241 Ilsede
- Ansprechpartnerin: Dr. Erika Metzendorf, 0175/5668088, erika.metzendorf@t-online.de

Rodgau, 05.07.2026

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: befristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Mevero Diabeteszentrum Rodgau
- Adresse: Kronberger Straße 11, 63110 Rodgau
- Ansprechpartner: Dr. med. Christian Klepzig, 0172/6904682, klepzig@mevero.de
- Website: www.mevero.de

Kerpen, 01.07.2026

MFA (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetespraxis im Erft Karree
- Adresse: Am Falder 3, 50171 Kerpen
- Ansprechpartner: Dr. med. Philipp Thoma, 0160/95492713, philipp.thoma@gmail.com
- Website: www.diabetespraxis.info

Leipzig, 24.06.2026

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.08.2026
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Gemeinschaftspraxis Dr. A. Pohl und Dr. A. Riedlinger
- Adresse: August-Bebel-Straße 69, 04275 Leipzig
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Anne Pohl, 0341/3068200, apohl@diabetologie-leipzig.info
- Website: www.diabetologie-leipzig.info/

NACHFOLGE- GESUCHE

Schleswig, 14.06.2026

Nachfolger*in gesucht für etablierte diabetologische Schwerpunktpraxis, Diabeteszentrum DDG

- Praxisbezeichnung: Diabetesschwerpunktpraxis, Diabeteszentrum DDG Schleswig BAG; Dres. Petersen, Schwehn, Carstens-Radtke
- Adresse: Seminarweg 4, 24837 Schleswig
- Ansprechpartner: Dr. med. Carsten Petersen, 0171/218 18 32, carstenpetersen@posteo.de
- Website: www.internisten-schleswig.de

Direkt zu allen
Nachfolgegesuchen

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

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

NEUE
FOLGEN!

O-TON
Diabetologie

[MTX]



Jetzt Reinhören & abonnieren:

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

MedTriX Group
we care for media solutions

BUNTES

DDG im Dialog

Parlamentarischer
Jahresempfang
2016 – 2026

BERLIN. Jedes Jahr lädt die Deutsche Diabetes Gesellschaft zu ihrem Parlamentarischen Jahresempfang. Zu Austausch und Diskussion kommen traditionell Gesundheitspolitiker*innen, Vertreter*innen von Verbänden und Organisationen und natürlich der DDG selbst. Worum wurde in den letzten zehn Jahren diskutiert? Einige Schlaglichter zeichnen die Entwicklung nach und zeigen auf, welche Positionen vertreten und welche Pläne geschmiedet wurden. 2020 und 2021 fand der Empfang wegen der COVID-19-Pandemie nicht statt.

2017

- Kritisiert wird die Entwicklung der Kliniken zu gewinnorientierten Wirtschaftsbetrieben und die Ausrichtung auf renditeträchtige Leistungen statt bedarfsorientierte Planung.
- Die DDG versucht, über ihr DRG-Projekt gegenzusteuern. Dass am DRG-System große Änderungen möglich sein könnten, halten einige Mitdiskutierenden aber für unwahrscheinlich.

2019

- Es geht um die elektronische Diabetesakte der DDG. Ziel sind Datenpools mit möglichst großer Interoperabilität und Kompatibilität z.B. mit der Telematik-Infrastruktur.
- Kritik an der langen Entwicklungsdauer der elektronischen Gesundheitskarte wird laut.
- DDG Leitlinien/Praxisempfehlungen sollen in Arzt- und Kliniksoftware Eingang finden.

2022

- Reformpläne sehen die Diabetologie nur in Kliniken des Levels II vor. Die DDG fordert, dass die Diabetologie in allen Stufen präsent sein soll.
- Politische Ziele der DDG sind: Diabetesexpertise in allen Kliniken, finanzielle Zuschläge für Kliniken mit Diabetesbehandlungsstrukturen, vulnerable Gruppen schützen, Leistungen von Diabetesberater*innen und Diabetesassistent*innen in die Kalkulation einfließen lassen.

2024

- Am Vorabend war bekannt geworden, dass ab Mai 2024 ein Transparenzverzeichnis u. a. aufzeigen soll, welche Klinik welche Leistungen anbietet.
- Es wird betont, wie wichtig die Schwerpunktpraxen für die intersektorale Versorgung und die Ausbildung von Diabetolog*innen sind.
- Plädoyer für Zertifikate der DDG, um Diabetesexpertise sichtbar zu machen.

2016

- Plan für eine „Versorgungslandschaft Diabetes“, entwickelt vom Deutschen Hausärzterverband, BVND und BVKD. In dieser Versorgungslandschaft soll die wohnortnahe Versorgung durch Hausarzt*innen koordiniert werden; werden Behandlungsziele nicht erreicht, werden sofort Schwerpunkteinrichtungen und Kliniken einbezogen.
- Positionspapier der DDG „Herausforderung chronische Krankheiten – Wie sichern wir die Qualität in der Versorgung von Menschen mit Diabetes?“; Ziel: drei Ebenen der medizinischen Versorgung (Hausarztpraxen, diabetologische Schwerpunktpraxen, Kliniken mit DDG Zertifikat)

2018

- Herausgestellt wird der große Nutzen der Versorgungsforschung, um die reale Tauglichkeit von Maßnahmen zu überprüfen; Grundlagenforschung und Versorgungsforschung werden als gleichwertig angesehen.
- Projekte der DDG: „Code of Conduct Digital Health“ und Bewertung von Apps im Rahmen von „DiaDigital“.
- Hoffnung, dass die neue Bundesregierung ein zweites eHealth-Gesetz und die Nationale Diabetesstrategie zügig angehen wird.

2023

- Gesundheitspolitische Sprecher der Ampel-Fraktionen (SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP) wollen die Befürchtungen zur Krankenhausreform zerstreuen – Ziel der Reform sei eine qualitätsorientierte Modernisierung der Krankenhausstruktur. Die Idee der „Diabetes Units“ findet das Interesse der Politiker*innen.
- Ein Mitglied der „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ betont, dass Vergütungsanteile der DRGs in fallzahlenunabhängige Vorsorgebudgets verlagert werden sollen.

2025

- Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass der Fachkräftemangel spürbar wird, Prävention werde deshalb immer wichtiger.
- Befürchtung, dass das GVSG die Schwerpunktpraxen finanziell austrocknen wird.
- Verweis auf die Agenda Diabetologie 2030 und den 6-Punkte-Plan des Wissenschaftsbündnisses DANK.
- In DDG Zentren war die Krankenhaussterblichkeit von Menschen mit der Hauptdiagnose Diabetes signifikant geringer. Es wird die Befürchtung geäußert, dass diese Zentren durch die Krankenhausreform gefährdet sind.

2026

- Im Fokus: die Zuckersteuer. Kurz nach dem Empfang gibt die Finanzkommission Gesundheit die offizielle Empfehlung für die Einführung einer Zuckersteuer.
- Forderung, die Gesundheitskompetenz zu stärken und zu fördern. Außerdem wird gefordert, dass das Thema Prävention im Kanzleramt angesiedelt werden muss.
- Thema ist auch das Positionspapier „Diabetes und Arbeit“ der DDG; darin wird gefordert, im Berufsleben Barrieren für Menschen mit Diabetes abzubauen.



+++ Die nächste Ausgabe der diabetes zeitung erscheint am 28. Oktober +++