



Fehlt ein Rad im System ist die Versorgung gefährdet

BERLIN. Diabetologische Expertise muss in Leistungsgruppen stärker berücksichtigt werden, fordert die DDG.

Derzeit werden nur Fachärzt*innen für Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie für die Leistungsgruppe (LG) „Komplexe Endokrinologie/Diabetologie“ berücksichtigt – mit der Beschränkung auf diese Gruppe ist die Diabetesversorgung im Krankenhaus ebenso bedroht wie die ärztliche Weiterbildung. Deshalb fordert die DDG die verbindliche Anerkennung der Zusatz-

weiterbildung Diabetologie der Ärztekammern wie auch die der DDG, und zwar auch in der LG „Allgemeine Innere Medizin“. Weitere Forderungen beziehen sich auf die Integration von Gesundheitsfachkräften mit Diabetologie-Expertise und die Finanzierung der Weiterbildung. All das hat die DDG bei der Verbändeanhörung zum Krankenhausreformenpassungsgesetz vorgetragen. **6**

Fotos: Vadym Ivanchenko/gettyimages, ckybe – stock.adobe.com

Fokus auf die Frauengesundheit

KÖLN/FREIBURG I. BR. Geht es um Diabetes in der Schwangerschaft, geht es auch immer um Frauen- und Familiengesundheit. Professorin Dr. Tanja Groten und PD Dr. Katharina Laubner, beide Sprecherinnen der AG Diabetes & Schwangerschaft der DDG, sprechen über Screenings und fetale Programmierung, CGM und Selbstfürsorge. **21**

Bezahlen, was Zeit kostet

Diabetestechnologie bedeutet großen Aufwand für die Praxen

BERLIN. CGM- und AID-Systeme ermöglichen vielen Menschen ein selbstbestimmteres Leben – aber bis sie sinnvoll genutzt werden können, sind einige Anstrengungen nötig. In einem Positionspapier fordern die Diabetes-Verbände DDG,

BVND, diabetesDE und bndb deshalb, dass der Aufwand der diabetologischen Praxen adäquat vergütet wird. Auswahl der Systeme, Antragstellung, Schulung und Datenanalyse brauchen Zeit, Fachwissen, strukturierte Abläufe und eine kontinuier-

liche Begleitung sind Voraussetzungen dafür, dass Diabetestechnologie Menschen mit Diabetes Vorteile bringt. Die aktuelle Finanzierung über DMP spiegelt dies aber nicht wider, im Vergütungssystem fehle dafür jede Grundlage, so Toralf Schwarz, BVND.

Die Verbände fordern deshalb, die ambulante Diabetologie als „unverzichtbaren Bestandteil der Gesundheitsversorgung zu stärken“ – und das auch finanziell, damit die Praxen moderne Technologie auch weiterhin und dauerhaft anbieten können. **4**

Große Verdienste, große Bühne

BERLIN. Der Diabetes Kongress bietet eine angemessenen große Bühne für Ehrungen. Wer im Rampenlicht gestanden hat und ausgezeichnet worden ist, ist auf der Foto-Doppelseite zu sehen. Die höchste Auszeichnung, die Paul-Langerhans-Medaille, hat Prof. Dr. Annette Schürmann erhalten – eine gute Gelegenheit für ein Porträt. **8/9, 29**

MedTriX^{Group}

Vor der OP: GLP1-RA absetzen oder nicht?

Anästhesiologisches Konsenspapier weckt Widerspruch aus der Diabetologie

BERLIN. Wie mit GLP1-Rezeptoragonisten vor einer Operation umgegangen werden soll, ist strittig. Soll pausiert werden? In einem Konsenspapier dreier Fach-

gesellschaften wird für das Absetzen von GLP1-RA vor elektiven Eingriffen plädiert. In einem Symposium während des Diabetes Kongresses sprach man sich für eine in-

dividuelle Risikobewertung statt einer pauschalen Empfehlung für das Pausieren aus, zumal der Grund für eine verzögerte Magenentleerung auch eine autono-

me Neuropathie sein kann. Wünschenswert wären eigene Empfehlungen der DDG; ein Vorschlag auf Grundlage des derzeitigen Wissensstands liegt schon vor. **14**



Andere Wurzeln, andere Risiken

BERLIN. Wie wirkt sich die eigene oder die Migration der Eltern auf die Diabeteserkrankungsrate und das Risiko für Folgeerkrankungen aus? Das wurde in einer Studie mit Menschen mit südasiatischen und afrikanischen Wurzeln untersucht. Die Ursachen für die Unterschiede zur europäischen Mehrheitsbevölkerung sind vielfältig. Um Nachteile auszugleichen, hat die DDG vier politische Forderungen aufgestellt. **19**

Seite 17 Im Rhythmus: die Uhr in der Betazelle

CHICAGO. Der zelluläre zirkadiane Takt in Betazellen steuert Transkriptions- und Funktionszyklen und beeinflusst z. B. Insulinsekretionskapazität und postnatale Betazellreifung.

Seite 20 Vom zähen Fortschritt zur Rasanz?

STUTTGART. Schulgesundheitsfachkräfte nutzen der Schulgemeinschaft – und sie rechnen sich. Expert*innen glauben, dass die Fachkräfte in wenigen Jahren Standard sind.

Seite 24 Wäre gut, wenn's keinen juckt

HERLEV. Hautirritationen an den Klebestellen von Sensoren und Infusionssets sind häufig. Nun gibt es dazu valide Studiendaten. Und ein Interview gewährt Einblick in die Praxis.

»Rad muss sich weiter drehen«

DDG setzt sich für eine Stärkung der Diabetologie in Klinik und Praxis ein

Liebe Leserinnen und Leser,

das Innere einer mechanischen Uhr besteht aus Zahnrädern, die perfekt ineinandergreifen müssen. Darum geht es im übertragenen Sinn auch in der Versorgung von Menschen mit Diabetes und genau deshalb setzt sich u. a. die DDG dafür ein, dass im Krankenhausreformgesetz (KHAG) die diabetologische Expertise in allen Leistungsgruppen stärker berücksichtigt wird, was z. B. die verbindliche Anerkennung der Zusatzweiterbildung Diabetologie der DDG wie auch der Ärztekammern beinhalten würde. Mehr darüber, was passieren muss, damit das Räderwerk nicht stillsteht, lesen Sie auf Seite 6.

»Höhere Vergütung für Praxen nötig«

Auch in den Praxen wird darum gekämpft, weiterhin eine gute Versorgung anbieten zu können. In einem Positionspapier fordern die DDG und weitere Organisationen deshalb, dass die Aufwände, die im Praxisalltag damit verbunden sind, Diabetestechnologie wie CGM- und AID-Systeme für Menschen mit Diabetes nutzbar zu machen, angemessen vergütet werden. Was genau gefordert wird, steht auf Seite 4.

»Frauen mit Diabetes gut betreuen und begleiten«

Für die Gesundheit von Frauen muss mehr getan werden, und damit auch für Frauen mit Gestations-, Typ-1- oder Typ-2-Diabetes. Prof. Dr. Tanja Groten und PD Dr. Katharina Laubner, die beiden Sprecherinnen der AG Diabetes & Schwangerschaft, erklären, warum es so wichtig ist, Frauen mit Diabetes in dieser Lebensphase gut zu betreuen. Und generell gilt: Geschlechtsspezifische Unterschiede in Therapie und Technologie dürfen kein „Nice-to-have“ sein, sondern brauchen konsequente gendersensible Forschung in allen



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

Lebensphasen. Erfahren Sie auch mehr über die entscheidenden Screenings – auf Seite 21.

»GLP1-RA vor der OP absetzen?«

Spannende Frage: Sollen GLP1-RA aufgrund der verzögerten Magenentleerung vor einer Operation abgesetzt werden oder nicht? In einem Konsenspapier sprechen sich die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie und die DGIM klar dafür aus. Die diabetologische Sicht ist differenzierter – welche Argumente vorgetragen werden, steht auf Seite 14.

»Verdient im Rampenlicht«

Der Diabetes Kongress bietet jedes Jahr einen würdigen Rahmen für Preisverleihungen – vielleicht waren Sie ja selbst bei der Paul-Langerhans-Vorlesung, während der die meisten Auszeichnungen vergeben wurden. Wer geehrt wurde und warum, sehen und lesen Sie auf der Doppelseite 8/9.

»Schulgesundheitsfachkräfte: bald Standard?«

Daten aus Modellprojekten zeigen, dass Schulgesundheitsfachkräfte die Schulgemeinschaft entlasten und die Gesundheitskompetenz von Schüler*innen verbessern. Die DDG fordert schon lange die Einführung dieser Fachkräfte – und wir sind dem Ziel nähergekommen, wie Sie auf Seite 20 lesen können.

Ganz herzlich Ihre

Prof. Dr. Julia Szendrödi

News & Fakten

Diabetestechnologien: Aufwand in Praxen muss finanziert werden; DDG Vizepräsident Dr. Tobias Wiesner im Interview; Forderungen der DDG zum Krankenhausreformgesetz; „DDG macht Politik“; DFS-Telekonsil; Neues aus der Diabetesforschung; Kurs Klinische Diabetologie jetzt mit E-Learning; Wundauflage positiv bewertet 4–7, 10–11, 17

Kongress aktuell

Diabetes Kongress: Preisträgerinnen und Preisträger, GLP1-RA präoperativ absetzen?, Prävention lohnt sich, Pressekonferenz; Diabetes Herbsttagung: Highlight-Symposien; ADA: Essen im Takt der inneren Uhr; Diabetes Update: Kardiometabolische Facette des PCOS 8/9, 12–17, 25

Im Blickpunkt

Students' Diabetes Day; Migrationsstatus und Folgeerkrankungen; Fachtag Schulgesundheitsfachkräfte; Prof. Dr. Thomas Haak: ein Rückblick; Update DDG zertifizierte Fitnessstudios; Paul-Langerhans-Medaille 2025; Prof. Dr. Annette Schürmann; Diabetes-Charity-Gala 2025; Mehnert-Medaille 2025; Projektförderungen 2026; „Zuckersteuer“ gegen Diabetes und Krebs; Pilotkurs Diabetescoach DDG 18–20, 23, 28–32

Das Interview

Prof. Dr. Tanja Groten und PD Dr. Katharina Laubner über GDM, CGM-Systeme und Projekte der AG Diabetes & Schwangerschaft. 21

Forum Literatur

SKINPEDIC-Studie, inkl. Interview mit Dr. Jessica Bokelmann zum Umgang mit Hautproblemen in der Praxis 24

Medizin & Markt

Berichte aus der Industrie 26

Kurznachrichten

Neu oder rezertifizierte Arztpraxen und Kliniken; neue Diabetologinnen und Diabetologen; Promotionsstipendien von DDG und DZD . . . 34–35

Weiterbildung & Qualifikation

Diabetesedukation DDG (Diabetesberater*in DDG, Diabetesassistent*in DDG); Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG; Diabetespflegefachkraft DDG Klinik; Fuß- und Wundassistent*in DDG; Diabetescoach DDG; Adipositasberater*in DAG-DDG; Orthopädieschuhmacher*in DDG; Seminare Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung; Fachpsycholog*in DDG 36–37

Job- & Praxenbörse

Stellenangebote, Stellengesuche, Nachfolgegesuche 38–39

Buntes

40

diabetes
zeitung

© 2025, MedTriX GmbH
Veröffentlichung gemäß § 5 Hessisches Pressegesetz (HPresseG)
Alleinige Gesellschafterin der MedTriX Deutschland GmbH
ist die Kurpfälzische Verlagsbeteiligungs GmbH, Ludwigshafen

Verlag: MedTriX GmbH

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

CEO: Oliver Kramer

Geschäftsführung: Stephan Kröck, Markus Zobel

Gesamtreaktionsleitung Deutschland: Günter Nuber

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

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

Redaktion Medizin: Nicole Finkenauer, Gregor Hess

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

Weitere Mitarbeitende: Cornelia Kolbeck, Antje Thiel

Corporate Publishing: Lena Feil

Redaktionsbeirat:

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

Vertretung der angrenzenden Fachgebiete:

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

Koordination in der DDG Geschäftsstelle: Franziska Fey

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

Media-, Verkaufs- und Vertriebsleitung: Björn Lindenau

Verkauf: Josef Hakam, Lukas Koch, Christiane Schlenger

Teamleitung Media: Alexandra Ulbrich
Anzeigen:
E-Mail: mtd-anzeigen@medtrix.group
Anzeigen-Preisliste Nr. 10 vom 1.1.2025

Teamleitung Vertrieb: Birgit Höfmaier

Vertrieb und Abbonnentenservice:

E-Mail: mtd-aboservice@medtrix.group

Druck: Vogel Druck und Medienservice GmbH & Co. KG

Leibnizstraße 5, D-97204 Höchberg

Bezugsbedingungen:

Jahresabonnement € 47, Studenten € 36,50

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

Konto: HVB/UniCredit Bank AG

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

ISSN 2367-2579

Erfüllungsort und Gerichtsstand ist Wiesbaden

Registergericht: Amtsgericht Wiesbaden

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



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

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

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

www.blauer-engel.de/uz195

Dieses Druckerzeugnis wurde mit dem
Blauen Engel ausgezeichnet



085

JETZT
INFORMIEREN!



DER DIABETES MEINER PATIENTEN? IM GRÜNEN BEREICH

durch effektives Diabetesmanagement mit Dexcom G7^{1,2,3}

- Weniger Hypo- und Hyperglykämien durch vorausschauende Warnungen^{1,4,5}
- Dexcom Clarity ermöglicht eine effiziente und effektive Therapieanpassung dank einfacher Dateninterpretation^{6,7}
- Einziger Sensor mit direkter Verbindung zur Smartwatch – auch ohne Handy⁸



Dexcom G7

Kompatible Geräte sind separat erhältlich. Eine Liste kompatibler Geräte ist zu finden unter: www.dexcom.com/compatibility

* Diese Ergebnisse wurden mit einer früheren Dexcom CGM-Generation erzielt. Aufgrund vergleichbarer oder besserer Leistung, Produkteigenschaften und Benutzerfreundlichkeit sind mit Dexcom G7 ähnliche Ergebnisse zu erwarten. Siehe Benutzerhandbuch Dexcom G7; | 1 Welsh JB, et al. Comparisons of Fifth-, Sixth-, and Seventh-Generation Continuous Glucose Monitoring Systems. J Diabetes Sci Technol. 2024;18(1):143-147. | 2 Lind M, et al. Sustained Intensive Treatment and Long-term Effects on HbA1c Reduction (SILVER Study) by CGM in People With Type 1 Diabetes Treated With MDI. Diabetes Care. 2021;44(1):141-149. | 3 Lind N, et al. Comparing Continuous Glucose Monitoring and Blood Glucose Monitoring in Adults With Inadequately Controlled, Insulin-Treated Type 2 Diabetes (Steno2tech Study): A 12-Month, Single-Center, Randomized Controlled Trial. Diabetes Care. 2024;47(5):881-889. | 4 Pühr S, et al. Real-world hypoglycemia avoidance with a continuous glucose monitoring systems predictive low glucose alert. Diabetes Technol Ther. 2019; 21(4):155-158. | 5 Acciaroli G, et al. Mitigation of Rebound Hyperglycemia With Real-Time Continuous Glucose Monitoring Data and Predictive Alert. J Diabetes Sci Technol. 2022; 16(3):677-682. | 6 Edelman SV, et al. Utilizing continuous glucose monitoring in primary care practice: What the numbers mean. Prim Care Diabetes. 2021;15(2):199-207. | 7 Medizinische Einrichtungen können die Glukosdaten eines Patienten nur einsehen, wenn der Patient sich entscheidet, diese über Dexcom Clarity mit ihnen zu teilen. Medizinische Einrichtungen können sich für Dexcom Clarity unter clarity.dexcom.com/professional/registration registrieren. | 8 Um einen neuen Dexcom G7 Sensor mit einer kompatiblen Apple Watch zu koppeln, wird ein kompatibles Smartphone benötigt. | Um die Funktion Share/Follow nutzen zu können, darf das Smartphone des Dexcom G7 Nutzers höchstens 10 Meter vom Sensor entfernt sein. | Das Dexcom G7 ist in einer mmol/L- und mg/dL-Ausführung verfügbar. | Dexcom, Dexcom Clarity, Dexcom Follow, Dexcom One, Dexcom Share, Share sind eingetragene Marken von Dexcom, Inc. in den USA und sind möglicherweise in anderen Ländern eingetragen. © 2024 Dexcom, Inc. Alle Rechte vorbehalten. | www.dexcom.com | Tel.: +1.858.200.0200 | Dexcom, Inc. 6340 Sequence Drive San Diego, CA 92121 USA | MAT-6974 REV001/04.2025 | Agenturfoto. Mit Model gestellt.

Dexcom Deutschland GmbH | Haifa-Allee 2 | 55128 Mainz | HCP-Hotline: +49 6131 4909065

Neue Diabetestechnologien: Aufwand in den Praxen muss finanziert werden

Diabetes-Verbände fordern bessere Rahmenbedingungen für die Versorgung

BERLIN. DDG, diabetesDE, BVND und bndb fordern mehr politische Unterstützung für die ambulante Diabetologie. Obwohl moderne Technologien zu besserer Zuckerregulation und Gesundheit sowie zu mehr Lebensqualität führen, würden sie in der Versorgung nur unzureichend finanziell und strukturell berücksichtigt, lautet die Kritik.

Über neun Millionen Menschen leben hierzulande mit der Diagnose Diabetes mellitus. Für viele von ihnen eröffnen Technologien wie rtCGM- oder Automated-Insulin-Delivery-Systeme (AID) neue Chancen. Dem soll künftig mehr Beachtung geschenkt werden, verlangen die Diabetes-Verbände. Was dafür zu tun ist, haben die DDG und ihre Arbeitsgemeinschaft Diabetes & Technologie (AGDT), der Bundesverband niedergelassener Diabetologen (BVND) und der Berufsverband niedergelassener Diabetolog*innen in Bayern (bndb) in einem gemeinsamen Positionspapier zusammengetragen. Das Papier, das auf Initiative von Dr. TOBIAS WIESNER, Vizepräsident der DDG, stellvertretender Vorsitzender des BVND und Vorstandsmitglied der AGDT, sowie bndb-Vorstandsmitglied Dr. CHRISTOPH NEUMANN

entstand, hat das Credo: „Die ambulante Diabetologie darf nicht länger unterfinanziert werden – sie verdient die Unterstützung, die ihrer gesellschaftlichen Bedeutung gerecht wird.“

Die Positionierung führt detailliert auf, welche Aufwände im Praxisalltag damit verbunden sind, rtCGM- und AID-Systeme für die Patient*innen nutzbar zu machen. Denn die diabetologischen Praxen sind zumeist auch die ersten Ansprechpartner für die Menschen mit Diabetes, wenn es um technologische und Bedienungsfragen geht. In einer gemeinsamen Pressemitteilung untermauern Verbandsvertreter die Notwendigkeit, die ambulante Diabetologie als „unverzichtbaren Bestandteil der Gesundheitsversorgung“ zu stärken. AID- und rtCGM-Systeme „helfen, den Blutzucker stabiler einzustellen, das Risiko für Unterzuckerungen zu senken und langfristige Folgeerkrankungen zu vermeiden“, informiert Dr. Wiesner die Medien. Damit verbunden sind kontinuierliche Weiterbildung und deutlich mehr Aufwand für das Praxisteam. Dr. Neumann ergänzt: „Die Auswahl geeigneter Systeme, Antragsstellungen bei den Krankenkassen,



Fragen zur Anwendung stellen die Patient*innen in der Arztpraxis.

Foto: Click_and_Photo /gettyimages

Diabetes-Verbände: „Was jetzt wichtig ist“

- 1. Ausreichende Finanzierung als zentrale Herausforderung**
 - Hoher Zeitaufwand für Schulung, Beratung und Therapieanpassung
 - Zusätzliche Kosten für Technik, Software und Weiterbildung des Teams
 - Keine Investitionsanreize für Praxen
 - Mehraufwand bleibt unvergütet – der Beruf verliert an Attraktivität
- 2. Dringender Handlungsbedarf**
 - Vergütungssysteme müssen den Aufwand realistisch abbilden
 - Förderprogramme für Technik und Weiterbildung erforderlich
 - Mehr politische und gesellschaftliche Anerkennung der ambulanten Diabetologie

individuelle Schulungen und eine regelmäßige Datenanalyse sind zeitintensiv und anspruchsvoll, besonders zu Beginn der Therapieumstellung.“

Technik bringt Fortschritt, kostet aber Zeit

TORALF SCHWARZ, Vorsitzender des BVND, betont: „Was auf den ersten Blick wie ein selbstlaufendes System wirkt, erfordert in Wahrheit erhebliche zeitliche Ressourcen – für Patientinnen und Patienten, aber auch für die Behandelnden.“ Der Einsatz von Technologie setze Fachwissen, strukturierte Abläufe und kontinuierliche Begleitung voraus. Praxen müssten Schulungen anbieten, Glukoseverläufe auswerten und techni-

sche Fragen klären. „Dafür fehlt im aktuellen Vergütungssystem jedoch jede Grundlage“, so der Zwenkauer Diabetologe. Die aktuelle Finanzierung über DMP spiegele den Aufwand nicht wider.

