diabetes zeitung

Herausgegeben von der
Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)

11. Jahrgang · Nr. 6 · 7820 · 28. Oktober 2026



Fotos: absent84 – stock.adobe.com, polakx – stock.adobe.com

Was zählt

Viele Kalorien sind nicht genug

HEIDELBERG. Krankenhausessen gilt oft als ungenießbar – und weist häufig weitere Mängel auf. Wichtig ist eben nicht nur die Zahl an Kalorien.

Ernährung sollte ein Teil der Therapie sein, sagt DDG Präsidentin Professorin Dr. Julia Szendrödi. Dazu müsse gehören, den Ernährungsstatus bei Aufnahme ins Krankenhaus systematisch zu screenen, die Ernährung in der Klinik darauf abzustimmen und auch für die Zeit nach der Entlassung einen Ernährungsplan auszuarbeiten. In dieses Konzept müssten Ernährungsfachkräfte fest eingebunden werden. Eine durch den Bundestag beim G-BA beauftragte Richtlinie könnte helfen, ein Ernährungsscreening und weitere Maßnahmen flächendeckend und verbindlich zu implementieren. Könnte das zu teuer werden? Nein, sagt Prof. Szendrödi. Welche Gründe sie anführt und was durch eine bundesweite Aktionswoche mit Beteiligung der DDG erreicht werden soll, steht auf Seite 6

Diabetestechnologie & Digitalisierung

WIESBADEN. In der Beilage „Technologie & Digitalisierung“ erfahren Sie Neues aus den Bereichen Diabetestechnologie und Digitalisierung.



Fix und fertig

DDG spricht sich für oGTT-Fertiglösungen aus

BERLIN. Im Frühjahr hat das Bundesverwaltungsgericht entschieden, dass Apotheken keine Rezepturarzneimittel für den Praxisbedarf „im Voraus“ produzieren bzw. keine Rezepturarzneimittel für den Sprechstundenbedarf mehr herstellen dürfen. Davon ist auch das Abfüllen von Pulvern für den oralen Glukosetoleranztest (oGTT) und damit u. a. das Screening auf Gestationsdiabetes betroffen. Wie mit dieser Gerichtsentscheidung zu verfahren ist, wurde von den KVen sehr unterschiedlich interpretiert. Die DDG hingegen spricht sich klar dafür aus, Fertiglösungen zu nutzen; dafür sprechen die Patientensicherheit und die Diagnosegenauigkeit. Die Entscheidung des Gerichts ist für die Fachgesellschaft ein guter Anlass, nur noch auf zugelassene fertige Lösungen zu setzen. In vielen Regionen hätten sich KVen und Kassen schon geeinigt. Gerade wird von verschiedenen Gremien der DDG eine Empfehlung erarbeitet. Abgeraten wird von der Herstellung einer Lösung aus Traubenzucker in der Praxis. 3

EASD: drei Preise, eine Debatte

MAILAND. Gibt es die „metabolisch gesunde Adipositas“? Darüber diskutierten Experten während der EASD-Jahrestagung; konkret ging es um eine biologische Perspektive und um den Krankheitsbegriff der Adipositas. Was die deutsche Diabetesforschung leistet, wurde international sichtbar: Drei wichtige Preise der EASD gingen nach Deutschland. 16

MedTriX Group

Teil des Teams: Digitalisierung und KI

Was bietet die Herbsttagung? Die Tagungspräsidentinnen im Interview

BAD OEYNHAUSEN/NORTHEIM. Prof. Dr. Susanne Reger-Tan ist in der Klinik tätig und Vorsitzende der Kommission Digitalisierung, Dr. Sandra Schlüter ist niedergelassene Diabetologin und Vorstandsmitglied der AG Diabetes & Technologie. Sie haben also sowohl unterschiedliche Perspektiven als auch gemeinsame Interessen. Beides prägt das Programm der Diabetes Herbsttagung: Es soll ausgelotet und diskutiert werden, wo KI und Digitalisierung sinnvoll eingesetzt werden können, wo die Grenzen liegen und welche Rolle der Mensch dabei spielen sollte. Wie kann es gelingen, dass die neuen Technologien nicht abstrakt bleiben, sondern Teil des Teams werden? 14



Semaglutid in aller Munde

BERLIN, STUTTGART, DALLAS. Der Wirkstoff Semaglutid ist nun auch in Deutschland als Tablette verfügbar. Die SOUL-Studie zeigt, dass auch oral eingenommenes Semaglutid das Herz schützt. Dass es einen weiteren potenten Therapiebaustein gibt, ist erfreulich – aber wann verbessern sich endlich die Versorgungsstrukturen? Und was ist zu adjuvanten Therapien bei Typ-1-Diabetes zu sagen? Lesen Sie nach auf den Seiten 17, 20 & 21

Seite 4 **Praxisempfehlungen für die Klinik**

BERLIN Bei Klinikaufenthalten gibt ein DDG Zertifikat Menschen mit Diabetes Sicherheit und minimiert Risiken. Für den Umgang mit modernen Technologien ist eine eigene Praxisempfehlung der DDG geplant.

Jetzt schon das Programm planen!

DIABETES HERBSTTAGUNG 2026 DDG

13. – 14. November 2026

Das Interview mit den Tagungspräsidentinnen (S. 14) und Tipps für Ihre Planung (S. 12) stimmen auf die Tagung ein

www.herbsttagung-ddg.de

Seite 9 **Kinderwunsch erfüllen – aber wie?**

BERLIN. Diabetes kann die Fruchtbarkeit von Männern und Frauen beeinträchtigen. Eine Hormontherapie ist dann nicht immer die richtige Wahl und kann sogar die Chancen verringern, ein Kind zu bekommen.

Adressfeld

INHALT

News & Fakten
Sprechstundenbedarf/oGTT-Fertiglösungen; Diabetes im Krankenhaus und Praxisempfehlung Diabetestechnologie; Mangelernährung im Krankenhaus; neue Abteilung am DIfE; Nachruf auf Prof. Bruno Weber; Veranstaltung Meilensteine der modernen Diabetologie; eingeschränkte Fruchtbarkeit bei Diabetes; Neues aus der Diabetesforschung 3–10

Kongress aktuell
Diabetes Herbsttagung: Highlights; Adipositas-Kongress; EASD: metabolisch gesunde Adipositas, Preise für Forschende aus Deutschland; Diabetes Kongress: offene Fragen Typ-1-Diabetes; Jahrestagung der AG Diabetes & Psychologie; CEDA-Kongress; VDBD-Tagung: braunes und weißes Fett; Dreiländertreffen der deutschsprachigen Ultraschallgesellschaften . . . 12–13, 16, 17–20, 27

Das Interview
Prof. Dr. Susanne Reger-Tan und Dr. Sandra Schlüter, Präsidentinnen der Diabetes Herbsttagung 14

Im Blickpunkt
Orales Semaglutid als Therapiebaustein/DDG fordert strukturierte Begleitung; Ehrenmedaille DDG: Porträt Kathrin Boehm und Angelika Deml; Startup Village: DiaBelly; zertifiziertes Zentrum: Waldkliniken Eisenberg 20, 22, 27

Forum Literatur
SOUL-Studie: orales Semaglutid senkt das kardiovaskuläre Risiko; Erfolgsprognose Adipositasbehandlung 21

Medizin & Markt
Berichte aus der Industrie 24

Kurznachrichten
Neu- oder rezertifizierte Kliniken und Arztpraxen 26

Weiterbildung & Qualifikation
Für Ärzt*innen: Klinische Diabetologie, Kommunikation und patientenorientierte Gesprächsführung, Adiposiolog*in DAG-DDG, Diabetologie KOMPAKT, Diabetologie DEEP; für Gesundheitsfachkräfte und andere Berufsgruppen: Diabetesedukation DDG, Fuß- und Wundassistent*in DDG, Adipositasberater*in DAG-DDG, Orthopädieschuhmacher*in DDG, Diabetes & Pflege (Diabetes Pflegefachkraft (Klinik), Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG) . .28–29

Job- & Praxenbörse
Stellenangebote, Stellengesuche, Nachfolgegesuche. 30–31

Buntes 32

»Ernährung als Teil der Therapie verstehen«

Mangelernährung im Krankenhaus entdecken und vermeiden

Liebe Leserinnen und Leser,

oft begegnet uns allen der gute Ratschlag, sich vollwertig und gesund zu ernähren und darauf zu achten, alle wichtigen Nährstoffe aufzunehmen. Man sollte meinen, dass gerade im Krankenhaus gesunde und möglichst auf individuelle Bedürfnisse abgestimmte Mahlzeiten ein Teil der Therapie sind. Hier ist aber noch viel Luft nach oben. Die DDG fordert deshalb, den Ernährungsstatus systematisch zu screenen und daraus dann eine Ernährungstherapie abzuleiten. Mehr zum Thema Mangelernährung und über eine in Auftrag gegebene Richtlinie über das Ernährungsscreening lesen Sie auf Seite 6.



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

»DDG Zertifikate geben Orientierung und Sicherheit«

Viele Menschen mit Diabetes machen sich große Sorgen, wenn sie ins Krankenhaus müssen: Gibt es dort jemanden, der sich mit ihrer Therapie auskennt? Was ist mit meiner Insulinpumpe, mit dem CGM-System? Wie wirkt sich die OP oder die erforderliche Behandlung auf den Diabetes aus? Gerade wenn es ein geplanter Krankenhausaufenthalt ist, bietet ein Zertifikat der DDG Orientierung. Aber: Ein solches Zertifikat hat derzeit nur etwa ein Fünftel aller Kliniken. Genaueres – auch zur neuen Praxisempfehlung zur Diabetestechnologie im Krankenhaus – erfahren Sie auf Seite 4, und eine Klinik durch den Zertifizierungsprozess begleiten können Sie auf Seite 27.

»oGTT: Glukoselösungen besser fix und fertig«

Ohne oralen Glukosetoleranztest geht es in der Diabetologie nicht – besonders beim Screening auf Gestationsdiabetes spielt der oGTT eine wichtige Rolle. Die DDG setzt sich schon lange dafür ein, flächendeckend Fertiglösungen einzusetzen, die als Arzneimittel zugelassen sind. Durch ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichts gerät der oGTT einmal mehr ins Rampenlicht. Aktuelles zu rechtlichen Vorgaben, KV-Vereinbarungen und den Konsequenzen für die Praxen erfahren Sie auf Seite 3.

»EASD und Diabetes Herbsttagung«

Wir berichten vom EASD-Kongress über das spannende Thema „metabolisch gesunde Adipositas“ – und stellen natürlich die drei ausgezeichneten Forschenden aus Deutschland kurz vor, und zwar auf Seite 16.
Zudem geht es um die Diabetes Herbsttagung. Professorin Dr. Susanne Reger-Tan und Dr. Sandra Schlüter haben ein spannendes Programm zusammengestellt, das u. a. den Umgang mit künstlicher Intelligenz in den Fokus nimmt. Hinweise für Ihre Planung und das Interview mit den Tagungspräsidentinnen finden Sie auf den Seiten 12 und 14.

»Abschied von Professor Dr. Bruno Weber«

Abschied nehmen musste die DDG von Professor Dr. Bruno Weber, einem Pionier der Kinderdiabetologie. Als erster Kinderarzt war er 1981/82 Präsident unserer Fachgesellschaft, erhielt die Paul-Langerhans-Medaille und die Ehrennadel in Gold der DDG. Ein Nachruf, der sein Leben und seine Arbeit würdigt, steht auf Seite 8.

Ganz herzlich, Ihre

Prof. Dr. Julia Szendrödi

diabeteszeitung

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

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

Koordination in der DDG Geschäftsstelle: Franziska Fey

Produktionsleitung Deutschland: Ninette Grabinger
Teamleitung Layout: Andrea Schmuck
Layout: Christina Mähler, Jasmin Reutter, Beate Scholz, Mira Vetter

Media-, Verkaufs- und Vertriebsleitung: Björn Lindenau

Verkauf: Josef Hakam, Lukas Koch, Christiane Schlenger

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

Teamleitung Vertrieb: Birgit Höflmair
Vertrieb und Abonnentenservice:
E-Mail: mtd-aboservice@medtrix.group
Druck: Vogel Druck und Medienservice GmbH & Co. KG
Leibnizstraße 5, D-97204 Höchberg
Bezugsbedingungen:
Jahresabonnement € 48,40, Studenten € 37,60
(inkl. Porto und MwSt., Ausland zuzüglich Porto)
Konto: HVB / UniCredit Bank AG
IBAN: DE12 7002 0270 0015 7644 62, BIC: HYVEDEMMXXX ISSN 2367-2579
Erfüllungsort und Gerichtsstand ist Wiesbaden
Registergericht: Amtsgericht Wiesbaden
HRB 12 808, UST-IdNr.: DE 206 862 684

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

Mit der Einsendung eines Manuskriptes erklärt sich die/der Urheber*in damit einverstanden, dass ihr/sein Beitrag ganz oder teilweise in allen Printmedien und elektronischen Medien der MedTriX GmbH, der verbundenen Verlage sowie Dritter veröffentlicht werden kann.
Hinweise zum Urheberrecht: Die Nutzung unserer Inhalte (Texte, Fotos, Grafiken etc.), insbesondere die Vervielfältigung, Verbreitung oder öffentliche Zugänglichmachung, ist grundsätzlich nur mit vorheriger schriftlicher Zustimmung erlaubt, sofern sich aus dem UrhG nichts anderes ergibt. Des Weiteren behält sich die MedTriX GmbH eine Nutzung ihrer Inhalte für kommerzielles Text- und Data Mining (TDM) im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor.

Verlagsbeilage: diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe

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

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

Verlag: MedTriX GmbH

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

CEO: Oliver Kramer

Geschäftsführung: Stephan Kröck, Markus Zobel

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

Für den oGTT zugelassene Fertiglösungen verwenden!

DDG reagiert auf Urteil zum Sprechstundenbedarf



BERLIN. Das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts, wonach Apotheken keine Rezepturen mehr für den Praxis- und Sprechstundenbedarf abgeben dürfen, hat auch Bedeutung für den oralen Glukosetoleranztest (oGTT) und das Gestationsdiabetes-Screening. Die DDG macht sich für das Verwenden von Fertiglösungen stark. Viele KV-Vereinbarungen sehen das nun so vor.

Am 12. März 2026 hat das Bundesverwaltungsgericht entschieden, dass Apotheken keine Rezepturarzneimittel für den Praxisbedarf „im Voraus" produzieren bzw. Rezepturarzneimittel nicht mehr aufgrund einer Verordnung für den Sprechstundenbedarf (SSB) herstellen dürfen. Eine erlaubnis- und zulassungsfreie Herstellung sei immer an eine patientenindividuelle Verschreibung gebunden (Az.: 3 C 2.24).

Dies betrifft auch das Abfüllen von Pulvern für die orale Glukose-Toleranz-Testung (75 g) und das Screening auf Gestationsdiabetes (50 g). Die KVen informierten zwar umgehend ihre Mitglieder über die geänderte Rechtslage – allerdings föderalismustypisch mit teils unterschiedlichem Tenor.

Beispielsweise schreibt die KV Baden-Württemberg: Für den Vortest auf Gestationsdiabetes und den oGTT sind als Sprechstundenbedarf Fertiglösungen zu verordnen – und zwar grundsätzlich Großpackungen bei mehreren Tests im Quartal. Die KV rät etwa zu 15 x 200 ml für den Vortest auf Gestationsdiabetes und zu 15 x 300 ml für den oGTT. Eine Regressgefahr bestehe u. a. bei Glukosepulver, das als Lebensmittel deklariert ist.

Anders klingt es in Niedersachsen. Dort sind zwar ebenfalls Fertiglösungen für den SSB verordnungsfähig, aber ebenso Glukosepulver zum Anrühren. „Diese haben zwar nur eine Zulassung als Lebensmittel, werden aber als wirtschaftliche Alternative ausdrücklich im Einvernehmen mit den Krankenkassen akzeptiert."

Die DDG rät schon seit Jahren vom Selbstanmischen von Glukoselösungen aus Pulverbriefchen ab, da damit Risiken für die Patientensicherheit und die Diagnosegenauigkeit verbunden seien. Allerdings kann es vorkommen, dass Krankenkassen Fertigarzneimittel im Vergleich zu Pulvern als unwirtschaftlich ansehen.

KVen: oft gibt es schon Vereinbarungen mit den Kassen

Welche Regelung bezüglich der Glukosetests besteht, erfährt man am besten bei der eigenen KV. Die KV Bayerns verkündete Mitte August: „Ab sofort sind Fertigprodukte zur oralen Anwendung über den Sprechstundenbedarf verordnungsfähig."

Andere KVen verwiesen auf den Klärungsbedarf mit den Kassen. Eine Übersicht gibt es auch online.

Die Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts sei ein guter Anlass, „grundsätzlich nur noch auf als Arzneimittel zugelassene Lösungen im Sprechstundenbedarf und in der Verordnung zu setzen", findet der Apotheker Manfred Krüger, der in mehreren Arbeitsgemeinschaften und Kommissionen der DDG aktiv ist. Er und Professor Dr. rer. nat. Lutz Heinemann haben als Verantwortliche des DDG Vorstandes für den oGTT unter Mitwirkung von Dr. Guido Freckmann, Kommission Labordiagnostik in der Diabetologie der DDG & DGKL, und der Kommission Apotheker in der Diabetologie BAK/DDG (Dr. Ralf-Uwe Häussler, Professor Dr. rer. nat. Stephan Scherneck, Dirk Klintworth) eine aktuelle DDG Empfehlung erarbeitet. Die Fachgesellschaft spricht sich erneut dafür aus, dass flächendeckend Fertiglösungen für den oGTT eingesetzt werden sollten. „Grundsätzlich abzuraten ist von der Eigenherstellung der Tests in Arztpraxen unter Verwendung von Traubenzucker in Pulverform, der lediglich als Lebensmittel in Verkehr gebracht wird", betonen die DDG Experten. Die Verabreichung einer solchen Lösung außerhalb des arzneimittelrechtlichen Rahmens sei mit erheblichen Haftungsrisiken, Aufklärungspflicht und Dokumentation für die Arztpraxis verbunden. Für den oGTT seien Lösungen als zugelassene Fertigarzneimittel in genügender Menge auf dem Markt, die im Sprechstundenbedarf eingesetzt und abgerechnet werden können. In etlichen KV-Regionen seien die Vereinbarungen mit den Kassen schon erfolgt.

> »Von der Eigenherstellung der Tests in den Praxen ist abzuraten«

Wo keine adäquaten Fertigarzneimittel alternativ zur Verfügung stehen, führt das Urteil zu Lücken in der Versorgung, etwa in der Notfallbehandlung und beim ambulanten Operieren. Die DDG unterstützt deshalb die Rufe nach einer raschen Prüfung und Anpassung der gesetzlichen Vorschriften. Eine entsprechende Forderung gibt es vom Deutschen Apothekertag. Die KBV hat dem BMG konkrete Gesetzgebungsvorschläge unterbreitet. Dass Rezepturen nur noch mit einer patientenindividuellen Verordnung hergestellt werden und damit nicht mehr für den Sprechstundenbedarf genutzt werden dürfen, sei „praxisfern". Das letzte Wort ist somit noch nicht gesprochen. *Michael Reischmann*

Verordnungsfähigkeit von oGTT-Fertiglösungen im Sprechstundenbedarf, eine Übersicht nach KV-Regionen:

Die Diagnostik des Gestationsdiabetes ist auch mit der Frage der Wirtschaftlichkeit verknüpft.



Fotos: bounward/gettyimages

ANZEIGE



Die Nr. 1 Fußpflege bei Diabetes[1]

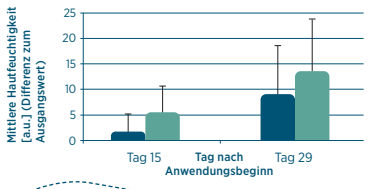
FUSSPFLEGE BEI DIABETES

Empfehlen Sie, was täglich zu Hause angewendet wird.

Trockene Fußhaut ist bei Diabetes kein rein kosmetisches Thema: Verminderte Talg- und Schweißproduktion macht die Hautbarriere lückenhaft, Risse und Infektionsrisiko steigen. Die IWGDF-Leitlinie empfiehlt daher Emollienzien. 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) zeigt[2]:



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

■ Placebo
■ Allpresan diabetic INTENSIV SCHAUMCREME

Empfehlen Sie die Nr. 1 **Allpresan**

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

Allpresan

Für den Diabetologie-Durchblick.

Der Podcast von Medical Tribune



Mehr über den oGTT

Apotheker Krüger erklärt, warum der oGTT so wichtig ist, wie er korrekt durchgeführt wird und welche Werte dabei entscheidend sind. Besonders im Fokus steht die Qualität der verwendeten Glukoselösungen. Zugriff auf diese und weitere Folgen von O-Ton Diabetologie – der Podcast für Expert*innen haben Sie auf medical-tribune.de und auf allen gängigen Podcast-Plattformen.

Was ist was?

Sprechstundenbedarf (SSB) umfasst spezielle Produkte für die Akut- und Notfallversorgung, die bei mehreren Patient*innen Verwendung finden. Der SSB wird mit Muster 16 verordnet und von den Krankenkassen bezahlt. Die Sprechstundenbedarfsvereinbarung steckt das Feld KV-spezifisch ab. Die Kostenträger achten auf eine wirtschaftliche Verordnungsweise, z. B. auf Packungsgrößen, die dem Quartalsbedarf entsprechen.

Praxisbedarf sind Verbrauchsmaterialien und Hygieneartikel wie Einmalhandschuhe, Kittel, Desinfektionsmittel, Kanülen, Holzspatel. Die Kosten dafür sind pauschal in den EBM-Vergütungen der ärztlichen Leistungen enthalten.

Rezeptur: Ein Arzneimittel wird aufgrund einer Verschreibung oder konkreten Anforderung patientenindividuell hergestellt, z. B. eine spezielle Salbe für den akuten Bedarf einer Person.

Defektur: Ein Produkt wird während des Apothekenbetriebs in größerer Stückzahl auf Vorrat für häufig wiederkehrende Verschreibungen hergestellt.

Mit Diabetes im Krankenhaus

DDG gibt Tipps für den Klinikaufenthalt und plant neue Praxisempfehlung für CGM & Co.

BERLIN. Fast jede fünfte Person, die ins Krankenhaus kommt, hat Diabetes. Bei insulinpflichtigen Patient*innen mit Typ-1- oder Typ-2-Diabetes ist bei einem stationären Aufenthalt viel diabetologische Erfahrung gefragt – vor allem, wenn Pumpen und/oder CGM-Systeme genutzt werden. Die DDG erarbeitet derzeit auch eine neue Praxisempfehlung zur Diabetestechnologie im Krankenhaus.



Krankenhausteams sollten Diabetes von Beginn an mitdenken.

Foto: spotmatikphoto – stock.adobe.com

Auch wenn die meisten Betroffenen mit der Nebendiagnose Diabetes in die Klinik kommen: Diabeteserkrankungen dürften dort nicht als „Nebensache“ behandelt werden, so Professor Dr. Andreas Fritsche, Past Präsident der DDG aus Tübingen. Denn bei Klinikaufenthalten kann der Blutzucker bekanntermaßen schnell aus der Balance geraten – besonders bei einer Operation und/oder einer Änderung der Medikation, z. B. wenn eine Kortisontherapie notwendig sei. Auch bei Krebs, Herzinfarkten, Schlaganfällen oder Knochenbrüchen müsse die Diabetesbehandlung „von Beginn an mitgedacht werden“, so Prof. Fritsche.

> »Diabetes nicht als Nebensache in der Klinik behandeln«

Akute Infektionen bei Diabetes besonders gefährlich

Ein erhöhtes Risiko besteht zudem bei akuten Erkrankungen und Diabetes. Ein relevanter Anteil der stationär behandelten Patient*innen mit Diabetes wird aufgrund von Infektionen wie etwa Lungen- oder Nierenbeckenentzündungen eingewiesen, die eine antiinfektive Therapie erforderlich machen. Besonders akute Infektionen können eine ggf. vorhandene Insulinresistenz noch verstärken und zu deutlicher Hyperglykämie führen, die bei insulinpflichtigem Diabetes, insbesondere bei Typ-1-Diabetes, wiederum eine diabetische Ketoazidose auslösen oder begünstigen kann. In dieser Phase ist häufig eine kurzfristige Anpassung und Intensivierung der Insulintherapie notwendig. Mit Rückgang des Infekts sinkt der Insulinbedarf aber in der Regel rasch wieder. Das Behandlungsteam muss diesen Verlauf engmaschig überwachen und die Insulindosierung angepasst reduzieren, um potenziell lebensbedrohliche Hypoglykämien zu vermeiden.

Dass Einrichtungen mit DDG Zertifizierung bessere Ergebnisse in der Patientenversorgung erzielen, hat eine bundesweite Analyse von knapp 43 Millionen Krankenhausfällen zwischen 2021 und 2023 für Menschen über 20 Jahren gezeigt (wir berichteten in Ausgabe 4/26). Sobald Diabetes selbst der Aufnahmegrund ist oder wenn Betroffene wegen akuter diabetesbedingter Komplikationen – wie einer schweren Unterzuckerung oder diabetischen Ketoazidose – behandelt werden, ist dieser Vorteil besonders ersichtlich.

Eine Diabetes-Zertifizierung der Klinik sei daher ein wichtiges Orientierungskriterium, betont die Fachgesellschaft. Ein DDG Zertifikat zeige, dass eine Klinik im Umgang mit Diabetes gut aufgestellt ist. „Sind im Klinikteam Diabetolog*innen und/oder Diabetesberater*innen vertreten, ist das für Betroffene ein guter Hinweis darauf, dass eine Klinik Strukturen für eine gute Diabetesversorgung aufgebaut hat“, erklärt Prof. Fritsche. „Dazu gehören immer diabetologisch geschulte Fachkräfte, qualifiziertes Pflegepersonal und klare Abläufe.“

Geplante Klinikaufenthalte gut vorbereiten

Die DDG empfiehlt Menschen mit Diabetes bzw. deren Angehörigen, schon vor einem geplanten Klinikaufenthalt unbedingt zu klären, wer im Krankenhaus für ihre Diabetesbehandlung zuständig ist. Auch sollten alle wichtigen Diabetes-Utensilien in die Krankenhaustasche gepackt werden.

Zudem sollte das Klinikteam frühzeitig wissen, welche Diabetesform und Medikamententherapie vorliegen und ob Insulinpen, Pumpe und/oder Glukosesensor genutzt werden. „Menschen mit Diabetes sollten nicht davon ausgehen, dass alle Informationen zu ihrer Stoffwechselerkrankung automatisch in der Klinik vorliegen“, erklärt Prof. Fritsche. Daher sollte das Team rechtzeitig über Therapieplan, Medikamentenliste, Pumpeneinstellungen und/oder Sensordaten informiert sein. Besonders bei Typ-1-Diabetes sei die Klinikvorbereitung wichtig, betont die DDG. Informationen zur Insulinpumpentherapie, aber auch zu schweren Unterzuckerungen in der Vorgeschichte und/oder bestehenden diabetischen Begleit- und Folgeerkrankungen wie einer Neuropathie bzw. Schädigungen des Herzens, der Augen oder Nieren sollten dem Behandlungsteam vorliegen. „Gerade bei insulinpflichtigen Menschen kann eine unklare Zuständigkeit gefährlich werden“, warnt der DDG Past Präsident Prof. Fritsche.

Vier Fünftel der Kliniken ohne DDG zertifizierte Diabetologie

Jährlich könnten 1.140 Leben von Menschen mit Diabetes durch zertifizierte Diabetesversorgung gerettet werden, so das Fazit des Autorenteams. Bis dato sind allerdings nur etwa ein Fünftel aller Krankenhäuser für Diabetes zertifiziert. Konkret bedeutet dies, dass 80% der Kliniken möglicherweise über keine ausgewiesene Diabetesbehandlung mit genügend diabetologisch weitergebildetem ärztlichem und pflegerischem Personal sowie Diabetesberater*innen DDG verfügen. Diabetologische Expertise in Kliniken sichern, zertifizierte Einrichtungen sichtbarer machen und verbindliche Abläufe für die Versorgung von Menschen mit Diabetes im Krankenhaus etablieren bleibt aus Sicht der DDG weiter ein vorrangiges gesundheitspolitisches Ziel. *Angela Monecke*

Diabetestechnologie im Krankenhaus: neue DDG Praxisempfehlung für das stationäre Setting

Wie moderne Technologien die Glukose- und Diabetestherapie in Klinik und Praxis verändern, hat ein Symposium des BVKD und der AG Diabetes & Technologie (AGDT) beim Diabetes Kongress 2026 beleuchtet.

Mit Blick auf die aktuelle Leitlinien- und Evidenzlage verwies Professorin Dr. Susanne Reger-Tan, Herz- und Diabeteszentrum NRW, Bad Oeynhausen, auf die geplante DDG Praxisempfehlung zu Diabetestechnologie im Krankenhaus, die derzeit erstellt wird und 2027 veröffentlicht werden soll. Daran beteiligt sind die DDG Kommissionen Digitalisierung sowie Labordiagnostik in der Diabetologie der DDG & DGKL sowie die AGDT. Auch die pädiatrische Perspektive fließe mit ein, betonte sie.

Das neue Dokument soll dezidiert praktische Empfehlungen für den Einsatz von Diabetestechnologie im Krankenhaus enthalten – und zwar sowohl aus der Perspektive der Patient*innen, die die von ihnen genutzte Diabetestechnologie mitbringen, als auch aus der Perspektive der Institution, die Diabetestechnologie einsetzen möchte, um ein gutes Diabetesmanagement in der Einrichtung zu etablieren.

Potenzielle Inhalte der Empfehlung:

Allgemeine Grundsätze
- Shared Decision Making
- medizinische Verantwortung
- Voraussetzungen

CGM-Systeme
- patienteneigen/institutionseigen
- Genauigkeit und Interferenzen

Insulinpumpen und AID-Systeme
- perioperativ und ICU (Intensive Care Unit)
- Steroidtherapie
- Pädiatrie

Strukturelle Anforderungen
- Personal
- Fortbildung, Schulung und Edukation
- institutionelle Richtlinien und SOP (Standard Operating Procedure)
- digitale Voraussetzungen

Dokumentation
- Aufnahme, Entlassung
- Dokumentationspflichten

Besondere klinische Situationen
- Hypoglykämie, diabetische Ketoazidose (DKA), hyperglykämisches hyperosmolares Syndrom (HHS)
- Schwangerschaft

Mehr zum Thema lesen Sie in einer der nächsten Ausgaben.

Eine Übersicht der DDG zertifizierten Kliniken gibt es hier:
www.ddg.info/behandlung-leitlinien/zertifizierte-praxen-/-kliniken.

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

Nephrologie-Folge im Podcast O-Ton Allgemeinmedizin

Neue Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten in der Prävention von Nierenkrankheiten, in der Dialysebehandlung und Nierentransplantation beschäftigen die Nierenfachwelt. „Entscheidungen“ war deshalb auch das Motto der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie – und das Thema der Podcast-Folge mit dem Diabetologen und Nephrologen Professor Dr. Werner Kleophas und dem Kongresspräsidenten Professor Dr. Joachim Beige. Zu hören auf medical-tribune.de/podcast/o-ton-allgemeinmedizin und den gängigen Plattformen.

Pankreatitis: zugelassenes Medikament kann helfen

Forschende der Universitätsmedizin Greifswald haben im Tiermodell gezeigt, dass der Wirkstoff Anakinra die entzündungsbedingten Schäden bei einer akuten Pankreatitis verringert und bei einer chronischen Erkrankung die fortschreitende Vernarbung der Bauchspeicheldrüse verlangsamt. Weil Anakinra schon seit vielen Jahren gegen andere entzündliche Erkrankungen eingesetzt wird, könnte der Wirkstoff grundsätzlich schneller für eine neue Anwendung geprüft werden. Die Ergebnisse wurden in „Advanced Science“ veröffentlicht.

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]

Ozempic®: Das einzige Inkretinmimetikum mit einem vom G-BA anerkannten kardiovaskulären Zusatznutzen[5]

Ozempic® 2 mg.
Jetzt verordnen.

Mehr zu Ozempic® 2 mg?
QR-Code scannen!
novo-wissen.de/ozempic_2mg

DE26OZM00416

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

***** Das am häufigsten verordnete Inkretinmimetikum bei Patient:innen mit T2D in Deutschland.[1] ‡ Data on file. Daten umfassen Patienten, die mit Semaglutid zu unterschiedlichen Indikationen, aus verschiedenen Ländern, mit verschiedenen Dosierungsstärken und unterschiedlichen Patientenpopulationen behandelt wurden. Novo Nordisk A/S; Bagsværd, Denmark. **1.** Volume IQVIA World, GLP-1 Sell-Out Verschreiberdaten Deutschland, 06/2026. **2.** Frías JP et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2021;9:563–574. ***Einzelheiten zur Studie:*** SUSTAIN FORTE war eine 40-wöchige, randomisierte, doppelblinde, multizentrische, multinationale, parallelgruppen Phase-3b Studie, in der die Wirksamkeit und Sicherheit von einmal wöchentlich verabreichtem Semaglutid 2,0 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 Patientinnen 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.

novo

1x pro Woche OZEMPIC® Semaglutid Injektion



Foto: mamio – stock.adobe.com (KI-generiert)

Viele Kalorien, wenig Nährstoffe

Auch bei Energieüberschuss können Protein, Vitamine und Spurenelemente fehlen

HEIDELBERG. Mangelernährung betrifft nicht nur Untergewichtige. Auch Menschen mit Adipositas und Diabetes können wichtige Nährstoffe fehlen – trotz hoher Kalorienzufuhr. Die geplante G-BA-Richtlinie erhöht den Druck, Patient*innen bei der Aufnahme im Krankenhaus verbindlich zu screenen und individuelle Ernährungspläne für sie zu erstellen.

Krankenhausessen hat einen schlechten Ruf. In Bewertungsportalen ist von „schlechter Kantine“ und „ungenießbarem Industrieessen“ die Rede. Doch das eigentliche Problem ist nicht der mangelnde Genuss. Denn eine ausgewogene und individuell angepasste Ernährung kann den Genesungsprozess unterstützen. Sie sollte bei der Planung stationärer Aufenthalte also mitgedacht werden.

Umso schwerer wiegt, dass Mangelernährung im Krankenhaus oft zu spät erkannt wird. Schon bei der Aufnahme sind etwa 20 bis 30% der stationär Behandelten mangelernährt oder tragen ein entsprechendes Risiko. Die Folgen reichen von Wundheilungsstörungen und Infektionen bis zu längerer Verweildauer und erhöhter Mortalität. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) geht von 50.000 vermeidbaren Todesfällen pro Jahr infolge krankheitsbedingter Mangelernährung aus.

> »50.000 Todesfälle wären vermeidbar«

Ernährung als Teil der Therapie verstehen

Auch für DDG Präsidentin Professorin Dr. Julia Szendrödi vom Universitätsklinikum Heidelberg ist die Lage klar: „Wir müssen den Ernährungsstatus bei der stationären Aufnahme systematisch screenen und Mangelernährung individuell behandeln. Es geht darum, Ernährung als Teil der Therapie zu verstehen.“ Dass das Problem so oft übersehen wird, hat aus ihrer Sicht einen einfachen Grund: Mangelernährung wird noch immer vor allem mit Untergewicht verbunden.