„Ohne Anpassung der Rahmenbedingungen werden spezialisierte Praxen nicht mehr in der Lage sein, moderne Technologie dauerhaft anzubieten“, warnt Dr. JENS KRÖGER, Vorstandsvorsitzender von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe. Schon jetzt finanzierten viele Einrichtungen Schulungen, Technik und Weiterbildung aus eigener

Tasche. „Diabetestechnologie rettet keine Leben im Alleingang. Aber gemeinsam mit einer kompetenten ärztlichen Begleitung kann sie Menschen ein selbstbestimmteres Leben ermöglichen“, so der Hamburger Diabetologe. Damit diese Versorgung auch in Zukunft gesichert ist, müsse die Politik dringend handeln.

DDG/Red.

Das Positionspapier von DDG, BVND, bndb und AGDT zur Situation der ambulanten Diabetologie finden Sie hier:



»Technologie rettet keine Leben im Alleingang«

Ehrenamt funktioniert als Teamleistung

DDG Vizepräsident Dr. Tobias Wiesner lobt die Zusammenarbeit in der Diabetologie

LEIPZIG. Wenn die Mitgliederversammlung der DDG eine neue Vizepräsidentin oder einen Vizepräsidenten wählt, dann ist das zugleich die Entscheidung über die Nachfolge ins Präsidentenamt zwei Jahre später. Im Mai 2025 wurde mit Dr. Tobias Wiesner ein niedergelassener Diabetologe gewählt. Er führt zusammen mit zwei Kolleginnen das MVZ Stoffwechselmedizin in Leipzig.

Herr Dr. Wiesner, Sie sind jetzt sowohl Vizepräsident der DDG als auch stellvertretender Vorsitzender des BVND. Rücken damit Fachgesellschaft und Berufsverband näher zusammen? Wie macht sich das bemerkbar?

Dr. Wiesner: Das Schöne an der Zusammenarbeit zwischen DDG und BVND ist, dass wir schon seit einigen Jahren durch die aktiven Protagonisten in beiden Vorständen eine

offene und einander vertrauende Kommunikationsform gefunden haben. Insbesondere die Gesetzgebung der letzten Monate, die die Diabetologie insgesamt betroffen und Stellungnahmen sowohl aus dem wissenschaftlichen, stationären wie ambulanten Bereich notwendig gemacht hat, führte zu einer intensivierte Zusammenarbeit.

Diese wird auch in Zukunft notwendig sein, wie der Ausblick auf die angekündigten Gesetzgebungsverfahren zeigt. Ich glaube nicht, dass der gesundheitspolitische Aufwand geringer wird. Insofern freue ich mich, als Vizepräsident der Fach-

»Politik bleibt herausfordernd«

gesellschaft und stellvertretender Vorsitzender des Berufsverbandes diese beiden wichtigen Strukturen der Diabetologie unterstützen zu können.

Wie sieht die Arbeitsteilung zwischen der DDG Präsidentin Professorin Dr. Julia Szendrödi und Ihnen als Vizepräsidenten aus?

Dr. Wiesner: Durch meine vorhergehende Arbeit im Vorstand habe ich nicht nur Frau Prof. Szendrödi, sondern den gesamten Vorstand als ein ziel- und lösungsorientiertes Team mit guter und gerechter Aufgabenverteilung erlebt. Die aktuelle Arbeit im Präsidium beinhaltet eine wöchentliche Kommunikation zwischen Präsidentin Prof. Szendrödi, dem Past Präsidenten Prof. Fritsche, Frau Bitzer als Geschäftsführerin der DDG und mir. Hier stimmen wir uns ab. Viele E-Mails fliegen zwi-

INTERVIEW



Dr. Tobias Wiesner
Facharzt für Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie
Foto: Dirk Michael Deckbar

schen uns hin und her. Natürlich hat jede und jeder von uns Schwerpunkte, die für bestimmte Fragestellungen und Aufgaben prädestinieren.

Zwei Jahre Vizepräsident, zwei Jahre Präsident und zwei Jahre Past Präsident – wie lässt sich eine solche Ehrenamtsstrecke neben der Leitung eines MVZ meistern?

Dr. Wiesner: Wie so häufig ist es eine gemeinschaftliche Leistung. Dass die

Arbeit in der DDG mit den Kolleginnen und Kollegen, den engagierten Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle und insbesondere Prof. Fritsche und Prof. Szendrödi eine Teamleistung ist, habe ich schon erwähnt.

Auch das Medizinische Versorgungszentrum funktioniert dank der vertrauten Zusammenarbeit mit meinen Kolleginnen Dr. Kerstin Pirlich und Dr. Antje Spens seit mehr als einem Jahrzehnt. Das betrifft nicht nur eine gleichgesinnte Philosophie in der Diabetologie, sondern auch partnerschaftliche Entscheidungen rund um die Praxis. Und das alles geht natürlich nicht ohne ein engagiertes, fröhliches und lösungsorientiertes Team mit den Diabetesberatungsberufen und den Medizinischen Fachangestellten. Dieses tolle Team unterstützt mich. Dafür bin ich sehr dankbar!

Interview: Michael Reischmann

Deshalb GLP-1 RA. Deshalb Ozempic®.

Die meisten belegten Vorteile für Menschen mit Typ 2 Diabetes^{1,2}

26%

Risikoreduktion für schwere
kardiovaskuläre Ereignisse
(MACE)¹

Überlebensvorteil

20%

Risikoreduktion für Tod
jeglicher Ursache²

Nierenvorteil

24%

Risikoreduktion für schwere
Nierenereignisse²



Das einzige Inkretinmimetikum
mit Leitlinienempfehlung für
Patienten mit Typ 2 Diabetes und
einer chronischen Niereninsuffi-
zienz (CKD)³ und vom G-BA
anerkannten **CV-Zusatznutzen**⁴



Mehr zu Ozempic® ?
QR-Code scannen!

www.novo-wissen.de/deshalb-GLP1_SP

1. Marso SP et al. N Engl J Med 2016;375:1834-1844; **Einzelheiten zur Studie:** SUSTAIN 6 war eine 104-wöchige, multizentrische, internationale, doppelblinde, placebokontrollierte Studie, die bei 3.297 Menschen mit Typ 2 Diabetes und einem hohen kardiovaskulären Risiko die Auswirkung von Semaglutid im Vergleich zu Placebo, beides als Ergänzung zu einer Standardtherapie (bestehend aus Lebensstiländerung, blutzuckersenkend und kardiovaskulär wirkenden Substanzen), auf den primären kombinierten Endpunkt (erstes Auftreten von kardiovaskulärem Tod, nicht-tödlichem Myokardinfarkt oder Schlaganfall) untersuchte. Im primären kombinierten Endpunkt zeigte sich eine Reduktion um 26%. Die Studie war als Nichtunterlegenheitsstudie, nicht als Überlegenheitsstudie gepowert, somit war die Überlegenheitsprüfung nicht präspezifiziert. 2. Perkovic V et al. N Engl J Med 2024;391:109-121 (+ Suppl.); **Einzelheiten zur Studie:** FLOW ist die weltweit erste Nieren-Endpunktstudie mit einem GLP-1 Rezeptoragonisten. In dieser Studie bei Menschen mit Typ 2 Diabetes und einer vorbestehenden chronischen Nierenerkrankung (CKD) wurde untersucht, ob Semaglutid 1 mg das Voranschreiten einer CKD verzögert sowie das Risiko einer renalen und kardiovaskulären Mortalität senkt. Basierend auf der Empfehlung des zuständigen, unabhängigen Data Monitoring Committee (DMC) wurde die FLOW-Studie aufgrund der positiven Überlegenheitsanalyse vorzeitig beendet. Dieses Vorgehen wird besonders bei Placebo-kontrollierten Studien gemacht, damit Patienten in einem Placebo-Arm nicht unnötig lange eine wirksame Therapie vorenthalten wird. Bei FLOW sollte also Semaglutid aus ethischen Gründen den Patienten im Placebo-Arm nicht länger vorenthalten werden, nachdem die Interims-Analyse auf Überlegenheit positiv ausgefallen war. 3. Diabetes Care 2025, Vol.48 (Suppl. 1): S181-S206 4. Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen bei erwachsenen Patienten mit T2D 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® 0,25 mg Injektionslösung im Fertigpen. Ozempic® 0,5 mg Injektionslösung im Fertigpen. Ozempic® 1 mg Injektionslösung im Fertigpen. Ozempic® 2 mg Injektionslösung im Fertigpen. Wirkstoff: Semaglutid. **Zusammensetzung:** Arzneilich wirksamer Bestandteil: 0,25/0,5/1/2 mg Semaglutid. Analogon zu humanem Glucagon-like peptide-1 (GLP-1), gentechnisch hergestellt durch rekombinante DNS-Technologie in *Saccharomyces cerevisiae* Zellen. **Sonstige Bestandteile:** Natriummonohydrogenphosphat-Dihydrat, Propylenglycol, Phenol, Salzsäure (zur Einstellung des pH-Wertes), Natriumhydroxid (zur Einstellung des pH-Wertes), Wasser für Injektionszwecke. Anwendungsgebiete: Behandlung des unzureichend kontrollierten Diabetes mellitus Typ 2 bei Erwachsenen als Zusatz zu Diät und körperlicher Aktivität. Als Monotherapie, wenn die Anwendung von Metformin aufgrund einer Unverträglichkeit oder Kontraindikationen ungeeignet ist. Zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung des Diabetes mellitus. Für Studienergebnisse hinsichtlich Kombinationen, Auswirkungen auf die glykämische Kontrolle, kardiovaskuläre und renale Ereignisse, sowie untersuchte Populationen, siehe Abschnitte 4.4, 4.5 und 5.1 der Fachinformation. **Art der Anwendung:** Zur subkutanen Injektion in das Abdomen, den Oberschenkel oder den Oberarm. Ozempic® darf nicht intravenös oder intramuskulär angewendet werden. Einmal wöchentlich zu einem beliebigen Zeitpunkt zu oder unabhängig von den Mahlzeiten. Tag der wöchentlichen Anwendung kann bei Bedarf gewechselt werden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Semaglutid oder einen der sonstigen Bestandteile. Nicht während der Schwangerschaft und Stillzeit anwenden. **Warnhinweise:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. Den Pen nicht mit aufgeschraubter Nadel aufbewahren. Darf nur von einer Person verwendet werden. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Übelkeit, Durchfall, Hypoglykämie (bei gleichzeitiger Anwendung mit Sulfonylharnstoff oder Insulin). Häufig: Erbrechen, Hypoglykämie (bei gleichzeitiger Anwendung mit oralen Antidiabetika außer Sulfonylharnstoff oder Insulin), Verdauungsstörung, Magenschleimhautentzündung („Gastritis“), Sodbrennen („gastroösophageale Refluxkrankheit“ (GERD)), Magenschmerzen, aufgeblähter Bauch, Verstopfung, Aufstoßen, Gallensteine, Schwindel, Müdigkeit, Gewichtsverlust, geringerer Appetit, Blähungen (Flatulenz), Erhöhung von Pankreasenzymen (wie Lipase und Amylase), Kopfschmerzen. Gelegentlich: Änderungen des Geschmacksempfindens, schneller Puls, Reaktionen an der Injektionsstelle (z. B. Ausschlag, Hautreizung), allergische Reaktionen (z. B. Hautausschlag, Jucken), Verzögerung der Magenentleerung. Schwerwiegend: Komplikationen bei diabetischer Retinopathie (häufig), akute Pankreatitis (gelegentlich), anaphylaktische Reaktionen (selten), Angioödem (selten), Darmverschluss (Häufigkeit nicht bekannt). **Verschreibungs-**pflichtig. Novo Nordisk A/S, Novo Allé, 2880 Bagsvaerd, Dänemark. Stand: Mai 2025



1x pro Woche
OZEMPIC®
Semaglutid Injektion

DDG pocht auf Mindeststandards bei Personal und Weiterbildung

Krankenhausreformenpassungsgesetz passt noch nicht

BERLIN. Anlässlich der Verbändeanhörung zum Krankenhausreformenpassungsgesetz im BMG hat die DDG ihre Forderung bekräftigt, dass diabetologische Expertise in allen Leistungsgruppen stärker berücksichtigt werden muss.



Diabetesexpertise wird auf allen Stationen gebraucht.

Foto: unai – stock.adobe.com

Die Zusatzweiterbildung Diabetologie der Ärztekammern wie auch die der DDG muss in den Leistungsgruppen ‚Allgemeine Innere Medizin‘ und ‚Komplexe Endokrinologie/Diabetologie‘ verbindlich anerkannt werden“, betont DDG Präsidentin Professorin Dr. JULIA SZENDRÖDI, Heidelberg. Etwa 4.300 Internist*innen mit Zusatzweiterbildung Diabetologie versorgen jährlich rund drei Millionen Klinikpatient*innen mit Diabetes. Demgegenüber gibt es nur 300 Fachärzt*innen für Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie, von denen etwa die Hälfte ambulant arbeitet, die andere Hälfte stationär. „Werden ausschließlich die Kolleginnen und Kollegen mit diesem Facharzttitel für die Leistungsgruppe ‚Komplexe Endokrinologie/Diabetologie‘ berücksichtigt, stellt dies eine reale Bedrohung für die Versorgung der Diabetespatientinnen und -patienten sowie die ärztliche Weiterbildung dar“, warnt Past Präsident Professor Dr. ANDREAS FRITSCHÉ, Tübingen. „Wir fordern daher dringend, die Zusatzweiterbildungen Diabetologie für die Leistungsgruppen anzuerkennen. Es wäre fahrlässig, die unverzichtbare Expertise der Internistinnen und Internisten mit Zusatzweiterbildung nicht zu nutzen.“ Ferner würde Personal fehlen, um junge Kolleg*innen sowie andere Gesundheitsberufe ausreichend auszubilden. Prof. Szendrödi ergänzt: „Die Forderung, ausschließlich Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin

und Endokrinologie/Diabetologie als Strukturvoraussetzung für die Leistungsgruppe ‚Komplexe Endokrinologie/Diabetologie‘ anzuerkennen, würde auch dazu führen, dass zahlreiche Kliniken die Kriterien für eine Einstufung in diese höhere Leistungsgruppe nicht mehr erfüllen und automatisch in die niedrigere Leistungsgruppe zurückfielen. Dies hätte einen Abbau bestehender Versorgungsstrukturen zur Folge, anstatt diese zu stärken und eine flächendeckende, qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten.“

In allen stationären Bereichen sind Diabetespatient*innen

Zudem fordert die DDG, dass mindestens eine Gesundheitsfachkraft mit Diabetesexpertise – etwa eine Diabetesberaterin DDG oder eine Pflegefachkraft mit entsprechender Weiterbildung – verpflichtend in die Strukturen der relevanten Leistungsgruppe integriert wird. Bundesweit sind 6.188 Diabetesberater*innen DDG, 9.175 Diabetesassistent*innen DDG und 4.090 Fuß- und Wundassistent*innen DDG im Einsatz. „All diese Fachkräfte beraten täglich Betroffene und deren Angehörige in lebenswichtigen Fragen wie Blutzuckerkontrolle oder Insulinanwendung und leisten damit einen wichtigen Beitrag“, so Prof. Fritsché. Studien zeigten, dass die Einbindung solcher Fachkräfte Komplikationen verringert und zu einer besseren Stoffwechselkontrolle im Krankenhaus führt.

Rund 20% der Menschen, die im Krankenhaus behandelt werden, haben einen Diabetes mellitus. Sie sind in allen stationären Bereichen anzutreffen und bringen ihren Diabetes als Begleiterkrankung mit. „Das zeigt, wie wichtig es ist, diabetologische Expertise in weiteren Leistungsgruppen fest zu verankern – von der Kardiologie über die Chir-

urgie und die Geriatrie bis hin zur Transplantationsmedizin“, nennt DDG Mediensprecher Professor Dr. BAPTIST GALLWITZ eine weitere Forderung der Fachgesellschaft. Mindestens sollte die spezialisierte Diabetesexpertise durch einen Kooperationsvertrag mit einer diabetologischen Schwerpunktpraxis abgedeckt werden.

Die DDG hebt hervor, dass eine gesicherte Finanzierung der Weiterbildung unabdingbar ist. „Wir können den ärztlichen Nachwuchs nur dann für die Diabetologie gewinnen, wenn die Weiterbildung strukturell in den Leistungsgruppen verankert und finanziell abgesichert ist“, so Prof. Szendrödi. Vorhaltepauschalen müssten so gestaltet sein, dass sie sprechende Medizin und Beratungsberufe kostendeckend abbilden.

Auch nach der Verbändeanhörung blieben wesentliche Fragen offen, beklagt die DDG. So fehle der Berechnung der Vorhaltevergütung im Referentenentwurf des BMG eine evidenzbasierte Grundlage. „Für viele Bereiche werden nicht repräsentative Zahlen als Basis genommen, wodurch qualifizierten Zentren möglicherweise eine schlechtere finanzielle Stellung als zuvor droht. Damit droht eine Qualitätsverschlechterung, die die Intention der Krankenhausreform konterkarieren würde“, mahnt Prof. Gallwitz, der die Anhörung DDG-seitig begleitete. Außerdem würden die neuen Leistungsgruppen die bisherigen „Grouper“/Fallpauschalen noch nicht ausreichend abbilden. Dadurch würden Patient*innen ggf. der falschen Leistungsgruppe zugeordnet und fehlversorgt. Die Fachgesellschaft ist allerdings zuversichtlich, dass in wichtigen Punkten Lösungen gefunden werden. Es gebe positive Signale, „dass die gut ausgebildeten Fachkräfte in der Diabetologie in der Reform mitgedacht werden“, so Prof. Gallwitz.

Diabetesfachkräfte gehören in die Leistungsgruppen 1 und 2

Der Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland (VDBD) begrüßt die Stellungnahme der DDG. Wie wichtig die interdisziplinäre Zusammenarbeit sei, zeige die Entscheidung der Deutschen Rentenversicherung, dass Reha-Kliniken mit Fachabteilungen für Kardiologie und Gastroenterologie mit Schwerpunkt Diabetologie ihr therapeutisches Personal künftig um eine*n Diabetesberater*in oder Diabetesassistent*in ergänzen müssen. Diabetesfachkräfte seien mit der Klinikreform verbindlich in die LG 1 (Allgemeine Innere Medizin) und LG 2 (Komplexe Endokrinologie/Diabetologie) aufzunehmen sowie die Beratungsarbeit und sprechende Medizin adäquat zu bezahlen. Red.

»Reale Bedrohung für Versorgung und Weiterbildung«

DDG macht Politik

DANK: Erste 100 Tage der Bundesregierung verliefen in der Präventionspolitik mutlos

Die Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK) zog 100 Tage nach Amtsantritt der neuen Bundesregierung eine ernüchternde Bilanz: Politisch sei viel zu wenig in Bewegung gekommen. Insbesondere bei der dringend benötigten Verhältnisprävention nichtübertragbarer Erkrankungen fehle der politische Gestaltungswille. „Es gibt immer neue Modellvorhaben, Appelle an die Freiwilligkeit sowie den Wunsch nach Aufklärung und mehr Bildung. Eine dringend notwendige Kurskorrektur blieb jedoch bisher aus. Die Politik diskutiert über die Rente mit 70, tut aber zu wenig dafür, damit die Menschen gesund altern können. Das greift zu kurz“, kritisiert BARBARA BITZER, DANK-Sprecherin und Geschäftsführerin der DDG. Besonders irritierend sei, dass das Bundesministerium für Landwirtschaft, Ernährung und Heimat in sei-

nem 100-Tage-Papier zwar umfassend über Agrarförderung, Bürokratieabbau und Exportstrategien berichtet, aber kein einziges Wort zu evidenzbasierter Präventions- und Ernährungspolitik verliere. DANK fordert die Regierung auf, einen verbindlichen Präventionsplan vorzulegen – mit konkreten Maßnahmen, klaren Zuständigkeiten und überprüfbaren Zielen.