Doch gerade in der Diabetologie und der Adipositasbehandlung greift das zu kurz. „Sogar Ärztinnen und Ärzte denken oft, jemand mit Diabetes und Adipositas müsste eigentlich genug auf den Rippen haben, um nicht mangelernährt zu sein“, sagt sie. Dieser Eindruck könne täuschen: „Kalorienzufuhr ist nicht gleichbedeutend mit guter Nährstoffzusammensetzung.“

Ein Zuviel an Energie schließt also ein Zuwenig an Protein, Vitaminen oder Spurenelementen nicht aus.

Für Menschen mit Diabetes und Adipositas hat das besondere Relevanz. Gerade Defizite bei Protein, Vitamin D, Vitamin B12, Folat, Magnesium und Eisen geraten nach Prof. Szendrödis Beobachtung leicht aus dem Blick (s. Kasten). Vitamin B12 müsse bei Metformin besonders beachtet werden. Ein unzureichender Vitamin-D-Status sei ebenfalls bedeutsam, auch wegen des erhöhten Osteoporoserisikos bei Menschen mit Diabetes.

Hinzu kommt ein weiteres Risiko: Eine drastische Gewichtsabnahme infolge bariatrischer Eingriffe, niedrigkalorischer Diäten oder GLP1-basierter Therapien betrifft nicht nur Fett-, sondern auch Muskelgewebe. „Man kann trotz Adipositas Sarkopenie haben, das wird äußerlich aber leicht übersehen“, erklärt Prof. Szendrödi. Wer nur auf Gewicht und Blutzucker schaut, verpasst womöglich einen klinisch entscheidenden Teil des Bildes.

Mit einem Fragebogen das individuelle Risiko ermitteln

Im Krankenhaus beginnt das Problem oft schon bei der Erkennung. Dabei existieren einfache und gut validierte Instrumente. Prof. Szendrödi verweist auf etablierte Screeningtools wie das Nutritional Risk Screening (NRS-2002). „Das ist kein komplizierter Labortest, sondern ein Fragebogen, der das individuelle Risiko ermittelt“, erklärt sie. Gefragt wird unter anderem nach Gewicht, Gewichtsverlust, Ernährungszustand und krankheitsbedingt erhöhtem Bedarf. Entscheidend sei jedoch, dass ein auffälliger Befund nicht folgenlos bleibe: „Aus dem Screening müssen auch Konsequenzen abgeleitet werden.“

Genau daran hapert es im Versorgungsalltag vielfach. Ein Screening allein verbessert noch keine Prognose. Erst die daraus abgeleitete Ernährungstherapie macht den Unterschied. Prof. Szendrödi verweist dabei auf Evidenz aus der EFFORT-Studie: Dort senkte eine innerhalb von 48 Stunden begonnene systematische ernährungsmedizinische Intervention bei Risikopersonen die Mortalität signifikant.[1]

„Bei Krankenhausessen geht es nicht um Komfort, sondern um die Vermeidung von Komplikationen“, betont die Präsidentin der DDG.

Ernährung krankheitsspezifisch anpassen

Erforderlich sind daher individuell angepasste Konzepte: Manche Patient*innen brauchen kleinere, nährstoffdichte Mahlzeiten, andere krankheitsspezifische Anpassungen. „Menschen mit einer Pankreasinsuffizienz etwa sollten keine fettreiche Nahrung bekommen“, erläutert Prof. Szendrödi. Auch die Konsistenz könne darüber entscheiden, ob eine Mahlzeit gegessen wird oder nicht: „Wenn jemand nicht kauen oder schlucken kann, lässt er das Essen am Ende stehen. Das Pflegepersonal sollte daher nicht nur das Tablett hinstellen, sondern auch schauen, ob es wirklich gegessen wird. Doch dafür fehlt bei all den Aufgaben die Zeit.“

Sie fordert einen strukturierten Ablauf von der Aufnahme mit Screening und Assessment bis zur individuellen Therapieplanung und zum Ernährungsplan nach der Entlassung. Dafür seien interprofessionelle Teams nötig, in denen Ökotrophолog*innen und andere Ernährungsfachkräfte eingebunden sind. Ernährungskompetenz müsse strukturell verankert werden, nicht nur vom Engagement Einzelner abhängen. Auch eine kürzlich erschienene Originalarbeit im Deutschen Ärzteblatt auf Basis bundesweiter Krankenkassendaten zeigt nach Meinung der Autor*innen, wie notwendig es ist, strukturierte Ernährungsscreenings und Versorgungswege einzuführen.[2]

Erarbeitung einer Richtlinie bis zum Jahr 2027

Rückenwind erhält das Thema nun aus der Politik. Der Bundestag hat beschlossen, den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit der Erarbeitung verbindlicher Qualitätsvorgaben für ein Ernährungsscreening in Krankenhäusern zu beauftragen. Bis Ende 2027 soll eine Richtlinie vorliegen, die u. a. die systematische Erkennung von Mangelernährung bei Aufnahme, Anforderungen an qualifiziertes Personal und Vorgaben für eine strukturierte Therapieplanung festlegt. „Damit ist das politische Fenster nun geöffnet“, freut sich Prof. Szendrödi.

Mit den kommenden politischen Vorgaben steigt die Chance auf verbindliche Umsetzung – auch wenn Standards am Ende nur tragen, wenn sie finanziert werden. Dabei muss gute Krankenhausernährung nicht teurer sein als der Status quo: „Aktuell haben wir wegen Mangelernährung verlängerte Liegezeiten und höhere Mortalitätsraten“, gibt Prof. Szendrödi zu bedenken, „wenn die Behandlungsergebnisse besser werden, ist gute Ernährung am Ende sogar eine kostenneutrale Intervention.“ *Antje Thiel*

> »Das politische Fenster ist nun geöffnet«

Woran es trotz Übergewicht häufig mangelt

Nährstoff(gruppe)	Warum im Klinikalltag relevant?
Protein	Zu wenig Protein begünstigt Muskelabbau, funktionelle Einbußen und sarkopene Adipositas
Vitamin D	Häufig zu geringe Spiegel; relevant auch mit Blick auf Knochengesundheit und Osteoporoserisiko, das bei Diabetes erhöht sein kann
Vitamin B12	Muss vor allem unter Metformintherapie im Blick behalten werden
Magnesium	Häufig erniedrigt und für zentrale Stoffwechselprozesse relevant
Eisen	Eisenmangel kann Anämie, Leistungsabfall und verzögerte Rekonvaleszenz verstärken
Kalzium	Vor allem im Kontext der Knochengesundheit bedeutsam

Aktionswoche unter Beteiligung der DDG schärft den Blick für das Risiko

Die europaweite **Malnutrition Awareness Week** (MAW) macht auf die Folgen krankheitsbedingter Mangelernährung aufmerksam und will Prävention, Diagnostik und Therapie stärker in den Versorgungsstrukturen verankern. Die Kampagne richtet sich an Fachpublikum, Politik und Öffentlichkeit. Deutschland beteiligt sich in der Woche vom 9. bis 13. November 2026 bereits zum vierten Mal an der MAW, federführend ist die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM), einer der Kooperationspartner ist die DDG. Auf der Website stehen Materialien zu Screening, Ernährungstherapie und weiteren Aspekten der krankheitsbedingten Mangelernährung bereit.

mangelernaehrung-bekaempfen.de

1. Schuetz P et al. Lancet 2019; 393: 2312-2321; doi: 10.1016/S0140-6736(18)32776-4

2. Rau M et al. Dtsch Arztebl Int 2026; 123: 464-468; doi: 10.3238/arztebl.m2026.0085

Präzise Ernährung per KI

Neue Abteilung „Computational Precision Nutrition“ am DIfE

POTSDAM-REHBRÜCKE. Am Deutschen Institut für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke (DIfE) hat am 1. Juli die Abteilung „Computational Precision Nutrition“ ihre Arbeit aufgenommen. Ziel des neuen Forschungsteams ist es, mit „N-of-1-Trials“ und neuen Analysemethoden die Entwicklung von verlässlichen und personalisierten Ernährungsempfehlungen voranzutreiben.

Viele Menschen praktizieren Intervallfasten oder eine Low-Carb-Ernährung – mit unterschiedlichem Erfolg. Genau hier setzt die neue Abteilung „Computational Precision Nutrition“ (CPN) an. Unter der Leitung des Mathematikers und Informatikers Professor Dr. Stefan Konigorski forciert das Team einen Paradigmenwechsel von einem allgemeinen „One Size fits All“-Denken hin zu Präzisionsernährung. Ziel ist es, komplexe Gesundheits- und Studiendaten zu analysieren und daraus Strategien für personalisierte Ernährungs- und Verhaltensempfehlungen zur Prävention und Behandlung z. B. von Adipositas oder Typ-2-Diabetes zu entwickeln.

Der Stoffwechsel jedes Menschen ist einzigartig

Dabei soll der einzigartige Stoffwechsel jedes Menschen berücksichtigt werden, so Prof. Konigorski. „Wir verbinden computergestützte Ansätze mit Apps, Daten aus Kohortenstudien und personalisierten Studien, um kausale Zusammenhänge herzustellen. Die Datenbasis ist multimodal, das heißt, sie beruht auf der Verknüpfung von molekularen Daten, Wearables-Daten und detaillierten Lebensstilmustern. Genau diese Tiefe ermöglicht es uns, echte Präzision zu erreichen, wenn sie gebraucht wird.“ Sein Team entwickelt neue Methoden an der Schnittstelle von Statistik und künstlicher Intelligenz und verzahnt sie mit Daten aus großen Bevölkerungsstudien wie der EPIC-Studie oder der NAKO-Gesundheitsstudie. Es sollen aber auch individuell angelegte Untersuchungen zum Einsatz kommen, für deren Auswertung das CPN-Team das N-of-1-Trial-Prinzip nutzt. Diese statistische Methode erlaubt die Personalisierung von experimentellen Studien.

Um den Einfluss einzelner Ernährungsfaktoren auf die Gesundheit zu untersuchen, ist der Ausbau der digitalen Open-Source-Studienplattform StudyU zentral. In Kombination mit



Welche Ernährung ist die richtige? Das will das Team der neuen DIfE-Abteilung herausfinden. Foto: TSViPhoto – stock.adobe.com

Methoden der kausalen Inferenz wird die Herausarbeitung tatsächlicher Ursache-Wirkung-Zusammenhänge zwischen Lebensstilfaktoren, Ernährung und Krankheitsrisiken möglich. Der Ansatz hilft, individuelle Fragen wie „Fühle ich mich besser und kann mein Blutzuckerspiegel durch Intervallfasten längerfristig gesenkt werden?“ zu beantworten. „Für diesen Untersuchungsansatz würden die Teilnehmenden z. B. je eine Phase mit und ohne Intervallfasten durchlaufen, in denen jeweils spezifische Gesundheitsmarker erfasst werden. Am Ende kann die statistische Auswertung individuelle Effekte erkennen und personalisierte Lebensstilempfehlungen geben. Die Teilnehmer*innen lernen also z. B. direkt selbst, welche Ernährungsmuster für sie hilfreich sind“, so Prof. Konigorski. *DZD/Red.*

dife.de/forschung/abteilungen-und-forschungsgruppen/computational-precision-nutrition

Standard in der Ernährungsforschung neu definieren

Die Kombination aus Datenbanken, KI und dem Erfahrungswerkzeug der N-of-1-Trials ermöglicht nicht nur die Verknüpfung von Mikroansätzen mit Makrodaten. Die Datenvielfalt verspricht vielmehr präzisionsmedizinische Rückschlüsse auf die Entstehung kardiometabolischer und altersassoziierter Erkrankungen.

„Aus der bisherigen Forschung wissen wir, welche Ernährungsmuster schützen und therapeutisch unterstützen können. Doch was bedeutet das für den einzelnen Menschen? Für wen reichen allgemeine Empfehlungen? Wann braucht es Präzision? Unsere neue Abteilung „Computational Precision Nutrition“ wird Antworten auf diese Fragen liefern und Tools für personalisierte Ernährungsempfehlungen generieren, die von genauen Daten bis hin zur digitalen Umsetzung reichen. Das wird den Standard in der Ernährungsforschung neu definieren“, ordnet Professor Dr. Tilman Grune, wissenschaftlicher DIfE-Vorstand, die Bedeutung der neuen Abteilung ein.



Prof. Dr. Bruno Weber 1932 – 2026

Mit großer Trauer nehmen wir Abschied von Professor Dr. Bruno Weber, einem Pionier der Kinderdiabetologie und einem Arzt, Wissenschaftler und Lehrer, der die Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes über viele Jahrzehnte entscheidend geprägt hat.

Bereits während seiner Studienzeit zeigte sich eine Haltung, die sein späteres Leben kennzeichnen sollte: Offenheit, internationale Verständigung und die Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen. Bruno Weber gehörte zu den Initiatoren der „Jumelage“ zwischen den Universitäten Heidelberg und Montpellier. Diese von Studierenden getragene deutsch-französische Partnerschaft entstand 1956/57, nur wenige Jahre nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs, als mutige Initiative für Versöhnung, Begegnung und neue Toleranz, und besteht bis heute fort. Nach dem Ende des Kalten Krieges förderte er durch die Organisation zahlreicher Postgraduiertenkurse in Ungarn, Bulgarien, der Slowakei, Litauen, Russland, Rumänien und Polen nachhaltig den fachlichen Austausch und das gegenseitige Verständnis zwischen den kinderdiabetologischen Teams dieser Länder – ein Engagement, das unter anderem durch Ehrenmitgliedschaften in den pädiatrischen Fachgesellschaften Schwedens, Ungarns und Polens gewürdigt wurde. Die daraus entstandenen persönlichen und institutionellen Verbindungen lagen ihm zeitlebens am Herzen.

Bruno Weber gehörte zu jener Generation von Kinderärzten, die früh erkannte, dass die Behandlung des Typ-1-Diabetes weit mehr umfasst als die Verordnung von Insulin. Sein Anliegen war eine langfristige, wissenschaftlich fundierte und zugleich menschliche Begleitung der betroffenen Kinder und ihrer Familien durch ein multidisziplinäres Team. Dabei verband er klinische Erfahrung mit wissenschaftlicher Neugier und einem ausgeprägten Verantwortungsgefühl gegenüber den ihm anvertrauten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien.

Seine berufliche Heimat fand er an der Universitäts-Kinderklinik im Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus in Berlin. Dort baute er die pädiatrische Diabetologie zu einem anerkannten klinischen und wissenschaftlichen Schwerpunkt aus. Viele Kinder und Jugendliche mit Diabetes aus dem damaligen Westberlin wurden über Jahre hinweg von ihm und seinem Team betreut. Diese besondere Versorgungssituation ermöglichte zugleich wichtige Langzeitbeobachtungen.

Bedeutsame Forschung zu Folgeerkrankungen

Von besonderer Bedeutung war die von Prof. Weber 1977 initiierte Berliner Retinopathie-Studie. Sie begleitete Kinder vom Beginn ihres Diabetes an und trug wesentlich zum Verständnis der Entstehung diabetesbedingter Folgeerkrankungen bei. Die Ergebnisse unterstrichen eindrucksvoll, wie entscheidend eine gute Stoffwechseleinstellung bereits in den ersten Jahren nach der Diagnose ist.

Seine Arbeiten zu Retinopathie, Mikroalbuminurie, Wachstum und Pubertätsentwicklung fanden international Beachtung und beeinflussten die Betreuung junger Menschen mit Typ-1-Diabetes nachhaltig.



Prof. Dr. Bruno Weber

Foto: zVg

Prof. Webers Wirken reichte weit über Berlin hinaus. Als einziger Vertreter Deutschlands gehörte er 1974 zu den 16 Gründungsmitgliedern der International Study Group of Diabetes in Children and Adolescents (ISGD), der späteren International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD). Er gehörte ihrem Council an und diente der Gesellschaft sowohl als Generalsekretär als auch als Präsident.

Während seiner Präsidentschaft vollzog sich der Übergang von der ISGD zur ISPAD. Damit half er, den Grundstein für jene weltweite wissenschaftliche und kollegiale Gemeinschaft zu legen, die heute Fachleute aus nahezu allen Regionen der Erde miteinander verbindet. Als Mitinitiator und Erstautor der 1993 verabschiedeten Deklaration von Kos setzte Bruno Weber zudem ein wegweisendes Zeichen für das Recht aller Kinder und Jugendlichen mit Diabetes auf bestmögliche Gesundheit, soziale Teilhabe und Lebensqualität. Im Jahr 2005 würdigte die ISPAD sein Lebenswerk mit ihrer höchsten Auszeichnung, dem ISPAD Prize for Achievement.

Seine wissenschaftlichen Leistungen wurden vielfach gewürdigt. Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) zeichnete ihn 1970 mit dem Adalbert-Czerny-Preis für seine Habilitationsarbeit „Plasmainsulin bei Kindern – klinische Untersuchungen bei stoffwechselgesunden, adipösen und diabetischen Probanden“ aus, einer ihrer bedeutendsten wissenschaftlichen Ehrungen. Als erster Kinderarzt wurde Prof. Weber in den Vorstand der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) gewählt; 1981/82 übernahm er schließlich deren Präsidentschaft und verlieh damit der Kinderdiabetologie auch innerhalb der nationalen Fachgesellschaft eine weithin hörbare Stimme. Er stellte die DDG Jahrestagung 1982 in Berlin unter den thematischen Schwerpunkt „Psychosoziale Aspekte bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes“.

Im Jahr 1997 erhielt er zudem die Paul-Langerhans-Medaille der DDG. Das Thema seines damaligen Festvortrags – „Diabetes mellitus bei Kindern: eine permanente Herausforderung für Ärzte und Gesellschaft“ – bringt sein berufliches Selbstverständnis treffend zum Ausdruck. Für ihn war Kinderdiabetologie niemals ausschließlich eine medizinische Aufgabe. Sie verlangte ebenso gesellschaftliche Verantwortung, verlässliche Versorgungsstrukturen und den gemeinsamen Einsatz für ein möglichst freies und erfülltes Leben der betroffenen Kinder. Für seine herausragenden Verdienste um die Diabetologie wurde er 2022 mit der Ehrennadel in Gold der DDG ausgezeichnet.

> »Für ihn war Kinderdiabetologie nie ausschließlich eine medizinische Aufgabe«

Ein Mentor, der zu eigenen Wegen ermutigte

Bruno Weber war ein großzügiger Lehrer und Mentor, der jungen Kolleginnen und Kollegen Vertrauen schenkte, ihnen Freiräume eröffnete und sie ermutigte, eigene Wege zu gehen. Seine Autorität beruhte nicht auf Distanz, sondern auf Wissen, Erfahrung, Klarheit und persönlicher Zugewandtheit. Viele von uns verdanken ihm entscheidende Impulse für ihren beruflichen Weg.

Mit Professor Bruno Weber verlieren wir einen Wegbereiter unseres Faches, einen hochgeschätzten Kollegen und für viele von uns einen prägenden Lehrer und Freund. Sein wissenschaftliches Werk, sein Engagement für die ISPAD und für die akademische Verständigung nach dem Zweiten Weltkrieg sowie vor allem seine Haltung gegenüber den ihm anvertrauten Kindern werden fortleben.

Unser tiefes Mitgefühl gilt seiner Familie und allen Menschen, die ihm nahestanden. Seine langjährigen Wegefährten in aller Welt werden „Monsieur Bruno“, wie sie ihn liebevoll nannten, in großer Dankbarkeit und mit tiefer Verbundenheit in Erinnerung behalten.

Prof. Dr. Thomas Danne
Chief Medical Officer bei Breakthrough T1D (ehemals JDRF)

Ein Tag für alle Menschen mit Diabetes

Meilensteine der modernen Diabetologie/Weltdiabetestag 2026

BERLIN. Anlässlich des Weltdiabetestages lädt diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe am 7. November 2026 zur Patientenveranstaltung „Meilensteine der modernen Diabetologie/Weltdiabetestag“ ein. In diesem Jahr gibt es einige neue Angebote.

Am 14. November ist Weltdiabetestag. Wie jedes Jahr veranstaltet aus diesem Anlass die gemeinnützige Gesundheitsorganisation diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe unter der Schirmherrschaft des Bundesministeriums für Gesundheit eine große Patientenveranstaltung in Berlin. Erstmals an einem Samstag wird für alle Menschen mit Diabetes, ihre Angehörigen und weitere Interessierte bei freiem Eintritt „Meilensteine der modernen Diabetologie/Weltdiabetestag“ stattfinden.

> »Thema 2026: 20 Jahre GLP1-RA«

Neue Technologien und besondere Bühne für Familien

Das Programm bietet viele wissenschaftliche und unterhaltsame Vorträge für Jung und Alt – und kann somit Menschen mit Diabetes als gute Weiterbildungsmöglichkeit empfohlen werden. Neu ist die „Tech & Talk-Lounge und Pioneer Area“, bei der die neuesten Diabetes-Technologien wie CGM-Systeme, Apps und KI-gestützte Vorhersagen vorgestellt werden.

Insbesondere für Kinder mit Typ-1-Diabetes und ihre Eltern wurde eine weitere Vortragsbühne hinzugenommen. Das Programm auf dieser Bühne widmet sich speziell den Themen, die betroffene Familien im Alltag beschäftigen. Auf den anderen beiden Bühnen steht das Programm ganz im Zeichen von „20 Jahre GLP1-Rezeptoragonisten“, aber auch Themen rund um Ernährung und Bewegung werden hier besprochen. Auf allen Bühnen gibt es genügend Zeit, Fragen zu den jeweiligen Themen zu stellen, eine abschließende Podiumsdiskussion rundet das Angebot ab.

Wichtig zu wissen

- **Wann?** Samstag, 7. November 2026, 11.30 Uhr bis 15.30 Uhr
- **Wo?** Hotel Maritim proArte, Berlin
- **Eintritt:** frei
- **Tipp für Selbsthilfegruppen:** Die Teilnahme kann durch gesetzliche Krankenkassen im Rahmen einer Projektförderung unterstützt werden. Näheres auf der Website.

Weitere Informationen und Registrierung Gewinnspiel:
www.meilensteine-diabetologie.de

Moderiert wird die Veranstaltung vom Professor Dr. Thomas Haak, Diabetologe und Diabetes-Anker-Chefredakteur, und Dr. Jens Kröger, Diabetologe und diabetesDE-Vorstandsvorsitzender, sowie diabetesDE-Vorstandsmitglied Maya Curman, die selbst mit Typ-2-Diabetes lebt. Auch der Diabetes-Anker wird mit einem Stand vertreten sein.

Neu: Tech & Talk-Lounge und E-Bike-Verlosung

„Unsere Informationsveranstaltung richtet sich gleichermaßen an Menschen mit Typ-1-Diabetes und Typ-2-Diabetes, sowohl an Erwachsene als auch an Kinder und Jugendliche. Jeder hat die Möglichkeit, sich aktuell fortzubilden und direkt Fragen an die Experten zu stellen, insbesondere in der neuen Tech & Talk-Lounge“, so Nicole Mattig-Fabian, Geschäftsführerin von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe.

Influencer*innen und Selbsthilfegruppen mit dabei

Zudem reisen aus ganz Deutschland Diabetes-Influencer*innen sowie Vertreter*innen von Selbsthilfegruppen an und tauschen ihre Erfahrungen untereinander aus. Zum ersten Mal wird in diesem Jahr außerdem unter allen Teilnehmenden, die sich registrieren und während der Verlosung anwesend sind, ein E-Bike verlost.

diabetesDE/Diabetes-Anker/Red.

Foto: diabetesDE

Ein Kind – aber wie?

Bei unerfülltem Kinderwunsch ist eine Hormonbehandlung nicht immer sinnvoll

BERLIN. Diabetes kann die Fruchtbarkeit von Frauen und Männern gleichermaßen beeinträchtigen; eine Hormontherapie mit Testosteron bzw. Östrogen ist aber nicht unbedingt die richtige Behandlung. Liegt ein unerfüllter Kinderwunsch vor, sollten Diabetologie, Gynäkologie beziehungsweise Andrologie und Reproduktionsmedizin eng zusammenarbeiten.



Fotos: RomoloTavani/gettyImages, gruffi/iStock

Im Patientengespräch

- Frühzeitig nach Kinderwunsch fragen
- Ursache für unerfüllten Kinderwunsch klären
- Medikation prüfen
- Fruchtbarkeit untersuchen
- Behandlung fachübergreifend planen

Niedrige Testosteronwerte haben 25 bis 40% der Männer mit Typ-2-Diabetes – dahinter stecken meist eine Insulinresistenz und eine Adipositas. Häufig resultiert dies in einem „funktionellen Testosteronmangel". „Dabei stören Stoffwechselbelastungen durch den Diabetes die für die Fortpflanzung essenzielle hormonelle Steuerung, ohne dass die betreffenden Organe – Hoden oder Hirnanhangdrüse – dauerhaft geschädigt sein müssen", so Professor Dr. Michael Zitzmann, Facharzt für Innere Medizin, Endokrinologie, Diabetologie und Andrologie am Universitätsklinikum Münster.

Bei Typ-1-Diabetes tritt dieses Muster deutlich seltener auf, wird jedoch vor allem von einer Adipositas verstärkt. „Unabhängig vom Diabetestyp können eine ungünstige Stoffwechsellage sowie Gefäß- und Nervenschäden die Sexualfunktion und die Zeugungsfähigkeit beeinträchtigen", so Prof. Zitzmann. „In der Regel reicht es nicht, lediglich einen niedrigen Hormonwert durch eine Testosterontherapie auszugleichen. Von außen zugeführtes Testosteron kann die Spermienbildung sogar weiter bremsen." Bei Frauen können beide Diabetesformen mit Zyklusstörungen, ausbleibendem Eisprung und eingeschränkter Fruchtbarkeit verbunden sein. Bei Typ-2-Diabetes spielen häufig Insulinresistenz, Adipositas und das polyendokrine metabolische Ovarialsyndrom (PMOS, früher PCOS) eine Rolle. „Bei Typ-1-Diabetes stehen vor einer Schwangerschaft vor allem eine möglichst optimale Glukoseeinstellung sowie die frühzeitige Erkennung und Behandlung diabetesbedingter Folgeerkrankungen im Mittelpunkt", erklärt DDG Präsidentin Professorin Dr. Julia Szendrödi, Universitätsklinikum Heidelberg.

> »Testosteron kann Schäden anrichten«

Eine gute Glukoseeinstellung, mehr Bewegung und ein Rauchstopp können bei Frauen und Männern die Chancen für eine Schwangerschaft verbessern. Bei Männern und Frauen mit Diabetes und Adipositas kann ein deutlicher Gewichtsverlust „insbesondere bei Männern mit Adipositas und funktionellem Testosteronmangel den körpereigenen Testosteronspiegel verbessern, bei Frauen Zyklusstörungen und Ovulationsstörungen günstig beeinflussen".

Testosteron und anabole Steroide steigern nicht die Fruchtbarkeit

Bereits laufende medikamentöse Therapien sollten überprüft werden. „Wer Testosteronpräparate oder anabole Steroide einnimmt, sollte dies im ärztlichen Gespräch offen ansprechen", betont Prof. Zitzmann. „Diese Mittel sind keine Fruchtbarkeitsbehandlung und können die Spermienproduktion sogar noch unterdrücken. Im äußersten Fall führen sie dazu, dass gar keine Spermien im Ejakulat enthalten sind." Nach dem Absetzen solcher Präparate kann die Erholung Monate dauern, eine vollständige Regeneration ist nicht garantiert.

Bei Frauen mit Adipositas oder Typ-2-Diabetes hat sich gezeigt, dass die Behandlung mit GLP1-Rezeptoragonisten (GLP1-RA) und verwandten Substanzen die Fruchtbarkeit verbessern kann. „Für eine Anwendung während der Schwangerschaft liegen bislang keine ausreichenden Sicherheitsdaten vor. Deshalb empfehlen die Fachinformationen, GLP1-Rezeptoragonisten oder Tirzepatid vor einer geplanten Schwangerschaft entsprechend der jeweiligen Fachinformation rechtzeitig abzusetzen", warnt Prof. Szendrödi und rät, diese Substanzen mindestens zwei Monate vor einer geplanten Schwangerschaft abzusetzen.

Ärzt*innen können die Erfüllung des Kinderwunsches auch mit gezielten therapeutischen Maßnahmen unterstützen – bei Frauen kommen je nach Ursache eine medikamentöse Ovulationsinduktion, die Behandlung von Insulinresistenz und PMOS oder reproduktionsmedizinische Verfahren infrage. Parallel sollten möglichst stabile Glukosewerte angestrebt werden.

Bei einem Testosteronmangel beim Mann können – je nach Ursache – bestimmte Verfahren die körpereigene Testosteron- und Spermienproduktion anregen. „Diese spezialisierten Therapien gehören in die Hände andrologischer oder reproduktionsmedizinischer Fachärztinnen und -ärzte", sagt Prof. Zitzmann. *DDG/Red.*

Frühzeitig handeln:

FETTLEBER KANN BEI RECHTZEITIGER BEHANDLUNG REVERSIBEL SEIN

2,5x wirksamer in der STEATOSE-REDUKTION*



Reduktion von Fatigue
Spürbar verbesserte Lebensqualität von MASLD-Betroffenen[1]

Sichere und wirksame Begleittherapie
für Patienten mit Typ 2 Diabetes: Signifikante Reduktion des HbA1c-Wertes im Vergleich zu Placebo[1]

Lindert Symptome einer Lebererkrankung**
Wie Druck im rechten Oberbauch

3x TÄGLICH

Signifikante Besserung nach **3-6 MONATEN**

90% BIO-VERFÜGBARKEIT

* als Placebo nach 6 Monaten bei Patienten mit metabolischer Fettleber.[1]
** infolge leberschädlicher Stoffe oder ungesunder Ernährung.
[1] Stefan N, et al. Liver Int. 2026 May;46(5):e70601.
Kein Ersatz für Lebensstiländerung (z. B. gesunde Ernährung, Bewegung & Alkoholverzicht).

Hier Originalpublikation lesen:

Essentiale® Kapsel 600 mg. Wirkstoff: 600 mg entölte angereicherte Phospholipide aus Sojabohnen. Sonst. Bestandt.: Ethanol 96 %, Hartfett, Sojaöl (Ph. Eur.), hydriertes Rizinusöl, Ethylvanillin, 1-(4-Methoxyphenyl) ethanon, all-rac-a-Tocopherol, Gelatine, Titandioxid (E 171), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H2O (E 172), Eisen(III)-oxid (E 172), Eisen(II,III)-oxid (E 172), Natriumdodecylsulfat, gereinigtes Wasser. Anw.-geb.: Verbesserung des subjektiven Beschwerdebildes, wie Appetitlosigkeit, Druckgefühl im rechten Oberbauch, bei Leberschäden durch leberschädliche Stoffe sowie durch falsche Ernährung (toxisch-nutritive Leberschäden) und bei chronischer Leberentzündung (Hepatitis). Gegenanz.: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff, Sojaproteine, Erdnuss oder einen der sonstigen Bestandteile des Arzneimittels. Nebenw.: Erhöhter Blutdruck, Palpitationen, Schwindel, Übelkeit, Erbechen, weicher Stuhl, Diarrhoe, allerg. Hautreaktionen (Exanthem, Urtikaria, Pruritus). Warnhinw.: Enthält Sojaproteine und Ethanol (Alkohol). Apothekenpflichtig.

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

MAT-DE-2602096

Neue Einblicke in den Stoffwechsel

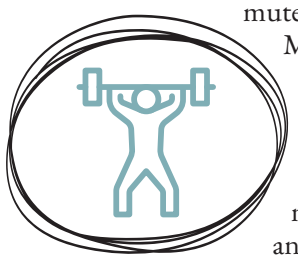
Ernährung, Bewegung und Epigenetik beschäftigen die Forschenden des DZD

NEUHERBERG. Sich gesund zu ernähren, kann das Risiko für Typ-2-Diabetes senken. Aber welchen Einfluss hat das epigenetische Risikoprofil? Auch ein Blick auf die Kommunikation der Skelettmuskulatur mit anderen Organen lohnt sich und kann nun mit einem ERC Starting Grant intensiviert werden. Tumoren kommunizieren ebenfalls und starten durch Proteine ein Abbauprogramm. Wird dieser Mechanismus besser verstanden, kann dies im Kampf gegen Krebskachexie helfen. DZD-Forschende beschäftigen sich zudem mit Alterungsprozessen, die die Funktionsfähigkeit der Langerhans-Inseln beeinträchtigen.

DZD Deutsches Zentrum für Diabetesforschung

ERC Starting Grant für DDZ-Forscherin

Wie beeinflusst die Skelettmuskulatur über körpereigene Botenstoffe den Stoffwechsel und die Entstehung von Krebs? Diese Frage untersucht Dr. Melanie Mittenbühler, Leiterin der Nachwuchsforschungsgruppe Crosstalk am Deutschen Diabetes-Zentrum (DDZ), im Projekt MYOSCAN. Sie erhält dafür eine Forschungsförderung des Europäischen Forschungsrats (European Research Council) in Höhe von 1,7 Millionen Euro. Der ERC Starting Grant zählt zu den bedeutendsten Förderungen für exzellente Nachwuchswissenschaftler*innen in Europa.

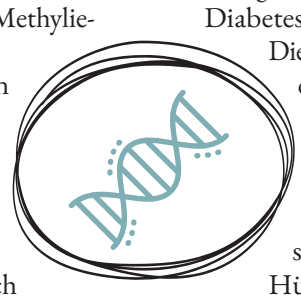


Warum Bewegung die Muskulatur schützt und gleichzeitig das Krebsrisiko senken kann, ist auf molekularer Ebene bislang nur unzureichend verstanden. Über Botenstoffe (Myokine) kommuniziert die Skelettmuskulatur mit anderen Organen und beeinflusst den Stoffwechsel sowie zahlreiche weitere Prozesse im Körper. Bewegung verändert die Freisetzung dieser Botenstoffe in gesundheitsfördernder Weise. Mit zunehmendem Muskelabbau verändert sich diese Kommunikation jedoch. Vermutet wird, dass die geschwächte Muskulatur vermehrt Botenstoffe freisetzt, die chronische Entzündungen fördern und dadurch die Entstehung von Krebs begünstigen können. Hier setzt MYOSCAN an. „Wir untersuchen erstmals systematisch, welche Myokine die Skelettmuskulatur abhängig von Bewegung und altersbedingtem Muskelverlust freisetzt“, erklärt Dr. Mittenbühler. 4.807 Forschende hatten sich für diese Förderperiode auf einen ERC Starting Grant beworben, nur etwa jede*r elfte Antragstellende wird vom ERC gefördert. Mit dem Grant kann Mittenbühler ihre Forschungsgruppe um drei neue Mitarbeitende erweitern. *DZD*

Epigenetik und gesunde Ernährung

Eine gesunde Ernährung senkt das Risiko für Typ-2-Diabetes. Könnte die Stärke dieses Schutzeffekts von epigenetischen Merkmalen beeinflusst werden?

Dieser Frage gingen Forschende um Christine El-Khoury und Professor Dr. Matthias Schulze vom Deutschen Institut für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke (DIfE) und vom DZD nach. Sie untersuchten dabei sowohl die genetische Veranlagung für Typ-2-Diabetes, erfasst mithilfe polygenetischer Risikowerte, als auch epigenetische Merkmale mit Diabetesbezug auf Basis von DNA-Methylierungsmustern.

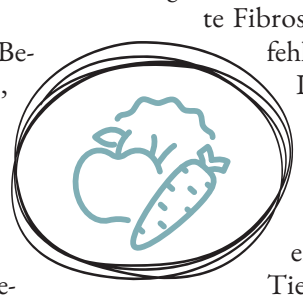


Für ihre Analysen nutzten die Forschenden Daten der EPIC-Potsdam-Studie, einer bevölkerungsbasierten Langzeitstudie mit mehr als 27.000 Teilnehmenden, die seit den 1990er-Jahren wissenschaftlich begleitet werden. Die Auswertung zeigte keinen Hinweis darauf, dass die genetische Veranlagung für Typ-2-Diabetes den Zusammenhang zwischen Ernährungsqualität und Typ-2-Diabetes-Risiko beeinflusst. Anders fiel das Ergebnis bei den epigenetischen Merkmalen aus, also bei chemischen Veränderungen (Methylierungen) an der DNA, die die Aktivität von Genen beeinflussen können, ohne die Erbinformation selbst zu verändern. Solche Veränderungen werden u. a. durch Alter, Lebensstil und Umwelteinflüsse geprägt. Die Autor*innen fassten Methylierungsmuster, die in bisherigen Studien mit einem erhöhten Typ-2-Diabetesrisiko assoziiert waren, in einem Methylation Risk Score (MRS) zusammen. „Auch in EPIC-Potsdam zeigte sich: Je höher dieser Wert war, desto größer war das Risiko, im späteren Verlauf an Typ-2-Diabetes zu erkranken“, sagt Erstautorin El-Khoury. Es fanden sich Hinweise darauf, dass diese epigenetischen Veränderungen den Zusammenhang zwischen Ernährungsqualität und Diabetesrisiko beeinflussen könnten. Die Analysen deuteten darauf hin, dass die Wirkung unterschiedlicher Ernährungsweisen je nach epigenetischem Risikoprofil variieren könnte. Eine Ernährung reich an Gemüse, Obst, Vollkornprodukten, Hülsenfrüchten, Nüssen, Fisch und pflanzlichen Fetten sowie mit wenig rotem und verarbeitetem Fleisch und zuckergesüßten Getränken war vor allem bei Studienteilnehmenden mit geringerem epigenetischem Risiko (kleinerer MRS-Wert) mit einem geringeren Diabetesrisiko assoziiert. Teilnehmende mit höheren MRS-Werten schienen nicht zu profitieren. *DZD*

El-Khoury C et al. Cardiovasc Diabetol 2026; 25: 275; doi: 10.1186/s12933-026-03356-0

Umbauprozessen auf der Spur

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko für Stoffwechselerkrankungen wie Typ-2-Diabetes. Eine wichtige Rolle spielt dabei die Funktionsfähigkeit der Langerhans-Inseln. Bereits bevor sich deutliche Störungen des Glukosestoffwechsels entwickeln, verändern sich die Langerhans-Inseln: Immunzellen sammeln sich an, entzündliche Prozesse nehmen zu und das Gewebe wird zunehmend fibrotisch umgebaut. Welche Mechanismen diese altersbedingten Veränderungen antreiben, ist bislang nur teilweise verstanden.



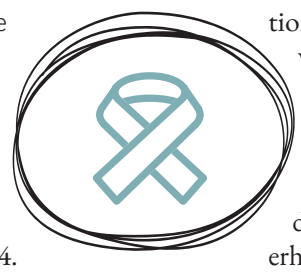
Ein möglicher Faktor sind Bestandteile von Bakterien, die mit zunehmendem Alter verstärkt in den Organismus gelangen können, z. B. durch altersbedingte Veränderungen der Zusammensetzung des Darmmikrobioms oder eine beeinträchtigte Darmbarriere. Die bakteriellen Bestandteile werden u. a. von „Toll-like-Rezeptoren“ (TLR) erkannt, die zum angeborenen Immunsystem gehören und Entzündungsreaktionen auslösen können. Der Toll-like-Rezeptor 2 (TLR2) kann eine Vielzahl mikrobieller Strukturen erkennen. Forschende des Deutschen Instituts für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke (DIfE) und der Universität Wien haben in einer Studie im Mausmodell untersucht, welche Rolle TLR2 bei der Alterung der Langerhans-Inseln spielt, und konnten zeigen: Fehlt TLR2, sind mehrere typische altersbedingte Veränderungen bei Mäusen deutlich abgeschwächt.

Besonders auffällig war die Immunzellansammlung innerhalb der Inseln: Während diese bei alten Kontrolltieren zunahm, war sie bei alten TLR2-defizienten Mäusen geringer. Dies betraf insbesondere Makrophagen. Gleichzeitig war auch die altersbedingte Fibrose der Langerhans-Inseln bei fehlendem TLR2 abgeschwächt. Interessanterweise zeigten isolierte Langerhans-Inseln alter TLR2-defizienter Tiere unter bestimmten experimentellen Bedingungen zudem eine erhöhte Insulinsekretion. Die Tiere befanden sich allerdings noch in einem Stadium, in dem die Glukosetoleranz insgesamt weitgehend erhalten war. Die veränderte Inselfunktion könnte dennoch auf eine günstigere Anpassung an altersbedingte Belastungen hindeuten und vielleicht dazu beitragen, einer späteren metabolischen Funktionsstörung entgegenzuwirken. *DIfE*

Jelleschitz J et al. Immun Ageing 2026; 23: 32; doi: 10.1186/s12979-026-00598-0

Wie ein Tumorprotein den Körper auszehren lässt

Forschende von Helmholtz Munich, der Medizinischen Fakultät Heidelberg der Universität Heidelberg, dem Deutschen Zentrum für Diabetesforschung (DZD) und der Technischen Universität München (TUM) haben einen bisher unbekannten Mechanismus identifiziert, der die sogenannte Krebskachexie antreiben kann – Abbauprozesse im Körper, die vor allem Muskel- und Fettgewebe betreffen. Für die Krebskachexie gibt es bislang keine zugelassene medikamentöse Therapie.



Eine zentrale Rolle spielt dabei ein von Tumoren ausgeschüttetes Protein mit der Bezeichnung ADAMTSL4. Es aktiviert in Muskel- und Fettgewebe lokal einen molekularen Signalweg und setzt dadurch ein Abbauprogramm in Gang. Die Ergebnisse machen ADAMTSL4 zu einem möglichen neuen Angriffspunkt für künftige Therapien gegen Krebskachexie. Allerdings betont Dr. Mauricio Berriel Diaz, Letztautor der Studie und Forschungsgruppenleiter am Institute for Diabetes and Cancer (IDC) bei Helmholtz Munich, dass Krebskachexie kein einheitlicher Prozess ist: „Nicht bei allen Patienten dürften ADAMTSL4-Spiegel gleichermaßen erhöht sein; auch Appetitregulation, Entzündungsprozesse und weitere Tumorfaktoren können eine Rolle spielen.“ Die Ergebnisse weisen deshalb in Richtung personalisierter Therapiestrategien. So ist denkbar, Patient*innen anhand erhöhter ADAMTSL4-Spiegel zu identifizieren. Bei diesen Personen wäre eine gezielte Blockade dieses Signalwegs besonders sinnvoll. *DZD*

Machado J et al. Cancer Discov 2026; 16: 2172-2196; doi: 10.1158/2159-8290.CD-26-0045

Fotos: iierlok_xolms – stock.adobe.com, Kittichai – stock.adobe.com, blankostock – stock.adobe.com



dexcom

Individuelle Diabetesbegleitung

überzeugende Ergebnisse*

Diabetes verläuft bei jedem Menschen anders.

Mit einem Produktportfolio, das sich an jeden Behandlungsbedarf anpassen lässt, unterstützt Dexcom Sie dabei, die Versorgung individuell zu gestalten.†,[1-3]

Mehr erfahren: www.dexcom.com/de-DE/fachpersonal

Dexcom Flex

Indiziert für Patienten:‡,[4]

- ✓ **unter Insulintherapie BOT & Basal**
- ✓ **unter Therapie mit oralen Antidiabetika und GLP-1-Rezeptoragonisten**
- ✓ **ab 18 Jahren**

Dexcom Flex ist ein einfaches, intuitives CGM-System für die hausärztliche Anwendung. Es unterstützt Sie bei Therapieentscheidungen und fördert das Selbstmanagement Ihres Patienten.



Dexcom G7

Indiziert für Patienten:[5]

- ✓ **unter intensivierter Insulintherapie (IIT)**
- ✓ **unter Insulinpumpentherapie (CSII)**
- ✓ **ab 2 Jahren**

Dexcom G7 ist geeignet für Patienten mit erhöhtem Therapiebedarf, insbesondere bei IIT. Darüber hinaus kann es in Verbindung mit automatisierten Insulindosierungssystemen (AID-Systemen) den Alltag Ihrer Patienten mit Diabetes mellitus erleichtern.



Dexcom CGM-Systeme sind in einer mmol/L- und mg/dL-Ausführung verfügbar. | Kompatible Geräte sind separat erhältlich. Eine Liste kompatibler Geräte ist zu finden unter dexcom.com/compatibility. | * Der Nutzen von Dexcom CGM wurde in über 70 klinischen Studien nachgewiesen. Daten verfügbar unter clinicaltrials.gov | † Im Vergleich zur Blutzuckerselbstmessung | ‡ Indiziert für Erwachsene ab 18 Jahren, einschließlich Schwangeren. | **1** Crawford MA, et al. Diabetes. 2025;74(S1):1927–LB. | **2** Crawford MA, et al. Diabetes. 2023;72(S1):63–LB. | **3** Richardson KM, et al. Int J Behav Nutr Phys Act. 2024;21(1):145. | **4** Dexcom Flex Benutzerhandbuch. | **5** Dexcom G7 Benutzerhandbuch. | 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-16184 REV002 DE-de / 09.2026 | Agenturfoto. Mit Model gestellt.

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



Vielfalt des Diabetes, Vielfalt des Denkens

Die Diabetes Herbsttagung bietet neue Perspektiven

DRESDEN. „Künstliche Intelligenz in der Medizin – die Diabetologie mittendrin" – so lautet der Titel der Keynote während der Eröffnungsveranstaltung der Herbsttagung. KI und Digitalisierung bestimmen derzeit viele Diskussionen, klar ist aber auch, dass der Mensch dabei immer im Mittelpunkt stehen muss, wie auch die beiden Tagungspräsidentinnen Professorin Dr. Susanne Reger-Tan und Dr. Sandra Schlüter betonen (s. S. 14). Wie vielfältig die Diabetologie ist, zeigt ein Blick ins Tagungsprogramm und das Workshop-Angebot. Diabetes wird hier oftmals gemäß dem Tagungsmotto digital gedacht, aber Forschung und Behandlung werden von Menschen mit Leben gefüllt.

Vielfältiges Workshop-Angebot

Angeboten werden 18 Workshops. Jeder Workshop hat maximal 30 Teilnehmende und dauert 90 Minuten. Im Fokus stehen neben der Wissensvermittlung der Austausch untereinander und die praktische Arbeit an Beispielen.

WS02: Smarte Diabetologie | Apps und DiGA treffen auf Künstliche Intelligenz | Praxis

Freitag, 13. November, 8.30 – 10.00 Uhr
Leitung: Professorin Dr. Claudia Eberle, Fulda

Apps und Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) sind unterstützende Bausteine in der Therapie des Diabetes mellitus und der Adipositas. **Themen:** klinische Wirksamkeit von Apps und DiGA; Funktionen von Apps und DiGA im Diabetesmanagement; Einsatz im Sinne einer leitliniengerechten Therapie; Steigerung von Compliance und Adhärenz durch Apps und DiGA.

WS13: Wie gelingt Veränderung? Die Immunität gegen Veränderung überwinden

Samstag, 14. November, 11.00 – 12.30 Uhr
Leitung: Sara Willms und Johannes Willms, beide Göttingen

Oft wünschen Menschen sich Veränderungen. Manchmal sind sie sogar lebensnotwendig. Aber dann bleibt man in der ersten Euphorie stecken und kommt nicht weiter. So geht es mitunter auch den Patient*innen. Warum ist das so? Liegt das wirklich an fehlender Willensschwäche? Oder gibt es tatsächlich ein psychisches Immunsystem, das uns von Veränderung abhält? In diesem Workshop wird genauer hingeschaut – wissenschaftlich fundiert, praxisnah und wenn gewünscht dicht an eigenen Beispielen. Aufgezeigt wird, warum nachhaltige Veränderungen so herausfordernd sein können und wie das neue Wissen für gewünschte oder notwendige Veränderungsprozesse genutzt werden kann.

WS07: From Day 1: Bewegung & Ernährung als Schlüssel im Management des Typ-1-Diabetes

Freitag, 13. November, 16.30 – 18.00 Uhr
Leitung: Dr. Ulrike Becker und Dr. Isa Mayer, beide Bonn

Dieser Workshop beleuchtet den Einfluss von Bewegung und Ernährung auf den Verlauf des Typ-1-Diabetes (T1D) ab Diagnose. Diskutiert werden Effekte eines aktiven Lebensstils sowie Risiken hochkalorischer, hochglykämischer Kost bei Übergewicht und Adipositas. Ziel ist es, jeweils die Bedeutung früher T1D-Diagnose durch Screening, der Erkennung des Double Diabetes sowie einer Lebensstilintervention (#fromday1) herauszuarbeiten. Interdisziplinär wird praxisnah der Nutzen eines gesunden Lebensstils vermittelt. Im Fokus stehen bessere Stoffwechselkontrolle, weniger Folgeerkrankungen und höhere Lebensqualität.

Alle Workshops auf einen Blick und Anmeldemöglichkeit:
herbsttagung-ddg.de/programm/#workshops

Psychodiabetologie & Soziales

Diabetes und Berufsarbeit

Vorsitzende: Professorin Dr. Julia Szendrödi, Heidelberg, und Dr. Wolfgang Wagener, Düsseldorf
Samstag, 14. November, 09.00 – 10.30 Uhr

In den Vorträgen geht es um:
- das Diabetesrisiko im Beruf (Dr. Ann-Christin von Ehr, Diabetologin DDG und Arbeitsmedizinerin, Bonn)
- die Möglichkeiten und Hürden von Menschen mit Diabetes in der Tätigkeit bei Bundeswehr, Polizei, Feuerwehr und Bahn und in der Luft- und Seefahrt (Wolfgang Schütt, Diabetesberater DDG und Sozialpädagoge, Eckernförde)
- die neuen Möglichkeiten 2026 für Menschen mit Diabetes in der Berufsunfähigkeitsversicherung (Dr. Friedrich Wilhelm Petry, Diabetologe DDG und Verkehrsmediziner, Wetzlar).

Ausrichter ist der Ausschuss Soziales der DDG.

Folgeerkrankung & Komorbidität

Typ-2-Diabetes-bezogene Komplikationen – spielt die MASLD eine Rolle und falls ja, welche?

Vorsitzende: Professor Dr. Jochen Seufert, Freiburg, und PD Dr. Sabine Kahl, Düsseldorf
Freitag, 13. November, 16.30 – 18.00 Uhr

Trotz großer Fortschritte in der Therapie des Typ-2-Diabetes und der begleitenden kardiovaskulären Risikofaktoren haben Personen mit Typ-2-Diabetes immer noch ein ca. zweifach erhöhtes Risiko, eine kardiorenale Erkrankung zu erleiden im Vergleich zu Personen ohne Diabetes. Gleichzeitig haben ca. 55 bis 60 % der Personen mit Typ-2-Diabetes auch eine MASLD (metabolisch Dysfunktion-assoziierte steatotische Lebererkrankung), für welche ebenfalls ein erhöhtes kardiorenales Risiko beschrieben wurde. Bislang ist unklar, ob beide Erkrankungen synergistische Effekte auf die Entwicklung und Progression kardiorenaler Erkrankungen haben. Auch gibt es bislang keine eindeutige Stellungnahme in den Leitlinien, ob bei Personen mit Typ-2-Diabetes und MASLD eine andere Präventions- und Therapiestrategie kardiorenaler Erkrankungen benötigt wird als bei Personen mit Typ-2-Diabetes ohne MASLD. Auch die potenziellen Beziehungen einer bestehenden MASLD mit Erkrankungen anderer Organe wie Lunge oder Nervensystem bei Personen mit Typ-2-Diabetes sollen in diesem Symposium diskutiert werden. Das Symposium wird ausgerichtet durch das Deutsche Diabetes-Zentrum (DDZ).

Rund um die Diabetes Herbsttagung

- Die **Eröffnungsveranstaltung** – natürlich mit Dr. Sandra Schlüter und Professorin Dr. Susanne Reger-Tan, den beiden Tagungspräsidentinnen – findet am **Freitag, 13. November, 10.30 bis 12.00 Uhr in Halle 1-A** statt. Ein Highlight: die Keynote des Mediziners und Informatikers Professor Dr. Jens Kleesiek, Direktor des Instituts für Künstliche Intelligenz in der Medizin (IKIM) am Universitätsklinikum Essen und dort Leiter der Abteilung für maschinelles Lernen in der Medizin. Er spricht über das Thema **„Künstliche Intelligenz in der Medizin – die Diabetologie mittendrin"**. Ebenfalls in der Eröffnungsveranstaltung werden die **Medienpreise** der DDG in den Kategorien „Hören", „Sehen" und „Lesen" verliehen.
- In der **eDA-Lounge** haben die Tagungsteilnehmenden die Möglichkeit, mit Expert*innen von myon Clinic zur elektronischen Diabetesakte (eDA-DDG) ins Gespräch zu kommen und die Testversionen der Care-Pfade vor Ort live an Tablets auszuprobieren. Der erste konkrete Anwendungsfall der eDA ist die digitale Begleitung von Menschen mit Typ-2-Diabetes. Sie verbindet Patient*innen, Praxisteams und DMP-relevante Daten in einem gemeinsamen Versorgungsprozess. Außerdem informiert der VDBD in einem gesonderten Slot über die elektronische Patientenakte (ePA). Die eDA-Lounge finden Sie direkt gegenüber des DDG Standes im Diabetesforum.
- Am **Stand der DDG** (Stand DF01/Diabetesforum) werden erstmals **Themeninseln** zu finden sein. An diesen Themeninseln können sich Interessierte gezielt und eingehend über die Angebote der DDG Akademie, die Zertifizierung durch die DDG und die einzelnen Zertifikate und die DDG Leitlinien informieren.

Versorgung ohne Vorurteile

Prävention und Therapie der Adipositas besser verbinden



Foto: amodha – stock.adobe.com

Mehr vom Adipositas-Kongress 2026 hören Sie in einer Sonderfolge von O-Ton Diabetologie:
medical-tribune.de/podcast/o-ton-diabetologie

POTSDAM. Rund 17 Mio. Menschen in Deutschland leben mit Adipositas. Für sie kommt Prävention meist zu spät. Das Beste wäre trotzdem, dieser chronischen Erkrankung vorzubeugen und innovative Therapien zu nutzen.

Prävention und Therapie zu verbinden, war auch das Leitthema beim Adipositas-Kongress 2026, Veranstalter waren die Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) in Kooperation mit der European Association for the Study of Obesity (EASO), Kongresspräsident war Professor Dr. André Kleinridders vom Institut Ernährungswissenschaft der Universität Potsdam.

Menschen zuhören, damit die Therapie gelingt

„Adipositastherapie gelingt nur gemeinsam" titelte eine Podiumsdiskussion mit Ärzt*innen, Ernährungs- und Bewegungs-Expert*innen sowie einer Psychologin. Moderiert haben die Runde jedoch die Betroffenen Christel Moll und Marion Rung-Friebe, Vorsitzende des Adipositas Verband Deutschland, denn: Zuhören ermögliche eine gelungene Therapie. Die Expert*innen diskutierten gesunde Bewegungs- und Ernährungsmöglichkeiten sowie das Gedankenkarussell rund ums Essen. Und die Moderatorinnen schilderten, wo genau die Hürden in ihrem Alltag liegen. Oft seien es gar nicht die Gedanken rund ums Essen: „Ich frage mich viel eher, ob ich die Aufgaben des Tages bewältigen kann, ob ich diesen Weg schaffe oder ob ich diese Treppe hochkomme", berichtete Christel Moll. Es gehe auch weniger um die Art der Bewegungsmöglichkeit – „schwierig ist es, überhaupt einen Anfang beim Sport zu finden", die Scham und die Blicke der anderen auszuhalten im Schwimmbad oder im Sportstudio. Und: „Komme ich vom Boden überhaupt wieder hoch?"
Professor Dr. Matthias Blüher, Leipzig, Mediensprecher der DAG und aktiv in der DDG, berichtete von der Unsicherheit vieler Ärzt*innen, ihren Patient*innen das Thema Ernährung und Bewegung nahezubringen, ohne sie zu diskriminieren. Sie fragen: „Dürfen wir denn überhaupt über das Gewicht reden?" Das koste viele Überwindung. Hoffnung mache, dass jüngere Ärzt*innen viel offener mit dem Thema umgingen, so Christel Moll. Aber: „Wie erreichen wir die, die mit dem ‚neumodischen Kram' nichts zu tun haben wollen?" Prof. Blüher fordert, dass sich die Sicht in der Gesamtgesellschaft auf die Adipositas ändern müsse. Ein funktionierendes Disease-Management-Programm Adipositas als Signal wäre ein großer Schritt.
Im dz-Gespräch vor Ort sagte Professorin Dr. Susanne Reger-Tan (Herz- und Diabeteszentrum NRW, Bad Oeynhausen, DAG-Vorstandsmitglied): „In der Diabetologie wird die Adipositas schon sehr gut gesehen und strukturiert angegangen. In der allgemeinen Versorgung und im Alltag würde man sich natürlich mehr wünschen. (...) Patient*innen haben es schwer, nicht vorverurteilt zu werden."

Die Kindergartenzeit entscheidet über das Gewicht

Die Kinderärztin und Metabolismusforscherin Professorin Dr. Antje Körner (Leipzig) rückte das Kindergartenalter in den Fokus ihrer Keynote „Adipositas bei Kindern – Herausforderung und Chance?" Sie beschrieb das Alter zwischen drei und sechs Jahren als wichtige Phase, „die meiste Gewichtszunahme passiert in dem Alter". Das Risiko der Kinder sei hoch, als Erwachsene übergewichtig zu bleiben, und zwar in bis zu 90 % der Fälle. „Man wächst also nicht einfach raus aus dem Übergewicht", so Prof. Körner, die auch die Abteilung „Childhood Obesity and Metabolic Research" am HI-MAG des Helmholtz Zentrums München an der Universität Leipzig leitet. Es gehe vielmehr einher mit einer hohen und weiter steigenden psychologischen und mentalen Belastung, Essstörungen sowie sinkendem Selbstwertgefühl und depressiven Symptomen. Schuldzuweisungen, wie sie viele Ärzt*innen immer noch aussprächen, seien deshalb völlig deplatziert und fachlich falsch. *Günter Nuber*

Adipositas-Kongress 2026

ANZEIGE

ACCU-CHEK®
SmartGuide

Roche

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





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

Das Gefühl, den Glukosewert nicht kontrollieren zu können, zählt zu den Hauptgründen für Diabetes-Distress. Was können CGM-Systeme hier leisten?
CGM-Systeme helfen Patient:innen aus meiner Erfahrung, ihre Glukosewerte besser zu überblicken – das kann im Alltag entlasten. KI-gestützte Prädiktionen gehen noch einen Schritt weiter: Sie zeigen nicht nur aktuelle Werte, sondern auch, wohin sich diese entwickeln könnten. Dies ermöglicht proaktives Diabetesmanagement, stärkt die Selbstwirksamkeit und kann Diabetes-Distress entgegenwirken.

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

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

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



Accu-Chek SmartGuide jetzt noch smarter – mit der mySugr App[2]

- Drei KI-gestützte Prädiktionen[3]
- Integrierter Bolusrechner
- Viele weitere Funktionen und alle Diabetesdaten in einer App

Für eine spürbare Entlastung Ihrer Patient:innen und Ihres Praxisteams.

Mehr erfahren: accu-chek.de/fach-cgm

[1] Herrero P, Andorrà M, Babion N, Bos H, Koehler M, Klopfenstein Y., ...& Glatzer T: Enhancing the Capabilities of Continuous Glucose Monitoring with a Predictive App. J Diabetes Sci Technol. 2024; 18(5): 1014-102
[2] Der Wechsel von der Accu-Chek SmartGuide App und der Accu-Chek SmartGuide Predict App zu einer App, der mySugr App, bietet mehr Tools für das Tracking von Mahlzeiten, Aktivitäten und Gesundheit.
[3] Die mySugr App benachrichtigt Nutzer:innen bei einem voraussichtlichen niedrigen Glukosewert innerhalb der nächsten 30 Minuten (Vorhersage für niedrigen Glukosewert), liefert Vorhersagen für die voraussichtliche Glukoseentwicklung in den nächsten 2 Stunden (Glukosevorhersage) und zeigt das voraussichtliche Risiko einer nächtlichen Hypoglykämie in den nächsten 7 Stunden (Vorhersage für nächtliche Unterzuckerung, aktiv zwischen 21:00 und 02:00 Uhr). Für die Nutzung der Vorhersagefunktionen ist eine Internetverbindung erforderlich.
ACCU-CHEK, ACCU-CHEK SMARTGUIDE und MYSUGR sind Marken von Roche. Alle anderen Produktnamen und Marken sind Eigentum ihrer jeweiligen Inhaber.
© 2026 Roche Diagnostics Deutschland | accu-chek.de | Roche Diagnostics Deutschland GmbH | Sandhofer Straße 116 | 68305 Mannheim

Teil des Teams: Digitalisierung und KI

Was bringt die Diabetes Herbsttagung? Die Tagungspräsidentinnen im Interview

BAD OEYNHAUSEN/NORTHEIM. Professorin Dr. Susanne Reger-Tan ist in der Klinik tätig, Dr. Sandra Schlüter in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis – so bringen sie unterschiedliche Perspektiven in die Herbsttagung ein. Sie haben aber auch einiges gemeinsam, z. B. das große Interesse an Digitalisierung, KI und Technologie.

? Frau Professorin Reger-Tan, Frau Dr. Schlüter, das Motto der Diabetes Herbsttagung 2026 ist „Diabetes. Digital. Denken." Was steckt dahinter?
Prof. Reger-Tan: Sandra und ich finden, dass ich als Vorsitzende der Kommission Digitalisierung und sie als Vorstandsmitglied der AG Diabetes & Technologie ein „Perfect Match" sind. Jetzt ist die richtige Zeit, Diabetestechnologie und Digitalisierungsstrategien praktisch relevant in die Herbsttagung zu bringen und mit den Kolleginnen und Kollegen zu besprechen, aber dabei das Denken nicht wegzulassen. Durch das Programm betonen wir auch, wie wichtig ein professionelles Diabeteteam weiterhin ist.
Dr. Schlüter: Team bedeutet auch: Stationär und ambulant arbeiten zusammen. Das passt bei uns beiden richtig gut. Ja, Denken ist sehr wichtig, gerade, wenn man KI und Digitalisierung nutzt, denn die KI denkt ja noch nicht für uns, sondern wir müssen sie für uns arbeiten lassen und wir müssen mitdenken.

? Im Grußwort gehen Sie z. B. auf digitale Innovationen ein, „die noch vor wenigen Jahren undenkbar schienen". Wo klaffen die größten Lücken zwischen dem, was möglich ist, und der praktischen Umsetzung?
Dr. Schlüter: Die größten Lücken gibt es immer noch in der Vernetzung zwischen ambulant und stationär und zwischen verschiedenen Fachrichtungen – da gehen sehr viele Informationen verloren. Im Moment sind wir in einer Übergangsphase und müssen schauen, dass wir den Switch zur digitalen Vernetzung hinbekommen.
Prof. Reger-Tan: Eine Übergangsphase ist aber auch spannend. Das Spannungsfeld ist ja, dass sich z. B. die künstliche Intelligenz ultraschnell weiterentwickelt, gerade in der datengetriebenen Diabetologie. Wir müssen jetzt unsere Identität und unseren Platz in der Digitalisierung finden und die neuen Potenziale verantwortungsbewusst in die Versorgungsstrukturen integrieren. Wir können selbst mitgestalten und ich denke, dass es dazu in Dresden spannende Diskussionen geben wird.

? Wird jeder mitgenommen, egal ob mit wenig oder viel Erfahrung in Technologie und Digitalisierung?
Dr. Schlüter: Wir müssen und wollen jeden abholen. Dafür haben wir z. B. Workshops und Symposien für Einsteiger und Fortgeschrittene. Wenn irgendetwas zu schnell geht oder nicht verstanden wird: Einfach aufstehen und fragen!

> »Im Moment sind wir in einer Übergangsphase«

Prof. Reger-Tan: Gerade die Herbsttagung ist ja dafür da, sich auf Praktisch-Relevantes zu fokussieren. Klar, wir beide haben unsere Passion und die spiegelt sich automatisch im Tagungsprogramm wider. Aber wir haben sehr sorgfältig darauf geachtet, dass wir unterschiedlichen Interessen gerecht werden. Und natürlich besteht diese Tagung nicht nur aus digitalen oder Technologieaspekten, sondern wir haben ein sehr, sehr breites Portfolio.

? Zum Tagungsmotto passt die Keynote von Prof. Dr. Jens Kleesiek, Direktor des Instituts für Künstliche Intelligenz in der Medizin (IKIM) am Uniklinikum Essen. Was macht seinen Vortrag unbedingt hörenswert?
Prof. Reger-Tan: Erstens ist die Diabetologie ein sehr datengetriebenes Fach. Und zweitens entwickelt sich die KI in einer Wahnsinnsgeschwindigkeit. Und wenn sich etwas so spannend und schnell weiterentwickelt, ist es sehr schön, mal von einem Vollprofi zu hören: Wie ist der Stand der Dinge, wo ist Potenzial und wo geht die Reise hin? Jens Kleesiek ist weltweit einer der führenden KI-Forscher und wir machen gemeinsam sehr, sehr spannende Projekte. Er kann einem sehr gut und auch ganz versorgungsnah zeigen, wo wir allgemein und in der Diabetologie mit der KI stehen. Kommen Sie bitte, es ist eine Riesenchance!
Dr. Schlüter: Ganz wichtig ist auch, dass neben den Möglichkeiten der KI auch ihre Limitationen aufgezeigt werden. Der Human Factor ist nicht zu unterschätzen. Wir haben es immer mit Menschen zu tun, die Zuwendung brauchen, die eine Erklärung brauchen. Eine KI kann nicht alles leisten, und deswegen muss man schauen: Wie baut man die KI in den Alltag ein? Was kann sie leisten, was kann sie noch nicht leisten bzw. wird sie vielleicht nie leisten können?

? Wie wichtig ist Ihnen die interprofessionelle Zusammenarbeit?
Dr. Schlüter: Diabetes ist immer Teamwork. In der Praxis finde ich enorm wichtig, dass man sich abstimmt. Wichtige Informationen sollten von jedem Teammitglied ähnlich vermittelt werden, sonst kommen die Menschen durcheinander.
Prof. Reger-Tan: Diabetologie ist ein sehr gutes Beispiel dafür, wie unterschiedliche Professionen zusammenarbeiten. Gesundheitspolitisch sollte es mehr darum gehen, diese Berufe und ihre Leistung anzuerkennen. Im Krankenhaus tauchen Diabetesberaterinnen, Ernährungsberaterinnen, Psychologinnen strukturell nicht im Versorgungskonzept auf. In der klinischen Versorgung natürlich schon, da sind sie ganz essenziell. Das ist eine Herausforderung, die wir angehen müssen. Aber wir sollten uns auch weiterentwickeln und fragen: Welche Rolle hat die Apotheke, welche die IT? Vielleicht erweitern wir so unsere Teams noch.

? Gibt es denn einen Programmpunkt, auf den Sie sich besonders freuen?
Prof. Reger-Tan: Es ist jetzt schon klar, dass Sandra und ich sehr oft eingeplant sind. Wir wollten das bewusst so machen, um viel mitzugestalten und alles zu erleben. Weil wir uns leider immer noch nicht teilen können, müssen wir uns vieles im Nachgang anschauen. Das geht on demand oder mit Graphical Abstracts, Zusammenfassungen der Highlight-Sessions in grafischer Form. Eine gemeinsame Lieblingssession haben wir aber: „Praxisempfehlungen & Leitlinien" am Samstag um 9 Uhr.
Dr. Schlüter: Ja, denn da werden viele neue Praxisempfehlungen vorgestellt, z. B. Diabetestechnologie im Krankenhaus und CGM in geriatrischen Einrichtungen. Sehr wichtig finde ich die Session „Diabetes und Ernährung: zwischen Leitlinie und Lunchbox". Ich glaube, wir haben ein gutes Programm erstellt – wobei: Das Programm wird ja immer so interessant, wie es die Einreichungen sind. Die waren dieses Jahr mega und es wird richtig cool!

? Was sollen die Menschen von der Tagung mit nach Hause nehmen?
Prof. Reger-Tan: Ich würde mir sehr, sehr wünschen, dass am Ende dabei herauskommt, dass es eine ganz tolle Zeit war. Dichte zwei Tage, die intensiv dazu beigetragen haben, dass wir uns austauschen. Was im Programm nicht drinsteht, aber wovon wir sehr, sehr profitieren, ist, dass wir uns auf den Fluren unterhalten, in Sessions nebeneinandersitzen und diskutieren. Und ich wünsche mir, dass die Menschen ganz praktische Dinge mitnehmen, die sie in ihren Alltag einbauen können.

> »Wir haben ein sehr, sehr breites Portfolio«

Dr. Schlüter: Ich würde mir wünschen, dass die Teilnehmenden denken: Okay, Digitalisierung und KI sind nichts ganz Abstraktes, sondern Teil des Teams. Und, dass ihnen gar nicht auffällt, dass sie weder in der Semperoper waren noch sich Dresden angeschaut haben. Dann haben wir eine gute Tagung hingelegt!

Interview: Günter Nuber und Nicole Finkenauer

nachgefragt



Foto: privat

PROFESSORIN DR. SUSANNE REGER-TAN

Die Fachärztin für Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie und Diabetologin DDG ist Direktorin der Klinik für Diabetologie und Endokrinologie am Herz- und Diabeteszentrum NRW in Bad Oeynhausen, Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum, Medizinische Fakultät OWL (Universität Bielefeld). Sie ist Mitglied im Vorstand des Bundesverbands Klinischer Diabetes-Einrichtungen und der Deutschen Adipositas-Gesellschaft und Vorsitzende der Kommission Digitalisierung der DDG.