Foto: Zerbor – stock.adobe.com

EBM-Grundpauschale bleibt für Schwerpunktpraxen unverändert

Die Befürchtungen bei DDG und BVND waren groß, dass es aufgrund des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes zu Honorarereinbußen bei den Diabetologischen Schwerpunktpraxen kommen könnte, die die Versorgung gefährden. Das betraf insbesondere die neue Vorhaltepauschale ab 2026. Mitte August haben sich KBV und GKV-Spitzenverband allerdings auf eine Regelung im EBM geeinigt, die wenig Honorar umverteilt. Der BVND-Vorstand konnte insoweit Entwarnung geben: Die Grundpauschale (GOP 03040) wird zwar von 138 auf 128 Punkte abgesenkt. Erfüllt eine

Praxis mindestens zwei von zehn Kriterien, wie Hausbesuche, Pflegeheimbetreuung, Ultraschall oder Sprechstunden am Freitagnachmittag, gibt es 10 Punkte extra. Für Schwerpunktpraxen gilt eine Ausnahme: Sie bekommen den 10-Punkte-Zuschlag unabhängig von den Kriterien, in Summe bleibt die



Höhe der Grundpauschale damit unverändert. Der BVND ist dennoch weiterhin „wachsam“. So müssen die Krankenkassen zwar zusätzliches Geld für die zum 1. Oktober 2025 in Kraft tretende Entbudgetierung der hausärztlichen Leistungen aus dem EBM-Kapitel 3 und Hausbesuche bereitstellen. Sie kündigen aber bereits Kürzungen an anderer Stelle an.

Foto: grafiklustfoto – stock.adobe.com

Aktuelle Empfehlungen für Indikationsimpfungen bei Diabetes

Eine chronische Kompromittierung des Immunsystems macht Menschen mit Diabetes vulnerabler für Infektionen und bedingt schwerere Krankheitsverläufe. Sie sollten alle Standard- sowie relevante Indikationsimpfungen zeitgerecht erhalten, empfiehlt die STIKO.

Dazu gehören Impfungen gegen Influenza, Pneumokokken, COVID-19, RSV, Herpes zoster, Hepatitis B und FSME. Für die Grippesaison 2025/2026 wird seitens der STIKO für Menschen ab 60 Jahre auch ein trivalenter MF59-adjuvantierter Influenza-Impfstoff empfohlen, ohne dass bislang eine Gleichwertigkeit nachgewiesen wurde. Etliche der Impfungen können per Koadministration oder Kombination gegeben werden, was den Aufwand minimiert und die Therapietreue verbessert. Seit diesem Jahr sind neue Impfstoffe gegen Influenza und RSV verfügbar. Eine auf der DDG Website hinterlegte Tabelle gibt einen Überblick über die empfohlenen Indikationsimpfungen bei Diabetes:



bit.ly/impf-diab

Foto: gopika – stock.adobe.com

Telekonsil zum DFS stärkt hausärztliche Versorgung

Betriebskrankenkassen setzen auf vernetzte Praxen

MÜNCHEN. Die Hausarztzentrierte Versorgung der Betriebskrankenkassen in Bayern ist um zwei telemedizinische Module erweitert worden, darunter das „Diabetisches-Fußsyndrom-Konsil“.

Hausarzt*innen, die am BKK-HzV-Vertrag Bayern teilnehmen, können seit Juli Patient*innen mit unklaren Hautveränderungen (Derma-Konsil) oder mit Diabetes und Hautveränderungen am Fuß (DFS-Konsil) telemedizinisch betreuen. Partner des Vertrags nach § 140a SGB V sind die DDG, das Fußnetz Bayern, der Berufsverband der Deutschen Dermatologen, der Bayerische Hausärztinnen- und Hausärzterverband sowie der BKK-Landesverband Bayern und die GWQ Service Plus GmbH. Eine Liste der teilnehmenden Kassen ist einsehbar unter www.hausartzkonsil.de.

Über diese Plattform initiieren die Hausarzt*innen ein telemedizinisches Konsil direkt aus ihrer Praxis, indem sie eine registrierte Fachärztin bzw. einen Facharzt auswählen. Diese werden benachrichtigt, dass eine Anfrage vorliegt. Sie loggen sich in das System ein. Auf Basis der übermittelten Befunddaten nehmen sie eine Bewertung vor, geben eine Diagnoseeinschätzung ab sowie eine Therapie-/Versorgungsempfehlung. Die fachärztliche Antwort soll möglichst innerhalb von 24 Stunden bzw. nach maximal drei Werktagen der Hausarztpraxis vorliegen. Auch eine Vorstellung bei einer weiteren Fachärztin oder einem Facharzt ist möglich, wenn der Sachverhalt für das Telekonsil zu komplex ist. Das Konsil wird durch die Hausarzt*innen beendet, wenn deren Fragestellung ausreichend beantwortet oder eine Verdachtsdiagnose bestätigt wurde. An die freiwillige Teilnahme am Modulvertrag sind die HzV-Versicherten mindestens ein Jahr gebunden.

Telemedizinisches Konsil wird mit 55 Euro honoriert

„Wir freuen uns, mit diesem Telekonsil zum Diabetischen Fußsyndrom allen anfragenden Therapeuten inklusive Pflege und Wundmanagement eine einfache und schnelle Ersteinschätzung zu bieten“, sagt Dr. ARTHUR GRÜNERBEL, Vorsitzender des Fußnetzes Bayern. „Wir erwarten von diesem Telekonsil einen neuen Schub für unsere Wunddokumentation, die den Fortschritt durch Digitalisierung auf eine neue Ebene heben kann.“ Auf der Website des Fußnetzes heißt es: „Dies ist die erste telemedizinische Anwendung, die auch adäquat honoriert wird mit 55 Euro pro Konsil.“

Zum Leistungsinhalt gehört: Abrufen der telemedizinischen Konsil-anfrage, Sichtung und Prüfung der übermittelten Untersuchungsberichte/Bildbefunde, Erstellen eines Konsilberichts einschließlich Diagnoseeinschätzung und Empfehlung zum weiteren Vorgehen sowie therapeutischer Maßnahmen und

Rückmeldung an die anfragenden Hausarzt*innen. Eine Verlaufskontrolle wird mit 22 Euro honoriert (für max. drei Quartale je durchgeführtem Telekonsil). Lässt sich ein Fall nicht abschließend begutachten, weil eine persönliche körperliche Untersuchung erforderlich ist, wird der Abbruch des Konsils mit 16,50 Euro vergütet.

DDG Geschäftsführerin BARBARA BITZER betont, wie wichtig es ist, „dass Fußläsionen schnell und möglichst unkompliziert begutachtet und leitliniengerecht versorgt werden“. Hier komme der Zusammenarbeit zwischen Hausarzt*innen und Diabetolog*innen mit ausgewiesener DFS-Expertise eine besondere Bedeutung zu. „Richtungsweisend



Die Befundabklärung und kollegiale Beratung per Telemedizin sparen Zeit.

sind dabei die Diagnose- und Beurteilungsstandards der AG Diabetischer Fuß der DDG. Mit der

telemedizinischen Betreuung werden multiprofessionelle Strukturen deutlich besser verzahnt.“ REI

Aus INORY wird INOKY!

Gemäß Empfehlung der DDG:
Zeit für
**GLYCEROLFREIE
GLUCOSE-TESTS***

PZN 19376044

- Praktische Fertiglösung
- Leitliniengerechte Dosierung^{2,3}
- Fruchtiger Johannisbeergeschmack

Zeit für INORY

DDG = Deutsche Diabetes Gesellschaft
* Der Verzicht auf Glycerol wird empfohlen nach: Gemeinsames Positionspapier der Kommission Labordiagnostik in der Diabetologie.¹
1. Heinemann L, et al. Gemeinsames Positionspapier der Kommission Labordiagnostik in der Diabetologie der DDG und DGKL (KLD) und der Kommission Apotheker in der Diabetologie BAK/DDG zur Herstellung einer oGTT-Lösung für die Diagnose eines Diabetes einschließlich eines Gestationsdiabetes. Diabetologie und Stoffwechsel. 2020;15(06):470-471. Addendum: Analyse und Vorschläge zur Herstellung. Diabetologie und Stoffwechsel. 2020;15(06):472-476.
2. Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGOG), Arbeitsgemeinschaft Geburtshilfe und Pränatalmedizin (AGG). S3-Leitlinie Gestationsdiabetes mellitus (GDM), Diagnostik, Therapie und Nachsorge. 2. Auflage. AWMF-Registernummer: 057-008. Version 3.0. Stand: 28. Februar 2018. Gültig bis: 27. Februar 2023 (in Überarbeitung). Abrufbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/057-008_S3_Gestationsdiabetes-mellitus-GDM-Diagnostik-Therapie-Nachsorge_2019-06-abgelaufen.pdf (Letzter Zugriff: Januar 2025).
3. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale Versorgungsleitlinie Typ-2-Diabetes – Langfassung. Version 3.0. 2023. Abrufbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-001_S3_Typ-2-Diabetes_2024-12.pdf (Letzter Zugriff: April 2025).
INORY-GlucoTest 75 g/300 ml Lösung zum Einnehmen. Wirkstoff: Glucose. Zusammensetzung: 300 ml Lösung enth. 75 g Glucose als Glucose-Monohydrat (Ph.Eur.). Sonst. Bestandt.: Natriumbenzoat, Citronensäure, Schwarze-Johannisbeer-Aroma, Gereinigtes Wasser. Anwendungsgebiete: Zur Diagnose oder zum Ausschluss einer Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) und/oder einer gestörten Glucosetoleranz. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gg. den Wirkstoff od. einen der sonst. Bestandt., Körperl. Stress, z.B. nach einer Operation oder einem Trauma, bei einem Infekt oder einer anderen akuten Erkrankung, Manifeste 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

Im Rampenlicht: renommierte Forschende und verdiente Mitglieder

Die Preisträgerinnen und Preisträger 2026 zeigen die ganze Bandbreite der Diabetologie

BERLIN. Oft stehen in den Symposien des Diabetes Kongresses aktuelle Forschungsergebnisse im Vordergrund. In der Paul-Langerhans-Vorlesung geht es vor allem um die Forschenden selbst und um Menschen, die sich sehr um die

Diabetologie und die Deutsche Diabetes Gesellschaft verdient gemacht haben. Alle Preisträger*innen – auch diejenigen, die in anderen Veranstaltungen ausgezeichnet wurden – bekommen natürlich auch in der diabeteszeitung eine Bühne.

Paul-Langerhans-Medaille

Professorin Dr. rer. nat. Annette Schürmann

Deutsches Institut für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke, Experimentelle Diabetologie; DZD

Sie hat „Brücken geschlagen zwischen Grundlagenforschung und klinischer Anwendung und Nachwuchsförderung“ – so fasste Laudator Prof. Dr. Jochen Seufert die Verdienste von Prof. Schürmann zusammen, die mit der höchsten Auszeichnung der DDG geehrt wurde. Ihr wissenschaftliches Werk umfasst u. a. die Identifizierung zahlreicher epigenetischer Veränderungen. Prof. Seufert wies auch auf das große Engagement für die DDG hin – z. B. als Mitglied des Vorstands, als eine der Initiator*innen der AG Nachwuchs und als Kongresspräsidentin 2017.



Hellmut-Otto-Medaille

Professor Dr. Dirk Müller-Wieland

Studienzentrum der Medizinischen Klinik I des Universitätsklinikums der RWTH Aachen

Als einen „großen Gestalter der Diabetologie in Deutschland“ und „visionären Vordenker“ würdigte Prof. Dr. Monika Kellerer (l.) Prof. Dr. Müller-Wieland (M.) – und erwähnte in ihrer Laudatio einige seiner Verdienste wie die frühe Heranführung der DDG an die Digitalisierung. Er habe sich „mit Nachdruck für eine verantwortungsvolle Digitalisierung in der Diabetologie eingesetzt“. Eng damit in Zusammenhang steht Prof. Müller-Wielands Einsatz für die elektronische Diabetesakte (eDA). Um die DDG verdient gemacht hat er sich außerdem während seiner Präsidentschaft (2017–2019), der zweimaligen Kongresspräsidentenschaft und in den Gremien der DDG, v. a. in der Kommission Digitalisierung und im Ausschuss QSW.



Ehrenmitgliedschaft

Professor Dr. Horst Harald Klein

Endokonsil Praxis am Westfalenpark, Dortmund

Für seine besonderen Verdienste um die DDG, u. a. als langjähriges Vorsitzender des Ausschusses Pharmakotherapie des Diabetes und Mitglied der Jury zur Förderung wissenschaftlicher Projekte, hat Prof. Dr. Klein (r.) die Ehrenmitgliedschaft erhalten. Er sieht die Ehrung als Ansporn, sich „weiterhin aktiv für die Diabetologie einzusetzen“ – und empfiehlt jungen Menschen, in der Diabetologie tätig zu werden: „Den Forschenden bietet das Feld große Vielseitigkeit und Interdisziplinarität, (...)“ Links im Bild: Past Präsident Prof. Dr. Andreas Fritsche.



Ehrenmitgliedschaft

Professor Dr. Harald Schmechel

Zuletzt tätig im MVZ Weimar

Aufgrund besonderer Verdienste um die DDG, insbesondere als langjähriges Mitglied des Ausschusses Diabetologie DDG, wurde Prof. Dr. Schmechel (r.) zum Ehrenmitglied ernannt. Er sagt: „Die Ehrenmitgliedschaft in einer der größten wissenschaftlichen Gesellschaften Deutschlands ist eine besondere Auszeichnung. Ich sehe darin eine Anerkennung meiner bisherigen Mitarbeit an den wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Aufgaben der Fachgesellschaft zur Verbesserung der Behandlung und Betreuung von Menschen mit Diabetes mellitus.“



Ehrenmitgliedschaft

Professor Dr. h.c. Diethelm Tschöpe

Stiftung Diabetes | Herz | Gefäße (DHG) in der Deutschen Diabetes Stiftung

Mit der Ernennung zum Ehrenmitglied erkennt die DDG die großen Verdienste von Prof. Dr. h.c. Tschöpe als Vorsitzender der AG Diabetes & Herz an. Er sieht die Ehrung als Motivation an, „weil sie meine Bemühungen um eine interdisziplinäre Entscheidungsfindung, die sich an Evidenz und Endpunkten orientiert, unterstreicht. Menschen mit Diabetes haben den größten Nutzen, wenn sie in Kooperation mit beteiligten Spezialisten aus der Kardiologie, Neurologie und Angiologie behandelt werden.“



Ehrenmitgliedschaft

Professor Dr. Hans-Peter Hammes

Zuletzt tätig in der Augenarztpraxis Lemmen & Vahdat, Düsseldorf

Prof. Dr. Hammes (vorne r.) hat die Ehrenmitgliedschaft für sein kontinuierliches Engagement und seine Verdienste insbesondere als Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Diabetes & Auge der DDG erhalten. Er sieht die Ehrenmitgliedschaft „als wunderbaren Abschluss meiner Bemühungen, mein Interessensgebiet auf DDG-Kongressen zu vermitteln und translationale Forschung mit klinischen Fragen zu verbinden. Als Errungenschaften der letzten Jahre sieht er „die Behandlung der diabetischen Makulopathie bei Typ-2-Diabetes, die differenzierte Sicht auf die Pathogenese des (Prä-)Typ-2-Diabetes und die Behandlung des Typ-1-Diabetes.“



Adam-Heller-Projektförderung

Dr. Maximilian Meyer-Steenbruck

Klinik für Innere Medizin II, Universitätsklinikum Freiburg

Gefördert wird die Pilotstudie „Intraindividuelle Vergleich von Somatostatinanaloga vs. GLP1-Rezeptoragonisten in der Therapie des Dumping-Syndroms nach bariatrischer RYGB mittels CGM und symptombasierter Fragebogen“. Verliehen wird die Adam-Heller-Projektförderung von der DDG; die Fördersumme von 20.000 Euro stiftet die Abbott GmbH. V. l. n. r.: Dr. Diana Willmes (Abbott), Dr. Meyer-Steenbruck, Laudator Prof. Dr. Jens Aberle.



Hans-Christian-Hagedorn-Projektförderung

PD Dr. Katharina Laubner

Klinik für Innere Medizin I, Universitätsklinikum Freiburg

Wie können Menschen, die unter Antipsychotika-Therapie stark zugenommen haben, abnehmen? Dies möchte PD Dr. Laubner in ihrem Forschungsprojekt „GLP1-RA bei antipsychotikainduzierter Adipositas“ untersuchen. Laudatorin Prof. Dr. Julia Szendrödi hofft auf einen „Einblick, was wir hier an Verbesserungen zu erwarten haben“. Die Fördersumme von 25.000 Euro wurde gestiftet von der Novo Nordisk Pharma GmbH. V. l. n. r.: Dr. Frank Ratter, der für Novo Nordisk gratulierte, PD Dr. Laubner, Prof. Dr. Szenrödi.



Hellmut-Mehnert-Projektförderung

Leontine Sandforth

Med. Klinik Innere Medizin IV, Universitätsklinik. Tübingen, DZD

Das bestbewertete Projekt unter allen im Jahr 2025 eingereichten Anträgen auf allgemeine Projektförderung der DDG stammt von Leontine Sandforth: „Effekt des Konsums von kalorienfreien Süßstoffen (NCS) auf die zentrale Insulinsensitivität“. Laudator Prof. Dr. Martin Heni schätzt das Vorhaben als hochaktuell ein. Das Projekt wird mit 13.800 Euro gefördert.





Young Investigator Award

Dr. Raffaele Teperino

Helmholtz Munich, Forschungsgruppe „Umwelt-Epigenetik“, DZD

Wie wirkt sich die väterliche Gesundheit zum Zeitpunkt der Empfängnis auf die Nachkommen aus? Laudatorin Prof. Dr. Simone Baltrusch würdigte den Preisträger als eine der führenden Stimmen in seinem Forschungsbereich der Umweltepigenetik und intergenerationalen Gesundheitsforschung. Das Preisgeld in Höhe von 20.000 Euro wurde gestiftet von der Roche Diagnostics Deutschland GmbH, auch eine Vertreterin des Unternehmens gratulierte.

Ehrenmedaille der DDG

Dr. Jens Kröger

diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe

„Warm im Herzen, streitbar für die Sache“ setzt sich Dr. Kröger (M.) für Menschen mit Diabetes ein, sagte Laudator Prof. Dr. Thomas Haak (r.). Er betonte Dr. Krögers Verdienste um die Schulung, sein Bemühen, Menschen mit Diabetes zu „Experten in eigener Sache“ zu machen. Seit 2011 ist er ehrenamtlich aktiv bei diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe, seit 2016 ist er als Vorstandsvorsitzender auch stark politisch engagiert.



Ehrennadel in Gold

Professor Dr. Baptist Gallwitz

Zuletzt tätig an der Medizinischen Klinik IV, Universitätsklinikum Tübingen

Schon lange engagiert sich Prof. Dr. Gallwitz für die DDG: im Vorstand, als Kongresspräsident 2024, als Sprecher der Kommission „Gesundheits- und wissenschaftspolitische Fragen“ – und als Mediensprecher. Für all diese Aktivitäten wurde er nun geehrt. „Diese Auszeichnung würdigt nicht nur einen herausragenden Wissenschaftler und Kliniker, sondern auch einen unermüdbaren Gestalter und Fürsprecher unserer Fachgesellschaft“, fasste Laudator Prof. Dr. Andreas Fritsche die Gründe für die Ehrung zusammen. Links im Bild: Sabrina Vité, DDG.

Informationen zu den DDG Forschungspreisen und das Booklet „Preisträger und Preisträgerinnen 2025 der DDG“:

www.ddg.info/forschung/forschungspreise



Paul-Kimmelstiel-Projektpreis der AG Diabetes & Niere

PD Dr. rer. nat. med. habil. Ivonne Löffler

Klinik für Innere Medizin III, Nephrologie, Universitätsklinikum Jena

Die Preisträgerin wurde ausgezeichnet für ihr Projekt: „Renale Expressionen des MAP-Kinase-Organizer 1 und seines natürlichen Antisense-Transkripts DHPS als Prognosefaktoren bei humanen diabetischen Nierenerkrankungen.“ Das Preisgeld (10.000 Euro) stiftet die Diabetes-Allianz Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG und Lilly Deutschland GmbH. V.l.n.r.: Dr. Raffius (Boehringer), Laudatorin Prof. Dr. Gutthoff, PD Dr. Löffler, Prof. Dr. Ebert von der AG, Dr. Stautner (Lilly).