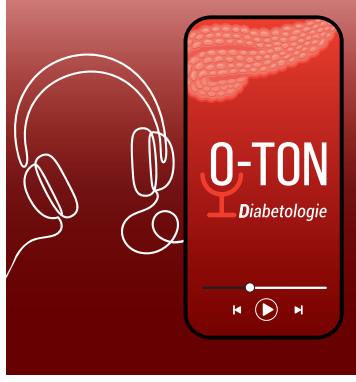


Foto: DDG/Dirk Deckbar

DR. SANDRA SCHLÜTER

Die Fachärztin für Innere Medizin und Diabetologin DDG ist niedergelassen mit einer Diabetologischen Schwerpunktpraxis in Northeim in Niedersachsen. Sie engagiert sich als Vorstandsmitglied der Arbeitsgemeinschaft Diabetes & Technologie der Deutschen Diabetes Gesellschaft, ist die erste Vorsitzende des Verbands der niedergelassenen Diabetologen Niedersachsens (VNDN) und u. a. Mitglied im Bundesverband niedergelassener Diabetologen (BVND).

Für den Diabetologie-Durchblick.
Der Podcast von Medical Tribune



Es gibt noch so viel mehr zu hören!
In der Folge mit Prof. Dr. Reger-Tan und Dr. Schlüter, die am 4. November erscheint, geht es auch um digitale Fähigkeiten, Frauengesundheit, sektorenübergreifende Versorgung, digitale Endgegner und das Lieblingsfach Diabetologie. Alle Folgen von O-Ton Diabetologie gibt's auf gängigen Podcast-Portalen & medical-tribune.de.


DIABETES
HERBSTTAGUNG
2026 DDG
Jetzt anmelden!
DIABETES.
DIGITAL.
DENKEN.
ort
MESSE DRESDEN
datum
13.-14. NOVEMBER 2026
herbsttagung-ddg.de



Fakt oder Fiktion?

Metabolisch gesunde Adipositas/Biologie und Krankheitsbegriff weisen in unterschiedliche Richtungen

Foto: Chano_1_na – stock.adobe.com (KI-generiert)

MAILAND. Nicht alle Menschen mit starkem Übergewicht entwickeln kardiometabolische Komplikationen. Doch was folgt daraus? Die Debatte kreist um zwei Perspektiven: um einen biologisch herleitbaren Subtyp mit protektiven Mechanismen – und um die klinische Frage, ob ein hoher BMI ohne Laborauffälligkeiten überhaupt als Adipositas gelten sollte.

Adipositas ist mit einem deutlich erhöhten Risiko für mehr als 200 Komplikationen wie Typ-2-Diabetes, Hypertonie, Dyslipidämie und kardiovaskuläre Erkrankungen verknüpft. Je höher der Body-Mass-Index (BMI), desto stärker steigt im Mittel das Risiko für Folgeerkrankungen. So ist bei Menschen mit einem BMI über 40 kg/m² das Risiko für einen Typ-2-Diabetes etwa fünfmal höher als bei Normalgewichtigen. Umso irritierender wirkt die Beobachtung, dass etwa 15 bis 20 % der Betroffenen trotz ausgeprägter Adipositas keine klassischen metabolischen Auffälligkeiten zeigen.

An dieser Frage entzündet sich seit Jahren eine Debatte, die sowohl pathogenetisch als auch klinisch relevant ist: Beschreibt die Bezeichnung der metabolisch gesunden Adipositas einen eigenständigen, biologisch plausiblen Phänotyp – oder eher die Unschärfe eines Krankheitsbegriffs, der sich zu stark auf Körpermaße stützt?

Funktionales und dysfunktionales Fettgewebe

Professor Dr. Matthias Blüher, Professor für klinische Adipositasforschung an der Universität Leipzig, vertrat die Pro-Position: „Metabolisch gesunde Adipositas ist eine Tatsache.“ Entscheidend sei nicht das Gewicht allein, sondern die Funktion und Verteilung des Fettgewebes. Bei gleichem BMI gebe es Menschen mit Insulinresistenz und andere mit erhaltener Insulinsensitivität. „Am Phänotyp ist das nicht zu erkennen.“ Es gehe daher vielmehr um die Frage, ob es sich um funktionales oder dysfunktionales Fettgewebe handelt. Letzteres gehe mit Inflammation, ungünstigen Adipokinen und toxischen Metaboliten einher, die für Endorganschäden in Verbindung mit Adipositas verantwortlich gemacht werden.

Als Beleg verwies Prof. Blüher auf Daten aus der 2005 gegründeten Leipzig Obesity BioBank (LOBB). Sie zeigen, dass sich metabolisch gesunde und metabolisch ungesunde Adipositas nicht nur klinisch, sondern auch auf Ebene des Fettgewebes unterscheiden.

> »Metabolisch gesunde Adipositas ist eine Tatsache«

Adipositas genetisch heterogener als lange angenommen

Auch genetische Daten sprechen dafür, dass sich Adipositas und kardiometabolisches Risiko zumindest teilweise entkoppeln können. „Ich denke, es gibt genetische Evidenz für die metabolisch gesunde Adipositas“, sagte Professorin Ruth J. F. Loos, Stoffwechselforscherin an der Universität Kopenhagen. Sie verwies auf eine 2011 beschriebene Variante nahe dem Gen IRS1, das an der Insulinsignalübertragung beteiligt ist. Diese Variante war mit geringerem Körperfettanteil, zugleich aber mit Insulinresistenz sowie erhöhtem Risiko für Typ-2-Diabetes und KHK assoziiert.

Weitere Arbeiten identifizierten Genorte, die Adipositas mit vergleichsweise günstigem metabolischem Profil verbinden; beteiligt sein könnten unter anderem Adipozytenfunktion, Fettverteilung, Entzündung und die Insulin-Glukose-Regulation. Eine große Analyse aus 2025 identifizierte 266 genetische Signale, die sich zu acht biologisch unterschiedlichen Subtypen der Adipositas bündeln ließen, jeweils mit eigenen Risikoprofilen und beteiligten Signalwegen. Das spricht dafür, dass Adipositas genetisch heterogener ist als lange angenommen.

> »Klinisch ist das Konzept der metabolisch gesunden Adipositas wenig hilfreich«

BMI reicht nicht aus für die Diagnose Adipositas

Die Gegenposition vertrat Professor Dr. Arya M. Sharma, emeritierter Professor für Medizin an der University of Alberta im kanadischen Edmonton. „Ich finde die Diskussion eigentlich überflüssig.“ Es gehe vielmehr um die klinische Relevanz des Konzepts der metabolisch gesunden Adipositas – und damit um die Frage, wie Adipositas definiert wird. Denn schließlich reicht ein hoher BMI allein nach einhelliger Auffassung internationaler Fachgesellschaften nicht für die Diagnose aus.

So beschreiben das Edmonton Obesity Staging System (EOSS), das Regelwerk der Europäischen Gesellschaft für Adipositasforschung (EASO) und die aktuellen Leitlinien der Amerikanischen Diabetesgesellschaft (ADA) zur Adipositasversorgung funktionelle, medizinische und psychosoziale Beeinträchtigungen als entscheidende diagnostische Parameter, nicht allein das Verhältnis zwischen Körpergröße und Gewicht.

Damit verschiebt sich für Prof. Sharma die Frage, die eigentlich diskutiert werden sollte. Aus biologischer Sicht spricht vieles dafür, dass es Menschen mit hohem BMI und vergleichsweise günstiger Stoffwechsellage gibt. Gerade deshalb hält auch Prof. Sharma den Phänotyp wissenschaftlich für interessant: „Daraus lässt sich eine Menge lernen.“ Klinisch sei das Konzept für ihn dennoch wenig hilfreich. Denn wenn Adipositas als klinische Diagnose verstanden wird und nicht als BMI-Kategorie, müsse gefragt werden, ob diese Menschen überhaupt adipös im krankheitsrelevanten Sinn sind.

Zudem birgt der Begriff aus seiner Sicht das Risiko, in der öffentlichen Debatte missverstanden zu werden – etwa als Beleg dafür, dass Adipositas gar kein ernstes Gesundheitsproblem sei.

Fazit aus der Debatte: Prof. Blüher versteht die metabolisch gesunde Adipositas als Erkenntnismodell, Prof. Sharma warnt vor ihrer verkürzten Lesart. Beides schließt sich nicht aus.

Antje Thiel

EASD-Jahrestagung 2026

Drei Preise, ein starkes Signal

EASD würdigt deutsche Diabetesforschung

NEUHERBERG/TÜBINGEN. Von der Früherkennung des Typ-1-Diabetes über die Remission des Prädiabetes bis zu neuen Therapieansätzen bei Adipositas und Diabetes: Die Ehrungen für drei Forschende vom Deutschen Zentrum für Diabetesforschung (DZD) zeigen, wie sichtbar und anschlussfähig deutsche Diabetesforschung international ist.

Die höchste Ehrung erhielt Professorin Dr. Anette-Gabriele Ziegler mit dem **Claude Bernard Prize**, der wichtigsten Auszeichnung der European Association for the Study of Diabetes (EASD). Gewürdigt werden damit ihre Arbeiten zum Typ-1-Diabetes, in denen sie gezeigt hat, dass die Erkrankung Jahre vor den ersten Symptomen beginnt und sich über Autoantikörper früh erkennen lässt. Damit schuf sie die Grundlage für Screening-Programme und Präventionsstudien, die international Beachtung finden.

Professor Dr. Andreas Birkenfeld wurde mit dem **Camillo Golgi Prize** geehrt. Ausgezeichnet werden seine Beiträge zum Verständnis und zur Behandlung des Typ-2-Diabetes und seiner Begleiterkrankungen. Wegweisend sind vor allem seine Arbeiten zur Remission des Prädiabetes. Sie zeigen, dass eine Rückkehr zu normaler Glukoseregulation das Risiko für Typ-2-Diabetes und Herz-Kreislauf-Folgen senken kann.

Ein **EFSD Rising Star Fellowship** ging an Dr. Aaron Novikoff. Er gehört damit zu den Nachwuchsforschenden, denen die European Foundation for the Study of Diabetes (EFSD) ein besonderes Potenzial bescheinigt. Dr. Novikoff untersucht neue Ansätze für eine präzisere Inkretintherapie bei Diabetes und Adipositas. Ziel sind wirksamere und besser verträgliche Behandlungen.

Die Auszeichnungen würdigen nicht nur einzelne Karrieren. Dass eine Forscherin, ein etablierter Kliniker und ein Nachwuchswissenschaftler zugleich geehrt werden, zeigt auch, dass Forschung aus Deutschland in der internationalen Diabetologie sichtbar und richtungsweisend ist. *thie/DZD*



Drei Auszeichnungen für DZD-Forschende: Prof. Dr. Anette-Gabriele Ziegler (oben links) erhält den Claude Bernard Prize, Prof. Dr. Andreas Birkenfeld (unten links) den Camillo Golgi Prize und Dr. Aaron Novikoff (unten rechts) ein EFSD Rising Star Fellowship. Fotos: Matthias Tunger Photodesign, Helmholtz Munich, Uniklinikum Tübingen

TDK

Technologie & Digitalisierung kompakt

2. Jahrgang • Nr. 3 • Oktober 2026

INHALT

Technologie und Abfall: Wie weiter?
Lutz Heinemann 01

Insulinpens und das digitale Ökosystem
Lutz Heinemann et al. 02

Soziale Lizenz der KI
Gabriele Faber-Heinemann, Lutz Heinemann 03

Zusatztherapien: GLP-1 und SGLT-2 bei AID-Systemen
Gabriele Faber-Heinemann, Lutz Heinemann 04

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

Geschäftsführung:
Stephan Kröck, Markus Zobel

Redaktion: Nicole Finkenauer, Gregor Hess, Matthias Heinz

Layout: Richard Hoppe, Sabine Roach

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

IMPRESSUM



Foto: alas_spb – stock.adobe.com

Diabetes-Technologie und Abfall: Wie weiter?

REDUKTION. Diabetes-Technologie verbessert den Alltag, erzeugt jedoch enorme Müllmengen. Der Beitrag beleuchtet, wie Ökodesign, Recyclingprogramme und Kreislaufwirtschaft Abfall reduzieren und Hersteller, Fachkräfte und Patient:innen in die Verantwortung nehmen.

Die Kehrseite des Erfolgs von Diabetes-Technologie ist die Menge an Abfall, die durch die Herstellung und Verwendung solcher Produkte entsteht. Jedes Jahr fallen weltweit Milliarden von weggeworfenen Komponenten an – von Teststreifen über Insulinpens und Sensoren bis hin zu Infusionssets –, die Risiken für Ökosysteme und die öffentliche Gesundheit darstellen. Jedes verwendete Medizinprodukt enthält Kunststoffe, Metalle, Nadeln, elektronische Bauteile und Batterien sowie Gebrauchsanweisungen, Verpackungsmaterial usw. Der verantwortungsvolle Umgang mit der Umwelt erfordert, dass sich alle Beteiligten mit dem Thema Abfallmanagement auseinandersetzen.

Angesichts der weiter zunehmenden Nutzung von Diabetes-Technologiegeräten stellt sich die Frage, welche Möglichkeiten es gibt, um diese Situation zu ändern. Im Folgenden werden drei Ansätze vorgestellt: 1. ein auf Nachhaltigkeit ausgerichtetes Produktdesign, 2. Richtlinien zur Unterstützung einer Kreislaufwirtschaft und 3. Aktivitäten von Interessengruppen.

Produktdesign mit Fokus auf Nachhaltigkeit

Im Idealfall würde man die Entstehung von Abfall durch eine Optimierung des Produktdesigns (Ökodesign) vermeiden. Vier Methoden zur Erreichung einer nachhaltigen Entwicklung von Diabetesgeräten sind:

- Produktdesign oder -neugestaltung, z.B. durch die Verwendung biologisch abbaubarer Materialien,
- Bereitstellung elektronischer statt gedruckter Gebrauchsanweisungen (IFU),
- Förderung der Recycelbarkeit von Produkten und deren Komponenten und
- Recycling von Batterien.

Ökodesign

Eine Möglichkeit, die Abfallmenge zu reduzieren, besteht darin, die Produkte unter Berücksichtigung der Nachhaltigkeit zu entwickeln. Die Entwicklung und Herstellung von Medizinprodukten ist jedoch eine komplexe Aufgabe, bei der viele verschiedene und manchmal divergierende Aspekte berücksichtigt werden müssen. Für Hersteller gibt es regulatorische Hürden, wenn sie ihre Produkte neugestalten wollen. Dabei steht die Vermeidung und Reduzierung der ursprünglich anfallenden Abfallmenge im Einklang mit der Position des EU-Regulierungssystems. Die Abfallrahmenrichtlinie zielt darauf ab, die Umwelt und die menschliche Gesundheit zu schützen, indem die negativen Auswirkungen der Abfallerzeugung und -bewirtschaftung verhindert oder verringert und gleichzeitig die Ressourceneffizienz verbessert wird.

Es scheint, dass einige Hersteller von Diabetesgeräten für solche Ideen offen sind. Viele Unternehmen haben Programme zur Reduzierung des CO_2-Fußabdrucks ihrer Herstellungsprozesse und teilweise auch ihrer Produkte selbst ins Leben gerufen. Es gibt auch Bestrebungen, Produkte wie Insulinpens nach dem Prinzip des „Ökodesigns" zu entwickeln. Ein weiteres Beispiel ist , dass die Glukosesensoren von CGM-Systemen im Laufe der Zeit erheblich an Größe und Gewicht verloren haben: So misst der Sensor des Libre 3 beispielsweise 21 mm × 2,9 mm und wiegt 1,1 g, während der Sensor des Libre 2 noch 35 mm × 5 mm groß war und 5 g wog. Es ist davon auszugehen, dass dies die Umweltbelastung solcher Sensoren erheblich verringert. Allerdings ist es aktuell noch ziemlich schwierig, einen Recyclingprozess für die verfügbaren Glukosesensoren zu etablieren, da deren Design den Zugang zu den elektronischen Bauteilen und der Batterie sehr erschwert.



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

Bei aktuellen CGM-Systemen muss der Glukosesensor in der Regel alle 7 bis 14 Tage ausgetauscht werden. Jeder Sensorwechsel führt zur Nutzung von Insertern, Verpackungsmaterialien etc. Jeder Inserter besteht jedoch aus 50 bis 80 Gramm verschiedenen Kunststoffen, Metallfedern usw. Es sollte möglich sein, die Inserter mehrfach zu verwenden. Eine Verlängerung der Tragedauer der Sensoren verringert also deren ökologischen Fußabdruck deutlich.

Gebrauchsanweisungen

Eine Möglichkeit, die Abfallmenge bei Nutzung von Diabetes-Technologieprodukten erheblich zu reduzieren, besteht darin, diesen keine gedruckten Gebrauchsanweisungen (IFU) mehr beizulegen. Aktuell gehören diese – in vielen verschiedenen Sprachen – zum Lieferumfang jedes medizinischen Produktes. Eine Umstellung auf elektronische Gebrauchsanweisungen würde die Menge an (Papier-)Abfall erheblich reduzieren. Erfreulicherweise ist in der EU eine Änderung der regulatorischen Anforderungen, die dies ermöglicht, bereits in Vorbereitung.

Recycling von Insulinpens

Eine kürzlich in Deutschland durchgeführte Analyse ergab, dass hier pro Jahr 100 Millionen Insulinpens verwendet werden. Unter der Annahme, dass Einweg-Insulinpens jeweils ein Gewicht von 30 g (mit 20 g Kunststoff) haben, beträgt die Menge an Kunststoffabfällen allein dafür etwa 2000 Tonnen pro Jahr.

Diese Zahlen sind wahrscheinlich repräsentativ für andere EU-Länder, was zu mehr als 500 Millionen verwendeten Pens pro Jahr in der EU und wahrscheinlich etwa eine Milliarde Pens pro Jahr weltweit führt. Eine erhebliche Hürde für das Recycling von Insulinpens ist die Entnahme der Insulinpatrone aus diesen Pens. Die Verunreinigung der Kunststoffabfälle mit Glasteilen – es handelt sich um ein spezielles Glas – verhindert die Verwendung des Materials für die Herstellung anderer Kunststoffteile und macht es somit für das Recycling ungeeignet.

„Diabetes-Technologie darf nicht auf Kosten der Umwelt wachsen."

Erfreulicherweise haben sich in Europa eine Reihe von Hilfsmittelherstellern zu einer „Sustainable Markets Initiative" zusammengeschlossen. Diese plant die Einführung eines Rücknahmeprogramms von Insulinpens und anderen Medizinprodukten. Langfristig soll so ein geschlossener Kreislauf entstehen, welchem recycelter Kunststoff wieder zugeführt wird. Das mittelfristig für Gesamteuropa geplante Konzept soll bereits 2027 »

» regional in Deutschland starten und beruht auf zwei Pilotprojekten in Skandinavien und Deutschland. Apotheken stehen im Zentrum des Modells: Hier soll das Sammeln der Devices stattfinden.

Recycling von Batterien

Auch für Batterien – die in ganz vielen Medizinprodukten enthalten sind – sollte es Recyclingoptionen geben. Diese liefern die elektrische Energie für den Betrieb von Glukosesensoren, Handgeräten, Insulinpumpen (Pflaster), Smart Pens usw. In Europa müssen die Hersteller von Batterien die Anforderungen einer Batterieverordnung in Verbindung mit einer erweiterten Herstellerverantwortung erfüllen. Ein umweltfreundlicheres Design der Hilfsmittel würde Aufmerksamkeit auf die Reduzierung des Verbrauchs und der Entsorgungsmöglichkeit von Batterien richten.

Maßnahmen zur Unterstützung der Kreislaufwirtschaft für Nachhaltigkeit

Die Kreislaufwirtschaft konzentriert sich darauf, Materialien nach Gebrauch wiederzuverwenden, anstatt dass diese weggeworfen werden. Diese Idee zielt darauf ab, 1. den Ressourcenverbrauch und 2. die Entstehung von Abfall, Umweltverschmutzung und CO_2-Emissionen zu minimieren. Die Kreislaufwirtschaft kann als ein geschlossenes System für die Ressourcennutzung betrachtet werden.
Zwei mögliche Aktivitäten in diesem Sinne sind die „Ökologisierung“ von Diabetes-Kongressen und die Abschaffung gedruckter medizinischer Fachzeitschriften:

Vor fünf Jahren druckte die Diabetes Technology Society für ihren jährlichen Kongress, das Diabetes Technology Meeting, noch ein 200-seitiges Tagungsbuch für alle Teilnehmer. Heute sind dieselben Informationen elektronisch über eine mobile App verfügbar. Die offizielle Zeitschrift der Diabetes Technology Society, das Journal of Diabetes Science and Technology, wurde als weltweit erste rein elektronische Zeitschrift ins Leben gerufen. Klar ist: Die meisten Leser wissenschaftlicher Zeitschriften lesen Artikel nicht mehr in gedruckter Form, sondern lesen die PDF-Dateien am Computer. Um zu verdeutlichen, was der Verzicht auf gedruckte Fachzeitschriften bedeutet, sei ein prominentes Beispiel genannt: Das Gewicht einer gedruckten Ausgabe von Diabetes Care beträgt etwa 200 g. Nach Angaben der American Diabetes Association (ADA) auf ihrer Homepage hat diese Fachgesellschaft fast 12 000 Angehörige der Gesundheitsberufe als Mitglieder. Darüber hinaus umfasst die professionelle Mitgliedschaft der ADA weltweit über 10 000 Mitglieder. Angenommen, insgesamt 20 000 Mitglieder erhalten ein Exemplar von Diabetes Care, bedeutet dies die Produktion und den Versand von 20 000 Exemplaren à 200 g Gewicht = 4 000 Kilogramm Papier (plus Plastikumschlag) pro Monat oder 48 Tonnen pro Jahr weltweit. Die Umstellung auf eine elektronische Ausgabe wäre daher eine Möglichkeit, den Papierabfall erheblich zu reduzieren und der ADA eine Menge Kosten zu sparen.

„Ökodesign reduziert Abfall, ohne die Versorgung zu verschlechtern.“

Eigene Aktivitäten

Ein Paradigma für mehr Nachhaltigkeit und weniger Abfall ist die Einhaltung der fünf R, nämlich:
1. Reduzieren,
2. Wiederverwenden,
3. Recyceln,
4. Neugestalten und
5. Umdenken.

Die fünf „R“-Strategien sollen die Extraktion des maximalen praktischen Nutzens aus Einweg-Diabetesgeräten bei gleichzeitiger Erzeugung einer minimalen Abfallmenge unterstützen.

Die Akteure in der Diabetesversorgung können selbst dazu beitragen, die Umweltbelastung durch die verwendeten Medizinprodukte zu verringern. Eine gute Zusammenarbeit zwischen den interessierten Parteien wird für die Erreichung dieses Ziels von entscheidender Bedeutung sein.

Die Hersteller sind wohl die wichtigsten dieser Interessengruppen, wenn es darum geht, den Abfall von Diabetesgeräten zu reduzieren und die Nachhaltigkeit zu fördern, da sie aufgrund ihrer Position am Anfang des Lebenszyklus der Geräte einen großen Einfluss auf das Design, die Materialauswahl und die Abfallergebnisse während der gesamten Produktion, Nutzung und Entsorgung haben. Alle Gruppen können jedoch sowohl direkt durch die Art und Weise, wie sie Produkte verwenden und wiederverwenden, als auch durch ihre Forderungen an die Hersteller, nachhaltige Produkte zu entwickeln, einen Beitrag leisten.

Schlussfolgerungen

Es gibt eine Reihe von Möglichkeiten, um die bei der Verwendung von Diabetes-Technologie anfallende Abfallmenge zu reduzieren. Wir müssen diese nur gemeinsam nutzen und vorantreiben.

Abfall reduzieren

Diabetes-Technologie erleichtert den Alltag, erzeugt aber Milliarden weggeworfener Komponenten: Sensoren, Pens, Batterien. Abhilfe schaffen Ökodesign (z.B. kleinere Sensoren), elektronische Gebrauchsanweisungen und Kreislaufwirtschaft.
Ein Rücknahmeprogramm über Apotheken soll Insulinpens recyceln, Start in Deutschland 2027.
Alle sind gefragt.

Insulinpens und das digitale Ökosystem

REVOLUTION. Vernetzte und intelligente Insulinpens revolutionieren die Diabetestherapie: Sie erfassen Dosis, Zeitpunkt und Art der Injektion, koppeln sich mit CGM-Systemen und geben individualisierte Dosisempfehlungen. Studien zeigen Verbesserungen bei TIR und HbA_{1c} – doch Erstattung und Evidenz hinken hinterher.

Die subkutane Insulingabe hat sich vom Fläschchen mit Spritze über den Insulinpen (1985 eingeführt) bis hin zu Systemen der automatisierten Insulinabgabe (AID) weiterentwickelt. Trotz dieser Fortschritte erreichen viele Menschen mit Diabetes unter Mehrfachinjektionstherapie (MDI) ihre Glukoseziele nicht: In England und Wales erzielten nur 33 % der MDI-Anwendenden einen $HbA_{1c} \leq 7{,}5$ %, verglichen mit 50 % unter Pumpentherapie. Eine systematische Übersichtsarbeit mit über 125 000 Personen zeigte, dass nur rund 55 % der Insulinanwendenden ihre verordnete Therapie tatsächlich einhielten – fast die Hälfte lässt also gelegentlich Dosen aus, injiziert zu abweichenden Zeitpunkten oder in falscher Menge. Dies führt zu Glukoseschwankungen, erschwerter Therapieanpassung und einem erhöhten Risiko für diabetische Ketoazidosen (DKA); mangelnde Therapietreue trägt bei bis zu 75 % der DKA-bedingten Klinikeinweisungen bei.

AID-Systeme können die Zeit im Zielbereich (Time in Range, TIR) deutlich verbessern und gelten laut aktuellen Leitlinien beim Typ-1-Diabetes als Standardtherapie. Dennoch nutzen 22 % der Betroffenen bewusst kein AID-System, und 30 % der Anwendenden beenden die Nutzung innerhalb von 6–12 Monaten – begrenzt durch Zugangs- und Erstattungshürden. Hier setzt die vorliegende Übersicht an: Sie beschreibt, wie ein »intelligentes« Medizinprodukt – ausgestattet mit Sensorik, Konnektivität und Software – Teil eines digitalen Ökosystems werden kann, das Betroffene, Behandelnde und Angehörige vernetzt. Standard-Pens bieten keine Dosierunterstützung und sind nicht vernetzt; vernetzte Pens übertragen Daten einseitig vom Pen zum digitalen Endpunkt (Dosis, Zeitpunkt, Typ); Smart Pen Systeme (SPS) hingegen sind bidirektional mit CGM-Daten verbunden und liefern aktive Entscheidungsunterstützung, etwa Insulin-on-Board-Tracking (IOB), Erinnerungen und Bolusrechner. Die American Diabetes Association (ADA) empfiehlt (Evidenzgrad B) den Einsatz vernetzter Pens bei MDI-Therapie, da diese die TIR erhöhen, den HbA_{1c} senken und von Anwendenden gegenüber Standard-Pens bevorzugt werden.

Kategorisierung der Insulinpens

Ein Standard-Pen ist »stumm«: Er liefert keine Dosierunterstützung. Ein vernetzter Pen (bzw. eine an einen Standard-Pen angebrachte »Smart Cap«) erfasst und überträgt Daten zu Dosis, Art und Zeitpunkt der Injektion, bietet jedoch keine integrierte Dosisberechnung. Ein Smart Pen hingegen »denkt mit«: Er verfügt über



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

einen Bolusrechner, IOB-Tracking und Erinnerungsfunktionen und wird meist mit einer dedizierten App kombiniert. Wird ein solcher Smart Pen zusätzlich mit CGM-Daten gekoppelt und in eine digitale Plattform eingebunden, die auch die Koordination zwischen Betroffenen, Ärztinnen und Ärzten und Betreuenden ermöglicht, spricht man von einem SPS. Sie erlauben eine Individualisierung von IOB-Grenzen, Insulin-Kohlenhydrat-Verhältnis und Insulinsensitivitätsfaktor, verhindern durch Berücksichtigung des IOB ein »Insulin-Stacking« und bieten teils Berichte (7-, 14- oder 30-Tage-Übersicht) für Behandelnde. Aufgrund dieser aktiven Entscheidungsunterstützung wird für SPS regulatorisch eine eigene, höhere Risikoklasse vorgeschlagen, getrennt von jener vernetzter Pens.

Funktionalität und Nutzen von SPS

Reale Versorgungsdaten (Real-World Evidence) legen nahe, dass ein einfacher, rascher Zugriff auf Therapiedetails plus Entscheidungsunterstützung die Adhärenz bei MDI- und reiner Basalinsulintherapie verbessern kann. In einer Befragung von über 1 000 Behandelnden wurden Erinnerungen bei ausgelassenen Dosen, Bolusdosis-



Smart-Pen: Der Insulinpen erfasst Dosis, Zeitpunkt und Art der Injektion und gibt über eine App Dosisempfehlungen. Mit CGM-Daten kombiniert erinnert er zudem an ausgelassene Dosen.

Fotos: pro500 – stock.adobe.com, Марина Попова – stock.adobe.com

empfehlungen und die Integration von CGM-Daten als wichtigste SPS-Funktionen genannt. Für Menschen mit Diabetes kann individualisierte, zeitnahe Dosisunterstützung präziser sein als generelle Dosissteigerungsempfehlungen durch Behandelnde – bei geringerem Hypoglykämierisiko. SPS können zudem den Beratungsalltag entlasten, da Daten jederzeit remote einsehbar sind, und das Diabetes-Stressempfinden reduzieren, sofern Erinnerungen gezielt und nicht zu häufig erfolgen (Vermeidung von »Alert Fatigue«, einer Hauptursache für Geräteabbruch). Auch in der klinischen Forschung – etwa beim Erfassen von Insulindosen unter neuer Begleitmedikation, an Krankheitstagen oder bei Zeitzonenwechseln – können SPS wertvolle Daten liefern; manche Geräte überwachen sogar die Temperaturexposition des Insulins.

Klinische Evidenz

Für Medizinprodukte ist – anders als bei Arzneimitteln – keine Zulassung über große randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) erforderlich; die Evidenzgenerierung hinkt daher der raschen technischen Entwicklung hinterher. Eine strukturierte, nicht meta-analytische Literaturrecherche (PRISMA-Verfahren) in PubMed und Embase mit den Suchbegriffen »insulin pen« bzw. »insulin cap« identifizierte 446 Treffer; nach Sichtung und Anwendung von Ausschlusskriterien verblieben 64 Studien (zehn RCTs, 54 nichtrandomisierte Studien) für die narrative Synthese. In den RCTs zeigten sich für vernetzte Pens statistisch signifikante Verbesserungen: So berichteten Gómez-Peralta et al. TIR-Zuwächse von +5,2 bzw. +7,8%, Roth et al. eine HbA_{1c}-Senkung von −0,48 % und Bergenstal et al. klinisch relevante HbA_{1c}-Senkungen von 1,6–1,7 % in beiden Studienarmen. Mehrere weitere RCTs zeigten keine Unterschiede in den primären glykämischen Endpunkten, belegten aber die Gleichwertigkeit neuer gegenüber etablierten Systemen sowie eine klare Präferenz der Anwendenden für neuere Pen-Designs. Insgesamt lag die HbA_{1c}-Senkung vernetzter Pens gegenüber MDI ohne Vernetzung in den RCTs bei 0,20–0,48 %.

„Standard-Pens bieten keine Dosierunterstützung.“

Unter den 54 nichtrandomisierten Studien nutzten 17 Standard-Pens, 24 vernetzte Pens und lediglich vier echte SPS – belastbare SPS-Daten sind also noch weitgehend rar, weitere Studien laufen jedoch. Real-World-Daten mit fortgeschrittenen SPS zeigten eine mittlere TIR von rund 55 % (etwas unter den TIR-Werten aktueller AID-Systeme); Anwendende, die innerhalb einer Stunde auf über 75 % der Alerts reagierten, erreichten TIR-Werte von 67–72 %. Eine mögliche, bislang unterversorgte Zielgruppe für SPS sind beispielsweise Schwangere mit prägestationellem oder mit Gestationsdiabetes.

Regulatorische Rahmenbedingungen

SPS werden anhand ihres Verwendungszwecks, ihrer Softwarefunktionalität und ihres Einflusses auf Dosierentscheidungen eingestuft; dies bestimmt den Konformitätsbewertungsweg und den Umfang der geforderten klinischen Evidenz. In Europa fallen Insulinpens in Risikoklasse II (a/b); die vorgeschlagene Einstufung von SPS als Klasse IIb bedeutet höhere Anforderungen an klinische und gesundheitsökonomische Evidenz. In der EU unterliegen Insulinpen-Systeme – ob vorgefüllt (Arzneimittel-Medizinprodukt-Kombination) oder wiederverwendbar (reines Medizinprodukt) – der Medizinprodukteverordnung (EU) 2017/745 (MDR) und benötigen eine CE-Kennzeichnung über eine Benannte Stelle; begleitende Apps mit medizinischer Funktion (z. B. Dosisempfehlung) werden gesondert nach MDR-Regel 11 als Software eingestuft. Eine CE-Kennzeichnung garantiert jedoch keine Erstattung, da diese auf nationaler Ebene über Health-Technology-Assessment-Verfahren entschieden wird – teils über spezielle Pfade für digitale Gesundheitsanwendungen, etwa in Deutschland oder Frankreich. In den USA werden Insulinpens von der FDA je nach Vermarktung als Kombinationsprodukte (vorgefüllte Pens) oder als Medizinprodukte der Klasse II mit 510(k)-Zulassung (wiederverwendbare Pens) reguliert.

Marktumfeld und Einflussfaktoren

Der europäische SPS-Markt wurde 2024 auf rund 109 Millionen US-Dollar geschätzt, mit einer prognostizierten Steigerung auf 223 Millionen US-Dollar bis 2030 (jährliches Wachstum von etwa 12 %); Europa hält rund 42 % des globalen Marktanteils. Dennoch nutzen laut einer aktuellen Erhebung weniger als 20 % der insulinbehandelten Personen in Europa vernetzte Pens – deutlich weniger als bei CGM oder Insulinpumpen (über 60 % Nutzung in mehreren Ländern). Ein SPS kostet meist 100–250 US-Dollar pro Gerät gegenüber 20–40 US-Dollar für herkömmliche Einweg-Pens; die Erstattungslage ist fragmentiert und reicht von selektiven Digital-Health-Verträgen (Deutschland) über regionale Pilotprogramme (Nordeuropa) bis zum weitgehenden Ausschluss aus Erstattungskatalogen in anderen Ländern. Fehlende großangelegte Studien zu HbA_{1c}- oder Hypoglykämie-Effekten sowie fehlende gesundheitsökonomische Modellrechnungen bremsen die Erstattung zusätzlich; hinzu kommt therapeutische Trägheit (»Clinical Inertia«) bei Behandelnden.