Werner-Creutzfeldt-Preis

Professorin Dr. Carolin Daniel

Helmholtz Zentrum München und LMU Klinikum der Universität München, DZD

Laudatorin Prof. Dr. Beate Karges (r.) setzt „in den nächsten 20 Jahren große Hoffnungen“ in die Arbeit von Prof. Dr. Daniel. Sie lobte den innovativen Forschungsansatz der Preisträgerin, der „molekulare Immunologie mit der Rolle gastrointestinaler Hormone in der Steuerung gewebespezifischer TREG-Funktionen“ verbindet – „ein Forschungsfeld mit enormem Potenzial für neue Therapieansätze beim Typ-1-Diabetes“. Den Werner-Creutzfeldt-Preis erhielt Prof. Daniel folgerichtig für „ihre visionäre Forschung, ihre herausragende wissenschaftliche Exzellenz und ihr unermüdbares Engagement in der Diabetesforschung“. Der Preis ist mit 10.000 Euro dotiert; das Preisgeld wurde gestiftet vom Unternehmen Lilly Deutschland GmbH. Für Lilly gratulierte Dr. Nicole Langwieser.



Silvia-King-Preis

PD Dr. med. Svenja Meyhöfer

Medizinische Klinik I, Fachbereich Endokrinologie + Diabetologie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

Ausgezeichnet wird die Preisträgerin für ihre Publikation „No Association Between Phenylketonuria or Hyperphenylalaninemia and Type 1 Diabetes: Insights From the German DPV Registry“, Laudator war Prof. Dr. Martin Heni. Den von der DDG mit 2.500 Euro dotierten Preis bekommen Nachwuchsforschende für eine Publikation auf dem Gebiet der klin. Diabetologie.



Friedrich-Arnold-Gries-Preis

Professor Dr. med. Dan Ziegler

Institut für Klinische Diabetologie, Deutsches Diabetes-Zentrum (DDZ), Leibniz-Zentrum für Diabetes-Forschung an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Für seine langjährige, herausragende Forschung zur diabetischen Neuropathie erhält Prof. Dr. Ziegler (3.v.l.) den Friedrich-Arnold-Gries-Preis. Mit seiner Arbeit hat er „maßgeblich zu einem besseren Verständnis und zur verbesserten Versorgung von Menschen mit diabetischer Neuropathie beigetragen“, so Laudator Prof. Dr. Michael Nauck (r.). Das Preisgeld von 10.000 Euro stiftete die Diabetes-Allianz Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG und Lilly Deutschland GmbH – auch Dr. Jörg Markus Paul (Lilly, 3.v.r.) und Thomas Jensen (Boehringer, 2.v.r.) gratulierten, ebenso Dr. Alba Sulaj und Prof. Dr. Martin Heni.



Ernst-Friedrich-Pfeiffer-Preis

Dr. Teresa Rodriguez-Calvo

Institut für Diabetesforschung am Helmholtz Zentrum München, Forschungsgruppe Typ-1-Diabetes-Pathologie, DZD

Dr. Rodriguez-Calvo (DVM, PhD) wurde ausgezeichnet für ihre bisherigen Forschungsarbeiten zur Immunpathologie des Typ-1-Diabetes, insbesondere dem Zusammenspiel zwischen Immunsystem und Betazellen. Laudatorin Prof. Dr. Carolin Daniel (r.) hob das große Engagement der Preisträgerin, gepaart mit translationalem Weitblick, besonders hervor. Der Preis ehrt wissenschaftliche Leistungen junger Forschender im Bereich Typ-1-Diabetes. Auch Dr. Nicole Langwieser (l.) von der Lilly Deutschland GmbH gratulierte. Lilly stiftete das Preisgeld in Höhe von 10.000 Euro.



DDG Promotionspreise

Dr. rer. nat. Melissa Asuaje Pfeifer

Technische Universität Braunschweig, Institut für Pharmakologie, Toxikologie u. Klinische Pharmazie u. AOK Niedersachsen; Thema: „Charakterisierung von Adaptionsmechanismen des Glucosestoffwechsels im prädiabetischen Mausmodell während der Trächtigkeit“

Dr. med., B.Sc. Sophie Carina Kunte

Klinikum der Universität München, Campus Großhadern; Thema: „Die Rolle des NLRP3-Inflammasoms in Podozyten bei der strukturellen Anpassung an diabetesinduzierte glomeruläre Hyperfiltration“

Dr. rer. med. Nina Trinks

Deutsches Diabetes-Zentrum Düsseldorf; Thema: „Low Physical Fitness and Low Thyroid Function as Cardiovascular and Metabolic Risk Factors in Diabetes Mellitus“

Die Promotionspreise der DDG werden für herausragende Dissertationen auf dem Gebiet der Diabetologie vergeben. Das Preisgeld in Höhe von jeweils 5.000 Euro wird seit 2010 von Sanofi-Aventis Deutschland GmbH gestiftet. Es gratulierte Tvrtko Karuza.

Posterpreise der AG Diabetes & Niere

Prof. Dr. Christoph Wanner, Universitätsklinikum Würzburg;

Thema: „Long-Term Effects of Empagliflozin in CKD“

Dr. Ulrich Opfermann, SYMEDICUM MVZ GmbH, Berlin;

Thema: „InspeCKD-Studie – Die chronische Nierenkrankheit in deutschen Hausarztpraxen: Diagnosestellung hat wenig Einfluss auf die CKD-Therapie bei Patient:innen mit Typ-2 Diabetes“

Das Preisgeld in Höhe von jeweils 600 Euro wird gestiftet von der Bayer Vital GmbH, als Vertreterin des Unternehmens gratulierte Constanze Bruns.

Posterpreise

Kongresspräsident Professor Dr. Martin Heni und die Kongresssekretärinnen Dr. Julia Hummel und Sabrina Wangler zeichneten folgende Personen mit einem Posterpreis aus:

Prof. Dr. med. Claudia Eberle, Fulda; Julia Reschke, Braunschweig; Laura Klinker, Bad Mergentheim; Dr. med. Fabio Vasconcellos Comim, Belo Horizonte; Dr. med. Mareike Niemeyer, Hannover; Yixin Wang, Mannheim; Sophia Lutz, Jena; Prof. Dr. med. Michael Roden, Düsseldorf; Jasmin Hajir, Berlin; Arvid Sandforth, Tübingen; Jasmine Decker, Düsseldorf; Dr. phil. Benedict Herhaus, Mainz; Dr. biol. hum. Nicole Prinz, Ulm; Dr. phil. Janis Schierbauer, Bayreuth; Julia Sophie Meßner, Potsdam

Neue Präventionsansätze – und Preise

In der Prävention des Typ-2-Diabetes tut sich viel – DZD-Forschende sind dabei

NEUHERBERG. Bewegung hilft dabei, Typ-2-Diabetes vorzubeugen. Warum das so ist und wo die Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Muskeln liegen, wurde von Forschenden des DZD ebenso untersucht wie die Heterogenität des Typ-2-Diabetes. Ein innovativer Algorithmus hilft, präventiv zu handeln. Neue Wege, die weltweite Diabetes-Epidemie zu stoppen, will die Copenhagen Declaration aufzeigen. Auch daran waren DZD-Wissenschaftler*innen beteiligt. Und auch die Forschung von Professor Matthias Tschöp und eine Podcast-Reihe für Schwangere machen Prävention möglich.

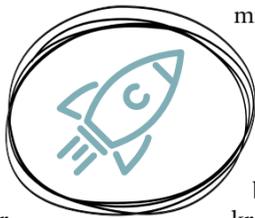


DZD
Deutsches Zentrum
für Diabetesforschung

Copenhagen Declaration

Eine neue Vision zur Bekämpfung der Typ-2-Diabetes-Epidemie skizziert die Copenhagen Declaration des Global Diabetes Forum. Mehr als 50 Expert*innen aus Industrie- und Schwellenländern waren beteiligt.

An der Deklaration haben auch Forschende des DZD und des Instituts für Diabetesforschung und metabolische Erkrankungen von Helmholtz-Munich an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen (IDM) mitgearbeitet. „Wir stehen an einem Wendepunkt“, erklärt Univ.-Professor Dr. ANDREAS BIRKENFELD, Co-Autor der Erklärung und Leiter des IDM. „Wenn wir die Dynamik der globalen Diabetes-Epidemie stoppen wollen, müssen wir deutlich früher ansetzen – mit präziser



Vorhersage, personalisierten Strategien und neuen Präventionskonzepten wie der Prädiabetes-Remission.“ Die meisten der weltweit mehr als 800 Mio. Menschen mit Diabetes leben in Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen. Dort fehlt es häufig an Ressourcen, Zugang zu modernen Therapien und Forschungsdaten. Die Erklärung versteht sich nicht als bloße Vision, sondern als konkreter Aufruf zum Handeln an Politik, Forschung und Industrie. „Die Copenhagen Declaration ist ein Fahrplan für eine gerechtere, effektivere und intelligentere Versorgung von Menschen mit Typ-2-Diabetes“, so Prof. Birkenfeld. *DZD*

Venkat Narayan KM et al. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2025 Volume 13, Issue 7, 543-545; doi: 10.1016/S2213-8587(25)00137-8

DGIM-Präventionspreis

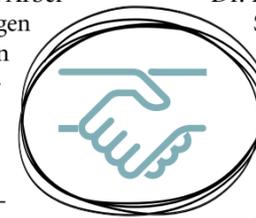
Dr. MARTIN SCHÖN, Forscher beim DZD-Partner Deutsches Diabetes-Zentrum (DDZ), wurde für seine Arbeit zur Heterogenität des Typ-2-Diabetes mit dem Präventionspreis der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und der Deutschen Stiftung Innere Medizin (DSIM) ausgezeichnet.

Der Preis wird jährlich für herausragende wissenschaftliche Arbeiten aus dem deutschsprachigen Raum vergeben, die einen Beitrag zur Prävention innerer Krankheiten leisten.

In der prämierten Arbeit nutzten die Forschenden einen innovativen Algorithmus, um anhand klinischer Routinedaten von Menschen mit Typ-2-Diabetes neue Erkenntnisse zur Vielfalt der Erkrankung zu gewinnen – insbesondere in Bezug auf Insulinsensitivität, Insulinsekretion, Fettverteilung und entzündungsfördernde Merkmale. Auf diese Weise lassen sich

frühzeitig Personen identifizieren, die in den ersten fünf Jahren nach der Diagnose eine verminderte Insulinproduktion aufweisen oder ein erhöhtes Risiko für einen ungenügend eingestellten Bluthochdruck bzw. Fettstoffwechselstörungen haben. Zudem können Risiken für eine frühzeitige Sterblichkeit und diabetesbedingte Komplikationen aufgezeigt werden.

Dr. Martin Schön ist seit 2020 als Studienarzt im Institut für Klinische Diabetologie des DDZ tätig. Aktuell absolviert er die Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie an der Klinik für Endokrinologie und Diabetologie an der Universitätsklinik Düsseldorf bei Professor Dr. MICHAEL RODEN. Das Online-Tool zum Algorithmus (QR-Code) kann bereits im klinischen Alltag angewendet werden. *DZD*



Lichtenberg-Medaille

Professor Dr. MATTHIAS TSCHÖP, Alexander-von-Humboldt-Professor an der Technischen Universität München und CEO bei Helmholtz-Munich, wurde im Juli mit der Lichtenberg-Medaille 2025 ausgezeichnet.

Die Auszeichnung ist die höchste Ehrung der Niedersächsischen Akademie der Wissenschaften zu Göttingen und wird an besonders herausragende und international anerkannte Wissenschaftler verliehen, die in der Öffentlichkeit besonders anerkannt sind.

Prof. Tschöp gilt als Pionier in der Forschung zu Stoffwechselerkrankungen. Seine Arbeit hat das Verständnis von Adipositas, Diabetes und verwandten Stoffwechselstörungen erheblich erweitert und neue Ansätze für präzisionsmedizinische Therapien und personalisierte Prävention eröffnet.



Zu seinen wesentlichen Beiträgen zählt die Identifikation und Untersuchung von Mechanismen der Darm-Hirn-Hormon-Signalisierung, die den Grundstein für innovative Behandlungsstrategien gelegt haben – seine Forschung spielte eine Schlüsselrolle bei der Entwicklung von Multi-Rezeptor-Medikamenten wie Tirzepatid.

„Die Lichtenberg-Medaille zu erhalten, ist eine große Ehre“, sagte Prof. Tschöp. „Diese Auszeichnung betont die Bedeutung von Zusammenarbeit und unermüdlichem Streben nach Wissen, um die Entwicklung besserer Lösungen für chronische Stoffwechselerkrankungen zu beschleunigen. Die zügige Translation von Grundlagenforschung in die Praxis ist entscheidend für die Verbesserung der Patientenversorgung und der Lebensqualität.“ *Helmholtz Munich*

Podcast für Schwangere

Immer mehr Frauen sind in der Schwangerschaft von Diabetes betroffen, was zusätzliche Herausforderungen mit sich bringt. Die Podcast-Sonderreihe „Diabetes und Schwangerschaft“ beleuchtet in mehr als zehn Folgen verschiedene Aspekte.

Einige Themenbeispiele: „Ob Diabetes Typ 1 oder 2 – Was kann ich im Vorfeld tun, wenn ich schwanger werden möchte?“, „Wie bekomme ich meinen Blutzucker in den Griff?“, „Ernährung in der Schwangerschaft: Wie kann ich meinen Diabetes positiv beeinflussen?“, „Welche Folgen kann der Diabetes für mein Kind haben und was

kann ich selbst tun?“, „Ernährung in der Schwangerschaft: Praktische Tipps für den Alltag“, „Bewegung und Sport?“ und „Alles rund um die Geburt mit Diabetes“. Mit dabei sind Moderatorin KRISTINA VOGT und die Co-Moderatorinnen und

Expertinnen Professorin Dr. UTE SCHÄFER-GRAF, Fachärztin für Gynäkologie, Perinatalogie und Diabetologie, und die erfahrene Hebamme JENNIFER BEER-SCHILLING. Gemeinsam mit weiteren Expert*innen kombinieren sie wissenschaftlich fundiertes Wissen mit praxisnahen Tipps. Alle Folgen und Info-Flyer zum Herunterladen: diabinfo.de/diabetes-und-schwangerschaft.html. *diabinfo*

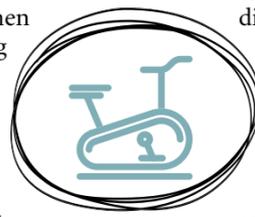


Frauen, Männer, Muskeln

Die Skelettmuskulatur von Männern und Frauen verarbeitet Glukose und Fette unterschiedlich. Eine Studie des Universitätsklinikums Tübingen, des Instituts für Diabetesforschung und metabolische Erkrankungen von Helmholtz-Munich und des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung (DZD) liefert erstmals eine umfassende molekulare Analyse dieser Unterschiede.

Forschende um Dr. SIMON DREHER und Professorin Dr. CORA WEIGERT haben Muskelbiopsien von 25 gesunden, aber

übergewichtigen Erwachsenen (16 Frauen, 9 Männer) im Alter von etwa 30 Jahren untersucht. Die Proband*innen waren zuvor nicht regelmäßig sportlich aktiv. Über acht Wochen hinweg absolvierten sie dreimal pro Woche ein einstündiges Ausdauertraining. Bereits die erste Trainingseinheit löste bei Männern eine stärkere Stressreaktion auf molekularer Ebene aus. Zudem zeigten männliche Muskeln ein



ausgeprägtes Muster von „Fast-Twitch-Fasern“ (schnell zuckende Muskelfasern), die auf kurzfristige, intensive Belastung ausgelegt sind und bevorzugt Glukose als Energiequelle nutzen. Frauen hatten deutlich höhere Mengen an Proteinen, die für die Aufnahme und Speicherung von Fettsäuren verantwortlich sind: ein Hinweis auf eine effizientere Fettverwertung. Nach acht Wochen regelmäßigem Ausdauertraining passten

sich die Muskeln beider Geschlechter an und die muskelfaserspezifischen Unterschiede nahmen ab. Gleichzeitig wurden bei Frauen und Männern vermehrt Proteine gebildet, die die Verwertung von Glukose und Fett in den Mitochondrien fördern.

„Diese Anpassungen deuten auf eine insgesamt verbesserte Stoffwechsellistung hin, die helfen kann, das Risiko für Typ-2-Diabetes zu senken“, sagt Prof. Weigert. *DZD*

Dreher S et al. *Molecular Metabolism* 2025; doi: 10.1016/j.molmet.2025.102185

Kurs »Klinische Diabetologie« setzt auf 5–2–3!

Beliebtes Kursangebot für angehende Diabetolog*innen ab 2026 mit extra E-Learning-Teil

BERLIN. 5–2–3: Diese Formel gilt ab 2026 für den Kurs „Klinische Diabetologie DDG“. Genauer heißt das: 5 Tage Onlinekurs, 2 Tage E-Learning (neu!) und 3 Tage Präsenzkurs. Um die Fortbildung besser in Beruf und Privatleben zu integrieren, wurden das hybride Konzept mit Online- und Präsenzteil nun um das E-Learning erweitert sowie der Präsenzkurs gestrafft.

Flexibles, individuelles und integriertes Lernen ist heute gefragt – denn je“, betont Professor Dr. ERHARD SIEGEL, Vorsitzender des Ausschusses „Diabetologie DDG“. Deshalb wurde das bisherige Konzept neu strukturiert und wird nun als Blended Learning angeboten – so werden digitale Lernformate mit klassischem Präsenzunterricht verbunden.

Alles in einem: digital und persönlich

Konkret bedeutet das: Der Kurs setzt sich nicht mehr nur aus einem Online-Part und einem praxisnahen Präsenzteil zusammen, sondern auch aus einem E-Learning-Kurs. Der **Präsenzkurs mit Workshop-Charakter** wurde inhaltlich gestrafft und findet nun immer zum Ende einer Woche (jeweils Donnerstag bis Samstag) statt. Durch die Einbeziehung des Samstags ist weniger Freistellung erforderlich, die Abreise fällt nicht in die Arbeitswoche und es können Übernachtungskosten gespart werden. Für Networking und Teambildung sei das Präsenzformat nach wie vor am besten, betont Prof. Siegel. Vor Ort werden die Inhalte erfahrbar und die Teilnehmenden können sich persönlich mit Kolleg*innen austauschen. Im **Online-Modul** geht es um Fragestellungen wie: Wofür steht die Diabetologie? Wie sehen die Grundla-

»Diabetologie zum Anfassen«

gen der Insulinbehandlung aus? Im **E-Learning-Teil** stehen Themen wie die Nahrungsmittelkunde, medikamentöse Therapiebesonderheiten und Diabetes und Schwangerschaft im Fokus, außerdem gibt es einen Überblick über die Schulungspro-

gramme. Im Präsenzkurs wird die Theorie dann in einzelnen Workshops diskutiert. Im Kurs „Klinische Diabetologie“, der sich an angehende Diabetolog*innen richtet und als Prüfungsvorbereitungskurs fungiert, sind somit nun die Vorteile aller Veranstaltungsformate zusammengefasst. „Wir bieten Diabetologie zum Anfassen!“, betont der Ausschussvorsitzende. Das neue Kurskonzept, das per Feedback-Abfrage evaluiert wird,

startet im März 2026 mit maximal 120 Teilnehmenden, der Präsenzteil findet in Freiburg im Breisgau statt, Kursleiterin ist PD Dr. KATHARINA LAUBNER, Universitätsklinikum Freiburg. *Angela Monecke*

Weitere Informationen und Anmeldung unter www.ddg.info/ddg-akademie/fuer-aerztinnen/kurs-klinische-diabetologie



5 Tage online
2 Tage E-Learning
3 Tage Präsenz

KURS KLINISCHE DIABETOLOGIE
DDG



1 x wöchentlich
mounjaro
Tirzepatid
A Lilly Medicine

GEMEINSAM ZIELE ERREICHEN
FÜR MENSCHEN MIT TYP-2-DIABETES^a



STARTEN SIE JETZT – MIT MOUNJARO[®]

Überlegene **HbA_{1c}-Reduktion¹**

Überlegene **Gewichtsreduktion^{1,d}**

Bis zu -2,5%
HbA_{1c}-Reduktion mit Mounjaro[®] 15 mg nach 40 Wochen^{1,c}

Bis zu -13%
Gewichtsreduktion mit Mounjaro[®] 15 mg nach 40 Wochen^{2,e}



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

*Mounjaro[®] (Tirzepatid) ist angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen mit unzureichend eingestelltem Typ-2-Diabetes als Ergänzung zu Diät und Bewegung als Monotherapie, wenn die Einnahme von Metformin wegen Unverträglichkeiten oder Kontraindikationen nicht angezeigt ist, zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Diabetes mellitus.¹ Mounjaro[®] verfügt über einen im AMNOG verhandelten Erstattungsbetrag (§ 130b SGB V). ^aBezogen auf den Ausgangswert. ^bMittlere HbA_{1c}-Reduktion im Vergleich zum Ausgangswert. ^cDie Veränderung des Körpergewichts war ein sekundärer Endpunkt in den SURPASS-Studien. ^dBezogen auf den Ausgangswert. ^eMittlere Gewichtsreduktion im Vergleich zum Ausgangswert.

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

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



Kompaktes Kurskonzept: Das erwartet Sie!

- **5 Tage Onlinekurs (Teil 1):** An fünf Tagen wird Ihnen Basis- und Spezialwissen im Online-Format vermittelt. Expert*innen des jeweiligen Fachgebietes präsentieren aktuelle, wissenschaftlich fundierte Inhalte zur Diabetologie und beantworten Ihre Fragen.
- **2 Tage E-Learning (Teil 2):** An zwei Tagen bearbeiten Sie in eigenem Tempo Themen im Selbststudium als E-Learning-Format. Das erlernte Wissen wird mittels Online-Lernerfolgskontrollen geprüft. Dies ist auch wichtig für die CME-Zertifizierung.
- **3 Tage Präsenzkurs (Teil 3):** Der dreitägige Präsenzteil mit seinen praxisorientierten Inhalten und Workshops lädt zum sprichwörtlichen Anfassen von Diabetologie und zum Austausch mit Kolleg*innen ein.

Nach erfolgreicher Belegung aller drei Kursteile schließen Sie den Kurs im dritten Teil mit einer Klausur vor Ort ab. Nach bestandener Klausur erhalten Sie ein Zertifikat. Dies ist für die Anerkennung als Diabetolog*in DDG zwingend erforderlich und zudem ein wichtiger Schritt auf dem Weg zur Zertifizierung „Klinik mit Diabetes im Blick“.



www.lilly.com/de



Gemeinsam zu neuen Ufern

„Leinen los!“ heißt es bei der Diabetes Herbsttagung 2025

MANNHEIM. Nur durch eine interdisziplinäre und interkollegiale Zusammenarbeit ist eine erfolgreiche und patientenorientierte Diabetesbehandlung möglich, so fasst es Tagungspräsident Professor Dr. Karsten Müssig in seinem Grußwort zusammen. Und genau das spiegelt sich im Programm wider. Einige Symposien

der Diabetes Herbsttagung werden hier vorgestellt und zeigen, wie vielfältig die zweitägige Veranstaltung sein wird. Natürlich gibt es noch viel mehr fachübergreifend, interessant und interaktiv gestaltete Angebote – schauen Sie gern auf herbsttagung-ddg.de vorbei und setzen Sie jetzt schon die Segel.

Kinder und Jugendliche

Diabetesversorgung bei pädiatrischen Patienten: Jedes Alter ist besonders!

Vorsitzende: PD Dr. Simone von Sengbusch, Lübeck, und Dr. Johanna Weekes, Freiburg
Freitag, 7. November, 8.30 – 10.00 Uhr

In der pädiatrischen Diabetologie stellen die kleinsten Kinder und die Jugendlichen in der Transitionsphase besonders herausfordernde Altersgruppen dar. Das Symposium nimmt diese beiden Gruppen am Anfang und am Ende der Betreuungsphase aus wissenschaftlicher und praktischer Sicht in den Fokus. In den Vorträgen geht es um „DPV: Was wissen

wir über die einzelnen Altersgruppen in der Kinderdiabetologie?“ und „Die Kleinsten: Versorgung von Kindern mit Typ-1-Diabetes vor dem zweiten Geburtstag“ (Dr. Julian Ziegler, Tübingen).

Beiträge gibt es außerdem zu den Themen „Die ohne Lobby: Adipositas, Übergewicht und Typ-2-Diabetes“ und „Die große Transition, Besonderheiten und Herausforderungen“ (PD Dr. Torben Biester, Hannover).

Das Symposium wird ausgerichtet durch die AG Pädiatrische und adoleszente Endokrinologie und Diabetologie der DDG (DGPAED).

Sport & Bewegung

Kurswechsel Bewegung – Yoga, Exercise Snacks & Stressregulation – neue Impulse für die Diabetestherapie

Vorsitzende: Dr. Stephan Kress, Landau i. d. Pfalz, Guido Freckmann, Ulm, und Sina Wenzel, Bochum
Samstag, 8. November, 9.00 – 10.30 Uhr

Klassische Empfehlungen zur Bewegung stoßen in der Praxis oft an Grenzen – sei es durch Zeitmangel, körperliche Einschränkungen oder fehlende Motivation. Dieses Symposium setzt neue Segel: Vorgestellt werden alternative Bewegungsformen wie Yoga („Yoga als Gamechanger – mehr Bewegung und Entspannung für Menschen mit Diabetes“), kurze, alltagstaugliche Bewegungseinheiten

(„Bewegung in kleinen Dosen – Exercise Snacks im Alltag mit Diabetes: praktikabel, effektiv und alltagstauglich“) sowie körperorientierte Strategien zur Stressbewältigung („Stress lass nach – körperlich aktiv für mehr Gelassenheit und bessere Stoffwechselkontrolle“).

Gemeinsam wird diskutiert, wie diese Ansätze in der Betreuung von Menschen mit Diabetes praxistauglich integriert werden können – für mehr Wirksamkeit, Lebensqualität und Nachhaltigkeit in der Therapie.

Das Symposium wird ausgerichtet von der AG Diabetes, Sport & Bewegung der DDG.

Die Diabetes Herbsttagung 2025: So können Sie planen

7. bis 8. November | Congress Center Rosengarten, Mannheim | Im Anschluss an die Tagung stehen die Vorträge sechs Monate auf der DDG Online-Plattform zur Verfügung.

Programmplanung: individuelle Planung oder Programm als PDF über die Website herbsttagung-ddg.de oder über die App der DDG für Smartphone und Tablet. Mit der App (kostenfrei für Android und iOS) ist auch die Teilnahme an Live-Votings möglich.



Anmeldung zur Diabetes Herbsttagung unter herbsttagung-ddg.de/registrierung;
Standardanmeldung möglich bis 15. Oktober.

Wissenswertes rund um die Diabetes Herbsttagung 2025

- **Tagungspräsident:** Professor Dr. Karsten Müssig, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie und Diabetologie, Franziskus-Hospital Harderberg
- **Präsenzveranstaltung:** Die Diabetes Herbsttagung findet als reine Präsenzveranstaltung ohne Livestream statt. Im Nachgang können alle Symposien in der Mediathek angeschaut werden.
- **Kinderbetreuung:** Mit Kind zur Herbsttagung? Kein Problem! Wir bieten erneut eine kostengünstige Kinderbetreuung für beide Tage an. Willkommen sind alle Kinder zwischen drei und zwölf Jahren. Inklusiv sind jede Menge Spielspaß unter professioneller Betreuung

und als Verpflegung Wasser, Obst, belegte Brötchen. Eine Gebühr von 5 Euro pro Tag und Kind wird erhoben. Eine Anmeldung vorab ist erforderlich und erfolgt über die Registrierung.

■ **Anmeldung und Tickets:** Die Standardanmeldung ist möglich bis zum 15. Oktober, die Spätanmeldung startet am 16. Oktober. Wer nicht nach Mannheim kommen kann, kann ein On-Demand-Ticket buchen und hat damit ab 8. November, 15 Uhr, Zugang zu allen Symposien. Für die On-Demand-Teilnahme werden keine CME-Punkte vergeben. Alle Ticket-Varianten und Preise finden Sie unter herbsttagung-ddg.de/teilnahme/#top.

Folgeerkrankung & Komorbidität

Das diabetologische Überraschungsei: Expert*innen berichten über nicht ganz alltägliche Fälle aus der Praxis

Vorsitzende: Dr. Dorothea Reichert, Landau i. d. Pfalz
Samstag, 8. November, 11.00 – 12.30 Uhr

In Kurzvorträgen werden nicht ganz alltägliche Diabetesfälle vorgestellt. In Fall 1 spricht Professor Dr. Thomas Haak (Bad Mergentheim) von einer ungewöhnlichen Ketoazidose.

Professor Dr. Erhard Siegel (Heidelberg) stellt als zweiten Fall einen ungewöhnlichen Diabetes mit GI-Schnittstelle vor. In weiteren Vorträgen geht es um eine ungewöhnliche Hypo-Ursache (Fall 3) und um einen ungewöhnlichen Fall aus der Fußsprechstunde. Sinn des Symposiums ist, sich auszutauschen und voneinander zu lernen.

Psychodiabetologie & Soziales

Zwischen Flaute und Sturm – zwischen Fakten und Fehlinformation: psychosoziale Herausforderungen und Kommunikation im modernen Diabetes-Management

Vorsitzende: Dr. Rebecca Spies, Ulm, und Dr. Alexander Stöckl, Diedorf
Samstag, 8. November, 9.00 – 10.30 Uhr

Das Symposium beleuchtet die psychosozialen Herausforderungen, die mit Diabetes einhergehen – von komorbiden Erkrankungen wie ADHS und Essstörungen bis hin zum wachsenden Einfluss von Social Media auf

das Krankheitsmanagement. Neben der wissenschaftlichen Einordnung von verbreiteten „Health Hacks“ (Vortrag „Fakten vs. Fiktion: wissenschaftliche Einordnung von Social-Media-Hacks“ von Dr. Luisa Werner, Grünwald) wird auch diskutiert, wie Fachkräfte effektiv mit Patient*innen kommunizieren können, die ihr Wissen zunehmend aus digitalen Quellen beziehen. Ausgerichtet wird das Symposium von der AG Nachwuchs der DDG.

Diabetestechnologie

Diabetes von Kopf bis Fuß: Wo kann Technologie helfen, Barrieren zu überwinden?

Vorsitzende: Dr. Guido Freckmann, Ulm, und Dr. Sandra Schlüter, Northeim
Samstag, 8. November, 13.00 – 14.30 Uhr

Haben wir in der Entwicklung und Anwendung von Technologie einen ausreichenden Blick auf Menschen mit Einschränkungen? Oder geraten diese Probleme und Einschränkungen im Technik-Hype in Vergessenheit? Darüber soll in diesem Symposium diskutiert werden.

Impulse für die Diskussion geben die Vorträge „Menschen mit Sehbehinderung“ (Dr. Christine Berndt-Zipfel, Bad Kreuznach), „Menschen mit einer Sprachbarriere“, „Menschen im Alter“, „Menschen mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten“ (Dr. Sandra Schlüter) und „Können DiGA eine Lösung sein?“. Alle Vorträge stehen unter dem Motto: „Was geht? Was benötigen wir noch?“. Das Symposium wird ausgerichtet von der AG Diabetes & Technologie der DDG (AGDT).

Prädiktiv statt reaktiv:

Mit KI-gestützten Prädiktionen Diabetes vorausschauend managen



Die Unsicherheit, den eigenen Glukosewert und dessen Schwankungen nicht kontrollieren zu können, zählt für Menschen mit Diabetes zu den Hauptursachen für Diabetes-Distress. Besonders herausfordernd sind Situationen mit potenziell erhöhtem Risiko für eine Hypoglykämie – etwa bei körperlicher Belastung oder nachts.^{1,2} Bestehende CGM-Systeme liefern zwar Echtzeitdaten und Trendpfeile, sind jedoch meist auf die Analyse historischer Werte beschränkt – zusätzliche Einflussfaktoren bleiben unberücksichtigt.³

Die Accu-Chek SmartGuide CGM-Lösung mit der Accu-Chek SmartGuide Predict App erweitert das kontinuierliche Glukosemonitoring um KI-gestützte Prädiktionsfunktionen. Die App analysiert aktuelle Glukosewerte, Verlaufsmuster und weitere individuelle Parameter wie die Insulindosis oder die Tageszeit. So entstehen aktualisierte, personalisierte Glukoseprädiktionen – zur frühzeitigen Erkennung von Hypo- und Hyperglykämien.³

Drei prädiktive Funktionen stehen im Fokus:^{3,4,5}

Vorhersage für niedrigen Glukosewert: informiert über einen zu erwartenden niedrigen Glukosewert innerhalb der nächsten 30 Minuten. Sie erlaubt individuell einstellbare

Grenzwerte (60–100 mg/dl) und schlägt geeignete Maßnahmen zur Stabilisierung vor.

Glukosevorhersage: stellt den erwarteten Glukoseverlauf der nächsten zwei Stunden grafisch dar. Kombiniert Echtzeitdaten mit dokumentierten Einflussfaktoren. Hilft Patient:innen, Therapieentscheidungen in Alltagssituationen gezielter zu treffen – etwa vor dem Autofahren oder beim Sport.

Vorhersage für nächtliche Unterzuckerung: erstellt auf Basis von Messwerten eine Prädiktion des Risikos für nächtliche Hypoglykämien innerhalb der kommenden sieben Stunden. Zeigt an, ob ein erhöhtes Risiko vorliegt und wann der Eintritt einer Hypoglykämie am wahrscheinlichsten ist. Noch vor dem Schlafengehen können Präventivmaßnahmen getroffen werden.

Hohe Präzision – mehr Sicherheit

Die zugrundeliegenden Machine-Learning-Modelle wurden mit tausenden realer Glukoseverläufe trainiert und getestet. Die Zwei-Stunden-Glukosevorhersage erzielte bis zu 99,8 % Genauigkeit im Consensus Error Grid, die Vorhersage für niedrige Glukosewerte 95,2 % Sensitivität und 98,9 % Spezifität.³ In einer Umfrage unter CGM-Nutzer:innen gaben 86,3 % an, Glukoseprädiktionen würden ihre

Sorge vor Hypoglykämien reduzieren. 75 % würden sich nachts sicherer fühlen.⁶

Für Diabetolog:innen bietet die Accu-Chek SmartGuide CGM-Lösung die Chance, Patient:innen eine datenbasierte, prädiktive Unterstützung zur Verfügung zu stellen. Mit dem Ziel, frühzeitig reagieren zu können, bevor hohe oder niedrige Werte auftreten³, und die individuelle Therapie proaktiv anzupassen.

Die Accu-Chek SmartGuide CGM-Lösung mit Accu-Chek SmartGuide Sensor, App und Predict App nutzt KI-gestützte Prädiktionsfunktionen:

- Drei prädiktive Funktionen zur Glukosevorhersage
- Prognosen auf Basis individueller Glukoseverläufe und nutzer-spezifischer Daten
- Nachgewiesene Genauigkeit bei 14 Tagen Tragedauer
- Vorausschauend handeln statt reagieren³

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

1. Fisher L, Polonsky WH, Hessler DM, et al. Understanding the sources of diabetes distress in adults with type 1 diabetes. J Diabetes Complications. 2015;29(4):572-577. doi:10.1016/j.jdiacomp.2015.01.012

2. Zhang Y, Li S, Zou Y, et al. Fear of hypoglycaemia in patients with type 1 and 2 diabetes: a systematic review. J Clin Nurs. 2021;30:72-82. doi:10.1111/jocn.15538

3. Glatzer T, Ehrmann D, Gehr B, et al. Clinical Usage and Potential Benefits of a Continuous Glucose Monitoring Predict App. J Diabetes Sci Technol. 2024;18(5):1009-1013. doi:10.1177/19322968241268353

4. Die Accu-Chek SmartGuide Predict App benachrichtigt Nutzer:innen bei einem voraussichtlichen niedrigen Glukosewert innerhalb der nächsten 30 Minuten (Vorhersage für niedrigen Glukosewert), liefert Vorhersagen für die voraussichtliche Glukoseentwicklung in den nächsten 2 Stunden (Glukosevorhersage) und zeigt das voraussichtliche Risiko einer nächtlichen Hypoglykämie in den nächsten 7 Stunden (Vorhersage für nächtliche Unterzuckerung, aktiv zwischen 21:00 und 02:00 Uhr). Für die Nutzung der Vorhersagefunktionen ist eine Internetverbindung erforderlich.

5. Wenn das Risiko für die erste Nachthälfte (die ersten 3,5 Stunden) und die zweite Nachthälfte (die letzten 3,5 Stunden) unterschiedlich ist, hebt die Vorhersage für nächtliche Unterzuckerung das Zeitfenster mit hohem Risiko in der Benachrichtigung hervor.

6. Ehrmann D, Laviola L, Priesterroth LS, Hermanns N, Babion N, Glatzer T. Fear of hypoglycemia and diabetes distress: expected reduction by glucose prediction. J Diabetes Sci Technol. 2024

ACCU-CHEK, ACCU-CHEK SmartGuide und ACCU-CHEK SmartGuide Predict sind Marken von Roche. Alle anderen Produktnamen und Marken sind Eigentum ihrer jeweiligen Inhaber. © 2025 Roche Diagnostics Deutschland
accu-chek.de | Roche Diagnostics Deutschland GmbH | Sandhofer Straße 116 | 68305 Mannheim

GLP1-RA präoperativ absetzen – oder besser nicht?

Anästhesiologisches Konsenspapier stiftet weiter Verwirrung

BERLIN. Das perioperative Diabetesmanagement wirft in Klinik und Praxis zunehmend Fragen auf – insbesondere mit Blick auf den Umgang mit modernen Antidiabetika wie GLP1-Rezeptoragonisten (GLP1-RA). Noch ist unklar, ob das Weiterführen oder das präoperative Pausieren der Therapie mit höherem Risiko behaftet ist. Allerdings sollten künftige Empfehlungen mehr diabetologische Expertise berücksichtigen.

Ein 2024 veröffentlichtes Konsenspapier der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI), der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) und der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) hat erstmals Empfehlungen zur präoperativen Evaluation von Patient*innen vor elektiven Eingriffen formuliert. Hierzu zählt auch der perioperative Umgang mit Antidiabetika. Das Konsenspapier sieht u. a. vor, einmal wöchentlich applizierte GLP1-RA mindestens sieben Tage vor einer geplanten Operation abzusetzen. Begründet wird dies mit einem potenziellen Risiko für die Regurgitation von Mageninhalt und die pulmonale Aspiration infolge einer verzögerten Magenentleerung, wie sie im Zusammenhang mit der Einnahme von GLP1-RA häufig auftritt.

„Substanzen bleiben ewig im System“

„Ich habe das Thema eingebracht, weil es mir scheint, dass es hier viele Unsicherheiten gibt“, sagte Professor Dr. DIANA RUBIN von den Vivantes Kliniken Berlin. Sie stellte zum einen klar: „Das ist nur ein Konsenspapier. Es wird zwar mit Empfehlungsstufen wie eine S3-Leitlinie präsentiert, bewegt sich inhaltlich aber eher auf S1-Niveau.“ Es sei zwar belegt, dass GLP1-RA einen Einfluss auf die Magenentleerung und die gastrointestinale Motilität haben. „Aber es ist noch offen, welche klinische Relevanz das hat.“ Prof. Rubin plädierte deshalb dafür, sich statt an den deutschen eher an den jüngst publizierten britischen Empfehlungen zu orientieren, die ausschließlich auf GLP1-RA und SGLT2-Hemmer eingehen und hierzu eine individuelle Risikobetrachtung vorsehen. Dem schloss sich auch der Inkretin-Experte Professor Dr. MICHAEL NAUCK vom Katholischen Klinikum Bochum an. Er hat gemeinsam mit anderen Autor*innen kürzlich eine Metaanalyse zu den klinischen Konsequenzen einer verzögerten Magenentleerung im Zusammenhang mit GLP1-RA veröffentlicht und dabei auch eine Empfehlung für das perioperative Management vorgelegt (siehe Grafik, nach Publikation von Jalleh/Nauck). Zum einen werde ein pauschales Aussetzen der wöchentlichen GLP1-RA sieben Tage

vor einer Operation der komplexen Pharmakokinetik der Substanzklasse nicht gerecht. So würden Semaglutid oder Tirzepatid in Konzentrationen verabreicht, die zu deutlich höheren Plasmaspiegeln führen als die physiologische Konzentration von GLP1-RA. „Bis die Substanzen wieder vollständig aus dem System verschwunden sind, dauert es ewig!“ Zum anderen führe ein entsprechender Plasmaspiegel auch gar nicht dauerhaft zu einer verzögerten Magenentleerung. So zeigten jüngere Daten, dass sich residualer Mageninhalt in erster Linie bei einer erst kürzlich begonnenen Therapie mit GLP1-RA feststellen lässt, wohingegen dieser Effekt bei längerfristiger Einnahme nachlässt. Doch in den im DGAI-Konsenspapier zitierten Studien seien die Patient*innen maximal 20 Wochen beobachtet worden – zu kurz, um diese Tachyphylaxie zu

berücksichtigen. Prof. Nauck erklärte daher: „Ich glaube nicht, dass es die Datenlage im Moment erlaubt, eine solide Empfehlung zur Pausierung von GLP1-RA auszusprechen.“

Sonografie für alle nur schwer flächendeckend umsetzbar

Ihm kam ein weiterer Aspekt zu kurz: „Wir wissen ja, dass auch ein langjähriger Diabetes mit autonomer Neuropathie mit einer verzögerten Magenentleerung einhergeht – auch ganz ohne GLP1-RA.“ Im Sinne der Patientensicherheit müsste man eigentlich alle Menschen mit potenziellem Aspirationsrisiko präoperativ sonografisch auf residualen Mageninhalt untersuchen. Genau hier liegt in den Augen von Prof. Rubin ein praktisches Problem: „Auch als Gastroenterologin bin ich damit überfordert. Bei uns ist der Ultraschall nicht Standard. Uns fehlen schlichtweg die Leute, die das können – und im klinischen Alltag fehlt dafür außerdem oft die Zeit.“ Die von den britischen Empfehlungen ins Spiel gebrachte POC-Sonographie sei daher wünschenswert, aber schwer flächendeckend umsetzbar.