Weitere Hürden sind mangelndes Wissen von Hausärztinnen und Hausärzten über CGM- und Pen-Daten, die Fragmentierung digitaler Infrastruktur (Interoperabilität mit elektronischen Patientenakten), begrenzte Aufklärung – über 40 % der Betroffenen wurden nie über SPS informiert – sowie Bedenken der Behandelnden hinsichtlich Datenflut, Datenschutz und Beratungszeit. Auch technologische Skepsis (v. a. bei älteren Anwendenden), Sorgen jüngerer Anwendender bezüglich des Aufwands sowie praktische Probleme wie Akkulaufzeit oder Bluetooth-Verbindungsprobleme spielen eine Rolle. Ein oft übersehener Faktor ist die Kompatibilität der Insulinpatronen: SPS benötigen häufig herstellerspezifische Patronen, sodass Lieferengpässe, Biosimilar-Umstellungen oder nationale Ausschreibungen die Nutzung erschweren können.

Das Wichtigste in Kürze

Insulin wird seit über hundert Jahren zur Behandlung des Diabetes eingesetzt; seit Mitte der 1980er Jahre hat sich die Palette der Verabreichungsgeräte rasant weiterentwickelt. In den letzten zehn Jahren wurden zahlreiche Diabetes-Produkte in ein digitales Ökosystem eingebunden, das nicht nur die Glukosewerte, sondern auch die Insulinabgabe (Art, Dosis, Zeitpunkt) erfasst und den Austausch zwischen Menschen mit Diabetes, Technologien und Behandelnden erleichtert. Dieses Manuskript kategorisiert Standard-Insulinpens, vernetzte (»connected«) Insulinpens/-kappen und intelligente Pen-Systeme (Smart Pen Systems, SPS), die mit einem kontinuierlichen Glukosemonitoring (CGM) gekoppelt sind und über Algorithmen individualisierte Dosisempfehlungen geben können. Während Standard-Pens weiterhin eine sichere und weit verbreitete Option darstellen, deuten die vorliegenden Daten darauf hin, dass vernetzte Pens und SPS die glykämische Kontrolle, die Therapietreue und die Zufriedenheit der Anwendenden verbessern können. Weitere hochwertige klinische und gesundheitsökonomische Studien sind jedoch nötig, um den Nutzen dieser Systeme zu belegen und ihre breitere Akzeptanz bei Kostenträgern und im Gesundheitswesen zu fördern.

Lösungsansätze

- Generierung robuster klinischer und gesundheitsökonomischer Evidenz als Grundlage für Erstattungsentscheidungen
- Integration von SPS in Erstattungsrahmen für digitale Gesundheitsanwendungen (Vorbild: deutsche »Digitale Gesundheitsanwendungen«, DiGA)
- Praxisorientierte Schulungsprogramme für Behandelnde und Betroffene
- Starter-Kit- und Leihgeräte-Programme zur Senkung der Einstiegshürde (»Try-before-switch«)
- Verbesserte Interoperabilität zwischen unterschiedlichen CGM-Systemen und Pens

Schulung und Titration

Der Schulungsbedarf für SPS wird häufig unterschätzt – SPS sind keine bloße Weiterentwicklung des Insulinpens, sondern eine eigenständige Produktkategorie. Neben der technischen Geräteeinweisung durch Herstellende ist eine individualisierte, HCP-geleitete Schulung zur Bedeutung der generierten Daten essenziell. Auch für Behandelnde besteht Fortbildungsbedarf, insbesondere für jüngere Ärztinnen und Ärzte mit begrenzter Erfahrung in der Insulintitration. Bezüglich der Basalinsulintitration können SPS die Berechnungslast reduzieren, sind bei rein bolusunterstützenden Systemen jedoch weiterhin auf manuelle Eingabe der Basalinsulindaten angewiesen – eine mögliche Fehlerquelle. Aktuelle Studien untersuchen SPS-gestützte Basalinsulintitration bei MDI-Therapie; auch für reine Basalinsulinanwendende (ohne Bolus) könnten Apps künftig eine wichtige Rolle spielen.

„Denkbar ist ein SPS, das die optimale Insulindosis errechnet und automatisch an den Pen übermittelt.“

Ausblick

Künftig ist die Integration von Algorithmen und Künstlicher Intelligenz (KI) zu erwarten, die Konzepte aus AID-Systemen, maschinellem Lernen und digitalen Zwillingsmodellen nutzen. Denkbar ist ein SPS, das optimale Insulindosen errechnet und automatisch an den Pen übermittelt – salopp als »AID-System des kleinen Mannes« bezeichnet; hierfür ist aber ein eigener regulatorischer Weg mit entsprechender Evidenz nötig. Künftige Systeme könnten zusätzliche Datenquellen (körperliche Aktivität, Schlaf, Ernährung, Stress, Menstruationszyklus, Alter) einbeziehen, um Insulin-Stacking zu vermeiden und die Therapie individueller zu gestalten. Auch ein flexibler Wechsel zwischen SPS und AID-Systemen ist denkbar, wobei zu beachten ist, dass AID-Systeme im Mittel eine rund 10 % effektivere Insulinabgabe ermöglichen als SPS.

Fazit

Standard-Insulinpens bleiben eine sichere und weit verbreitete Option; vernetzte Pens und SPS zeigen jedoch Potenzial zur Verbesserung von glykämischer Kontrolle, Therapietreue und Zufriedenheit der Anwendenden und stellen einen bedeutenden Fortschritt in der Diabetesversorgung dar. Um dieses Potenzial auszuschöpfen, sind weitere hochwertige klinische und gesundheitsökonomische Studien, eine Klärung von Nomenklatur und regulatorischen Wegen, verbesserte Erstattungsmodelle sowie eine bessere Aufklärung von Betroffenen und Behandelnden erforderlich. Auch die Interoperabilität mit elektronischen Patientenakten bleibt eine zentrale Herausforderung. Die klinische Positionierung eines SPS unterscheidet sich zudem je nach Zielgruppe (z. B. Erwachsene, Kinder/Jugendliche, Schwangere) mit jeweils unterschiedlichen Glukosezielen. Mittelfristig dürften maschinelles Lernen, Closed-Loop-Konzepte und digitale Zwillingsmodelle die Insulintherapie weiter personalisieren – vernetzte Pens und SPS werden dabei eine zunehmend wichtige Rolle für Ergebnisqualität und Lebensqualität von Menschen mit Diabetes spielen.

HDZ Innovation Day 2026

FORTBILDUNG. Metabolische und kardiovaskuläre Medizin im Fokus: Zwölf Kurzvorträge in Bad Oeynhausen zu KI, Therapien und Risikomanagement.

Am **20. November 2026** lädt das Herz- und Diabeteszentrum NRW zum »HDZ Innovation Day« nach Bad Oeynhausen ein. Die Fortbildung widmet sich aktuellen Entwicklungen der metabolisch-kardiovaskulären Medizin – von digitalen Anwendungen (KI, Wearables, digitale Praxis) über neue Therapieoptionen bei Diabetes und Adipositas bis hin zu kardiometabolischem Risikomanagement, Fettlebererkrankung und interdisziplinärer Gefäßmedizin.



Foto: HDZ NRW

Wissenschaftliche Leitung: Univ.-Prof. Dr. med. Susanne Reger-Tan, Direktorin der Klinik für Diabetologie und Endokrinologie, HDZ NRW.

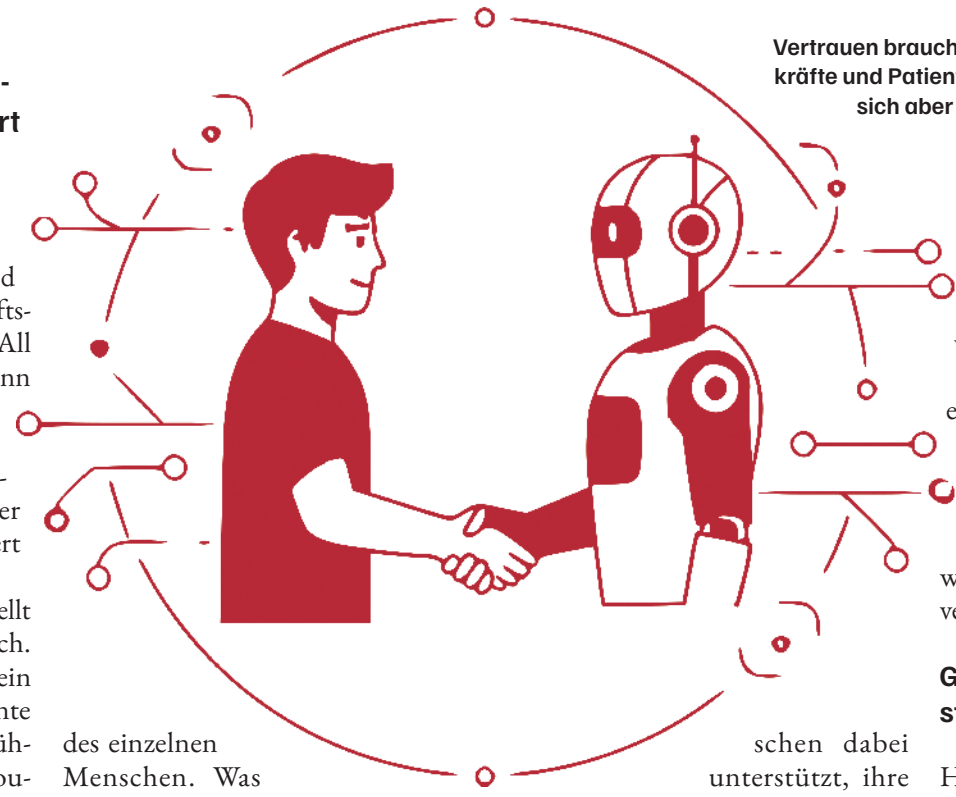
- **Zielgruppe:** Diabetolog:innen, Kardiolog:innen, Endokrinolog:innen sowie Diabetesberater:innen
- **Format:** Zwölf Kurzvorträge mit praxisrelevantem, evidenzbasiertem Fortbildungswissen
- **Termin:** Freitag, 20. November 2026, 15:00–18:30 Uhr
- **Ort:** Schloss Ovelgönne, Eidinghausener Str. 197, 32549 Bad Oeynhausen
- **Zertifizierung:** CME-Punkte (ÄKWL/KVWL) beantragt, vier Fortbildungspunkte VDBD anerkannt
- **Anmeldung:** Ab sofort online unter gerne-events.de/anmeldung
- **Wissenschaftliche Leitung:** Univ.-Prof. Dr. med. Susanne Reger-Tan, Direktorin der Klinik für Diabetologie und Endokrinologie, HDZ NRW, E-Mail: diabetologie@hdz-nrw.de

Programm

https://gerne-events.de/wordpress/wp-content//uploads/2026/09/HDZ-Innovation-Day-2026.pdf

Die soziale Lizenz der KI

DIGITALISIERUNG. KI verspricht auch in der Diabetologie bessere Versorgung und Entlastung. Doch technische Möglichkeiten allein reichen nicht: Ihren gesellschaftlichen Wert muss sie im Alltag beweisen – mit konkretem Nutzen für Menschen mit Diabetes und ihre Behandlungsteams.



Vertrauen braucht Nutzen: KI kann Fachkräfte und Patient:innen entlasten, muss sich aber erst bewähren.

Microsoft-Chef Satya Nadella hat die gesellschaftliche Akzeptanz von KI als „social permission“ bezeichnet. Das ist ein bemerkenswerter Satz von einem Mann, dessen Unternehmen Milliarden in Rechenzentren, Sprachmodelle und KI-Anwendungen investiert. Und es ist weit mehr als die übliche Mahnung, neue Technologien verantwortungsvoll einzusetzen. Nadella stellt eine grundsätzliche Frage: Wie lange akzeptiert eine Gesellschaft den enormen Aufwand für eine Technologie, wenn sie deren Nutzen im eigenen Leben kaum wahrnimmt?

Gemeint ist damit eine Art gesellschaftliche Zustimmung für den enormen Ressourcenverbrauch. KI verbraucht Energie, Wasser, Rohstoffe, Kapital und nicht zuletzt sehr viel menschliche Aufmerksamkeit – und sie verändert Arbeitsplätze, Geschäftsmodelle und Machtverhältnisse. All das lässt sich nur rechtfertigen, wenn am Ende mehr herauskommt als schneller produzierte Präsentationen, automatisch formulierte E-Mails oder täuschend echte Bilder von Menschen, die niemals existiert haben. Oder jedenfalls nicht so!

Gerade im Gesundheitswesen stellt sich diese Frage besonders dringlich. Technologische Machbarkeit allein ist noch kein Fortschritt. KI könnte medizinische Daten zusammenführen, Risiken früher erkennen, Routinetätigkeiten übernehmen, Therapieentscheidungen unterstützen und Fachkräfte entlasten. Sie könnte dazu beitragen, Versorgung auch dort verfügbar zu machen, wo heute Zeit, Personal oder spezialisierte Strukturen fehlen. Doch zwischen „könnte“ und „tut es tatsächlich“ liegt noch immer ein beträchtliches Stück Weg.

Daten allein machen noch keine bessere Versorgung

Auch in der Diabetologie produzieren wir inzwischen enorme Datenmengen. Glukosewerte, Insulindosen, Mahlzeiten, Bewegung, Schlaf, Laborwerte und Begleiterkrankungen ergeben ein immer dichteres digitales Abbild des einzelnen Menschen. Was fehlt, ist ein System, das daraus im richtigen Moment die richtige Information macht – für den Menschen mit Diabetes ebenso wie für das Behandlungsteam. Ein weiterer Algorithmus, der Daten nur hübscher sortiert, wird die Versorgung nicht retten.

Sinnvoll wird KI erst, wenn sie beispielsweise frühzeitig eine drohende Verschlechterung erkennt, bevor daraus eine Klinikeinweisung entsteht. Wenn sie Muster sichtbar macht, die im Praxisalltag übersehen würden. Wenn sie Diabetesberater:innen und Ärzt:innen von Dokumentationsarbeit entlastet und ihnen dadurch wieder mehr Zeit für ihre Patientinnen und Patienten gibt. Wenn sie Menschen dabei unterstützt, ihre Therapie im Alltag besser und sicherer zu bewältigen.

Der gesellschaftliche Nutzen von KI entscheidet sich deshalb nicht in den Rechenzentren und auch nicht auf den großen Technologiekongressen, sondern dort, wo Menschen versorgt, unterrichtet, beraten und unterstützt werden. Es geht auch nicht darum, jede KI-Anwendung sofort an einer großen gesundheitsökonomischen Studie zu messen. Aber wir müssen lernen, viel konsequenter zu fragen: Welches konkrete Problem wird hier eigentlich gelöst? Wer profitiert davon? Wird die Versorgung besser, gerechter oder leichter zugänglich? Werden Fachkräfte tatsächlich entlastet? Und entsteht der Nutzen dort, wo er gebraucht wird? Oder vor allem dort, wo mit der Technologie Geld verdient werden kann?

Die KI-Branche spricht gern von exponentiellem Wachstum. Die Zahl der Parameter wächst, die Modelle werden leistungsfähiger und die Investitionen immer gewaltiger. Doch gesellschaftliche Akzeptanz wächst nicht exponentiell, sie muss verdient werden.

Gesellschaftlicher Mehrwert statt KI als Selbstzweck

Hierin liegt die wichtigste Botschaft in Nadellas Aussage: KI besitzt keinen automatischen Anspruch auf Zukunft – und darf das auch nicht! Jede noch so beeindruckende Technologie braucht einen sozialen Mehrwert, der das Leben von Menschen tatsächlich besser macht. Für die Gesundheitsversorgung bedeutet das: Wir brauchen weniger KI als Selbstzweck und mehr Anwendungen, die sich an realen Versorgungsproblemen orientieren. Weniger Demonstrationen dessen, was technisch möglich ist, als mehr Nachweise dessen, was medizinisch sinnvoll ist. Weniger Versprechen und mehr spürbare Verbesserung für Ergebnisse in Gesundheit, Bildung und Produktivität. GH/LH

Der Beitrag ist im diatec.weekly erschienen.

Nutzen statt Hype

KI verspricht auch in der Diabetologie bessere Versorgung. Doch technische Möglichkeiten allein reichen nicht. Nach Satya Nadella entscheidet die gesellschaftliche Akzeptanz über ihren Wert. Entscheidend ist konkreter Nutzen für Menschen mit Diabetes und ihre Teams.

Foto: Dipa – stock.adobe.com

GLP-1-basierte Therapien mit AID-System

ZUSATZTHERAPIEN. Können GLP-1-Rezeptoragonisten und SGLT-2-Hemmer die Therapie mit automatisierten Insulindosiersystemen (AID) bei Typ-1-Diabetes verbessern? Eine aktuelle Übersichtsarbeit zeigt: GLP-1-basierte Therapien senken Gewicht und Insulinbedarf deutlich – doch die Studienlage bleibt dünn und viele Fragen offen.

Eine aktuelle Übersichtsarbeit hat die bislang noch überschaubare Datenlage dazu zusammengetragen [1]. Das Ergebnis: Vor allem GLP-1-basierte Therapien erscheinen vielversprechend, allerdings fehlen weiterhin größere und längerfristige Studien. Insgesamt werteten die Autoren neun randomisierte kontrollierte Studien und zehn Real-World-Studien zu begleitenden medikamentösen Therapien bei Menschen mit Typ-1-Diabetes und AID-Systemen aus.

Besonders interessant sind die Daten zu Semaglutid und Tirzepatid bei Menschen mit Übergewicht oder Adipositas. Über die verschiedenen Studien hinweg zeigten sich vor allem drei Effekte: Gewichtsverlust, ein deutlich geringerer Insulinbedarf und teilweise eine Verbesserung der Time in Range (TIR). Schwere Hypoglykämien oder diabetische Ketoazidosen (DKA) wurden in den hervorgehobenen Studien nicht beobachtet.

Hier ein paar Beispiele

- Pasqua et al. (n = 28): Nach vier Wochen mit Semaglutid 1 mg einmal wöchentlich stieg die TIR um 4,8 %, ohne Zunahme der Time below Range. Das Körpergewicht sank um 5,1 %, der tägliche Insulinbedarf um median 11,3 Einheiten. Sowohl Basal- als auch Bolusinsulin konnten reduziert werden.
- Shah et al. (n = 72): Nach 26 Wochen Semaglutid sank der HbA_{1c} um 0,3 %, das Gewicht um 8,8 kg und der tägliche Insulinbedarf um 22,3 Einheiten. Gleichzeitig nahm die TIR um 8,8 % zu.
- In einer Real-World-Studie mit 19 Personen führte eine sechsmonatige GLP-1-RA-Therapie zu einer Gewichtsreduktion von 11 % und zu einer Abnahme des täglichen Insulinbedarfs um 15,1 Einheiten. HbA_{1c} und TIR veränderten sich allerdings nicht signifikant.
- Snaith et al. (n = 22): Unter Tirzepatid 5 mg einmal wöchentlich sank das Gewicht nach zwölf Wochen um durchschnittlich 8,8 %, der HbA_{1c} um 0,4 % und der tägliche Insulinbedarf um 24,2 Einheiten. TIR, TBR und TAR veränderten sich dagegen nicht signifikant.
- In einer retrospektiven Ein-Zentrum-Studie mit zehn Personen führte Tirzepatid nach drei Monaten zu einer Gewichtsreduktion von 12,2 %. Der tägliche Insulinbedarf sank von 59,8 auf 33,9 Einheiten, die TIR stieg von 70% auf 86%.

Damit zeichnet sich ein recht konsistentes Bild ab: Der größte zusätzliche Nutzen der GLP-1-basierten Therapie scheint weniger in einer Verbesserung der Glukosewerte als vielmehr in Gewichtsreduktion und einer Senkung des Insulinbedarfs zu liegen. Für Menschen mit Typ-1-Diabetes und Adipositas könnte das relevant sein.

Auch SGLT-2-Hemmer können in Kombination mit AID-Systemen die TIR erhöhen und den Insulinbedarf reduzieren. Für Empagliflozin wurde dies in mehreren Studien gezeigt, ohne dass gleichzeitig mehr Hypoglykämien auftraten.

„Die Studien sind klein, häufig kurz.“

Allerdings bleibt die bekannte Achillesferse von Ketose und DKA dieser Substanzklasse bestehen. In einigen Studien wurden unter SGLT-2-Hemmern höhere mittlere Keton-Konzentrationen beziehungsweise mehr Ketose-Episoden beobachtet. DKA-Ereignisse waren zwar insgesamt selten, das Risiko lässt sich aber auch durch ein AID-System nicht vollständig eliminieren.

Fazit

GLP-1-basierte Therapien könnten insbesondere für Menschen mit Typ-1-Diabetes, AID-System und gleichzeitigem Übergewicht oder Adipositas eine interessante zusätzliche Behandlungsoption darstellen. Die bisherigen Daten zeigen deutliche Effekte auf Körpergewicht und Insulinbedarf und zum Teil auch auf die TIR.
Noch ist die Evidenz allerdings dünn: Die Studien sind klein, häufig kurz und zum Teil retrospektiv. Ob sich langfristig auch Vorteile hinsichtlich kardiovaskulärer Ereignisse oder anderer klinisch relevanter Endpunkte ergeben, ist bislang offen.

Bei SGLT-2-Hemmern bleibt dagegen das Ketose-Risiko der entscheidende limitierende Faktor. Gerade hier könnte die künftig verfügbare kontinuierliche Ketonkörper-Messung interessant werden: Sie würde möglicherweise erstmals ermöglichen, das metabolische Risiko solcher Zusatztherapien kontinuierlich zu erfassen – und damit vielleicht auch besser beherrschbar zu machen. GH/LH



Gewebeglukose-Messung: Der Sensor sitzt am Oberarm und wird per Smartphone oder Lesegerät ausgelesen.

Foto: Nina – stock.adobe.com

Literatur

1. Kitsios K, Trakatelli C-M. Adjunctive Treatments for Patients with Type 1 Diabetes Using Automated Insulin Delivery Systems. A Narrative Review. Diabetes Technology & Therapeutics. 2026;0(0):15209156261486127. doi:10.1177/15209156261486127. PMID: 42695140.

Trotz Fortschritt bleiben blinde Flecken

Typ-1-Diabetes: offene Fragen zu adjuvanten Therapien und zur Gendermedizin



Foto: tostphoto – stock.adobe.com

BERLIN. Niedrigere durchschnittliche HbA_{1c}-Werte, weniger diabetesassoziierte Folgeerkrankungen – die Versorgung von Menschen mit Typ-1-Diabetes hat sich verbessert. Eine neue therapeutische Herausforderung ist das steigende Körpergewicht auch in dieser Patientengruppe. Weiteren Forschungsbedarf gibt es zudem beim Einfluss des weiblichen Zyklus auf die Glukoseregulation.

Menschen mit Typ-1-Diabetes in Deutschland sind besser versorgt als je zuvor. Dies geht aus aktuellen Daten des DPV-Registers (Diabetes-Patienten-Verlaufsdokumentation) hervor, das ein repräsentatives Bild der deutschen Versorgungsrealität liefert. Wie Privatdozentin Dr. Stefanie Lanzinger von der Universität Ulm berichtete, sinkt der durchschnittliche HbA_{1c}-Wert bei Kindern wie Erwachsenen, die Rate kardiovaskulärer Ereignisse nimmt ab, Hypertonie und Dyslipidämie gehen zurück.

Parallel zu diesen Erfolgen zeichne sich eine neue Herausforderung ab: „Wir sehen einen starken Anstieg von Übergewicht bei Kindern und Erwachsenen mit Typ-1-Diabetes", warnte Dr. Lanzinger. Brachten 2015 nur etwa 13% aller Kinder und 31% aller Erwachsenen zu viel auf die Waage, lag der Anteil 2025 bereits bei über 17% (Kinder) und über 41% (Erwachsene). Besondere Beachtung verdient das kardiovaskuläre Risiko, das bei Typ-1- im Vergleich zu Typ-2-Diabetes – abhängig von individuellen Faktoren – deutlich erhöht ist.

Unklares Potenzial adjuvanter Therapien

Mit dem zunehmenden Gewichtsproblem und dem erhöhten kardiovaskulären Risiko geraten daher auch bei Menschen mit Typ-1-Diabetes adjuvante Therapieansätze in den Fokus. Dr. Stefan Gölz, ebenfalls am Universitätsklinikum Ulm tätig, beleuchtete die medikamentösen Optionen von Metformin über GLP1-Rezeptoragonisten (GLP1-RA) bis hin zu SGLT2-Inhibitoren. „Metformin zeigt allenfalls moderate Effekte auf LDL-Cholesterin, Körpergewicht und Insulinbedarf, aber keinen nachhaltigen HbA_{1c}-Effekt."

Für SGLT2-Inhibitoren ist die Lage dagegen eindeutig: „Should not be used" lautet der aktuelle regulatorische Status für Empagliflozin bei Typ-1-Diabetes. Dapagliflozin und Sotagliflozin waren zwar zeitweise in der EU zugelassen, die Indikation für Typ-1-Diabetes wurde aber später wieder zurückgezogen.

Studien „ohne CGM" vs. Studien „mit CGM"

Viele Daten zum Einsatz von GLP1-RA bei Typ-1-Diabetes stammen aus älteren großen Studien und damit aus der Ära vor dem flächendeckenden Einsatz der kontinuierlichen Glukosemessung – laut Dr. Gölz ein wesentlicher methodischer Vorbehalt. In der 2016 publizierten randomisiert kontrollierten ADJUNCT-ONE-Studie mit knapp 1.400 Teilnehmenden mit Typ-1-Diabetes sanken unter Liraglutid zwar HbA_{1c} (–0,3 bis –0,5%) und Insulinbedarf, doch gleichzeitig traten mehr Hypoglykämien, gastrointestinale Nebenwirkungen und Ketonämien auf. Der Einsatz von Liraglutid gilt daher vonseiten der europäischen Zulassungsbehörde als kontraindiziert.

Hoffnungsvoller erscheint die Datenlage in aktuellen Studien zum Einsatz von Semaglutid und Tirzepatid bei Typ-1-Diabetes. So zeigte eine kleine Studie (n = 24) zu Semaglutid unter AID-Therapie deutlich verbesserte Glukosewerte, reduzierten Bolusinsulinbedarf und Gewichtsverlust im Vergleich zu Placebo. Weitere Studien wie RT1D und T1-DISCO, in denen auch renale und kardiovaskuläre Endpunkte untersucht werden, laufen derzeit. Andere wie AID-JUNCT und SEMPA rekrutieren noch.

Dr. Gölz glaubt: „Viele Menschen mit Typ-1-Diabetes könnten von einer adjuvanten Therapie profitieren – vor allem im höheren Lebensalter, wegen des mit dem Alter steigenden kardiovaskulären Risikos." Allerdings gelte es, begleitend zur Insulin- und adjuvanten Therapie auch den Lebensstil zu adressieren, um Körpergewicht und kardiovaskuläres Risiko zu senken.

> »Eine neue Herausforderung: Typ-1-Diabetes und Übergewicht«

> »Bei Frauen hat die hormonelle Variabilität direkte Folgen für die Glukoseregulation«

Rund 40 Jahre hormoneller Variabilität bei Frauen

Weiteren Forschungsbedarf gibt es auf dem Gebiet der Gendermedizin, wie Privatdozent Dr. habil. Markus Laimer erörterte. „Über die Zusammenhänge zwischen Menstruationszyklus, Menopause und Typ-1-Diabetes wissen wir nicht viel. Dabei erleben Frauen rund 40 Jahre hormoneller Variabilität – mit direkten Konsequenzen für die Glukoseregulation." So modulieren die Hormone Östradiol und Progesteron nicht nur den Menstruationszyklus, sondern auch die Insulinwirkung, und regen möglicherweise die hepatische Glukoseproduktion an. Bei Frauen mit Typ-1-Diabetes könne man deshalb beobachten, dass über die Zyklusphasen hinweg die Zeit im Zielbereich (TIR) zwischen 61% in der frühfollikulären Phase und 55% in der spätlutealen Phase schwankt. Selbst bei Unterstützung durch ein System zur automatisierten Insulindosierung (AID) schwanke die TIR noch zwischen 79,1% und 74,5%. Mit einem AID-System ließen sich Hypoglykämien zwar quasi eliminieren, „aber zyklusabhängige TIR-Schwankungen abzupuffern, übersteigt die aktuellen Möglichkeiten der Algorithmen".

Aktuell arbeite man an zyklusadaptiven Systemen, die auf Basis von Sensordaten sowie Daten aus Wearables die Zyklusphase erkennen und den jeweiligen Insulinbedarf besser vorhersehen können. „Aber man muss dafür mehr Daten mittels Sensorik erfassen", so PD Dr. Laimer. Wünschenswert seien die serielle Messung von Östradiol, Progesteron und Luteinisierendem Hormon (LH) und die Integration in die Algorithmen von AID-Systemen. „Wir wollen AID-Systeme personalisieren und besser machen! Denn viele Frauen wünschen sich eine bessere Vorhersehbarkeit der Glukosewerte in allen Zyklusphasen."

Nach der Menopause: veränderte Glukoseregulation

Auch die Menopause ist eine Phase metabolischer Vulnerabilität. In dieser Zeit wird infolge von Lipid- und Blutdruckveränderungen das bei Typ-1-Diabetes ohnehin erhöhte kardiovaskuläre Risiko zusätzlich akzentuiert. Eine Studie aus den Niederlanden zeigt, dass 67% der postmenopausalen Frauen mit Typ-1-Diabetes über eine veränderte Glukoseregulation berichten. Demnach erleben gut 61% mehr Hyperglykämien, knapp 39% mehr Hypoglykämien und über 57% leiden unter schlechter Schlafqualität. „Wenn man fragt, erfährt man das!", betonte Dr. Laimer. Das Thema verdiene einen festen Platz im Versorgungsalltag: „Frauengesundheit gehört in die Typ-1-Sprechstunde!"

Antje Thiel

Diabetes Kongress 2026

AID im höheren Lebensalter: Technik schreckt nicht ab

Wer mit zehn Jahren einen Typ-1-Diabetes entwickelt, hat heute eine Lebenserwartung von 74 Jahren. Entsprechend steigt die Zahl älterer Menschen mit Typ-1-Diabetes, wie Professor Dr. Norbert Hermanns vom Forschungsinstitut Diabetes-Akademie Bad Mergentheim (FIDAM) berichtete. Daten aus dem jüngsten Digitalisierungs- und Technologie-Report Diabetes (dt-Report) zeigen, dass auch diese Gruppe durchaus von moderner Diabetestechnologie profitiert. Demnach nutzen 35 % der über 80-Jährigen mit Typ-1-Diabetes AID-Systeme und erreichen damit sogar eine deutlich höhere TIR (85 %) als jüngere Kohorten (z. B. 73 % TIR bei 20- bis 29-Jährigen).

Es sei auch kein erhöhter Stress durch die Technik zu verzeichnen. Im Gegenteil: Das Wohlbefinden nehme im Alter zu. „Man sieht keinerlei Probleme, wenn Ältere AID nutzen, weder technisch noch glykämisch", betonte der Psychodiabetologe. Und obgleich in der Stichprobe des dt-Reports Menschen mit kognitiven Einschränkungen vermutlich unterrepräsentiert sind, forderte Prof. Hermanns: „Das Narrativ, dass man Technik von Älteren fernhalten sollte, muss verlassen werden!"

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

Soziale Lage prägt die Herzgesundheit

Menschen in den sozioökonomisch am stärksten benachteiligten Regionen Deutschlands sind häufiger von einer Herzinsuffizienz betroffen, nämlich zu 6,8 %. In den materiell besser gestellten Regionen sind es nur 4,4 %. Das zeigt der Gesundheitsatlas Deutschland.

1.000

frühe Nutzenbewertungen hat das IQWiG inzwischen veröffentlicht. Grundlage für die Prüfung eines möglichen Zusatznutzens sind Herstellerdossiers.

Wie gut helfen E-Zigaretten beim Rauchstopp?

Nikotinhaltige E-Zigaretten bringen mittelfristig etwas mehr Menschen vom Tabak ab als Ersatzpräparate wie Nikotinpflaster und -kaugummis. Aber einem Großteil der Menschen gelingt auch mit E-Zigaretten kein Rauchstopp. Das zeigt ein Cochrane Review.

Mehr Time in Happiness

Glück und Zuversicht jenseits von Perfektionsdruck

BAD MERGENTHEIM. Psychische Belastungen bei Typ-1-Diabetes sind gut erforscht. Weniger Aufmerksamkeit bekommt die Frage, was ein gutes und glückliches Leben mit der Erkrankung fördert. Bei der Jahrestagung der AG Diabetes und Psychologie ging es daher auch um Resilienz, Leichtigkeit und Glücksmomente.

Der Vortrag der Berlinerin Svea Krutisch startete mit einer Umfrage: „Was war für Sie zuletzt ein prägendes Glücksgefühl?“ Die zugeschalteten Psycholog*innen nannten Situationen wie die Geburt eines Kindes, eine Umarmung der besten Freundin oder eine Wanderung in der Natur – Laborwerte oder andere Gesundheitsinformationen hingegen gar nicht.

Dieselbe Umfrage würde vermutlich unter Menschen mit Typ-1-Diabetes ähnlich ausfallen. Denn: „Glück lässt sich selten in Zahlen ausdrücken“, so Krutisch, die ihre Diagnose 2018 erhielt und sich mittlerweile beruflich und ehrenamtlich in der Diabetesszene tummelt. Natürlich können Erfolge im Diabetesalltag zur Zufriedenheit beitragen: „Zum Beispiel der perfekt gelungene Pizza-Bolus, eine Nacht ohne nervige Alarme oder eine hohe Time in Range.“ Mindestens ebenso häufig aber entstehe Glück nicht nur aus optimalen Werten, sondern aus Leichtigkeit und Freiheit. Etwa wenn während einer Sensor-Aufwärmphase vorübergehend keine Glukosedaten angezeigt werden. Wenn die Insulinpumpe für den Urlaub bewusst abgelegt wird. „Oder wenn man im Urlaub neue Länderküchen ausprobiert und dabei in Kauf nimmt, dass der Blutzucker Achterbahn fährt.“

> »Man muss nicht alles schaffen«

„Time in Range ist nicht Time in Happiness“, brachte es Krutisch auf den Punkt. Genau dieses Spannungsfeld kennen viele Menschen mit Typ-1-Diabetes gut: Werte im Zielbereich können entlasten und Sicherheit geben. Zugleich kann ein ständiger Fokus auf den Diabetes jene Leichtigkeit verdrängen, die Glücksgefühle auslöst. „Menschen mit Typ-1-Diabetes übernehmen den Job eines ganzen Organs und denken im Schnitt etwa alle 20 Minuten an ihre Erkrankung“, betonte Krutisch. Psychische Stabilität und Erfolge in der Diabetestherapie hängen also eng miteinander zusammen. Resilienz könne bei diesem Spagat helfen.



Für Glücksgefühle braucht es Leichtigkeit.

Fotos: Wutthinan Yosmadee/gettyimages

Gut gemeinte Sätze, die Druck machen

„Es ist wichtig, die Balance zwischen toxischer Positivität und realistischem Optimismus zu finden“, erklärte sie mit Blick auf gut gemeinte Sätze wie „Du kannst alles schaffen mit Diabetes“. „Man muss eben nicht alles schaffen.“ Genauso wichtig seien Pausen, ein realistisches Erwartungsmanagement und der Mut, den eigenen Weg zu finden.