Dr. TOBIAS WIESNER vom MVZ Stoffwechselmedizin Leipzig sprach

»Autonome Neuropathie nicht vergessen«

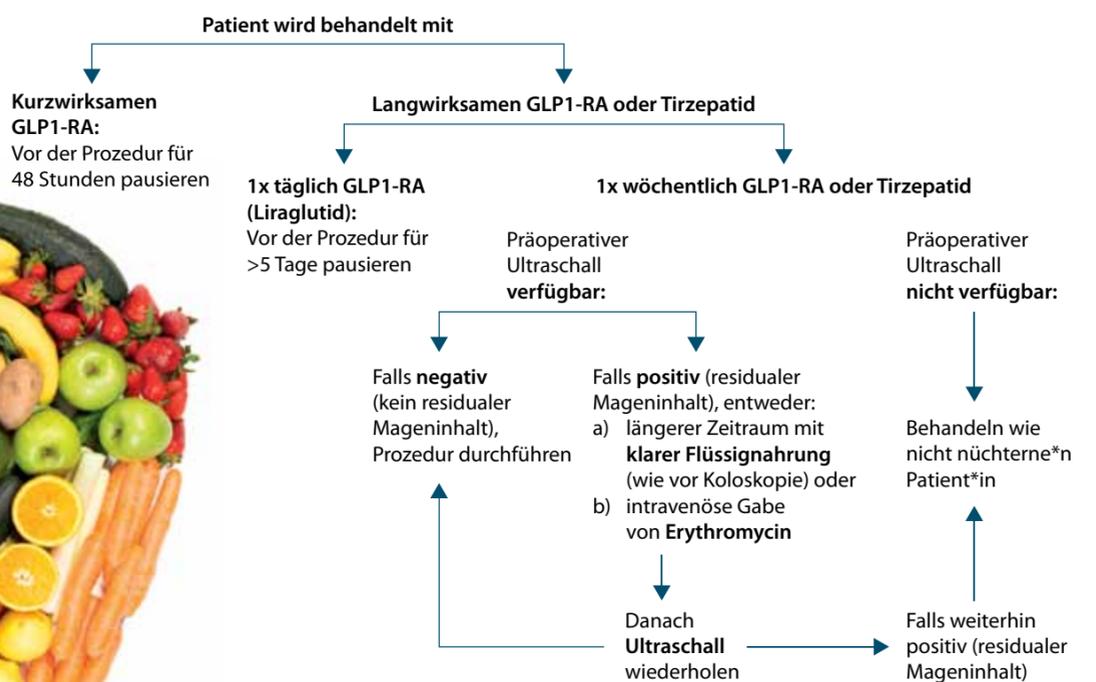
Wünschenswert: eigene Empfehlungen der DDG

Angesichts der allgemeinen Unsicherheit sprachen sich die Anwesenden auf dem Podium und im Plenum für eine eigene Empfehlung der DDG zum perioperativen Diabetesmanagement aus. Prof. Nauck gab allerdings zu bedenken: „Solange wir keine belastbaren Studien haben, bewegen wir uns bei der Empfehlungsstärke in einem schwachen Bereich. Aber ich glaube, wir sollten klarmachen, dass das tatsächliche Risiko für Aspiration sehr gering ist – und dass Pausalempfehlungen daher nicht angebracht sind.“



Foto: Tijana87 – stock.adobe.com

Vorgehen bei geplanter Endoskopie oder Allgemeinanästhesie bei Patient*innen mit GLP1-RA oder Tirzepatid



Quelle: Jalleh RJ et al. J Clin Endocrinol Metab. 2024;110(1): 1-15, MI-Grafik

Die Empfehlungen spiegeln den aktuellen Wissensstand über die Auswirkungen von GLP1-RA auf die Magenentleerung wider. Sie geben die Meinung der Autoren wieder, die von keiner wissenschaftlichen Gesellschaft bestätigt wurde.

»GLP1-RA-Pause eng begleiten«

der Informationen in die elektronische Patientenakte (ePA) oder die von der DDG geforderte elektronische Diabetesakte (eDA).

Auch Professor Dr. BAPTIST GALLWITZ, Berlin, lenkte die Aufmerksamkeit auf versorgungspolitische Aspekte: „Jeder fünfte stationäre Patient hat Diabetes, aber viele Kliniken – selbst solche, die komplexe Pankreaseingriffe durchführen – haben keine DDG Zertifizierung für die Diabetesbehandlung.“ In der Folge mangle es oft an der nötigen Expertise. „Ich denke, das ist für die Patientensicherheit nicht gut – da müssen wir ran!“ In ihrem kürzlich publizierten 3-Punkte-Plan zur Krankenhausreform fordere die DDG daher verbindliche Qualitätskriterien und die Stärkung der Versorgung vulnerabler Gruppen. .

Antje Thiel

1. Zöllner C et al. Anästh Intensivmed 2024; 65: 240–270; doi: 10.19224/ai2024.240

2. El-Boghdady K et al. Anaesthesia 2025; 80: 412–424; doi:10.1111/anae.16541

3. Jalleh RJ et al. J Clin Endocrinol Metab. 2024;110(1): 1-15; doi: 10.1210/clinem/dgae719

Mehr zum Thema und zum Konsenspapier:

www.medical-tribune.de/medizin-und-forschung/artikel/gastroparese-als-op-risiko



Prävention: auch gut für Finanzen

Prävention überzeugt in medizinischer und finanzieller Hinsicht

BERLIN. Wie senkt Prävention das Risiko für Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen? Und würden sich Präventionsmaßnahmen auch finanziell auszahlen? Neue Erkenntnisse aus Ernährungsforschung und Gesundheitsökonomie.

Ist es schon Zeit für „Präzisionsernährung“? Dieser Frage geht Professor Dr. MATTHIAS SCHULZE (DIFE, DZD) nach. Der Begriff impliziert „die richtige Ernährung für die richtige Person, um das richtige Ergebnis zu erreichen“. Das Gegenteil davon seien die gegenwärtigen Ernährungsempfehlungen, die sehr generell für die erwachsene Bevölkerung ausgesprochen werden. Die Präzisionsernährung und -prävention berücksichtigt die Heterogenität der Menschen bei der Response auf ein und dieselbe Intervention. Eines der Ziele seiner Arbeitsgruppe ist es, die individuelle Reaktion auf Lebensmittel vorherzusagen. Außerdem strebt die AG an, Subgruppen zu definieren, für die sich spezifische Empfehlungen aussprechen lassen. Neben der Identifizierung und Validierung neuer Biomarker geht es zudem um die Entwicklung bzw. Bestimmung von Prognosemodellen für das Krankheitsrisiko sowie die Untersuchung von Subgruppen-Effekten (z. B. Wechselwirkungen zwischen Genetik und Ernährung) und Determinanten der Heterogenität.

„Lipidomics Screen“ und bezahlbare „Lipidomic Panels“

Prof. Schulze beschreibt das Lipidom im Blut als Marker, der die Komplexität von Ernährung und Lipidstoffwechsel widerspiegelt. Anhand ihrer molekularen Struktur werden Lipide in zahlreiche Lipidklassen und -arten eingeteilt. Aus Daten der EPIC-Potsdam-Studie konnte ein „Lipidomics Screen“ für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Typ-2-Diabetes erstellt werden. Im Hinblick auf die Eignung von „Deep Lipidomics“ für das Monitoring von Interventionen können die Potsdamer Forscher*innen ebenfalls Ergebnisse vorweisen: Durch eine verbesserte Fettqualität, die unter isokalorischen Bedingungen durch den Austausch von gesättigten Fetten aus Milchprodukten in ungesättigte Fette erreicht wurde, zeigten sich anhand eines Multilipid-Scores (MLS) Veränderungen im Lipidom. Die Entwicklung eines bezahlbaren „Lipidomic Panels“ für die Praxis stehe noch aus.

Professor Dr. REINER JUMPERTZ VON SCHWARTZENBERG, IDM Tü-

bingen, plädiert dafür, für Personen mit Übergewicht oder Adipositas und hohem Typ-2-Diabetes-Risiko die Prädiabetes-Remission in die „Standards of Care in Diabetes“ aufzunehmen. In diversen Studien (u. a. noch unveröffentlichte Daten aus dem Da Qing Diabetes Prevention Program) ist diese Remission mit reduzierten kardiovaskulären Ereignissen verbunden, vor allem bei einer Remission im ersten Jahr des diagnostizierten Prädiabetes.

»Remission soll Standard werden«

Dass Diabetesprävention, insbesondere langfristig betrachtet, kosteneffektiver ist als ihre Unterlassung, ergibt sich laut Dr. DAMON MOHEBBI (Universität Düsseldorf, DDZ, DZD) aus Analysen aus Deutschland, den USA und Großbritannien. Für Le-

bensstilinterventionen bei Prädiabetes sieht er einen positiven monetären Vorteil für alle Risikogruppen. Modelliert auf Langzeiteffekte heißt das: Bei Personen mit Hochrisikoprofil „müsste man 7.000 Euro in die Hand nehmen“, damit „ein Patient die Prädiabetesremission erreicht“. Für einen Patienten aus der Niedrigrisikogruppe könnte dies

mit rund 4.300 Euro erreicht werden.
Dr. Karin Kreuel
Diabetes Kongress 2025

Eine verbesserte Fettqualität verändert auch das Lipidom.



Foto: Boxiang – stock.adobe.com (Generiert mit KI)

Vor Gürtelrose schützen,

wo andere nur Diabetes behandeln.

Diabetes erhöht das Risiko einer Gürtelrose um

38%^{#,1}

Empfehlen Sie Ihren Patient*innen ab 50 mit chronischen Erkrankungen jetzt die Impfung gegen Gürtelrose.

Metaanalyse des Gürtelroserrisikos bei Erwachsenen ≥ 18 Jahren mit Diabetes mellitus Typ 1 oder 2 im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung.

1. Huang C-T, Lee C-Y, Sung H-Y, et al. J Clin Endocrinol Metab. 2022;107(2):586–597.

Für eine vollständige Auflistung der Kontraindikation, Warnhinweise und Nebenwirkungen siehe Fachinformation.

SHINGRIX. Wirkstoff: Shingrix Pulver und Suspension zur Herstellung einer Injektionssuspension, Herpes-Zoster-Impfstoff (rekombinant, adjuvantiert). **Zusammensetzung:** Nach der Rekonstitution enthält eine Dosis (0,5 ml): 50µg Varizella Zoster Virus Glykoprotein-E-Antigen, hergestellt in immortalisierten Ovarialzellen des chinesischen Hamsters (CHO); adjuvantiert mit AS01₃, dieses enthält: 50 µg Pflanzenextrakt aus *Quillaja saponaria* Molina, Fraktion 21 (QS-21) und 50 µg 3-O-Desacyl-4'-monophosphoryl-Lipid A (MPL) aus *Salmonella minnesota*. **Sonstige Bestandteile:** Saccharose, Polysorbat 80, Natriumdihydrogenphosphat-Dihydrat, Kaliummonohydrogenphosphat, Colfosceriloleat (DOPC), Cholesterin, Natriumchlorid, wasserfreies Natriummonohydrogenphosphat, Kaliumdihydrogenphosphat, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Aktive Immunisierung zur Vorbeugung von Herpes Zoster (HZ) und postzosterischer Neuralgie (PZN) bei Erwachsenen im Alter von 50 Jahren und älter und bei Erwachsenen ab 18 Jahren mit erhöhtem Risiko für einen Herpes zoster. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder sonstige Bestandteile des Impfstoffes. Akute, schwere, fiebrige Erkrankung. **Nebenwirkungen:** **Sehr häufig:** Kopfschmerzen, gastrointestinales Beschwerden (einschließlich Übelkeit, Erbrechen, Durchfall und/oder Bauchschmerzen), Myalgie, Reaktionen an der Injektionsstelle (Schmerzen, Rötung, Schwellung), Müdigkeit, Schüttelfrost, Fieber. **Häufig:** Pruritus an der Injektionsstelle, Unwohlsein. **Gelegentlich:** Lymphadenopathie, Arthralgie. **Selten:** Überempfindlichkeitsreaktionen einschließlich Hautausschlag, Urtikaria, Angioödem. **Verschreibungspflichtig. Stand:** Oktober 2023

GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG, 81675 München. de.gsk.com

Nebenwirkungen melden Sie bitte ggf. bei der GSK-Hotline: 0800-1223355

Shingrix ist eine eingetragene Marke oder lizenziert unter der GSK Unternehmensgruppe.

Fiktive Patientin.

PM-DE-SGX-JRNA-250001 01.2025

Positive Prognose für „Zuckersteuer“

„Eine Herstellerabgabe auf Softdrinks nach britischem Vorbild über die kommenden 20 Jahre“ könnte „die Versorgungskosten in Deutschland um bis zu 4 Milliarden Euro senken“, sagt Professor Dr. MICHAEL LAXY, TU München. Für die Besteuerung anderer Lebensmittel sei die Studienlage deutlich dünner, deute aber auf positive Effekte bei Verkäufen und Konsum hin.



Zur Kasuistik:
gsk.to/hzdiabetes



Neue Strategie: Gesund aufwachsen und altern

Was macht die Versorgungspraxis besser? Notwendige Reformen beim Diabetes Kongress diskutiert

BERLIN. Gendersensible Forschung ist ein Muss in der Diabetologie, vor allem für Frauen mit Diabetes nach der Menopause. Den Behandlungserfolg von Diabetespatient*innen sichern die Zertifikate der DDG. Und bei der Krankenhausreform muss die Diabetologie weiter die Leistungsgruppen im Blick haben. Dies und mehr diskutierten Expert*innen beim Diabetes Kongress.

Die neue DDG Präsidentin Professorin Dr. JULIA SZENDRÖDI hat eine Vision: „Eine nationale Strategie für gesundes Aufwachsen und Altern – bestenfalls ohne Diabetes.“ Die Ärztliche Direktorin der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Stoffwechselkrankheiten und Klinische Chemie des Universitätsklinikums Heidelberg plädiert besonders für verhältnispräventive Maßnahmen – verbindliche Standards für die Verpflegung in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen, Ernährungskonzepte im Krankenhaus und flächendeckende Malnutritionsscreenings. Überdies sollten Leitlinien in der Versorgungspraxis besser umgesetzt werden, u. a. indem man sie konsequent in die DMP einbindet. Kein „Nice-to-have“ seien geschlechtsspezifische Unterschiede in der modernen Diabetologie, sagte Prof. Szendrödi. So steigt das Risiko

für Herzinfarkt und Schlaganfall bei Frauen mit Diabetes nach der Menopause signifikant um 40 bzw. 25% im Vergleich zu Männern. Zwei Drittel der Frauen mit Diabetes sind in der zweiten Zyklushälfte zudem von einer reduzierten Insulinempfindlichkeit betroffen. „Dennoch werden prämenopausale Frauen in Studien oft ausgeschlossen – ein strukturelles Problem in der klinischen Forschung“, kritisierte sie. Die DDG fordert eine konsequente gendersensible Forschung: Antidi-

»Gendersensible Forschung ist kein ‚Nice-to-have‘ in der Diabetologie«



betika sollen in allen Lebensphasen geprüft, patientenberichtete Erfahrungen (PROMs) stärker berücksichtigt und Clinician Scientists gefördert werden, die moderne Technologien mit Geschlechtersensibilität verbinden. Zudem müssen Geschlecht, psychosoziale Lage und Lebensrealität verpflichtend in Praxis und Leitlinien einfließen.

DDG Zertifikate – Qualität, die ankommt

Dass die Zertifikate der DDG den Behandlungserfolg von Menschen

mit Diabetes sichern, betonte Professor Dr. ANDREAS FRITSCH, Past Präsident der DDG.

So hätten Diabetespatient*innen, die in einem zertifizierten Krankenhaus behandelt würden, ein geringeres Risiko, dort zu versterben. Das ergab eine aktuelle Auswertung von über 8 Mio. Krankenhausaufenthalten zwischen 2021 und 2023.¹ Im Rahmen der Analyse wurden 300 zertifizierte Häuser mit 1.103 nicht zertifizierten Einrichtungen verglichen: Obwohl es mehr Menschen mit Diabetes gab, die kränker waren, zeigten die zerti-

fizierten Abteilungen eine niedrigere Krankenhaussterblichkeit bei der Hauptdiagnose Diabetes.

Mit Blick auf die Krankenhausreform plädiert die DDG weiter dafür, diabetologische Fachabteilungen in die Leistungsgruppe „Komplexe Diabetologie/Endokrinologie“ zu überführen und dafür auch Internist*innen mit der Zusatzweiterbildung Diabetologie zuzulassen.

Angela Monecke

1. Auzanneau M et al. medRxiv 2025.04.07.25325368; doi: 10.1101/2025.04.07.25325368

MEDICAL REPORT

Sichere Insulintherapie auch in hohem Lebensalter

ELDERLY-T-Studie: gute Glykämiekontrolle ohne Hypoglykämien

Gerade bei älteren Menschen mit Typ-2-Diabetes ist eine gut steuerbare und verlässlich wirksame Insulintherapie mit geringem Risiko für Unterzuckerungen gefragt. Daten aus der Praxis unterstreichen jetzt das Potenzial von Insulin glargin 300 E/ml in dieser vulnerablen Gruppe.

Mit steigendem Alter nimmt nicht nur die Zahl der Menschen mit Typ-2-Diabetes zu – auch die therapeutischen Herausforderungen wachsen. Multimorbidität, kognitive Einschränkungen, ein erhöhtes Sturz- und Hypoglykämierisiko erfordern individuelle Therapieziele mit einem Fokus auf Sicherheit, Verträglichkeit und Flexibilität. Gleichzeitig besteht ein Mangel an belastbaren Studiendaten, denn Menschen ≥ 75 Jahre sind in klinischen Studien häufig unterrepräsentiert.^{1,2}

Beobachtungsstudie unter Alltagsbedingungen

Diese Lücke schließt die ELDERLY-T-Studie – eine multizentrische, nicht-interventionelle Beobachtungsstudie, die unter Alltagsbedingungen den Einsatz von Insulin glargin 300 E/ml (Gla-300, Toujeo®) bei älteren Menschen mit Typ-2-Diabetes unter-

sucht hat.³ Eingeschlossen wurden 77 Personen ab 75 Jahren mit HbA_{1c}-Werten zwischen 8,0 und 11,0 %. Im Rahmen der Studie begannen sie entweder neu mit einer basal unterstützten oralen Therapie (BOT) oder wurden im Rahmen einer bestehenden BOT auf Gla-300 umgestellt. Nach sechs Monaten zeigten sich bei beiden Gruppen deutliche Verbesserungen: Der HbA_{1c}-Wert sank im Mittel um 1,4 % bei Insulin-Naiven sowie um 1,2 % bei Insulin-Vorbehandelten. In der Wechsel-Gruppe erreichten signifikant mehr Teilnehmende ihre HbA_{1c}-Zielwerte als in der Gruppe der BOT-Neulinge (34,4 % vs. 28,6%). Parallel dazu sanken auch die Nüchternblutzuckerwerte – in der Gruppe mit BOT-Neuanfang im Mittel von 225 auf 167 mg/dl, in der Wechsel-Gruppe von 165 auf 139 mg/dl.