Ihr selbst hilft es im Alltag z. B., Sticker mit der Aufschrift „Everything is o.k.“ auf ihre Diabetes-Utensilien zu kleben – als kleine Erinnerung daran, dass nicht immer alles optimal laufen muss. Auch die Community erlebt sie als Ressource, online ebenso wie offline. Ihr Fazit: In der psychosozialen Begleitung sollte es nicht nur um Belastungen, Ängste und Erschöpfung gehen. Ebenso wichtig ist der Blick auf das, was im Alltag trägt: auf Resilienz, soziale Beziehungen, kleine Erfolgserlebnisse und Momente von Freude und Zuversicht. Gute Versorgung sollte deshalb nicht nur nach Time in Range fragen, sondern immer auch nach Time in Happiness. *thie*

Jahrestagung AG Diabetes und Psychologie

Auf die Sprache kommt es an

Auf der politischen Ebene warb Svea Krutisch für sensible Sprache rund um das Thema Diabetes, wie sie das 2022 gemeinsam von der DDG, DiabetesDE und der Diabetes Online Community #dedoc° entwickelte Positionspapier #LanguageMatters skizziert. So sei es nicht hilfreich, im Zusammenhang mit Diabetes von „schlechten Werten“ oder „Versagen“ zu sprechen. Stattdessen wünschte sie sich personenzentrierte Ansprache und ganzheitliche Behandlungsansätze.

Initiative #LanguageMatters und Positionspapier: ddg.info/politik/language-matters

PODCAST JETZT REINHÖREN!

Kardiometabolisches Kontinuum Adipositas, Diabetes, Herzinfarkt

Der Kettenreaktion frühzeitig begegnen

Drei Krankheiten, ein gemeinsamer Ursprung? Häufig beginnt alles mit überschüssigem Fettgewebe. Adipositas ist keine Willensschwäche und Typ-2-Diabetes (T2D) kein isoliertes Blutzuckerproblem, sondern Teil eines kardiometabolischen Kontinuums, das auch Herz und Nieren betreffen kann.[1-3] Dr. Petra Sandow und PD Dr. Tim Hollstein plädieren daher in einer neuen Podcast-Reihe für frühzeitigeres Handeln.

Am Anfang steht meist die Zunahme des viszeralen Fettgewebes, das chronisch niederschwellige Entzündungsprozesse fördert. Im weiteren Verlauf begünstigt das Insulinresistenz, T2D sowie Atherosklerose, Herzinfarkt und Schlaganfall.[3] *„Das kardiometabolische Kontinuum ist kein Schicksal, sondern ein Prozess, den wir beeinflussen können“,* betont PD Dr. Tim Hollstein, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel. Je früher Hausärzt:innen ansetzen, desto größer sei der langfristige Nutzen.

Adipositas ist eine multifaktorielle, fortschreitende Erkrankung[4] mit rund 200 teils schwerwiegenden Begleit- und Folgeerkrankungen.[5,6] Über 80 % der Menschen mit T2D haben Übergewicht oder Adipositas.[7]

„Die Bedeutung des Gewichts wird deutlich unterschätzt: Wir reden selten darüber und behandeln es auch sehr selten“, kritisiert Dr. Petra Sandow, Allgemeinärztin, Berlin. *„Nicht lange abwarten, das kostet wertvolle Lebenszeit.“*

Früh und intensiv behandelte Patient:innen mit T2D profitieren über Jahrzehnte von deutlich weniger Komplikationen.[8] Eine Gewichtsabnahme von 10 bis 15 % kann krankheitsmodifizierend wirken.[9,10] Tirzepatid (Mounjaro®)# adressiert diesen Zusammenhang: Bei Menschen mit T2D senkte es den HbA1c-Wert nach 40 Wochen um durchschnittlich 2,5 %[a] und das Körpergewicht um 13 %.[a,11,12] Bei Menschen mit Adipositas betrug die Gewichtsreduktion nach 72 Wochen im Mittel 22,5 %.[b,11,13] Die Ergebnisse der SURPASS-CVOT-Studie belegen zudem die kardiovaskuläre Risikoreduktion unter Tirzepatid bei Menschen mit T2D.[c,d,11] Adipositas, T2D und kardiometabolische Gesundheit – eng verknüpft und gemeinsam behandelbar. Die mehrteilige Podcast-Reihe liefert Hausärzt:innen praxisnahe Impulse für die Umsetzung einer ganzheitlich wirksamen Inkretintherapie.

Hier geht’s zum Pflichttext Mounjaro®

Podcast: moderne leitliniengerechte Therapie bei T2D: Tipps für den Praxisalltag

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft fordert eine frühzeitige Therapieintensivierung mit SGLT2-Hemmern oder Inkretinen, beispielsweise mit Tirzepatid, sobald vereinbarte Therapieziele nicht mit Metformin erreicht werden.[1]

„Gewicht als zentraler Schlüssel der Behandlungsstrategie: Moderne Inkretinanaloga ermöglichen neben der starken HbA1c-Senkung auch eine deutliche und anhaltende Gewichtsabnahme mit positivem kardiovaskulärem Langzeitnutzen.“

Dr. Petra Sandow, Allgemeinärztin, Berlin

Praxistipp aus dem Podcast: Schon beim Erstgespräch Gewicht als festen Bestandteil der Verlaufskontrolle etablieren.

Jetzt reinhören

Podcast: Adipositas – Treiber des kardiometabolischen Kontinuums

Das kardiometabolische Kontinuum aufhalten durch ganzheitliche Behandlungsstrategien:

„Rechtzeitig intervenieren und nicht abwarten, denn kardiovaskuläre Erkrankungen sind Todesursache Nr. 1 in Deutschland. Ein erster Schritt: Adipositas frühzeitiger empathisch ansprechen – und die Optionen aufzeigen.“

PD Dr. Tim Hollstein, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel

Praxistipp aus dem Podcast: Adipositas aktiv beim Erstkontakt ansprechen – viele warten darauf.

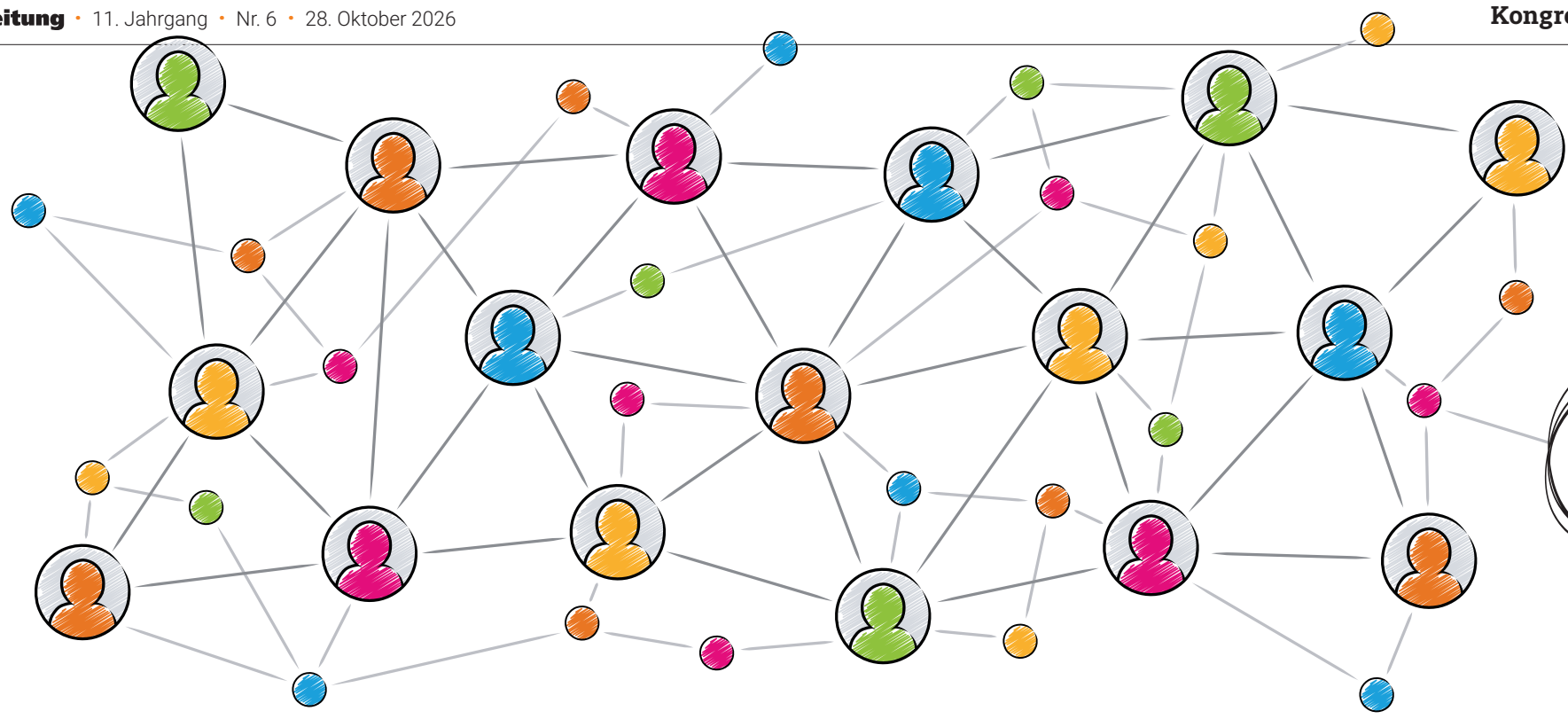
Jetzt reinhören

Tirzepatid (Mounjaro®) ist angezeigt als Ergänzung zu kalorienreduzierter Diät und erhöhter körperlicher Aktivität zum Gewichtsmanagement, einschließlich Gewichtsabnahme und -erhaltung, bei Erwachsenen mit Ausgangs-BMI von ≥ 30 kg/m² (Adipositas) oder ≥ 27 kg/m² bis < 30 kg/m² (Übergewicht) bei Vorliegen mindestens einer gewichtsbedingten Begleiterkrankung. Zusätzlich angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab 10 Jahren mit unzureichend eingestelltem T2D, als Ergänzung zu Diät und Bewegung, wenn Metformin wegen Unverträglichkeiten oder Kontraindikationen nicht angezeigt ist, zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung von T2D.[11] | **a** Bezogen auf den Ausgangswert, mit Mounjaro® 15 mg nach 40 Wochen. p<0,001, adjustiert für Multiplizität.[11,12] | **b** Bezogen auf den Ausgangswert, mit Mounjaro® 15 mg nach 72 Wochen. p<0,001, adjustiert für Multiplizität.[11,13] | **c** Bei erwachsenen Patienten mit unzureichend kontrolliertem Typ-2-Diabetes mellitus und nachgewiesener kardiovaskulärer Erkrankung. Tirzepatid war Dulaglutid hinsichtlich der Reduktion des Auftretens von MACE mit einer Hazard Ratio von 0,92 nicht unterlegen (95,3 % KI: 0,83; 1,01; die Nicht-Unterlegenheitsmarge wurde auf 1,05 festgelegt). Dieses Ergebnis belegte den Nutzen einer kardiovaskulären Risikoreduktion durch Tirzepatid. | **d** Tirzepatid ist nicht zugelassen zur Reduktion des Risikos kardiovaskulärer Ereignisse

1. Gallwitz B et al. Exp Clin Endocrinol Diabetes 2026; 134(04): 99-114 | **2.** Davies MJ et al. Diabetes Care 2022;45(11):2753–2786 | **3.** Ndumele CE et al. Circulation 2023;148(20):1606–1635 | 4. S3-Leitlinie Adipositas, AWMF-Reg.-Nr. 050-001, Version 5.0, Oktober 2024 | **5.** Horn DB et al. Postgrad Med 2022;134(4): 359-375 | **6.** Garvey WT. J Clin Endocrinol Metab 2022; 107(4): e1339–e1347 | **7.** Stone MA et al. Diabetes Care 2013;36(9): 2628–2638 | **8.** Adler AI et al. Lancet 2024; 404(10448): 145-155 | **9.** Cefalu WT et al. Diabetes Care 2015; 38(8): 1567-1582 | **10.** Ryan DH, Yockey SR. Curr Obes Rep 2017; 6(2): 187–194 | **11.** Fachinformation Mounjaro®, aktueller Stand | **12.** Frias JP et al. N Engl J Med 2021;385:503–515 | **13.** Jastreboff AM et al. N Engl J Med 2022; 387(3): 205–216 | **14.** Nicholls SJ et al. N Engl J Med 2025; 393: 2409-2420

CMAT-49202, August 2026

IMPRESSUM · Idee und Konzeption: Inter Medical Sonderpublikationen · **Redaktion:** Claudia Orth · **Corporate Publishing:** Lena Feil · Mit freundlicher Unterstützung der Lilly Deutschland GmbH · **diabetes zeitung** 6/2026 – 51917 · **Die Herausgeber der Zeitung übernehmen keine Verantwortung für den Inhalt dieser Seite.**



CEDA fördert Vernetzung auf internationaler Ebene.

Foto: snyGGG – stock.adobe.com

Gemeinsam für mehr Präzision und Individualität

CEDA-Kongress setzte Impulse für Präzisionsdiabetologie und stärkere europäische Zusammenarbeit

DÜSSELDORF. Präzisionsdiabetologie, kardiovaskuläre Prävention und innovative Therapieansätze standen im Mittelpunkt des CEDA-Kongresses 2026. Rund 250 Teilnehmende tauschten sich über die neuesten Forschungsergebnisse und neue Ansätze in der Diabetesversorgung aus. Insgesamt 16 Sitzungen, 56 Posterpräsentationen und vier Industriesymposien mit Teilnehmenden aus 25 Ländern zeigten deutlich, dass sich die Diabetesforschung zunehmend auf den individuellen Krankheitsverlauf konzentriert.

Der Jahreskongress der Central European Diabetes Association (CEDA) wurde vom Deutschen Diabetes-Zentrum (DDZ), einem An-Institut der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (HHU), unter dem Vorsitz von Professor Dr. Michael Roden, wissenschaftlicher Direktor und Sprecher des Vorstands des DDZ sowie Direktor der Klinik für Endokrinologie und Diabetologie am Universitätsklinikum Düsseldorf, ausgerichtet. Das wissenschaftliche Programm wurde von Prof. Roden und seinen wissenschaftlichen Sekretären, Professor Dr. Christian Herder, stv. Direktor des Instituts für Klinische Diabetologie am DDZ, und Georgia Xourafa, klinische Wissenschaftlerin am Universitätsklinikum Düsseldorf und am DDZ, organisiert.

Die Eröffnungsfeier begann mit Begrüßungsreden von Vertreterinnen aus Politik, Kommunalverwaltung und Wissenschaft: Ina Brandes, Ministerin für Kultur und Wissenschaft des Landes Nordrhein-Westfalen, Miriam Koch, stv. Bürgermeisterin für Kultur, Integration und Gesundheit der Landeshauptstadt, sowie Professorin Dr. Anja Steinbeck, Rektorin der HHU.

Präzisionsdiabetologie als Leitprinzip

Die Präzisionsdiabetologie war das verbindende Thema des dreitägigen Kongresses. Immer mehr Belege zeigen, dass Diabetes verschiedene Subtypen mit unterschiedlichen molekularen Merkmalen, Komplikationsrisiken und Therapieansprüchen umfasst. „Je genauer wir den Diabetes-Subtyp einer Person verstehen, desto besser kann die Behandlung in Zukunft gestaltet werden. Dies könnte nicht nur zu einer wirksameren Therapie führen, sondern uns auch ermöglichen, Ressourcen im Gesundheitswesen einzusparen“, betonte Prof. Roden.

Die zentrale Aufgabe in den kommenden Jahren wird darin bestehen, dieses Wissen in die klinische Praxis umzusetzen. „Internationale Organisationen wie die CEDA sind entscheidend, um die unterschiedlichen Versorgungsmodelle in Mittel-, Ost- und Südosteuropa zu verstehen, bewährte Modelle zu identifizieren und verbleibende Lücken aufzudecken“, erklärte Prof. Roden.

Die CEDA 2026 bot den Teilnehmenden insgesamt 16 wissenschaftliche Sitzungen zu Themen von hoher klinischer Bedeutung. Zu den zentralen Themen zählten Präzisionsdiabetologie, die Wechselwirkung zwischen Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, diabetesbedingte Komplikationen wie Neuropathie und Nephropathie, therapeutische Innovationen, Adipositas, Diabetestechnologien, Prävention durch Ernährung, körperliche Aktivität und Lebensstilinterventionen sowie psychosoziale Aspekte der Diabetesversorgung.

Besondere Aufmerksamkeit galt dem engen Zusammenhang zwischen Typ-2-Diabetes und der metabolisch Dysfunktion-assoziierten steatotischen Lebererkrankung (MASLD). Zwei Sitzungen waren den kardiovaskulären Risiken und Komplikationen im Zusammenhang mit Diabetes gewidmet – einem speziellen Forschungsschwerpunkt der HHU mit ihrem neuen CARDDIAB-Zentrum.

> »Symposien mit EASD und DZD«

Gemeinsame Symposien stärken die europäische Zusammenarbeit

Die internationale Zusammenarbeit war eines der prägenden Merkmale der Tagung. Ein gemeinsames Symposium mit der Europäischen Gesellschaft für Diabetesforschung (EASD) brachte führende europäische Expert*innen zusammen. Im Mittelpunkt des Symposiums standen die Pathophysiologie des Typ-2-Diabetes, die Auswirkungen von Adipositas auf die Entstehung und das Fortschreiten des Typ-2-Diabetes sowie die Chronobiologie.

Ein weiterer wissenschaftlicher Höhepunkt war das gemeinsame Symposium mit dem Deutschen Zentrum für Diabetesforschung (DZD) zu Innovationen in der Diabetologie.

Über diese gemeinsamen Symposien hinaus umfasste der Kongress vier von der Industrie gesponserte Sitzungen, die das wissenschaftliche Programm durch die Vorstellung aktueller Entwicklungen bei pharmakologischen Therapien, Diabetes-Technologien und neuen Behandlungsstrategien ergänzten.

Die nächste Generation von Forschenden fördern

Die Förderung junger Forschender war schon immer eine der Aufgaben der CEDA und fand auch auf der Tagung in Düsseldorf besondere Beachtung. Als neues Kongressformat wurden zwei spezielle „Young Investigator Sessions“ eingeführt, die Nachwuchswissenschaftler*innen aus acht CEDA-Mitgliedsländern die Möglichkeit boten, ihre Arbeiten vorzustellen und ihre Projekte mit international anerkannten Fachleuten zu diskutieren.

Innovative Studien wurden mit den CEDA-Poster-Awards gewürdigt, die an die Autoren der fünf besten Posterpräsentationen verliehen wurden. Die Auszeichnungen gingen an Forschende aus Serbien, der Tschechischen Republik, Ungarn und Deutschland.

Um die Teilnahme junger Wissenschaftler*innen weiter zu fördern, wurden zehn CEDA-Reisestipendien vergeben, was das langjährige Engagement für die Förderung der nächsten Generation von Diabetesforschenden unterstreicht. *Susan Jörges*

Kongress der Central European Diabetes Association (CEDA), Juni 2026

Dieser Artikel wurde mithilfe von DeepL aus dem Englischen übersetzt.

Erster Jühling Prize geht an Prof. Péter Kempler

Einer der feierlichen Höhepunkte der CEDA 2026 war die Verleihung des ersten Jühling Prize durch die Anna-Wunderlich-und-Ernst-Jühling-Stiftung an Professor Dr. Péter Kempler (Budapest, Ungarn). Mit dieser Auszeichnung wurden seine herausragenden Forschungsleistungen auf dem Gebiet der diabetischen Neuropathie über mehr als vier Jahrzehnte gewürdigt. Der Jühling Prize wird an Forschende vergeben, die sich durch herausragende Beiträge zu Diabetologie und Stoffwechselforschung in Zusammenarbeit mit HHU und DDZ verdient gemacht haben.

Während des Kongresses beendete Prof. Kempler zudem seine vierjährige Amtszeit als CEDA-Präsident. Auf der Generalversammlung übergab er das Amt des Präsidenten an Professor Dr. Manfredi Rizzo (Palermo, Italien). Prof. Rizzo wird für die nächsten vier Jahre als CEDA-Präsident fungieren und das internationale wissenschaftliche Netzwerk sowie die Kooperationsaktivitäten des Verbandes weiter stärken.

Der projektbezogene Jühling Prize für Nachwuchswissenschaftler*innen wurde an Dr. Sevgican Yilmaz (Institut für Klinische Diabetologie, DDZ) und Nika Atanelov (Institut für Biochemie und Molekularbiologie I, Universitätsklinikum Düsseldorf) für ihr Projekt zur Rolle der mitochondrialen Dysfunktion in Leberzellen bei der Entstehung von Insulinresistenz und Typ-2-Diabetes verliehen.



Prof. Dr. Péter Kempler, Semmelweis Universität Budapest, wurde der Jühling Prize verliehen. Links im Bild: Kongresspräsident Prof. Dr. Michael Roden. Foto: Deutsches Diabetes-Zentrum

Der CEDA-Kongress 2027 findet in Riga (Lettland) unter der Präsidentschaft von Prof. Dr. Ilze Konrade statt. Mehr über die Aktivitäten der CEDA unter www.ceda-diabetes.eu

Weiterer Baustein: orales Semaglutid

DDG, DAG und VDBD fordern strukturierte Begleitung bei Adipositas

BERLIN. Seit 1. September ergänzt ein täglich einzunehmendes Adipositas-Medikament als Tablette mit dem Wirkstoff Semaglutid das Portfolio der „Abnehmspritzen". DDG, DAG und VDBD nutzen die Einführung der Tablette auf dem deutschen Markt, um auf den großen Handlungsbedarf in der Versorgung von Menschen mit Adipositas über die medikamentöse Therapie hinaus hinzuweisen.

Ob Spritze oder Tablette: Medikamente gegen Adipositas sind keine Wundermittel, sondern Therapiebausteine für eine chronische Erkrankung. Sie sind bei geeigneter Indikation in ein Gesamtkonzept aus Ernährungsberatung, Bewegung und Verhaltenstherapie eingebettet und brauchen eine kontinuierliche ärztliche Begleitung", sagt Professorin Dr. Julia Szendrödi, Präsidentin der DDG aus Heidelberg.

DMP Adipositas: beschlossen, aber noch nicht umgesetzt

Die Anforderungen für das Disease-Management-Programm Adipositas bei Erwachsenen sind seit Juli 2024 in Kraft; es fehlen jedoch die vertraglichen Voraussetzungen durch die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen, damit die Programme in den Bundesländern starten können. „Moderne Therapieoptionen sind verfügbar. Entscheidend ist aber, dass sie individuell und risikoadaptiert eingesetzt und in eine langfristige, strukturierte Behandlung eingebettet werden. Genau diese Strukturen fehlen derzeit noch vielerorts", so Prof. Szendrödi. Der „Lifestyle-Paragraf" § 34 Absatz 1 des SGB V schließt bestimmte Arzneimittel von der Erstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung aus, wenn eine Steigerung der Lebensqualität im Vordergrund steht. „Klinische Adipositas ist eine chronische Erkrankung, die mit schweren Begleit- und Folgeerkrankungen (...) verbunden sein kann", sagt Professor Dr. Matthias Laudes, Präsident der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) aus Kiel. Deshalb sprechen sich DDG und DAG dafür aus, die Erstattungsfähigkeit moderner Medikamente zu bewerten. „Nicht allein der BMI sollte über die Therapie entscheiden. Entscheidend sind das individuelle gesundheitliche Risiko und bereits bestehende adipositasassoziierte Erkrankungen. Menschen mit klinischer Adipositas und hohem Risiko sollten gezielt Zugang zu wirksamen modernen Therapien erhalten."

> »Einbettung in eine langfristige, strukturierte Behandlung«



Egal, welches Medikament: Entscheidend bleibt die Therapiebegleitung.

Foto: SasubuArt – stock.adobe.com

„Erhalt der Muskulatur gehört mit in den Therapieplan"

Der Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland (VDBD) weist darauf hin, dass der Einsatz eines Medikaments nicht ausreicht: „GLP1-Medikamente können eine Gewichtsabnahme wirksam unterstützen. Sie können aber nicht sicherstellen, dass der Körper ausreichend Eiweiß und Nährstoffe bekommt oder dass die Muskulatur regelmäßig gefordert wird", sagt Theresia Schoppe, stv. VDBD-Vorstandsvorsitzende aus Bad Mergentheim. Muskeln sind auch stoffwechselaktiv, tragen zum Energieverbrauch bei und können helfen, reduziertes Gewicht langfristig zu halten.

Zudem sind Menschen mit Typ-2-Diabetes häufiger von Sarkopenie betroffen als Menschen ohne Diabetes. Studien zu Semaglutid und Tirzepatid zeigen, dass der größere Teil des verlorenen Gewichts aus Fettmasse besteht – es zeigt sich aber auch ein Rückgang der sog. fettfreien oder mageren Masse, die neben Muskeln auch Wasser und Organgewebe umfasst, was nicht automatisch bedeutet, dass eine Sarkopenie entstanden ist. Ebenso ist bislang nicht belegt, dass GLP1-basierte Medikamente regelhaft eine Sarkopenie verursachen. Besondere Aufmerksamkeit brauchen allerdings Menschen, die bereits wenig Muskelkraft haben, sich kaum bewegen, älter sind oder nur noch wenig essen. „Der Erhalt der Muskulatur gehört von Anfang an mit in den Therapieplan", betont Schoppe.

Beobachtet werden sollte außerdem, ob die Medikamente überhaupt anschlagen: „Aus unserer Beratungspraxis kennen wir Patientinnen und Patienten, bei denen sich nach einem Jahr Behandlung mit GLP1 nicht der gewünschte Erfolg zeigt. Das sehen wir bei etwa jedem Fünften", sagt Dr. Kerstin Bayer-Pörsch, VDBD-Vorstandsmitglied aus Pohlheim. Schlägt die Behandlung kaum oder gar nicht an, „sollte nicht einfach unverändert medikamentös weiterbehandelt werden. Gemeinsam muss geprüft werden, woran es liegt und wie der weitere Weg aussieht. Eine enge Begleitung der Betroffenen ist unerlässlich." *DDG, DAG, VDBD, Red.*

> »Enge Begleitung der Betroffenen ist unerlässlich«

Perfekte Fortbildung für das DMP Adipositas gibt es schon

DDG und DAG setzen sich für professionelle Behandlungsmöglichkeiten in spezialisierten Einrichtungen ein, die interdisziplinäre Teams und eine leitliniengerechte Versorgung anbieten. Mit den gemeinsamen Fortbildungen „Adiposiolog*in DAG-DDG" und „Adipositasberater*in DAG-DDG" qualifizieren die Fachgesellschaften Ärzt*innen sowie Angehörige weiterer Gesundheitsberufe.

„Die Fortbildung stärkt die fachliche Kompetenz der Behandelnden und trägt damit dazu bei, Menschen, die am DMP Adipositas teilnehmen, qualifiziert und nach aktuellem Wissensstand zu begleiten. Sie passt also perfekt in die Strukturen des DMP", so Prof. Laudes.

adipositas fortbildung.de

Sparsam oder verschwenderisch?

Auch verschiedene Stoffwechseltypen und braunes Fett entscheiden über den Abnehmerfolg

BERLIN. Manche Menschen nehmen trotz Kalorienreduktion deutlich schwerer ab als andere. Ein Grund könnte sein, dass ihr Körper den Energieverbrauch stärker drosselt. Forschende sprechen vereinfacht von einem eher „sparsamen" und einem eher „verschwenderischen" Stoffwechseltyp.

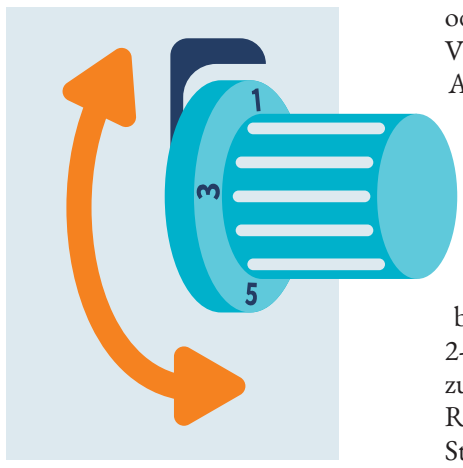
Wir sehen in kontrollierten Studien, dass Menschen unterschiedlich stark Energie sparen oder verbrennen", erklärt Privatdozent Dr. Tim Hollstein, Kiel. „Das kann helfen zu verstehen, warum dieselbe Kalorienreduktion nicht bei allen denselben Effekt hat. Es ersetzt aber nicht die Therapie – es macht sie erklärbarer." Bislang lassen sich solche Unterschiede vor allem in Stoffwechselkammern genau, aber aufwendig messen. Dr. Hollsteins Team prüft deshalb einfachere Testverfahren wie einen standardisierten Mahlzeitentest, der stoffwechselbezogene Unterschiede erfassen soll. Bei diesen Stoffwechselunterschieden spielt möglicherweise das Hormon Fibroblast Growth Factor 21 (FGF21) eine entscheidende Rolle. Es ist an Stoffwechselreaktionen und Wärmebildung beteiligt. „FGF21 könnte künftig als Biomarker – also messbarer biologischer Hinweiswert – für Stoffwechseltypen infrage kommen."

Adipositasberatung: mehr als pauschale Empfehlungen

Ein weiterer Fokus der Forschung liegt auf dem braunen Fettgewebe: Während weißes Fett vor allem Energie speichert, verbrennt braunes Fett Energie und erzeugt Wärme. In Untersuchungen zeigte sich bei eher „verschwenderischen" Stoffwechseltypen eine stärkere Aktivierbarkeit des braunen Fettgewebes.

Kälte gilt als klassischer Reiz für braunes Fett. In PET-CT-Untersuchungen lässt sich zeigen, dass Kälte braunes Fett aktivieren kann; der Anteil aktiven braunen Fetts variiert jedoch individuell stark. Milde Raumkälte über einige Tage kann braunes Fett trainieren und Kühlanzüge waren in Humanstudien wirksam, so Dr. Hollstein. Das macht Kälte aber nicht automatisch zur Therapie. Kältebäder, Eisbaden oder andere Selbstversuche können für Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck, diabetischer Neuropathie oder anderen Vorerkrankungen riskant sein.

„Eine stockende Gewichtsabnahme ist nicht automatisch ein Zeichen fehlender Disziplin", sagt auch Theresia Schoppe, stv. Vorstandsvorsitzende des VDBD, Oecotrophologin B. Sc. und Diabetesberaterin DDG aus Bad Mergentheim. „Lebensstilveränderungen bleiben wichtig. Aber Ziele, Tempo und Therapie müssen realistisch geplant und fachlich begleitet werden, ohne Menschen zu überfordern oder zu demotivieren." Aus Sicht des VDBD zeigt die Forschung, warum Adipositasberatung mehr leisten muss als pauschale Empfehlungen. Fachkräfte müssen Gewichtsverlauf, Ernährungsmuster, Bewegung, Diabetesmedikation, Begleiterkrankungen und Alltagssituation gemeinsam betrachten. Das gilt besonders für Menschen mit Typ-2-Diabetes, bei denen Gewicht, Blutzuckerkontrolle und Herz-Kreislauf-Risiko eng verbunden sind.



Thermostat nach unten? Milde Raumkälte kann braunes Fett trainieren.

Foto: art4stock/gettyimages

Stoffwechseltypen, FGF21 und braunes Fett könnten künftig helfen, Therapieentscheidungen gezielter und individueller zu treffen. Für die Routineversorgung sind diese Ansätze aber noch nicht etabliert. Ihr Nutzen liegt derzeit vor allem darin, Adipositas als biologisch heterogene Erkrankung besser zu verstehen. *VDBD/Red.*

VDBD-Tagung 2026

Auch Semaglutid-Tablette schützt das Herz

SOUL-Studie: Orales Semaglutid senkt das Risiko für schwerwiegende kardiovaskuläre Ereignisse bei Typ-2-Diabetes

DALLAS. Menschen mit Typ-2-Diabetes und atherosklerotisch bedingten Herz-Kreislauf-Erkrankungen und/oder einer chronischen Niereninsuffizienz erleiden unter der Behandlung mit oralem Semaglutid signifikant seltener schwerwiegende kardiovaskuläre Ereignisse. Zu diesem Ergebnis kommt die zwischen 2019 und 2021 durchgeführte placebokontrollierte SOUL-Studie.



Foto: polakx – stock.adobe.com

Etwa 828 Millionen Erwachsene weltweit leben mit Diabetes mellitus, berichtet Professor Darren McGuire vom University of Texas Southwestern Medical Center. In mehr als 90% der Fälle handelt es sich dabei um einen Typ-2-Diabetes. Der langwirksame GLP1(Glucagon-like Peptide-1)-Rezeptoragonist Semaglutid schützt als subkutan injizierbare Formulierung Menschen mit Typ-2-Diabetes vor Herz-Kreislauf-Komplikationen, und zwar sowohl bei bereits etablierten Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bei hohem Risiko hierfür als auch bei begleitender chronischer Niereninsuffizienz.

Im Hinblick auf die orale Semaglutid-Formulierung existieren dagegen bislang lediglich Untersuchungen an Menschen mit Typ-2-Diabetes mit hohem kardiovaskulärem Risiko – die kardiovaskuläre Sicherheit des GLP1-Rezeptoragonisten ist bei dieser Konstellation gegeben. Daten zur kardiovaskulären Effektivität der Behandlungsstrategie fehlen jedoch. Die internationale SOUL-Studie schließt diese Wissenslücke.

SOUL-Studie schließt wichtige Wissenslücke

An der an 444 Zentren in 33 Ländern durchgeführten Phase-3b-Überlegenheitsstudie nahmen 9.650 Erwachsene im Alter von mindestens 50 Jahren teil, die begleitend zu Typ-2-Diabetes (HbA_{1c}-Wert 6,5 bis 10,0%) an atherosklerotisch bedingten Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Koronararterien-, zerebrale Gefäß- , symptomatische periphere Arterienerkrankung), einer chronischen Nierenerkrankung oder beidem litten. Eine terminale Niereninsuffizienz und eine Langzeit-Nierenersatztherapie stellten Ausschlusskriterien dar. Gemäß Randomisierung nahm je die Hälfte der Teilnehmenden einmal täglich morgens nüchtern Semaglutid bzw. ein entsprechendes Placebopräparat ein. Als primären Studienendpunkt wählten die Forschenden die Kombination folgender schwerwiegender unerwünschter kardiovaskulärer Ereignisse: Myokardinfarkt, Schlaganfall sowie Tod aufgrund kardiovaskulärer Ursachen. Darüber hinaus objektivierten sie einen kombinierten renalen Endpunkt (fünf Major-Ereignisse), kardiovaskulär bedingte Todesfälle sowie einen kombinierten Extremitäten-Endpunkt (Hospitalisation aufgrund akuter bzw. chronischer Ischämie).