Signifikante Glukosesenkung ohne Hypoglykämien

Trotz dieser deutlich gesunkenen Glukosewerte wurden in der gesamten Studienpopulation weder bestätigte noch schwere Hypoglykämien berichtet – ein zentraler Punkt für die Patient*innensicherheit in dieser Altersgruppe. Auch das Nebenwirkungsprofil von Gla-300 erwies sich als günstig: Es kam zu keinen

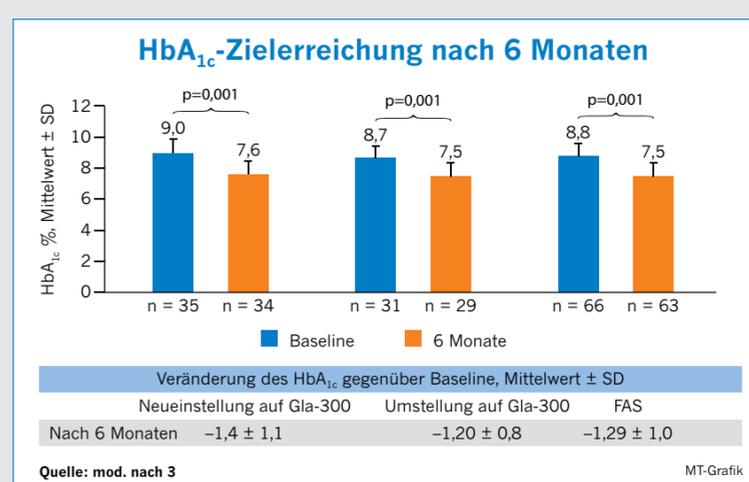


Abb. 1: Verbesserung der HbA_{1c}-Werte von Teilnehmenden der ELDERLY-T-Studie (Full Analysis Set (FAS) = 67) nach Neueinstellung oder Umstellung von einem anderen Basalsinsulin (BI) auf Insulin glargin 300 E/ml (Gla-300).

schwerwiegenden arzneimittelbezogenen unerwünschten Ereignissen. Nur vier Personen meldeten während des Beobachtungszeitraums überhaupt unerwünschte Ereignisse. Die Ergebnisse der ELDERLY-T-Studie stehen im Einklang mit früheren Untersuchungen, wie der SENIOR-Studie, die bei Personen ≥ 65 Jahre ähnliche Resultate hinsichtlich HbA_{1c}-Senkung und Hypoglykämierate zeigten.⁴ Vergleichbare Erkenntnisse

hatte für Menschen ≤ 65 Jahre auch die BRIGHT-Studie zutage gefördert, in der Gla-300 mit Insulin degludec 100 E/ml verglichen wurde.⁵ Die aktuellen Daten erweitern die Evidenz nun explizit auf die Gruppe ≥ 75 Jahre. Vor diesem Hintergrund rückt Insulin glargin 300 E/ml als modernes Basalsinsulin verstärkt in den Fokus der Versorgung – insbesondere bei älteren Menschen mit Typ-2-Diabetes mit komplexen Therapieanforderungen.

Fazit

Eine belastbare Wall of Evidence weist auf breite Anwendungsmöglichkeiten von Gla-300 auch im Praxisalltag hin.⁷⁻¹¹ Demnach ist Toujeo® aufgrund seiner pharmakologischen Eigenschaften und klinischen Evidenz eine flexible Therapieoption für Menschen mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes, einschließlich älterer Patient*innen und solchen mit reduzierter Nierenfunktion.

Nicht zuletzt dürfte Gla-300 auch deshalb an Bedeutung gewinnen, weil die Vermarktung mehrerer Insuline – darunter Insulin detemir – in Deutschland bis Ende 2025 ausläuft.⁶

1. Bellary S et al. Nat Rev Endocrinol. 2021;17(9): 534-548 | 2. Bradley D et al. J Geriatr Med Gerontol. 2016; 2(2): 14 | 3. Rudofsky G et al. Poster P04.10 beim DDG 2025, 28.-31.5.25 in Berlin | 4. Ritzel R et al. Diabetes Care. 2018; 41(8): 1672-1680 | 5. Rosenstock J et al. Diabetes Care. 2018; 41(10): 2147-2154 | 6. Mitteilung des BfArM vom 27.09.2024; siehe www.bfarm.de/SharedDocs/Arzneimittelzulassung/Lieferengpasse/DE/2024/info_insuline_20240927.pdf?__blob=publicationFile [abgerufen am 15.7.2025] | 7. Bailey et al. Diabetes Obes Metab 2019; 21: 2384-2393 | 8. Bonadonna RC et al. Diabetes Ther 2021; 12: 1073-1097 | 9. Mauricio D et al. Diabetes Obes Metab 2022; 24: 1875-1884 | 11. Moser O et al. Diabetes Technol Ther. 2023;25(3): 161-168

Essen im Takt der inneren Uhr

Betazellfunktion und Glukosetoleranz/zeitlich begrenzte Nahrungsaufnahme günstig

CHICAGO. Auch periphere Stoffwechselprozesse folgen zirkadianen Rhythmen, doch heutige Lebensgewohnheiten bringen diese oft durcheinander. Dies kann die Insulinsekretion, metabolische Parameter und das Gewicht beeinflussen. Positiv wirken sich begrenzte Zeitfenster für die Nahrungsaufnahme aus.

Unsere zentrale biologische Uhr sitzt im Nucleus suprachiasmaticus des Hypothalamus, erläuterte Dr. CHRISTINE A. DOUCETTE von der University of Manitoba in Winnipeg/Kanada. „Aber daneben gibt es periphere Uhren in nahezu jedem Organ – auch in den Betazellen.“ Diese zirkadianen Rhythmen werden durch Transkriptionsfaktoren wie CLOCK und BMAL1 gesteuert. Studien legen nahe, dass ca. 30 bis 40% aller Gene in Betazellen zirkadian reguliert sind.

Innere Uhr: essenziell für metabolische Balance

Ein Klassiker unter den Studien, so Dr. Doucette, zeige bereits 1973, dass die Glukosetoleranz tageszeitabhängig variiere.¹ Auch isolierte Inselzellen behalten für etwa drei Tage nach der Entnahme ihre Rhythmik. Ein Verlust der zirkadianen Uhr hingegen beeinträchtigt die Betazellfunktion. „Das zeigt, dass die innere Uhr absolut essenziell für die metabolische Balance ist.“

Denn der zelluläre zirkadiane Takt in Betazellen steuert Transkriptions- und Funktionszyklen und beeinflusst die tägliche Insulinsekretionskapazität, postnatale Betazellreifung sowie adaptive Antworten auf metabolischen Stress und akute Verletzungen. Dr. Doucette interessiert sich in ihrer Forschung daher besonders für das mitochondriale Protein UCP2, das mit reduzierter Insulinsekretion assoziiert ist (s. Kasten). „UCP2 wird bei längerer Nahrungskarenz hochreguliert – vielleicht als Schutzme-

chanismus gegen Hypoglykämien. Wir vermuten, dass es als zirkadianer Regulator der Insulinsekretion wirkt.“ Dr. Doucette erinnerte an die biologische Ausgangslage des Menschen: „Wir sind nicht dafür gemacht, rund um die Uhr Nahrung verfügbar zu haben. Unsere evolutionäre Geschichte ist von Fastenphasen geprägt – und unser Stoffwechsel braucht diese Pausen.“

Hinzu kommt ein weiterer wichtiger Aspekt: der Einfluss der mütterlichen Rhythmik auf den Stoffwechsel des Nachwuchses. In einem Tiermodell zeigte das Team um Dr. Doucette, dass Nachkommen von Ratten mit Gestationsdiabetes (GDM) langfristig eine eingeschränkte Betazellfunktion

aufwiesen – insbesondere männliche Nachkommen. „Wenn wir Nobiletin, ein Flavonoid mit rhythmusstabilisierender Wirkung, verabreichen, lässt sich die Insulinsekretion wiederherstellen.“

Nahrungsaufnahme: Auch hier zählt das richtige Timing

Prof. Dr. SATCHIDANANDA PANDA vom Salk Institute in La Jolla/Kalifornien widmete sich der translationalen Seite der zirkadianen Forschung: der zeitlich begrenzten Nahrungsaufnahme. „In den letzten 20 Jahren haben wir gelernt: Kalorienreduktion verbessert die Gesundheit, bessere Nahrungsqualität auch. Aber neuerdings wissen wir – auch das Timing der Nahrungsaufnahme hat einen großen Effekt.“

Er verwies auf Tiermodelle, wonach selbst bei hochkalorischer Diät eine Einschränkung des Essensfensters (Time-Restricted Feeding, TRF) auf acht bis zehn Stunden zu einer besseren metabolischen Gesundheit führt – unab-

hängig von der Kalorienmenge. „Time-Restricted Feeding reduziert Glukose- und Insulinspiegel, senkt die Leberfettwerte und dämpft die Effekte einer atherogenen Diät – bei beiden Geschlechtern.“ Und: Präklinische und auch klinische Studien an Menschen ergaben einen ganzen Strauß positiver Effekte von TRF, darunter verbesserte Herz- und Nierenfunktion, niedrigerer Blutdruck und niedrigere Blutfette, reduziertes Tumorstadium und geringere Entzündungswerte.

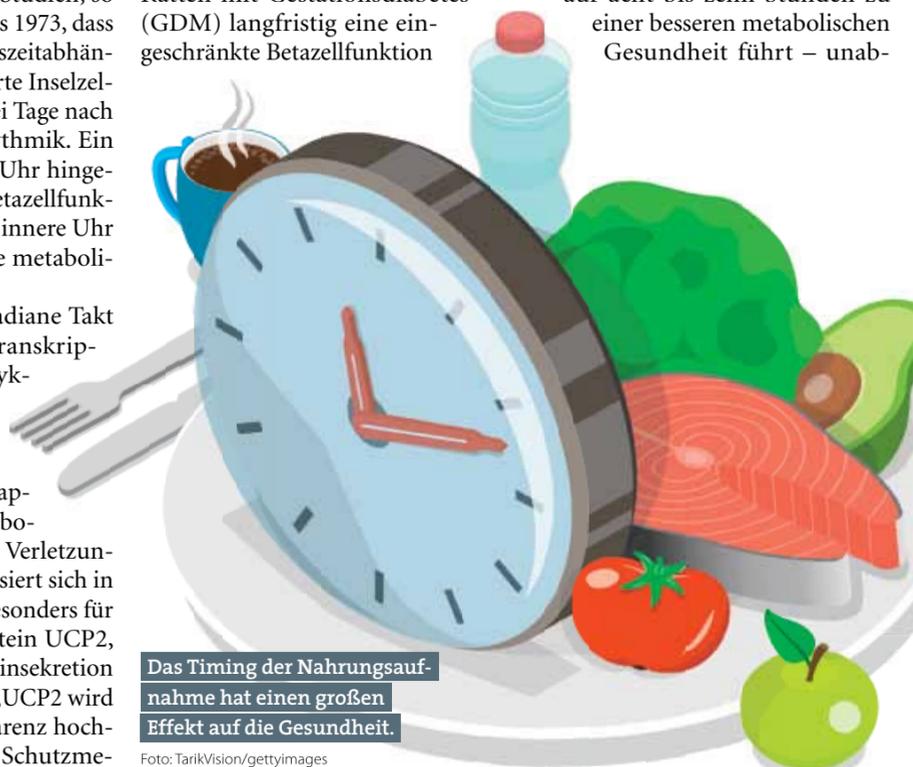
In einer eigenen Studie mit Erwachsenen mit metabolischem Syndrom konnte eine Reduktion des Essensfensters um täglich vier Stunden über einen Zeitraum von zwölf Wo-

chen den HbA_{1c}-Wert um 0,1% senken – ohne zusätzliche Medikation. Auch bei Schichtarbeit verbesserte eine Reduktion des Zeitfensters der Nahrungsaufnahme auf maximal zehn Stunden die Blutfettwerte und die Lebensqualität. Eine Rückbesinnung auf den zirkadianen Rhythmus hat nach Einschätzung von Prof. Panda also durchaus therapeutische Relevanz.

Von längeren Phasen der Nahrungskarenz sind die meisten Menschen allerdings weit entfernt, denn sie essen über eine Spanne von mehr als 14 Stunden täglich. Dies zeigen Daten aus Prof. Pandas eigens zu Studienzwecken eingerichteter zirkadianer Tracking-App: „Nur etwa einer von zehn Erwachsenen beschränkt sich auf ein Zehn-Stunden-Fenster. Viele beginnen früh mit der Kalorienaufnahme und essen dann über den ganzen Tag verteilt.“ Antje Thiel

Jahrestagung American Diabetes Association

1. Kevin F. Carroll, Paul J. Nestel, Diabetes 1 May 1973; 22 (5): 333–348; doi: 10.2337/diab.22.5.333



Das Timing der Nahrungsaufnahme hat einen großen Effekt auf die Gesundheit.

Foto: TarikVision/gettyimages



UCP2 – ein molekularer Taktgeber der Betazelle?

Uncoupling Protein 2 (UCP2) ist ein mitochondriales Transportprotein, das den Protonengradienten an der inneren Mitochondrienmembran reduziert – mit weitreichenden Folgen für die Energieproduktion und die Funktion der Betazellen:

- **Weniger ATP, weniger Insulin:** Durch die „Entkopplung“ der Atmungskette wird weniger ATP gebildet, das als zentraler Trigger für die glukoseabhängige Insulinfreisetzung gilt.
- **Akute Rolle bei Energiekrisen:** UCP2 wird besonders bei längeren Fastenphasen (24–72 h) hochreguliert. Vermutlich handelt es sich um einen Schutzmechanismus, um in Hungerperioden Hypoglykämien zu vermeiden.
- **Chronische Aktivierung problematisch:** Bei metabolischem Stress (z. B. Typ-2-Diabetes, Lipotoxizität) bleibt UCP2 häufig dauerhaft aktiv, was die Insulinsekretion nachhaltig dämpft.
- **Zirkadiane Kontrolle:** Neue Daten legen nahe, dass die Expression von UCP2 tageszeitlich variiert und durch die innere Uhr mitgesteuert wird – ein möglicher Ansatzpunkt für zeitlich abgestimmte Therapien. UCP2 gilt daher als möglicher Vermittler zwischen zirkadianer Rhythmik, Ernährungsverhalten und Betazellfunktion.

Preis für »Medizin trifft Zahnmedizin«

Interdisziplinärer Podcast prämiert

HAMBURG. Beim Dental-Marketing-Award 2025 wurde der Podcast dreimal prämiert: Silber in der Kategorie „Effektivität“ und Bronze in „Kreativität“ und „Ausführung“.

Medizin trifft Zahnmedizin“ schlägt die Brücke zwischen Human- und Zahnmedizin. Der Zahnmediziner Professor Dr. DIRK ZIEBOLZ und Redaktionsleiter GÜNTER NÜBER beleuchten mit Gästen aus beiden Disziplinen praxisrelevante Zusammenhänge und neue wissenschaftliche Perspektiven. Zu Gast war

z. B. Professor Dr. ERHARD SIEGEL („Einfluss der Ernährung auf die Mundgesundheit“). Weitere Folgen mit Diabetesbezug: „Warum Parodontitis uns krank machen kann“, „Lebensstil und (Mund-) Gesundheit: Verhaltensänderungen für bessere Mund- und Allgemeingesundheit“ und „Warum Gesundheit im Mund beginnt“. Beteiligt daran war der Diabetologe Professor Dr. THOMAS EBERT. „Medizin trifft Zahnmedizin“ erscheint monatlich auf den gängigen Podcast-Plattformen, zudem auf medical-tribune.de/podcasts.

Wundauflage positiv bewertet

Produkt dauerhaft erstattungsfähig

BERLIN/SULZBACH. Der G-BA hat den therapeutischen Nutzen von UrgoStart Tül zur Wundbehandlung bei diabetischem Fußulkus bestätigt. Damit ist die Wundauflage das erste Produkt, das als „sonstiges Produkt zur Wundbehandlung“ (SPzW) in die Anlage V der Arzneimittelrichtlinie aufgenommen wurde.

UrgoStart Tül bleibt somit dauerhaft verordnungs- und erstattungsfähig im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), auch nach Ablauf der gesetzlich vorgesehenen Übergangsregelung für SPzW. Seit Einführung der Verbandmitteldefinition 2020 ist kein

sonstiges Produkt zur Wundbehandlung in die Anlage V aufgenommen worden.

Versorgung nun nach Ende der Übergangsfrist möglich

Die Verbandmitteldefinition unterteilt die Wundauflagen in drei Klassen: Verbandmittel (Teil 1), Verbandmittel mit ergänzenden Eigenschaften (Teil 2) und sonstige Produkte zur Wundbehandlung (Teil 3). Während die ersten beiden Klassen bereits verordnungsfähig und über die GKV erstattungsfähig sind, müssen sonstige Produkte ihren therapeutischen Nutzen bis spätestens 1. Dezember 2025 nachweisen,

um erstattungsfähig zu bleiben. Die URGO GmbH hat für UrgoStart Tül frühzeitig einen Antrag auf Aufnahme in die Anlage V gestellt, um die Versorgungssicherheit nach Ablauf der Übergangsfrist zu gewährleisten. UrgoStart Tül enthält die TLC-NOSF-Matrix mit Sucrose-Octasulfat. Im Februar 2024 hat der G-BA ein Stellungnahmeverfahren zur Prüfung von Produkten mit Sucrose-Octasulfat als sonstige Produkte zur Wundbehandlung eingeleitet. Die Entscheidung in diesem Verfahren steht noch aus. Die positive Bewertung von UrgoStart Tül kann daher als Weichenstellung gelten.

Red.

»Entdecke die Welt der Diabetologie«

Students' Diabetes Day: 45 Teilnehmende kommen in Kontakt mit dem spannenden Fach

HEIDELBERG. In den Curricula des Studiengangs Humanmedizin sind an vielen deutschen Universitäten nur zwei bis vier Unterrichtsstunden für die Diabetologie vorgesehen. Der Students' Diabetes Day der AG Nachwuchs will die Diabetologie sichtbarer machen und für das Fach begeistern.

Im April 2025 machte der Students' Diabetes Day (SDD) erstmalig in Baden-Württemberg Station. Mit Unterstützung der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Stoffwechselerkrankungen und Klinische Chemie des Universitätsklinikums Heidelberg konnte das Team um MAXIMILIAN REICHERT, MIO KESPER und Dr. JANNIK DREESEN von der AG Nachwuchs der nächsten Generation unser Fach näherbringen.

Renommierte Referierende werben um den Nachwuchs

Eröffnet wurde der Tag von DDG Präsidentin Professorin Dr. JULIA SZENDRÖDI. Die Ärztliche Direktorin der Klinik beleuchtete zentrale Themen wie Prävention, Versorgungsqualität und Subtypisierung des Diabetes und Prädiabetes. Unter Anleitung von Diabetesberaterin BIRGIT WETEKAM konnten die Teilnehmenden CGM-Erfahrung sammeln und den eigenen Glukoseverlauf verfolgen. Prof. Dr. ERHARD SIEGEL, Ärztlicher Direktor am St. Josefs-

krankenhaus Heidelberg, besprach als langjähriger Unterstützer der AG Nachwuchs im Workshop »Diabetologie im ersten Dienst« mit den 45 Teilnehmenden anhand eines Falls, wie ein diabetologischer Notfall in der Notaufnahme diagnostiziert und behandelt wird. »Rein theoretisches Lernen bereitet meiner Erfahrung nach nicht optimal auf den Anfang der klinischen Tätigkeit in unserem so praktischen Fach vor. Wir wollen hier eine möglicherweise vorhandene



Professor Dr. Erhard Siegel stellt einen diabetologischen Notfall vor. Foto: Maximilian Reichert

Angst abbauen«, so Dr. JONAS LAASER, einer der Sprecher der AG Nachwuchs. Er verwies darauf, dass »irgendwann jede*r Ärzt*in unabhängig

der Fachrichtung nachts angerufen und mit der Behandlung eines Menschen mit Hyperglykämie konfrontiert wird«. Der Workshop könne eine Lücke im Studium schließen.