»Semaglutid schützt subkutan und oral«

Die Studienteilnehmenden (28,9% Frauen) waren im Schnitt 66,1 Jahre alt; die Mehrzahl litt an kardiovaskulären Erkrankungen, meist einer koronaren Herzkrankheit, und 42,4% an einer chronischen Nierenfunktionsstörung. Rund 27% der Teilnehmenden beider Studienarme standen bei Studieneinschluss unter der Therapie mit SGLT2(Sodium-Glucose-Cotransporter-2)-Hemmern. Im Verlauf von median 49,5 Monaten beendeten 1.309 (27,1%) Personen der Interventionsgruppe und 1.373 (28,5%) aus der Kontrollgruppe die Medikation vorzeitig. Ein Ereignis im Sinne des primären Studienendpunkts erlitten 579 der 4.825 mit oralem Semaglutid (12,0%; Inzidenz: 3,1 pro 100 Personenjahre), aber 668 der 4.825 mit Placebo Behandelten (13,8%; Inzidenz: 3,7 pro 100 Personenjahre). Dieser Unterschied erfüllte das statistische Kriterium für die Überlegenheit von oralem Semaglutid gegenüber Placebo (Hazard Ratio 0,86; 95%-KI 0,77-0,96). Bezüglich der einzelnen Komponenten des primären kombinierten Studienendpunkts unterschieden sich die beiden Studienarme nicht wesentlich. Gleiches galt für die sekundären Endpunkte. Schwerwiegende unerwünschte Ereignisse, meist kardiale Komplikationen oder Infektionen, erlitten 47,9% der mit oralem Semaglutid und 50,3% der mit Placebo behandelten Studienteilnehmer*innen (p = 0,02). Gastrointestinale Ereignisse traten unter Semaglutid etwas häufiger auf (5,0 vs. 4,4%). Gleiches galt für den Anteil der Personen, die die Behandlung aufgrund unerwünschter Ereignisse vorzeitig beendeten (15,5 vs. 11,6%).

»Menschen aller Altersgruppen profitierten«

Bemerkenswert: der kardioprotektive Effekt

Im SOUL-Kollektiv profitierten Menschen mit Typ-2-Diabetes aller Altersgruppen gleichermaßen von oralem Semaglutid, berichten die Forschenden abschließend. Sie gehen davon aus, dass der orale GLP1-Rezeptoragonist eine ähnlich gute kardiovaskuläre Schutzwirkung bietet wie die injizierbare Wirkstoffformulierung. Bemerkenswert finden sie die Tatsache, dass ein kardioprotektiver Semaglutideffekt nachweisbar war, obwohl ein erheblicher Anteil der Studienteilnehmenden begleitend unter der Behandlung mit weiteren kardioprotektiven Medikamenten wie SGLT2-Inhibitoren stand.

Dr. med. Judith Lorenz

McGuire DK et al. N Engl J Med 2025; 392(20): 2001-2012; doi: 10.1056/NEJMoa2501006

Orales Semaglutid/Semaglutid als Tablette

- Orales Semaglutid (Tabletten) gibt es in den Dosierungen 1,5 mg, 4 mg, 9 mg und 25 mg (tägliche maximale Einzeldosis); Einnahme einmal täglich auf nüchternen Magen.
- Da der Wirkstoff bei oraler Einnahme nur zu einem kleinen Teil aufgenommen wird, ist der Wirkstoff in der Tablette höher dosiert. In oralem Semaglutid wird SNAC (Salcaprozat-Natrium) als Absorptionsverstärker genutzt.
- Zugelassen ist orales Semaglutid zum Gewichtsmanagement bei Erwachsenen mit einem Ausgangs-BMI von ≥ 30 kg/m² oder ≥ 27 kg/m² mit mindestens einer gewichtsbedingten Begleiterkrankung wie Hypertonie, Dyslipidämie, obstruktiver Schlafapnoe oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Prädiabetes oder Typ-2-Diabetes mellitus.
- Die Gewichtseffekte sind bei beiden Applikationsformen vergleichbar; erzielt wird mit oralem Semaglutid (25 mg) eine durchschnittliche Gewichtsabnahme von rund 13,6 %.

Adipositas: Prognose über Behandlungserfolg

Mit klinischen Daten und KI den Erfolg durch Lebensstiländerung vorhersagen

STUTTGART. Die Änderung des Lebensstils ist die am wenigsten invasive Form der Adipositas-Therapie. Doch nicht alle Teilnehmenden strukturierter Programme profitieren gleichermaßen. Ein internationales Forschungsteam unter Leitung des Instituts für Ernährungsmedizin der Universität Hohenheim hat ein Verfahren entwickelt, das vor Therapiebeginn Aufschluss über den Behandlungserfolg geben soll.

Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie: Diese Kombination führt bei Menschen mit Adipositas zu beachtlichen Erfolgen. „An der Universität Hohenheim wenden wir diese einjährige Therapie seit rund 20 Jahren an“, berichtet Professor Dr. Stephan C. Bischoff, Leiter des Instituts für Ernährungsmedizin & Prävention. Das Programm führe in der Regel zu einer Gewichtsabnahme von ca. 20 bis 30%. Aber manche Personen erzielten geringere Effekte als andere. „Das Problem dabei ist: Wer ein Jahr lang Zeit, Mühe und Geld in das Programm investiert und dennoch wenig davon profitiert, ist möglicherweise weniger motiviert, weitere Versuche zur Gewichtsabnahme zu unternehmen.“ Deshalb verfolgte das Team einen Ansatz der personalisierten Medizin: 50 Erwachsene mit fortgeschrittener Adipositas (meist Adipositas Grad III) absolvierten ein einjähriges strukturiertes, nicht chirurgisches und nicht medikamentöses Programm mit Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie. Für ihr Prognose-Modell trainierten die Forschenden eine KI mit Hunderten Messwerten der Teilnehmenden (u. a. Körpergewicht, Blutwerte, Körperzusammensetzung, Darmmikrobiom, Blutmetabolom). „Auf der Grundlage dieser vielen Messparameter konnten wir einen Algorithmus entwickeln, der mit sehr hoher Genauigkeit vorhersagen konnte, welche Personen besonders stark von dem Programm profitieren würden und welche nicht“, sagt Erstautor Dr. Benjamin Seethaler. Am besten erwies sich die Kombination aus klinischen Daten und Mikrobiom. „Künftig könnten Menschen mit Adipositas schon im Vorfeld anhand ihres individuellen Mikrobiom- und Metabolomprofils darauf untersucht werden, ob dieser lebensstilbasierte Ansatz zur Gewichtsabnahme für sie erfolgreich sein wird oder nicht.“. Zu den Alternativen zählten medikamentöse Therapien oder ein chirurgischer Eingriff. *Universität Hohenheim/Red.*



Foto: Kari_designer – stock.adobe.com

Seethaler B et al. Microbiome 14, 207 (2026); doi: 10.1186/s40168-026-02501-x

Zwei Treiberinnen der Diabetesedukation geehrt

Kathrin Boehm und Angelika Deml mit der Ehrenmedaille der DDG ausgezeichnet

BAD MERGENTHEIM/REGENSBURG. Für ihr langjähriges Engagement in der Weiterbildung im Bereich der Diabetesberatung und ihr persönliches Wirken in der Patientenversorgung hat die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) die Diabetesberaterinnen Kathrin Boehm und Angelika Deml, beide seit vielen Jahren Mitglied im Ausschuss Qualitätssicherung, Schulung & Weiterbildung (QSW), mit der Ehrenmedaille der DDG geehrt.

»Berufliche Weiterbildung als Herzensangelegenheit«

Berufliche Weiterentwicklung ist für Kathrin Boehm und Angelika Deml eine Herzensangelegenheit. Und obwohl beide schon seit Jahrzehnten als Diabetesberaterinnen tätig sind, brennen sie noch heute für ihren Beruf und geben ihre umfassenden Erfahrungen gerne weiter.

Dieser Aspekt ist aus ihrer Sicht nicht zuletzt auch deshalb so wichtig, da es zu den Aufgaben von Diabetesberater*innen gehöre, selbstständig Entscheidungen zu treffen sowie Menschen mit Diabetes über viele Jahre zu begleiten und ihnen zu helfen, ihren Lebensalltag mit dieser chronischen Erkrankung zu meistern. „Durch neue Diabetestechnologien, die in den letzten Jahren hinzugekommen sind, hat unser Berufsbild natürlich auch an Breite gewonnen“, sagt Boehm, VDBD-Vorstandsvorsitzende und viele Jahre die berufsfachliche Leiterin der Weiterbildung an der Diabetes-Akademie Bad Mergentheim. Auch deshalb sei es für Diabetesberater*innen wichtig, ihr Wissen up to date zu halten.

Bildungsräume gestalten, um zu lernen und zu wachsen

So sieht es auch Deml, u. a. Diabetesberaterin am Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg. Sie weiß: „Kompetente Patientenversorgung beginnt immer auch mit guter Bildung, Vernetzung und gemeinsamer Weiterentwicklung.“ Deml ist seit 27 Jahren in der Diabetesedukation der DDG tätig. Zuerst war sie freiberufliche Dozentin. Seit nunmehr zehn Jahren leitet Deml die Fort- und Weiterbildungsstätte der DDG an der Katholischen Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Regensburg als Bildungsreferentin für Diabetes und andere chronische Erkrankungen. Darüber hinaus sitzt sie wie Boehm im QSW-Ausschuss und ist dort vorrangig im Bereich Diabetesedukation aktiv. Als fachliche Leiterin von Fort- und Weiterbildungen wolle sie Bildungsräume gestalten, in denen Fachkräfte nicht nur lernen, sondern in ihrer Kompetenz und Haltung auch wachsen können, sagt Deml.

Diabetesedukation DDG: flexibel, modular, mit inhaltlicher Tiefe

Ihre eigenen Erfahrungen, ihr Fachwissen und ihr Wille, die Berufsbilder von Diabetesfachkräften weiterzuentwickeln, haben Boehm und Deml motiviert, die Weiterbildung in diesem Bereich neu auszurichten. Ziel war es, Diabetesberater*innen und Diabetesassistent*innen zu ermöglichen, mit einer ganzheitlichen Sichtweise auf den Diabetes jederzeit den aktuellen Anforderungen gerecht werden zu können. Dafür haben sie im Ehrenamt viele Stunden zugebracht.

Herausgekommen ist das Konzept der „Diabetesedukation DDG“, das seit 2024 nicht mehr zeitgemäße Strukturen zugunsten eines modernen, flexiblen sowie modularen und inhaltlich vertiefenden Curriculums aufbricht. „Kennzeichnend für das Konzept ist u. a., dass Diabetesberater*innen sowie Diabetesassistent*innen von Anfang an gemeinsam ausgebildet werden“, erläutert Boehm. Durch die zusätzlichen Lerninhalte zu Typ-1- und Gestationsdiabetes und sehr versorgungsnahe Prüfungs- und Transferleistungen habe das Berufsbild „Diabetesassistent*in“ eine deutliche Aufwertung erfahren, fügt Deml hinzu.

Diabetescoach*in DDG: Angebot für erfahrene Berater*innen

Zu den weiteren Verdiensten von Boehm und Deml gehört die Entwicklung der Fortbildung Diabetescoach*in DDG. Diese richtet sich an erfahrene Diabetesberater*innen, die die methodischen und fachlichen Kompetenzen erwerben möchten, Menschen, die mit den Anforderungen ihrer chronischen Erkrankung überfordert oder frustriert sind, empathisch und ganzheitlich unterstützen zu können.

»Teilen die Medaille mit euch allen«

Für ihr langjähriges Engagement in den Weiterbildungsstätten, der Weiterentwicklung, Anpassung und Neuaufstellung einer ganzen Diabetesedukation sowie für ihr persönliches Wirken in der Diabetesberatung und Patientenversorgung hat die DDG die beiden Diabetesberaterinnen nun mit der Ehrenmedaille ausgezeichnet. Bei aller Freude über die Anerkennung ist es Deml und Boehm wichtig zu betonen, dass all dies ohne die Kompetenz, den Ideenreichtum und das Engagement eines ganzen Teams aus den DDG Weiterbildungsstätten nicht möglich gewesen wäre. *Petra Spielberg*



Foto: DDG/Dirk Deckbar

Kathrin Boehm und Angelika Deml erhielten beim Diabetes Kongress für ihre Verdienste um Diabetesberatung und Diabetesedukation die Ehrenmedaille der DDG. In ihren Dankesreden betonen sie, wie wichtig Teamarbeit ist.

„Das ist ein Lebenswerk“ – Laudatio und Dankesreden

Mit der Ehrenmedaille der DDG werden Persönlichkeiten geehrt, die sich in der Laienarbeit besonders verdient gemacht haben. In seiner Laudatio hob Professor Dr. Dirk Müller-Wieland, Vorsitzender des QSW-Ausschusses, das große Engagement von Kathrin Boehm und Angelika Deml, u. a. in der „Weiterentwicklung, Anpassung und Neuaufstellung unserer ganzen Diabetesedukation mit einem vielfältigen Programm“, hervor. Und er betonte: „Das sind genau die beiden Richtigen für diese Ehrenmedaille.“ Zwar hätten viele mitgearbeitet, „aber sie brauchen dennoch Treiber“.

Zudem erinnerte er daran, dass in einem der Symposien während des Diabetes Kongresses die Diabetologie in Deutschland als die „weltbeste“ bezeichnet worden war. „Das ist nur denkbar, indem wir als Diabetesteams auftreten, und das ist auch nur denkbar, weil eben aus der deutschen Diabetologie die Beratungsberufe nicht wegzudenken sind, egal, wie sich das Gesundheitssystem weiterentwickelt“, so Prof. Müller-Wieland.

Auch Kathrin Boehm und Angelika Deml waren sich in ihren Dankesreden einig, dass z. B. der Aufbau der Diabetesedukation DDG nur in Teamarbeit möglich gewesen ist und dass auch die Betreuung von Menschen mit Diabetes nur im Team gelingen kann. „Eine Medaille ist immer Teamarbeit“, sagte Angelika Deml. „Die Medaille ist auch für alle Kolleginnen und Kollegen hier und in unserer Diabeteswelt, die helfen und unterstützen, Menschen mit chronischen Erkrankungen mit Herzblut, mit Haltung und mit Fachwissen zu betreuen, und deswegen teilen Kathrin und ich diese Medaille mit euch allen.“

DiaBelly begleitet bei Gestationsdiabetes

Startup-App überzeugte die Jury beim letzten Diabetes Kongress

BERLIN. „Du bist nicht allein mit Schwangerschaftsdiabetes“, erklärt die DiaBelly GmbH auf ihrer Website und wirbt dabei zugleich für die DiaBelly-App, die werdenden Müttern „Orientierung zwischen den Arztterminen“ gibt. Applaus erhielt das Startup von der Jury im Startup Village-Wettbewerb beim Diabetes Kongress im Frühjahr.

Entwickelt wurde die App DiaBelly von Behro Klahr, der seit über 25 Jahren mit Typ-1-Diabetes lebt, und seiner Frau Sima. Bero arbeitet als Personal Trainer und Ernährungsberater und kam hierbei ins Gespräch mit Diabetesberaterin Celia Hegeler. Sie sprachen über gleiche Erfahrungen mit Typ-1-Diabetes, aber auch über ca. 70.000 Schwangere mit Gestationsdiabetes (GDM) in Deutschland, die Fragen haben, von denen zwischen den Arztterminen viele unbeantwortet bleiben. So entstand die Idee zur App, die heute in 37 Sprachen und auch als Browser-Version verfügbar ist. Der Biomedizintechniker Olaf Nalik verstärkt seit Kurzem das Team.

DiaBelly beinhaltet ein Glukose-Tracking mit Blutzuckertagebuch und Erinnerung ans Messen. Hilfe gibt es bei der Verwaltung von Arztterminen inklusive Fragelisten zur Vor- und Nachbereitung. Verständliche Videos unterstützen u. a. bei Ernährung, Bewegung, Mutterpass. Dazu gehört weiterhin, dass sich Frauen mit GDM in einem – von Sima moderierten – Community-Forum austauschen können. Wöchentliche Beratungscalls mit zertifizierten Diabetesberater*innen ergänzen das Angebot.

Die Kosten für die App variieren je nach Anwendungsdauer zwischen 79 und 149 Euro. Eine Light-Version ist kostenfrei nutzbar.

Die Zertifizierung als Medizinprodukt ist in Arbeit. Über Selektivverträge soll die App danach breit verfügbar gemacht werden. „Wir hoffen, im kommenden Jahr den ersten Pilotvertrag mit einer Krankenkasse abschließen zu können“, so Bero Klahr. Auch der Ausbau des Netzwerks an Partnerpraxen steht auf der Wunschliste. Wer Interesse hat, kann sich gern melden unter support@diabelly.de. Das Entwicklerpaar will bei der Diabetes Herbsttagung im November die App erneut präsentieren. *kol*



Foto: DiaBelly GmbH«

Glucosebelastungstests als Fertiglösungen

EINFACH. SCHNELL. OHNE GLYCEROL.*

In vielen KV-Bereichen im Sprechstundenbedarf verordnungsfähig.**



www.inoky-health.com

INOKY

* Als Fertiglösung ist Inoky-GlucoScreen einfach und schnell anwendbar. Der Verzicht auf Glycerol wird empfohlen nach: Gemeinsames Positionspapier der Kommission Labordiagnostik in der Diabetologie.[1]

** https://www.inoky-health.com/medien/erstattungsfaehigkeit-deutschland/; Stand 08/2026.

1. Heinemann L, et al. Gemeinsames Positionspapier der Kommission Labordiagnostik in der Diabetologie der DDG und DGKL (KLD) und der Kommission Apotheker in der Diabetoloxgie BAK/DDG zur Herstellung einer oGTT-Lösung für die Diagnose eines Diabetes einschließlich eines Gestationsdiabetes. Diabetologie und Stoffwechsel. 2020;15(06):470–471. Addendum: Analyse und Vorschläge zur Herstellung. Diabetologie und Stoffwechsel. 2020;15(06):472–476.

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

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

Medizin & Markt


Foto: iStock/AzmanJaka

Sicher, etabliert und wirksam bei DMÖ

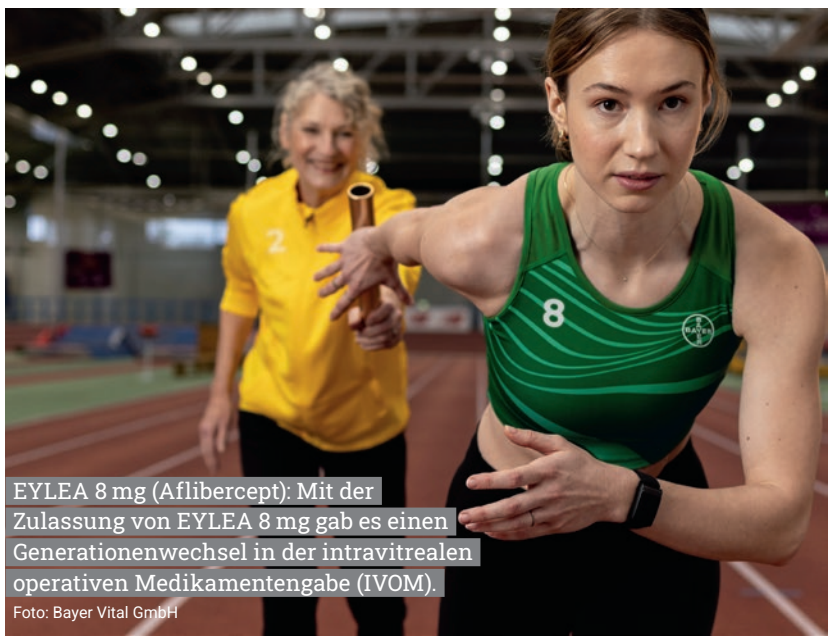
Nutzen durch Real-World-Daten und klinische Studien bestätigt

Symposium – Bayer Vital GmbH

BERLIN. EYLEA 8 mg ist im klinischen Alltag seit über zwei Jahren zur Behandlung von Patient*innen mit neovaskulärer altersabhängiger Makuladegeneration (nAMD) und diabetischem Makulaödem (DMÖ) etabliert.

Seit Jahresbeginn liegt auch die Zulassung zur Behandlung von Visusbeeinträchtigungen aufgrund eines Makulaödems infolge eines retinalen Venenverschlusses (RVV), einschließlich Venenast-, Zentralvenen- und Hemi-Zentralvenenverschluss, vor. In allen drei Indikationen (DMÖ, nAMD, RVV) ermöglicht EYLEA 8 mg individuelle Therapieintervalle von einem bis zu sechs Monaten, bei RVV auch darüber hinaus. Klinische Studien und Real-World-Daten zeigen: EYLEA 8 mg bietet das Potenzial für eine schnelle und ausgeprägte Trocknung der Makula, relevante Visusgewinne und lange Behandlungsintervalle – bei gleichzeitig bekanntem und etabliertem Sicherheitsprofil.

Welches Potenzial EYLEA 8 mg in der klinischen Routineanwendung bietet, erläuterte Professor Dr. Oliver Zeitz, Berlin, anhand aktueller Real-World-Daten. So erzielten behandlungsnaive Patient*innen mit nAMD in der globalen Beobachtungsstudie SPECTRUM unter EYLEA 8 mg Visusverbesserungen, eine Reduktion der Netzhautdicke sowie eine deutliche Abnahme der intra- und subretinalen Flüssigkeit, wie die Sechs-Monats-Analyse der ersten ca. 150 Patient*innen zeigt. „Hervorzuheben ist, dass schon nach der ersten Injektion etwa drei Viertel, und damit ein hoher Anteil, der Patienten keine intraretinale oder subretinale Flüssigkeit mehr aufwies. Wir sehen also auch im klinischen Alltag unter EYLEA 8 mg bereits früh im Behandlungsverlauf bedeutsame anatomische Verbesserungen, die bis Monat 6 erhalten blieben“, betonte Prof. Zeitz. Zudem ergab sich für EYLEA 8 mg auch in der Praxis ein mit Aflibercept 2 mg vergleichbares Sicherheitsprofil ohne neue Sicherheitssignale. Das gilt auch für den Augeninnendruck (IOD): Trotz des höheren Injektionsvolumens von 0,07 ml blieb der Prä-Injektions-IOD von Baseline bis Woche 24 in allen globalen SPECTRUM-Kohorten stabil. Auch ein Glaukom wurde unter der Behandlung nicht gemeldet. *Bayer/Red.*


EYLEA 8 mg (Aflibercept): Mit der Zulassung von EYLEA 8 mg gab es einen Generationenwechsel in der intravitrealen operativen Medikamentengabe (IVOM).
Foto: Bayer Vital GmbH

Spitzensport trifft Spitzenmedizin – neueste RWE Daten zu Aflibercept 8 mg; Kongress der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft 2026

Kardiovaskulärer Schutz

Früher Einsatz von Semaglutid bei Typ-2-Diabetes

Symposium – Novo Nordisk

BERLIN. Typ-2-Diabetes ist bereits früh im Krankheitsverlauf mit einem erhöhten Risiko für ASCVD (Atherosclerotic Cardiovascular Disease) assoziiert. Die zugrunde liegende Atherosklerose ist ein chronisch entzündlicher Gefäßprozess, der früh im Krankheitsverlauf beginnt und das kardiovaskuläre Kontinuum maßgeblich prägt.

Ein frühzeitiger Einsatz von GLP1-Rezeptoragonisten (GLP1-RA) wie Ozempic (Semaglutid) kann dazu beitragen, das kardiovaskuläre Risiko wirksam zu senken. Semaglutid hat einen positiven Einfluss auf atherosklerotische Veränderungen der Blutgefäße und hat zudem als einziges Inkretinmimetikum einen vom G-BA anerkannten CV-Zusatznutzen. Grundlage hierfür waren die Daten der kardiovaskulären Endpunktstudie SUSTAIN-6. Außerdem zeigt die REACH-Studie: Im Vergleich zu Dulaglutid konnte Semaglutid das Risiko für Myokardinfarkt, Schlaganfall und Tod jeglicher Ursache (3-Punkt-MACE, sekundärer, kombinierter Endpunkt) um 23 % reduzieren. „Gerade im Einklang mit den Leitlinienempfehlungen bei kardiovaskulären Risikofaktoren kommt der Evidenzlage zu Semaglutid eine entscheidende Bedeutung für die Therapieentscheidung zu“, betonte der Diabetologe Dr. Tobias Wiesner, Leipzig. Zudem besteht für Semaglutid eine Leitlinienempfehlung für die Behandlung von Menschen mit Typ-2-Diabetes und chronischer Nierenerkrankung (CKD). Diese Empfehlung basiert auf der FLOW-Studie. Dabei wurde unter Semaglutid das Risiko für schwere renale Ereignisse um 24 % reduziert und der jährliche Verlust der Nierenfunktion um 1,16 ml/min/1,73 m² verlangsamt. Zudem wurde die REMODEL-Studie durchgeführt, um mechanistische Hinweise darauf zu liefern, wie Semaglutid zu den in der FLOW-Studie beobachteten nierenschützenden Effekten bei Menschen mit Typ-2-Diabetes und chronischer Nierenerkrankung beitragen könnte. „Semaglutid zeichnet sich innerhalb der Klasse der GLP1-RA durch nachgewiesene ausgeprägte nephroprotektive Effekte aus. Die Ergebnisse der REMODEL-Studie liefern Einblicke in die zugrunde liegenden molekularen und zellulären Mechanismen und schaffen damit eine wissenschaftliche Grundlage für einen präziseren Einsatz von Semaglutid bei Typ-2-Diabetes und CKD“, so Professor Dr. Roland Schmieder, Erlangen.

Novo Nordisk/Red.

Tatort Inflammation: Spurensuche im Körper; Diabetes Kongress 2026

Die 25-mg-Tablette wirkt

Effekte von oralem Semaglutid mit Injektionsform vergleichbar

Digitales Launch-Symposium – Novo Nordisk

MAINZ. Seit dem 1. September 2026 ist der GLP1-Rezeptoragonist Semaglutid als Adipositas-Therapie (Handelsname Wegovy) in Tablettenform verfügbar. Die Wirksamkeit und Verträglichkeit erreichen dabei ein Niveau, das dem der etablierten Injektionstherapie entspricht.

In der Zulassungsstudie OASIS-4 erhielten die Teilnehmenden eine Lebensstilintervention und wurden 2:1 zu oralem Semaglutid 25 mg oder Placebo randomisiert. Nach 64 Wochen lag die mittlere Gewichtsreduktion unter durchgehender Einnahme bei 16,6 % gegenüber 2,7 % unter Placebo. Rund 80 % erreichten eine Gewichtsreduktion von mindestens 5 % und etwa ein Drittel von 20 % oder mehr. Professorin Dr. Wiebke Fenske, Bochum, fasste zusammen: „Die 25-mg-Tablette wirkt. Sie wirkt mit Blick auf die Gewichtsabnahme, auf die kardiometabolische Gesundheit und sie wirkt auch bei der körperlichen Belastbarkeit.“

Im indirekten Vergleich zur Zulassungsstudie der subkutanen 2,4-mg-Dosis (STEP-1) zeigten sich ähnliche Wirksamkeit und Verträglichkeit. Auch der Therapieabbruch aufgrund unerwünschter Ereignisse war mit 6,9 % gegenüber 7 % unter der Spritze nahezu identisch. Erste Erkenntnisse aus der praktischen Anwendung von fast einem Jahr in den USA zeigen laut Professor Dr. Matthias Blüher, Leipzig, keine unerwarteten Hinweise auf neuartige Nebenwirkungen. In Bezug auf die kardiovaskuläre Risikoreduktion bei manifester Gefäßerkrankung geht die Europäische Arzneimittel-Agentur aufgrund der Ähnlichkeit im Wirkprofil von einer Übertragbarkeit der SELECT-Studiendaten aus. „Die wichtigste Botschaft für Patientinnen und Patienten mit Adipositas (…) ist: Die Einnahme ist einfach“, so Prof. Blüher. Die Semaglutid-Tablette wird einmal täglich nüchtern mit maximal 120 ml Wasser eingenommen. Danach sollten 30 Minuten bis zur nächsten Mahlzeit oder Einnahme anderer oraler Medikamente vergehen. Die Dosis wird über vier Stufen von 1,5 mg bis zur Erhaltungsdosis von 25 mg gesteigert. *Janina Seiffert*

Wenn Fortschritt Form annimmt – die Wegovy-Pille; online

Diagnostik schärfen, Therapie dauerhaft denken

Adipositas-Strategien für die Praxis

Symposium – Lilly Deutschland

WIESBADEN. Professor Dr. Knut Mai, Berlin, beschrieb Adipositas als chronische, unterschätzte Erkrankung, die bei Grad 3 im Mittel mit einem Verlust von rund zwölf Lebensjahren einhergeht.

Prof. Mai erläuterte, warum eine Gewichtsreduktion langfristig schwer zu halten ist: Zentrale Mechanismen wie eine ernährungsbedingte hypothalamische Inflammation oder eine gesteigerte Ghrelin-Ausschüttung nach Gewichtsverlust wirken einer dauerhaften Gewichtsstabilisierung entgegen, weshalb aus seiner Sicht eine kontinuierliche statt einer zeitlich begrenzten Therapie notwendig ist.

Professor Dr. Jens Aberle, Hamburg, ordnete die seit Ende 2024 vorliegende S3-Leitlinie anhand eines Praxisfalls ein und ergänzte die klassische BMI-basierte Diagnostik um die Waist-to-Height-Ratio sowie um eine Prüfung auf sarkopene Adipositas mittels Handgriffkraftmessung. Er verwies auf die in Deutschland verfügbaren Substanzen Semaglutid (2,4 mg) und Tirzepatid, mit denen nach zwölf bis 14 Monaten Gewichtsverluste von rund 15 bis 16 % bzw. 21 bis 22 % erreicht werden, auf den Wirkmechanismus über eine Reduktion des sogenannten „Food Noise“ sowie auf die fehlende Erstattungsfähigkeit von Abnehmmedikamenten durch die gesetzlichen Kassen.

Dr. Jörg Simon, Fulda, schilderte den Aufbau einer spezialisierten Versorgungsstruktur außerhalb der Regelversorgung, mit digitalen Schulungsprogrammen, Bioimpedanzmessung und einem honorierten sechsmonatigen Betreuungskonzept. Diskutiert wurden u. a. offene Fragen zur geringen Einbindung von Selbsthilfestrukturen. *gh*

Adipositas: Leitlinienbasierte Versorgung in der Praxis; DGIM 2026

NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

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

VERS RGUNG.

Zu viele Menschen mit Diabetes bleiben heute noch ohne Schulung. Vor allem Patient:innen mit Typ-2-Diabetes ohne Insulintherapie werden bisher nicht ausreichend unterstützt. Nicht aus fehlendem Engagement. Sondern weil unsere bestehenden Strukturen an ihre Grenzen stoßen. Diese Versorgungslücke ist eine gemeinsame Herausforderung.

Höchste Zeit, die Lücke smart zu schließen.

Einfach schulen
Smart Campus Diabetes

Erfahren Sie mehr auf
go.smart-campus-diabetes.de

Neu- oder re-zertifizierte Kliniken und Arztpraxen

(im Zeitraum 14.08. bis 17.09.2026)

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 0		
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin	01307 Dresden	Diabeteszentrum DDG
PLZ 1		
MVZ im Märkischen Viertel Dr. Hormes	13439 Berlin	Diabetes Exzellenzzentrum DDG ZUSATZKOMPETENZ DIABETES & FUSS DDG
PLZ 3		
Evangelisches Klinikum Bethel, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	33617 Bielefeld	Diabeteszentrum DDG
PLZ 4		
Schwerpunktpraxis für Diabetes und Ernährungsmedizin, Dr. med. Klaus Schmitt	40721 Hilden	Diabeteszentrum DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. G. Sachs	41836 Hückelhoven	Diabetes Exzellenzzentrum DDG ZUSATZKOMPETENZ DIABETES & SCHWANGERSCHAFT DDG ZUSATZKOMPETENZ DIABETES & ADIPOSITAS DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. med. Wellner-Wielowiejski & Hausarztpraxis Dr. med. Arne Krüger	44534 Lünen	Fußbehandlungseinrichtung DDG ZUSATZKOMPETENZ DIABETES & FUSS DDG
Universitätsklinikum Essen, Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechsel	45147 Essen	Diabetes Exzellenzzentrum DDG
Zentrum für Kardiologie und Diabetologie Dr. med. V. Niehaus	48268 Greven	Diabeteszentrum DDG ZUSATZKOMPETENZ DIABETES & FUSS DDG
PLZ 5		
ÜBAG Koblenz-Vallendar GbR	56073 Koblenz	Diabeteszentrum DDG ZUSATZKOMPETENZ DIABETES & FUSS DDG
PLZ 6		
Diabetologische Schwerpunktpraxis – BAG Dr. med. Anita Yanna-Schulze, Daniel Jager, Dr. med. Dirk Schulze	66953 Pirmasens	Diabetes Exzellenzzentrum DDG ZUSATZKOMPETENZ DIABETES & SCHWANGERSCHAFT DDG ZUSATZKOMPETENZ DIABETES & ADIPOSITAS DDG ZUSATZKOMPETENZ DIABETES & FUSS DDG
PLZ 7		
Klinikum Stuttgart – Katharinenhospital, Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Geriatrie	70174 Stuttgart	Diabetes Exzellenzzentrum DDG ZUSATZKOMPETENZ DIABETES & FUSS DDG
Universitätsklinikum Tübingen, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	72076 Tübingen	Diabeteszentrum DDG
Krankenhaus Bietigheim im Verbund der Regionalen Kliniken Holding RKH, Klinik für Innere Medizin, Geriatrie, Endokrinologie, Diabetologie	74321 Bietigheim-Bissingen	Diabetes Exzellenzzentrum DDG ZUSATZKOMPETENZ DIABETES & FUSS DDG
Rehaklinik Glotterbad	79286 Glottertal	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
Praxis Dr. Matthias Wienke	79650 Schopfheim	Diabeteszentrum DDG
PLZ 8		
Romed Klinikum Rosenheim Medizinische Klinik II	83022 Rosenheim	Diabetes Exzellenzzentrum DDG ZUSATZKOMPETENZ DIABETES & FUSS DDG
Diabeteszentrum Murnau Dr. med. Gabriela Krob	82418 Murnau	Diabetes Exzellenzzentrum DDG
Medicover Neu-Ulm	89231 Neu-Ulm	Diabeteszentrum DDG
PLZ 9		
Kreisklinik Wörth an der Donau	93086 Wörth	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
Sana Kliniken Oberfranken Klinikum Coburg, I. Medizinische Klinik Gastroenterologie/Diabetologie	96450 Coburg	Diabeteszentrum DDG

diabeteszeitung digital

Neues Angebot – digital direkt Dokumente, Videos und Links nutzen

BERLIN/WIESBADEN. Die diabetes zeitung am Computer oder auf Tablet oder Smartphone lesen? Das geht über die Website der DDG. Nun aber ist mehr möglich …

Inzwischen gibt es eine um viele Möglichkeiten erweiterte digitale Ausgabe Ihrer diabetes zeitung. DDG Mitglieder können sich für diese digitale Ausgabe entscheiden und direkt:

- alle Links zu weiterführenden Informationen (auch zu Studien) anklicken und sich so weiter informieren.
- Videos und Podcasts ohne Verzögerung starten.
- Dokumente abrufen und sofort nutzen.
- an Umfragen teilnehmen.
- Bildergalerien anschauen und so z. B. noch mehr in die Atmosphäre einer Veranstaltung eintauchen.
- in der Job- & Praxenbörse und bei den Weiterbildungsangeboten der DDG über Mail ohne Zwischenschritt mit der Kontaktperson in Verbindung treten.
- von der Titelseite ohne Zwischenschritt zu den angekündigten Artikeln springen.

Sie möchten die digitale dz lesen? Einfach den QR-Code scannen und mehr erfahren.

Kontakt zur Redaktion

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



Foto: blankstock – stock.adobe.com

Diabetesbetreuung für alle

Im thüringischen Eisenberg wird auch die Reha-Klinik mitversorgt

KLINIK MIT DIABETES IM BLICK DDG
Klinikweite Standards zur Diabetesversorgung

EISENBERG. Mit dem Zertifikat „Klinik mit Diabetes im Blick DDG“ machen die Waldkliniken Eisenberg sichtbar, dass Menschen mit Diabetes hier auch dann kompetent betreut werden, wenn die Stoffwechselerkrankung nicht der eigentliche Grund für den Krankenhausaufenthalt ist.



Foto: Waldkliniken Eisenberg

Das Diabetesteam der Waldkliniken Eisenberg (v. l. n. r.): Dr. Antje Meixner (Chefärztin), Nadine Bliedtner (Ernährungsberaterin), Susann Weissenburg (Pflegefachkraft (PFK) u. Teamleitung Reha Pflege), Erwin Wende (PFK), Anna-Lena Trupke (PFK), Franziska Bradeis (PFK), Claudia Laube (PFK), Laura Landmann (PFK), Regine Serfling (PFK u. Diabetesberaterin), Maria Hofmann (Oberärztin), Monique Hesberg (PFK), Jeannette Lippold (PFK u. Organisatorische Pflegeleitung).

Als Dr. Antje Meixner im Juli 2022 Chefärztin der Klinik für Innere Medizin an den Waldkliniken Eisenberg wurde, lag ihr am Herzen, in allen Bereichen der Einrichtung eine diabetesgerechte Versorgung nach den Qualitätskriterien der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) zu verankern, um Patient*innen sowohl mit Haupt- als auch Nebendiagnose Diabetes mellitus jederzeit optimal betreuen zu können.

Hauptschwerpunkt des 250-Betten-Hauses ist die auf Knie, Hüfte, Wirbelsäule und den gesamten Bewegungsapparat spezialisierte universitäre Orthopädie mit Lehrstuhl der Friedrich-Schiller-Universität Jena. Daneben gibt es in Eisenberg eine Klinik für Innere Medizin, eine Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie sowie eine Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin. Eine Besonderheit ist die mit 144 Betten ausgestattete orthopädische Rehaklinik, die seit Mai 2024 auf dem Campus-Gelände integriert ist.

Grund- und Regelversorger im Saale-Holzland-Kreis

„Die Waldkliniken Eisenberg sind nicht nur die größte universitäre Orthopädie Europas und einzige Universitätsorthopädie Thüringens, sondern erfüllen auch eine wichtige Funktion als Grund- und Regelversorger für den Saale-Holzland-Kreis“, so Dr. Meixner, die neben ihrem Facharzttitel für Innere Medizin auch die Zusatzbezeichnungen Diabetologie und Geriatrie führt. Schwerpunkte der von ihr geleiteten Klinik sind die Behandlung von Herz-Kreislauf-, Atemwegs- und Stoffwechselerkrankungen sowie die fachgerechte Versorgung gastroenterologischer Krankheitsbilder.

Pro Jahr versorgen die Waldkliniken Eisenberg etwa 45.000 Patient*innen ambulant in den Sprechstunden und circa 10.000 Patient*innen stationär. Die Klinik führt jährlich ca. 7.600 Operationen durch.

> »Alle profitieren von strukturierten Abläufen«

Strukturierung der Behandlung durch DDG Zertifikat

„Mein Anliegen, bei der DDG für die Waldkliniken Eisenberg das Zertifikat ‚Klinik mit Diabetes im Blick‘ zu erwerben war, die Versorgung unserer an Diabetes erkrankten Patient*innen zu verbessern und nach außen hin sichtbar zu machen. Die damit verbundene Strukturierung der Behandlung und Inhouse-Schulung des Pflegepersonals zur diabetesversierten Pflegekraft wurden von der Geschäftsführung unterstützt. Und so haben wir Anfang 2025 damit begonnen, klare Abläufe für die Behandlung und die Überwachung der Blutzuckerwerte zu implementieren“, berichtet Dr. Meixner.

Neben der digitalen Basisfortbildung haben 25 im Akutbereich tätige Pflegekräfte sowie alle sieben Mitarbeiter*innen der orthopädischen Rehabilitationseinrichtung ein zweitägiges Curriculum zur Erlangung des Zertifikates „diabetesversierte Pflegekraft“ durchlaufen. Nunmehr stehen auf jeder Station immer mindestens zwei speziell qualifizierte Pflegekräfte zur Verfügung, die das behandelnde Team bei Fragen rund um die Diabetesversorgung unterstützen und garantieren, dass notwendige Maßnahmen, auch außerhalb der internistischen Fachabteilung, sicher umgesetzt werden können.

Die Verantwortung für die konsiliarische Betreuung der Patient*innen mit Diabetes in den drei anderen Fachabteilungen teilt sich Dr. Meixner mit der diabetesversierten Oberärztin Maria Hofmann. Das Diabetes-Kernteam vervollständigen eine Diabetesassistentin und eine Diabetesberaterin in Ausbildung. Unterstützt werden sie beim Diabetesmanagement von einer in der Rehaklinik tätigen Ernährungsberaterin.

Blick auf den Diabetes vor, während und nach Operationen

Zur Bestätigung ihres Engagements bescheinigte die DDG den Waldkliniken Eisenberg im Juli 2026 offiziell, dass sie fächerübergreifend eine optimale und leitliniengerechte Diabetesbetreuung sicherstellen können. „Von dem Qualitätszuwachs profitieren unsere Patient*innen unmittelbar“, so Dr. Meixner. „Denn indem wir jeden Diabetes mellitus immer im Blick haben, vor, während und nach Operationen, können wir diabetesassoziierte Stresssituationen mit Unter- oder Überzuckerungen oder Wundheilungsstörungen zum Beispiel nach einer Hüft- oder Knieendoprothetik frühzeitig erkennen beziehungsweise vermeiden.“

Die Maßnahmen kämen zudem auch denjenigen zugute, bei denen vor einem Klinikaufenthalt noch kein Diabetes mellitus bekannt war, da die Blutzuckerwerte im Rahmen der zentralen medizinischen Aufnahme bei allen Patient*innen routinemäßig kontrolliert würden. „Auffällige HbA_{1c}-Werte von über 6,5 % lassen sich dadurch frühzeitig erkennen und weiter abklären. Der Diabetes mellitus wird auch schon vor einem geplanten OP-Termin fachgerecht eingestellt und beim Klinikaufenthalt entsprechend weiterbetreut“, so Dr. Meixner.

Wie gut die diabetesgerechte Versorgung im klinischen Alltag gelebt wird, zeige sich auch daran, dass durch die strukturierten Abläufe das Arbeiten sehr viel störungsfreier geworden sei, da alle dieselbe Zielrichtung verfolgen, so Dr. Meixner.

Petra Spielberg

STECKBRIEF

- **Ort:** Eisenberg/Thüringen
- **Anzahl der Patient*innen/Jahr:** ca. 55.000, davon stationär: ca. 10.000
- **Kernteam für die Diabetesversorgung:** eine Fachärztin für Innere Medizin/Diabetologie, eine diabetesversierte Fachärztin für Innere Medizin, eine Diabetesberaterin DDG (noch in Ausbildung), eine Diabetesassistentin DDG, eine Ernährungsberaterin

Der Ultraschall als Frühwarnsystem

Fettleber, Gefäßerkrankungen und Tumoren früher erkennen und therapieren

MAINZ. Eine Fettleber verursacht oft lange Zeit keine Beschwerden. Auch Veränderungen an Gefäßen oder kleine Tumoren können zunächst unbemerkt bleiben. Ultraschall kann solche Auffälligkeiten früh sichtbar machen.

Ultraschall kann eine Fettleber und frühe Gefäßveränderungen sichtbar machen, bevor sie Beschwerden verursachen“, sagte Dr. Sabine Guth, Ärztliche Leiterin von Sana Praevention Hamburg und Kongresspräsidentin des Dreiländertreffens 2026 (ausgerichtet von der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM)).

Welche Bedeutung Ultraschall in der Prävention haben kann, zeigte Dr. Guth anhand ihrer eigenen Vorsorgeklientel: Unter rund 20.000 Untersuchungen bei Personen, die sich z. B. im Rahmen betrieblicher Angebote oder aus privater Initiative vorstellen, finden sich nach ihren Angaben bei etwa 30 % eine Fettleber oder beginnende Gefäßwandveränderungen. „Bei etwa einem Prozent der Untersuchten entdecken wir zudem bösartige oder potenziell bösartige Befunde – häufig in einem frühen Stadium.“

Früherkennungsangebote (fast) ohne Ultraschall

In den regulären gesetzlichen Früherkennungsangeboten ist Ultraschall bislang nur sehr begrenzt vorgesehen. So umfasst z. B. der Check-up ab 35 Jahren keine regelhafte Ultraschalluntersuchung (außer einem einmaligen Screening auf ein Bauchaortenaneurysma für Männer ab 65 Jahren). Dr. Guth plädiert dafür, zumindest die Ultraschalluntersuchung des Bauchraums in Vorsorgekonzepte einzubinden. Ein häufiger Einwand gegen einen breiteren Einsatz der Sonografie in der Früherkennung sind Zufallsbefunde. Dr. Guth sieht darin bei qualitätsgesicherter Untersuchung jedoch keinen grundsätzlichen Hinderungsgrund. „Erfahrene Untersuchende können harmlose Zufallsbefunde in der Regel als solche einordnen, und auffällige Befunde lassen sich gezielt weiter abklären oder im Verlauf kontrollieren.“ *DEGUM/Red.*

49. Dreiländertreffen der deutschsprachigen Ultraschallgesellschaften

Gute Früherkennung braucht gute Ausbildung

Für die DEGUM ist die Qualität der Untersuchung zentral. Ultraschall ist stark von Ausbildung, Erfahrung und Gerätequalität abhängig. Nur wenn Ärzt*innen pathologische Veränderungen sicher erkennen und harmlose Befunde zuverlässig davon unterscheiden können, entfaltet die Methode ihren Nutzen. „Alles steht und fällt mit einer fundierten Ultraschallausbildung“, sagt Dr. Guth. „Wenn Sonografie stärker in der Früherkennung eingesetzt werden soll, müssen Qualifikation, Geräteausstattung und Qualitätssicherung mitgedacht werden.“ Auch wirtschaftlich kann frühe Erkennung relevant sein: Wird durch Ultraschall eine Fettleber oder Gefäßveränderungen frühzeitig entdeckt, können Ärzt*innen begleitende Risikofaktoren wie Bluthochdruck sowie erhöhte Blutfett- oder Blutzuckerwerte gezielt behandeln und Lebensstiländerungen anstoßen. Die DEGUM spricht sich deshalb dafür aus, Ultraschalldiagnostik bei entsprechender Evidenz in Versorgungskonzepte und Leitlinien einzubeziehen.

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 *Kurs für Ärzt*innen, die an diabetologischer Expertise interessiert sind bzw. sich in der Weiterbildung zu Diabetolog*innen DDG befinden*
112	31.05.2027 – 26.06.2027	Heidelberg und online *Kurs für Ärzt*innen, die an diabetologischer Expertise interessiert sind bzw. sich in der Weiterbildung zu Diabetolog*innen DDG befinden.*

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
18.11.2026 – 29.11.2026	Göttingen und online
20.11.2026 – 05.12.2026	Göttingen und online
29.01.2027 – 21.02.2027	Göttingen und online
26.02.2027 – 13.03.2027	Göttingen und online
22.10.2027 – 31.10.2027	Göttingen 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
03.09.2027 – 06.09.2027	Augsburg und online
26.11.2027 –29.11.2027	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
01.09.2027 – 15.09.2027	Essen und online
20.11.2027 – 08.12.2027	Essen und online

Adiposiolog*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
26.11.2026 – 28.11.2026	online *Kurs für Diabetolog*innen*
22.02.2027 – 24.02.2027	online *Fortbildung Adipositas für Diabetolog*innen*
14.04.2027 – 17.04.2027	online *Interprofessioneller Kurs Adipositas DAG-DDG* *Je nach Grundberuf schließt die Fortbildung mit der Bezeichnung Adiposiolog*in DAG-DDG (für Ärzt*innen und Akademiker*innen) oder Adipositasberater*in DAG-DDG (für weitere Gesundheitsfachkräfte) ab.*

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

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
18.11.2026	online, Thema: Diabetes & Niere *Kurs für Ärzt*innen mit diabetologischer Expertise*

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 *Kurs für Ärzt*innen mit diabetologischer Expertise*

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 für 2027 und 2028 finden Sie auf der Website.

Diabetesassistent*in DDG

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

Kurs-Nr.	Termin	Weiterbildungsstätte
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
RH 16	12.04.2027 – 10.09.2027	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine
LP 04	24.05.2027 – 05.11.2027	Diabeteszentrum Leipzig
BO 08	05.07.2027 – 29.10.2027	Augusta Akademie Bochum
RB 11	12.07.2027 – 12.11.2027	Katholische Akademie Regensburg
RH 17	13.09.2027 – 07.01.2028	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine
JE 08	27.09.2027 – 04.02.2028	Diabeteszentrum Thüringen Jena
HH 05	27.09.2027 – 31.03.2028	Diabetes-Akademie Nord Hamburg
BO 09	11.10.2027 – 04.02.2028	Augusta Akademie Bochum
RB 12	18.10.2027 – 04.02.2028	Katholische Akademie Regensburg
BMH 04	15.11.2027 – 24.03.2028	Diabetes Akademie Bad Mergentheim

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

Aufbauqualifikation zum/zur Diabetesberater*in DDG

Kurs-Nr.	Termin	Weiterbildungsstätte
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
RH 15	16.08.2027 – 18.02.2028	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine
BER 03	06.09.2027 – 13.03.2028	Wannsee-Akademie der Wannseeschule Berlin
RH 16	08.11.2027 – 28.04,2028	Akademie der Mathias-Stiftung Rheine
RB 11	06.12.2027 – 28.04.2028	Katholische Akademie Regensburg
BMH 04	08.05.2028 – 24.03.2028	Diabetes Akademie Bad Mergentheim

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 Assistenztätigkeit auszubilden, in der sie unter Anleitung von Ärzt*innen Menschen mit Diabetischem Fußsyndrom professionell versorgen.

Kurs-Nr.	Termin	Weiterbildungsstätte
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
62	13.09.2027 – 29.09.2027	CID Centrum für integrierte Diabetesversorgung Köln
24	15.09.2027 – 22.09.2027	Katholische Akademie Regensburg

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
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
03.12.2026 – 09.12.2026	Katholische Akademie Regensburg 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
FU 05	16.11.2026 – 25.11.2026	IETEC Akademie Fulda
FU 06	11.01.2027 – 19.01.2027	IETEC Akademie Fulda
RB 04	19.04.2027 – 27.04.2027	Katholische Akademie Regensburg

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.

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
DPFK Kurs 21	27.09.2027 – 12.11.2027	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
BaQ KÖ 10	14.04.2027 – 15.04.2027	Cellitinnen-Krankenhaus St. Hildegardis Köln

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

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 *Diabetesassistent*in DDG*	Setheweg 11, 17424 Heringsdorf Ansprechpartner: Prof. Dr. Ralf Schiel ✆ 038378/780502 ✉ r.schiel@medigreif-inselklinikum.de 🌐 www.inselklinik.de
Akademie der Stiftung Mathias-Spital Rheine *Diabetesassistent*in DDG, Diabetesberater*in DDG, Diabetesberater*in DDG (Aufbauqualifikation), Kurse Diabetes & Pflege, Fuß- und Wundassistent*in DDG*	Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine Ansprechpartnerin: Marion Pruß ✆ 05971/42-7319 ✉ info@afg-rheine.de 🌐 www.afg.mathias-stiftung.de
Augusta Akademie *Diabetesassistent*in DDG, Diabetesberater*in DDG, Diabetesberater*in DDG (Aufbauqualifikation)*	Dr.-C.-Otto-Straße 27, 44879 Bochum Ansprechpartnerin: Marie Grothe ✆ 0152/56458325 ✉ m.grothe@augusta-bochum.de ✆ 0234/5173 ✉ info@augusta-akademie.de 🌐 www.augusta-akademie.de
CID Centrum für integrierte Diabetesversorgung Köln *Fuß- und Wundassistent*in DDG*	Luxemburger Straße 124 (3105), 50939 Köln Ansprechpartner: Dr. Gerald Engels ✆ 0221/9349461 ✉ schulung@cid-direct.de
Diabetes-Akademie Nord *Diabetesassistent*in DDG*	Mönckebergstraße 5, 20095 Hamburg Ansprechpartner: Vladimir Pogorelets ✆ 0175/8421669 ✉ info@diabetes--akademie-nord.de 🌐 www.diabetes-akademie-nord.de
Diabeteszentrum Thüringen e. V. *Diabetesassistent*in DDG, Diabetesberater*in DDG, Fuß- und Wundassistent*in DDG*	Am Klinikum 1, 07747 Jena Ansprechpartnerin: Dr. Nadine Zeise ✆ 03641/9324346 ✉ nadine.kuniss@med.uni-jena.de 🌐 www.diabetes-thueringen.de
Diabeteszentrum Leipzig e. V. *Diabetesassistent*in DDG*	Lützener Straße 145, 04179 Leipzig Ansprechpartnerin: Carola Köhler ✆ 0163/2153519 ✉ diabeteszentrum.leipzig@web.de
Diabeteszentrum Mittelhessen am UKGM *Diabetesassistent*in DDG*	Klinikstraße 33, 35392 Gießen Ansprechpartnerin: Dr. Jutta Liersch ✆ 0641/98557000 ✉ info@udzm.de 🌐 www.udzm.de
Wannsee Akademie des Wannseeschule e. V. Berlin *Diabetesassistent*in DDG, Diabetesberater*in DDG, Diabetesberater*in DDG (Aufbauqualifikation)*	Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin Ansprechpartnerin: Ria Günther ✆ 030/80686040 ✉ akademie@wannseeschulen.de 🌐 wannseeschulen.de
Diabetes Akademie Bad Mergentheim *Diabetesassistent*in DDG, Diabetesberater*in DDG, Diabetesberater*in DDG (Aufbauqualifikation), Fuß- und Wundassistent*in DDG*	Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim Ansprechpartnerin: Simone Pschiebl ✆ 07931/594-165 ✉ info@diabetes-zentrum.de 🌐 www.diabetes-akademie.de
Katholische Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e. V. *Diabetesassistent*in DDG, Diabetesberater*in DDG, Diabetesberater*in DDG (Aufbauqualifikation), Diabetescoach*in DDG, Fuß- und Wundassistent*in DDG, Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG, Orthopädieschuhmacher*in DDG*	Ostengasse 27, 93047 Regensburg Ansprechpartnerin: Christiane von Lottner ✆ 0941/5696-22 ✉ c.vonlottner@katholischeakademie-regensburg.de 🌐 www.katholischeakademie-regensburg.de
Diabetes-Akademie Südostbayern *Diabetesassistent*in DDG, Diabetesberater*in DDG, Diabetesberater*in DDG (Aufbauqualifikation)*	An der Eiche 1, 83278 Traunstein Ansprechpartnerinnen: Isabell Baumgartner und Bettina Hafner-Masek ✆ 08663/3090713 ✉ info@diabetes-akademie.net 🌐 diabetes-akademie.net

Die DDG Job- und Praxenbörse

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

Sie möchten selbst eine Anzeige in der 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

Hamburg, 17.09.2026
Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)
- **Arbeitsbeginn**: 01.01.2027
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: Diabetescentrum Dr. Jung
- **Adresse**: Möllner Landstraße 8, 22111 Hamburg
- **Ansprechpartner**: Dr. med. Christopher Jung, 040/743260000, info@diabetescentrum-billstedt.de
- **Website**: www.diabetologie-hamburg.de

Bad Heilbrunn, 10.09.2026
Internist*in (m/w/d)
- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: Fachklinik Bad Heilbrunn
- **Adresse**: Wörnerweg 30, 83670 Bad Heilbrunn
- **Ansprechpartner**: Dr. med. Bernhard Gehr, 08046/18-4106, diabetologie@fachklinik-bad-heilbrunn.de
- **Website**: www.fachklinik-bad-heilbrunn.de/fachbereiche/zentrum-fuer-diabetes-und-stoffwechselerkrankungen

Berlin, 01.09.2026
Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)
- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: MVZ am Bahnhof Spandau
- **Adresse**: Galenstraße 3, 13597 Berlin
- **Ansprechpartnerin**: Dr. med. Uta Dorothea Stephan, 030/3336070, stephan@mvz-bahnhof-spandau.de
- **Website**: www.mvz-bahnhof-spandau.de

Dresden, 26.08.2026
Internist oder Allgemeinmediziner (m/w/d) mit Interesse an Diabetologie
- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: befristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: Städtisches Klinikum Dresden, Standort Trachau
- **Adresse**: Industriestraße 40, 01129 Dresden
- **Ansprechpartnerin**: Christine Klunker, 0351/856 2230 o. 1098, Christine.Klunker@klinikum-dresden.de

Mehr Jobs, mehr Auswahl, mehr berufliche Perspektiven

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

Stuttgart, 21.08.2026
Allgemeinmediziner*in (m/w/d)
- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: MVZ Dr. Schäfer und Kollegen GmbH
- **Adresse**: Sparrhärmlingweg 47, 70376 Stuttgart
- **Ansprechpartner**: Dr. med. Moritz Schäfer, 0711/2524880, m.schaefer@mvzschaefer.de
- **Website**: www.mvzschaefer.de

Endingen, 21.08.2026
Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)
- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: Diabeteszentrum Endingen
- **Adresse**: Marktplatz 17, 79346 Endingen
- **Ansprechpartner**: Dr. med. Ghassen Hamdi, 0163/3941455, bewerbung@diabeteszentrum-endingen.de
- **Website**: https://www.diabeteszentrum-endingen.de

GESUNDHEITSFACHKRÄFTE
direkt zu allen Anzeigen für Gesundheitsfachkräfte

Freiberg, 23.09.2026
Diabetesberater*in DDG (m/w/d)
- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: Diabetologische Schwerpunktpraxis
- **Adresse**: Tschaikowskistraße 57 a, 09599 Freiberg
- **Ansprechpartnerin**: Maria Donato, 0176/60815500, maria.donato80@yahoo.it

Stuttgart, 22.09.2026
MFA mit diabetologischer Erfahrung (m/w/d)
- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: myschoolcare Baden Württemberg
- **Adresse**: Industriestraße 4, 70565 Stuttgart
- **Ansprechpartnerin**: Parthena Kyriathopoulou, 0171/7216824, bewerbung.bw@myschoolcare.de
- **Website**: www.myschoolcare.de

Rotenburg (Wümme), 22.09.2026
Diabetesberater*in DDG (m/w/d)
- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: Agaplesion Diakonieklinikum Rotenburg
- **Adresse**: Elise-Averdieck-Straße 17, 27356 Rotenburg (Wümme)
- **Ansprechpartnerin**: Kati Dick, Kati.Dick@agaplesion.de
- **Website**: www.diakonieklinikum-karriere.de/start

Böblingen, 22.09.2026
Diabetesberater*in DDG (m/w/d)
- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: Internistische Facharztpraxis
- **Adresse**: Konrad-Zuse-Straße 14, 71034 Böblingen
- **Ansprechpartner**: Dr. med. Rainer Talhammer, 0176/81196137, ra.ta@web.de

NACHFOLGEGESUCHE

Wetzlar, 12.09.2026
Diabetes Schwerpunktpraxis
- **Praxisbezeichnung**: Praxis Göbel
- **Adresse**: Frankfurter Straße 90, 35578 Wetzlar
- **Ansprechpartner**: Dr. med. Rolf Göbel, 0171/1979969, goero@t-online.de

Direkt zu allen Nachfolgegesuchen

STELLENGESUCHE

Köln, 21.09.2026
Fachärztin für Innere Medizin, Diabetologie (DDG/LÄK), Adiposiologie
- **Einsatzort**: Raum Köln
- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit oder Vollzeit
- **Kontakt**: mail.diabetologie-koeln@gmx.de

Leipzig, 21.09.2026
FÄ Innere Medizin mit ZB Diabetologie und Adiposiologie
- **Einsatzort**: Leipzig und Leipziger Umland, Halle an der Saale
- **Arbeitsbeginn**: 04.01.2027
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit
- **Kontakt**: hein_heike@gmx.de

Köln, 31.08.2026
Diabetesassistent*in DDG
- **Einsatzort**: Köln
- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Vollzeit
- **Kontakt**: felix.vomhofe@gmail.com

Hamburg, 16.08.2026
Fachärztin für Innere Medizin und Diabetologie
- **Einsatzort**: Hamburg oder südliches Schleswig-Holstein
- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit oder Vollzeit
- **Kontakt**: Diabetologie2027@gmx.de

Direkt zu allen Stellengesuchen

STELLENANGEBOTE

Ulm, 22.09.2026
Diabetesberater*in DDG (m/w/d)
- **Arbeitsbeginn**: 01.01.2027
- **Voraussichtliche Dauer**: befristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Sektion Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie
- **Adresse**: Eythstraße 24, 89075 Ulm
- **Ansprechpartner**: Prof. Dr. med. Martin Wabitsch, sekretariat.pedu@uniklinik-ulm.de
- **Website**: uniklinik-ulm-karriere.de/job/view/4842/diabetesberater-ddg-oder-pflegefachperson-w-m-d?page_lang=de

Stuttgart, 13.09.2026
Diabetesberater*in DDG (m/w/d)
- **Arbeitsbeginn**: 01.01.2027
- **Voraussichtliche Dauer**: befristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: Endokrinologie und Diabetologie im Zentrum
- **Adresse**: Sophienstraße 40, 70178 Stuttgart
- **Ansprechpartnerin**: Dr. Gudrun Empacher, 0711/4708980, empacher@edzs.de
- **Website**: www.endokrinologie-im-zentrum.de

Freiburg, 06.09.2026
Diabetesassistent*in DDG (m/w/d)
- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: Praxis Dr. med. Maria Koukou
- **Adresse**: Tennenbacher Straße 40, 79106 Freiburg
- **Ansprechpartnerin**: Dr. med. Maria Koukou, info@endo-diabetes-freiburg.de

Leinefelde, 06.09.2026
Diabetesberater*in (m/w/d)
- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: Diabetologische Schwerpunktpraxis Christiane Braun
- **Adresse**: Robert-Koch-Straße 6, 37327 Leinefelde
- **Ansprechpartnerin**: Christiane Braun, 03605/512435, info@diabetes-praxis-braun.de
- **Website**: www.diabetes-praxis-braun.de/

München, 26.08.2026
Diabetesberater*in DDG (m/w/d)
- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: Kinderarztpraxis Bogenhausen, SPP Kinderdiabetologie
- **Adresse**: Delpstraße 29, 81679 München
- **Ansprechpartnerin**: Dr. med. Antonia Gavazzeni, 089/99248829 und 0172/8146596, agavazzeni@dr-gavazzeni.de
- **Website**: www.dr-gavazzeni.de

Ulm, 20.08.2026
Diabetesberater*in DDG (m/w/d)
- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: befristet
- **Arbeitszeit**: Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: Universitätsklinikum Ulm/Innere Medizin I
- **Adresse**: Albert-Einstein-Allee 23, 89081 Ulm
- **Ansprechpartner**: Prof. Dr. med. Martin Heni, martin.heni@uniklinik-ulm.de
- **Website**: uniklinik-ulm-karriere.de/job/view/4770/diabetesberater-w-m-d?page_lang=de

Hamburg, 17.08.2026
Diabetesassistent*in DDG (m/w/d)
- **Arbeitsbeginn**: 01.10.2026
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: medicum Hamburg MVZ GmbH
- **Adresse**: Beim Strohhause 2, 20097 Hamburg
- **Ansprechpartnerin**: Caterina Zwang, 040/807979-0, bewerbung@medicum-hamburg.de
- **Website**: www.medicum-hamburg.de

Rodgau, 15.08.2026
Diabetesberater*in DDG (m/w/d)
- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: Mevero Diabeteszentrum
- **Adresse**: Kronberger Straße 11, 63110 Rodgau
- **Ansprechpartner**: Dr. med. Christian Klepzig, 0172/6904682, klepzig@mevero.de
- **Website**: www.mevero.de

Landau in der Pfalz, 15.08.2026
Diätassistent*in (m/w/d)
- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: Diabetesschwerpunktpraxis Dres. Reichert, Towae, Tonnius
- **Adresse**: Am Großmarkt 4, 76829 Landau in der Pfalz
- **Ansprechpartnerin**: Dr. Dorothea Reichert, 06341/146660, reichert@diabetes-landau.de
- **Website**: www.diabetes-landau.de

Direkt zu allen Stellenangeboten

Für den Diabetologie-Durchblick.

Ihr Diabetes Technologie-Update von Medical Tribune



Reinhören & abonnieren!

Das Wichtigste zu Diabetestechnologie & Digitalisierung in spannenden Spezialfolgen mit **Prof. Lutz Heinemann** und **Prof. Bernd Kulzer**: Gemeinsam sprechen sie über die neuesten AID-Systeme und smarte Messgeräte, aber auch über innovative Start-ups und Aktuelles aus der Entwicklerszene.

www.medical-tribune.de/podcast
und auf allen gängigen Podcastplattformen

Fotos: aditia – stock.adobe.com, non-exclusive/gettyimages

[MTX]

MEDICAL TRIBUNE

BUNTES

10 JAHRE diabeteszeitung 2016 – 2026

DIABETES HERBSTTAGUNG

2016–2025

Die **erste Diabetes Herbsttagung** fand 2007 im Berliner Congress Centrum am Alexanderplatz statt. Tagungspräsident war Professor Dr. Thomas Haak, damals gleichzeitig Vizepräsident der DDG; Präsident war Prof. Dr. Wolfgang Kerner. Nach einigen vorangegangenen Versuchen wollten die beiden die Herbsttagung nun ergänzend zum Diabetes Kongress im Frühjahr etablieren. Um das Programm abwechslungsreich zu gestalten, wurden die Vorsitzenden der Arbeitsgemeinschaften und weiterer Gremien der DDG gebeten, jeweils ein Symposium beizutragen.
„Alle sind der Einladung gefolgt", erinnert sich Prof. Haak. „Alle Player in der Diabetologie –auch die Industrie – haben zum Gelingen der Tagung beigetragen und ein erfolgversprechendes Konzept erarbeitet. Der Zusammenhalt und das Engagement haben mich sehr beeindruckt."

Von Anfang an war das Programm **praxisbezogen** und richtete sich stark an niedergelassene Diabetolog*innen und andere in der Diabetologie tätige Berufsgruppen, also an das gesamte Diabeteteam. „Nur wenige medizinische Fachgesellschaften binden Gesundheitsfachkräfte so intensiv in ihre Tagungen und Kongresse ein", sagt Sabrina Vité, in der DDG Geschäftsstelle zuständig für die DDG Akademie und damit auch für den Diabetes Kongress und die Diabetes Herbsttagung.
„In der **Programmplanung** liegt der Fokus stark auf praktischen und interdisziplinären Aspekten der Diabetologie und ist weniger grundlagenwissenschaftlich orientiert", so Vité. Sie betont aber auch, dass die zeitliche Nähe zu ADA und EASD „neue Erkenntnisse schneller in unsere Community bringt und verbreitet". Die Diabetes Herbsttagung hat häufig eine **Doppelspitze** aus einem/einer niedergelassenen und einem/einer klinisch tätigen Tagungspräsident*in. Außerdem gibt es alle zwei bis drei Jahre eine weitere medizinische Fachgesellschaft als **Kooperationspartner**, z. B. wurde schon mit der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM, 2023) oder mit der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG, 2018 und 2021) kooperiert.
Die Diabetes Herbsttagung findet derzeit **rein in Präsenz** statt (mit On-Demand-Angebot nach Ende der Tagung) und an wechselnden Orten, sodass jede*r Teilnehmende ab und zu von einer kürzeren Anreise profitieren kann.
Nach den **Zukunftsplänen** für die Diabetes Herbsttagung gefragt, sagt Sabrina Vité: „Weiter so! Für die Fachgesellschaft ist die Tagung ein Erfolgskonzept."

Nicole Finkenauer

2016 Leipzig
„Diabetes und Familie: Vorbeugen – Erkennen – Entlasten"
Tagungspräsidentschaft: Professor Dr. Klaus Badenhoop
Tagungssekretär: Dr. Dominik Bergis

2017 Mannheim
„Volkskrankheiten und Bluthochdruck: vorbeugen, erkennen, behandeln"
Professorin Dr. Monika Kellerer, Professor Dr. Bernhard Krämer (DHL), Professor Dr. Martin Hausberg (DHL)

2018 Wiesbaden
„Fachübergreifende Versorgung – der Patient im Mittelpunkt"
Professor Dr. Jens Aberle (DDG), Professor Dr. Martin Wabitsch (DAG)

2019 Leipzig
„Diabetes – mitten im Leben"
Dr. Nikolaus Scheper, Dr. Cornelia Woitek

2020 Digitale Tagung
„Diabetes – besser unkompliziert"
Professor Dr. Ralf Lobmann

2021 Wiesbaden
„Gemeinsam durch dick & dünn"
Professor Dr. Werner Kern und Professor Dr. Sebastian Meyhöfer (DAG)

2022 Wiesbaden
„Diabetes und Angiologie – auf einem Bein kann man nicht stehen"
PD Dr. Kilian Rittig (DDG), Dr. Berthold Amann (DGA)

2023 Leipzig
„Appetit auf Gesundheit"
Dr. Diana Rubin (DDG) und Professorin Dr. Dr. Anja Bosy-Westphal (DGEM)

2024 Hannover
„Der Mensch im Mittelpunkt"
Dr. Dorothea Reichert, Dr. Tobias Wiesner

2025 Mannheim
„360° Diabetes: Leinen los, gemeinsam zu neuen Ufern!"
Professor Dr. Karsten Müssig

Diabetes Herbsttagung 2026 in der diabetes zeitung

- **Seite 12:** Tipps für Ihre Programmplanung
- **Seite 14:** Interview mit den Tagungspräsidentinnen



Fotos: iStock/Apoorva Patel, Palung – stock.adobe.com (KI-generiert), Rawpixel/gettyimages

+++ Die nächste Ausgabe der diabetes zeitung erscheint am 25. November +++