Dr. DOROTHEA REICHERT, niedergelassene Diabetologin in Landau i. d. Pfalz, stellte u. a. die Vor- und Nachteile der AID-/Pumpentherapie vor. »Erst wenn man einen praktischen Einblick in den Alltag der Menschen mit Diabetes mellitus bekommt, werden einem einzelne Probleme – wie Alarmer in der Nacht – bewusst«, findet Dr. JANNIK DREESEN. Dr. LENA JAKOB, Ärztin in Weiterbildung Innere Medizin und angehende Diabetologin im St. Josefskrankenhaus, begleite-

»Eintauchen in Praxis und Theorie der Diabetologie«

te in ihrem Vortrag einen fiktiven Patienten durch verschiedene Lebensphasen mit Typ-1-Diabetes. Sie zeigte auf, wie eine frühe Diabeteserkrankung Eigenschaften wie Disziplin, Offenheit und Struktur als Stärken ausprägen kann.

Zum Abschluss wurden Angebote für interessierte Studierende präsentiert, z. B. Doktorarbeiten, Famulaturen oder PJ-Tertiale an der gastgebenden Klinik sowie Fördermöglichkeiten durch die DDG. »Der Frühjahrskongress und die DDG-Herbsttagung sind großartige Chancen, die Diabetologie besser kennenzulernen. Als Stipendiat begegnete ich dort einer herzlichen und nachwuchsorientierten Fachgemeinschaft, die viele niederschwellige Angebote für Studierende und junge Ärzt*innen geschaffen hat«, berichtet MIO KESPER, Student im Praktischen Jahr in Heidelberg.

Dr. Jannik Dreesen, Mio Kesper, Maximilian Reichert und Dr. Jonas Laaser für die AG Nachwuchs

Die AG Nachwuchs der DDG

- Die AG unterstützt den DDG Vorstand, die Lehre und die beruflichen Möglichkeiten in der Diabetologie zu verbessern und Mediziner*innen sowie (Natur-)Wissenschaftler*innen dauerhaft für eine Tätigkeit in Praxis, Klinik und Forschung zu gewinnen.
- Neben den Students' Diabetes Days organisiert die AG (nachwuchs@ddg.info) im Rahmen von Diabetes Kongress und Diabetes Herbsttagung ein Reisestipendien-Programm.
- Über ihre Aktivitäten informiert die AG z. B. auch im Podcast O-Ton Diabetologie und auf Instagram (ddg_ag_nachwuchs).

Informationen zu den Stipendien und zur Famulatur- und PJ-Börse:

www.ddg.info/nachwuchsfoerderung



STAT



Madrigal ist ein biopharmazeutisches Unternehmen, das sich auf die Entwicklung **neuartiger Therapeutika für Lebererkrankungen** mit hohem ungedecktem medizinischem Bedarf konzentriert.

MASH: metabolische Dysfunktion-assoziierte Steatohepatitis. 1. EASL; EASD; EASO. J Hepatol. 2024;81(3):492–542. 2. Singh S et al. Clin Gastroenterol Hepatol. 2015;13(4):643–654.

© 2025 Madrigal Pharmaceuticals GmbH. All rights reserved. DE-PP-DS-00021 07/25

Andere Wurzeln, andere Risiken

Metaanalyse fokussiert auf die Rolle des Migrationsstatus bei Folgeerkrankungen

BERLIN. In Europa lebende Menschen mit südasiatischen und afrikanischen Wurzeln erkranken häufiger an Typ-2-Diabetes als die europäische Mehrheitsbevölkerung – aber sie versterben seltener an den Folgen der Erkrankung. Warum ist das so?

Die Übersichtsarbeit einer niederländischen Forschergruppe im *British Medical Journal*¹ zeigt, dass Personen mit eigener oder elterlicher Migrationsgeschichte in Europa trotz ihrer deutlich höheren Diabeteserkrankungsraten ein um 28 % geringeres Risiko für schwere Herz-Kreislauf-Komplikationen haben. Das Sterberisiko liegt sogar um etwa 30 % unter dem der europäischen Mehrheitsbevölkerung“, sagt Professorin Dr. INA DANQUAH, tätig in Bonn und Heidelberg und Vorsitzende der AG Diabetes & Migration der DDG. In der Metaanalyse wurden die Daten von 54 Vergleichsstudien mit insgesamt 1,2 Millionen Migrant*innen in Europa ausgewertet.¹ Diese Ergebnisse widersprechen bisherigen Studien, meist aus den USA, die ein durchweg erhöhtes Risiko für Diabeteskomplikationen bei Migrant*innen beschrieben haben.

Eine Ursache für weniger makrovaskuläre Komplikationen könnten genetische Schutzfaktoren sein. So weisen etwa Menschen aus Herkunftsländern im südlichen Afrika

ein günstigeres kardiometabolisches Profil auf, z. B. Blutfettwerte betreffend. Weitere Gründe könnten sein, dass bei Menschen aus dem asiatischen und afrikanischen Raum seltener Risikofaktoren wie Rauchen, Alkoholkonsum oder Bluthochdruck bestehen. Außerdem gibt es Hinweise, dass Ärzt*innen bei Migrant*innen von einem höheren Risiko ausgehen und früher antidiabetische Medikamente einsetzen.

Anders ist es bei mikrovaskulären Komplikationen. Die Übersichtsarbeit zeigt: Besonders Patient*innen südasiatischer und afrikanischer Herkunft entwickeln etwas häufiger Nephropathie und Retinopathie als die europäische Durchschnittsbevölkerung. Die Gründe dafür sind

»Genetischer Schutz, seltenere Risikofaktoren«



Menschen sind vielfältig – ebenso sind es die Risikoprofile.

Politische Forderungen der DDG

- Landesweit gut erreichbare ambulante und stationäre Versorgung
- Überwindung von Sprachbarrieren
- Niedrigschwellige Versorgung, z. B. durch mobile Sprechstunden
- Individuelle Prävention, z. B. durch Ernährungsempfehlungen und Aufklärung passend zum Lebensstil der Zielgruppen

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

unklar. Allgemein werden „Nieren und Augen oft zu spät untersucht“ – darauf weist Dr. ALAIN BARAKAT, stellv. Vorsitzender der AG Diabetes & Migration, Duisburg, hin. Und Prof. Danquah sagt: „Migrantinnen und Migranten leben mitunter unter schwierigen Bedingungen: wenig Raum, prekäre Arbeitsbedingungen, Diskriminierung und psychischer Stress – all das kann eine konsequente Diabeteskontrolle erschweren.“ Auch Sprachbarrieren, Misstrauen gegenüber dem Gesundheitssystem oder fehlende Kenntnisse über Vorsorgeangebote spielen eine Rolle. Solche Faktoren könnten erklären,

warum schleichende diabetische Erkrankungen wie Nephropathie und Retinopathie durch Diabetes bei Personen mit Migrationsgeschichte häufiger auftreten.

Konsequente Untersuchung auf mikrovaskuläre Komplikationen

Für die hausärztliche und diabetologische Betreuung ergeben sich aus der Übersichtsarbeit klare Empfehlungen: Insgesamt sollte bei allen Menschen mit Diabetes konsequent auf mikrovaskuläre Komplikationen untersucht werden. Zudem ist die Aufklärung der Betroffenen wichtig. „Mit einer guten Vorsorge und kon-

sequenter Therapie lassen sich viele Komplikationen verhindern. Wobei das für alle gilt – unabhängig von der Herkunft“, so Prof. Danquah. Wichtig sei, dass Angebote verständlich, niederschwellig zugänglich und kulturell angepasst sind. „Diabetologie ist sprechende Medizin – das gilt an dieser Stelle ganz besonders!“ Und Dr. Barakat resümiert: „Gesundheit entsteht nicht nur in der Praxis – gesellschaftliche Teilhabe, Verständnis und gegenseitiger Respekt sind entscheidend.“

DDG/dz

1. Beulens J et al. *BMJ Open Diabetes Res Care* 2024; 12:e004345; doi: 10.1136/bmjdr-2024-004345

BEI MASH MIT MODERATER BIS FORTGESCHRITTENER FIBROSE

AGIEREN T VERLIEREN

Eine **frühzeitige Diagnose** und ein **aktives Management** sind entscheidend für MASH-Patient:innen mit **moderater bis fortgeschrittener Fibrose**, da die Erkrankung schwerwiegende Folgen haben kann^{1,2}

Geben Sie der Fibrose keine Zeit und diagnostizieren Sie Ihre Patient:innen frühzeitig

Kein Kostentreiber, sondern Effizienzreserve

Schulgesundheitsfachkräfte: vom Modellprojekt zur Verstetigung



Mit den Teilnehmenden des Fachtags im Gespräch: Prof. Dr. Heidrun Thaiss (Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin/Universität Münster), Andrea Kiefer (Vorsitzende DBfK Südwest) und Bettina Straub.



Podiumsdiskussion mit Bettina Straub (Gesundheitsamt Stuttgart), Prof. Dr. Catharina Maulbecker-Armstrong (Technische Hochschule Mittelhessen), Ulrich Striegel (Kultusministerium Hessen) und Oliver Janiczek (Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung).

STUTT GART. Auch in Deutschland könnten nach Überzeugung von Fachleuten ausgebildete Pflegefachpersonen an Schulen künftig bald Standard sein. Für eine flächendeckende Einführung von Schulgesundheitsfachkräften stehen die politischen Zeichen aktuell günstig wie nie. Profitieren würden insbesondere Kinder mit chronischen Erkrankungen wie Typ-1-Diabetes.

Wenn es um die Unterstützung von Kindern mit Typ-1-Diabetes im Schulalltag geht, sind derzeit in erster Linie die Eltern zuständig. Damit jemand Glukosewerte und Symptome für Hypo- bzw. Hyperglykämien im Blick hat und bei Bedarf beim Berechnen von Kohlenhydraten hilft, müssen sie oft einen Flickenteppich unterschiedlicher Hilfen koordinieren. Um Hilfe in Form einer Einzellösung zu erhalten, führt sie ihr Weg vom Kinderarzt zur Krankenkasse, vom Schulamt zur Kommune – und am Ende fühlen sie sich häufig genug alleingelassen. Die Folge sind Lücken in der Betreuung, unnötige Fehlzeiten am Arbeitsplatz, belastete Familien und Lehrkräfte, die im Notfall improvisieren müssen.

„Am Ende passiert oft gar nichts“ – das soll ein Ende haben

Abhilfe könnten Schulgesundheitsfachkräfte (SGFK) schaffen, wie sie bereits in vielen anderen Ländern gang und gäbe sind. Sie leisten medizinische Hilfe im Notfall, kümmern sich um die besonderen Bedarfe chronisch kranker Kinder, vermitteln Gesundheitskompetenz und leisten wertvolle Präventionsarbeit. Bei einem Fachtag im Mai 2025, veranstaltet vom Gesundheitsamt Stuttgart unter Leitung von Professor Dr. STEFAN EHEHALT und dem Deutschen Berufsverband für Pfl-

geberufe (DBfK) im Gesundheitsamt in Stuttgart, wurde diskutiert, wie die flächendeckende Einführung von SGFK in öffentlichen Schulen gelingen kann.

Für Professor Dr. HEIDRUN THAISS, Kinderärztin und Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ), ist klar: „Kinder haben einen Anspruch darauf, im Schulalltag die Unterstützung zu bekommen, die sie für ihre gesundheitliche Sicherheit brauchen. Das ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, dafür sollte kein schrecklicher Gang durch die Instanzen nötig sein.“ Schulgesundheitsfachkräfte sollten aus ihrer Sicht daher neben Schulpsycholog*innen und Schulsozialarbeiter*innen fester Bestandteil der interdisziplinären Teams an Schulen sein.

Bislang ging es auf dem Weg dorthin in Deutschland allerdings nur zäh voran. Für Bildung, Gesundheit und Soziales sind unterschiedliche Akteure zuständig. Bund, Länder, Kommunen und Krankenkassen schieben sich gegenseitig die Verantwortung zu. „Der Bund sagt, das ist Ländersache, die Länder zeigen auf die Kommunen – und am Ende passiert oft gar nichts“, kritisiert Professor Dr. ANDREAS NEU, Kinderdiabetologe aus Tübingen.

Erhebliche Entlastung – und immense Einsparungen

Doch mittlerweile zeigen Daten aus etlichen befristeten Modellprojekten in mehreren Bundesländern, dass Schulgesundheitsfachkräfte Eltern und Lehrkräfte erheblich entlasten, die Betreuung von Kindern mit chronischen Erkrankungen erleichtern und die Gesundheitskompetenz der Schüler*innen verbessern. Den Kosten für die Pflegepersonen stehen daher immense Einsparungen ge-

genüber, weil weniger Rettungseinsätze und Schulbegleitungen nötig sind und sowohl Schüler*innen als auch ihre Eltern weniger Fehlzeiten im Unterricht bzw. am Arbeitsplatz verzeichnen.

Auch ein weiteres häufig vorgebrachtes Gegenargument ist in den Augen von Prof. Thaiss längst widerlegt: „Es heißt oft, dass es zu wenig Pflegekräfte gibt, und mit Schulgesundheitsfachkräften würden dem System weitere Kräfte entzogen.“ Tatsächlich aber könnten viele Pflegekräfte ihren anstrengenden Beruf gar nicht bis zur Rente ausüben. Für sie sei der Wechsel in die Schulgesundheitspflege eine Möglichkeit, bis zum Schluss in einem pflegerischen Beruf zu arbeiten. „Damit konnten wir tatsächlich schon Pflegekräfte zurückgewinnen, die sich bereits umorientiert hatten – das macht den Beruf sogar attraktiver!“

Sind Schulgesundheitsfachkräfte bald Standard?

Und so zeichnet sich inzwischen ein klarer Aufwärtstrend ab. In zehn von 16 Bundesländern laufen aktuell Projekte oder Vorhaben, teilweise mit explizitem Ausbauforder. Hessen gilt als Vorreiter mit 50 unbefristeten Stellen, in Stuttgart sind zehn festangestellte Schulgesundheitsfachkräfte tätig. Bundesweit sind es rund 150 – ein Bruchteil gemessen an den etwa 30.000 Schulen in Deutschland, aber dennoch ein wichtiger Schritt. Prof.

»Projekte in zehn Bundesländern«

Neu sagt: „Ich denke, dass Schulgesundheitsfachkräfte in einigen Jahren in Deutschland Standard sind.“ Und Prof. Thaiss ist ebenfalls optimistisch: „Wir nähern uns rasant dem Ziel, ich sehe fünf Jahre als realistisch an.“

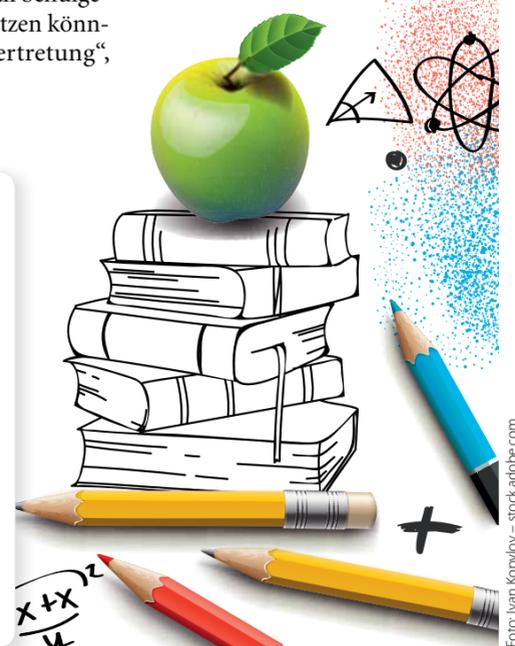
Treiber dieser Entwicklung sind mehrere Faktoren: Da sind zum einen der gesetzlich verankerte Ausbau der Ganztagsbetreuung, die steigende Zahl chronisch kranker Kinder sowie wachsende gesellschaftliche Erwartungen an Teilhabe und Inklusion. Gleichzeitig wächst in der Politik die Einsicht, dass sich Bildungs- und Gesundheitsfragen nicht voneinander trennen lassen. Prof. Thaiss verweist in diesem Zusammenhang auf ein Urteil des Sozialgerichts Darmstadt (Az. S 13 KR 262/23), wonach die Schulbegleitung bei Kindern mit Typ-1-Diabetes keine Eingliederungshilfe darstellt, sondern eine Leistung, die von der Krankenkasse übernommen werden muss. „Die Kosten für diese Individualhilfen sind in den vergangenen Jahren derart stark gestiegen, dass man mit dem Geld überall Schulgesundheitsfachkräfte einsetzen könnte – inklusive Urlaubsvertretung“, erklärt sie.

Auch der Zusammenschluss von Bildung und Familie in einem Bundesministerium stimmt Prof. Thaiss hoffnungsvoll, ebenso wie die Besetzung des Ressorts mit Karin Prien. Denn die CDU-Politikerin ist aus ihrer Arbeit als Kultusministerin von Schleswig-Holstein mit den Vorteilen von Schulgesundheitsfachkräften vertraut – schließlich gehören diese in den Schulen der dänischen Minderheit zur Grundausstattung. Zudem entstehen Strukturen, die eine flächendeckende Einführung erleichtern: In Kooperation mit der Robert Bosch Stiftung wird eine bundesweit einsetzbare Dokumentationssoftware entwickelt, die 2026 starten soll. „Sie ermöglicht eine standardisierte Erfassung von Attesten, Behandlungsplänen und Einsätzen – vergleichbar mit einer digitalen Patientenakte für den schulischen Kontext“, erklärt Prof. Neu. Erste Krankenkassen und die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) in Baden-Württemberg hätten bereits Unterstützung signalisiert, etwa durch Zuschüsse für Erstausrüstung der Behandlungsräume und Erste-Hilfe-Material. Und die Erfahrung zeigt: „Wenn eine Kasse erst mal dabei ist, wollen die anderen meist nicht nachstehen. Das ist also ein sehr gutes Zeichen.“ Antje Thiel

»Wir nähern uns rasant dem Ziel – ich sehe fünf Jahre als realistisch an«

Mehr zum Thema

- Die DDG setzt sich seit Jahren intensiv für die Einführung von Schulgesundheitsfachkräften ein. Wer auf ddg.info nach „Schulgesundheitsfachkraft“ sucht, hat Zugriff auf alle Dokumente – darunter ein Positionspapier von u.a. DDG, diabetesDE, DGKJ und DGSPJ.
- Der Projektbericht zum Modellprojekt „Schulgesundheitsfachkräfte“ in Stuttgart 2021–2024 ist hier einsehbar: www.stuttgart.de/medien/ibs/projektbericht_zum_modellprojekt_final.pdf
- Der Kindergesundheitsbericht 2024 der Stiftung Kindergesundheit zum Thema „Schule & Gesundheit“ enthält mehrere Beiträge über den Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften: www.kindergesundheit.de/Die-Stiftung/Kindergesundheitsberichte – oder QR-Code scannen.



»Fast völlige Prävention möglich«

Die Frauen- und Familiengesundheit zu verbessern, ist ein starker Antrieb

KÖLN/FREIBURG I. BR. Diabetes in der Schwangerschaft ist ein vielschichtiges Thema. Nicht zuletzt möchten die beiden Sprecherinnen der AG Diabetes & Schwangerschaft der DDG die Frauengesundheit in den Fokus rücken. Interessantes über Metformin, Inkretinmimetika und die rechtzeitige Vorstellung in der Geburtsklinik? Gibt's in der begleitenden Podcast-Folge.

Wie viele Frauen haben in der Schwangerschaft Diabetes?

Prof. Groten: Wir haben ganz gute Zahlen aus der Perinatalstatistik bzw. der Bundesauswertung für Geburtshilfe des IQTiG. Die Zahlen von 2023 zeigen, dass 7,4% der Frauen, die schwanger waren, einen Gestationsdiabetes hatten. Die Zahlen sind seit 2012 ansteigend, was sicherlich daran liegt, dass das allgemeine Screening eingeführt wurde, aber auch daran, dass die Frauen zunehmend übergewichtig und adipös sind, was ein wesentlicher Risikofaktor ist für Gestationsdiabetes. Und 1,1% der Frauen haben Typ-1- und Typ-2-Diabetes. Welcher Diabetestyp es ist, wird nicht genau aufgeschlüsselt, aber man schätzt, 20 bis 30% haben Typ-2-Diabetes und die Übrigen Typ-1-Diabetes. Bei diesen präkonzeptionell bekannten Diabetesformen ist die Prävalenz stabil.

Was sind die negativen Folgen eines Gestationsdiabetes (GDM)?

Prof. Groten: Ganz wichtig ist: Letztendlich ist für Mutter und Kind in der Schwangerschaft nicht die Diagnose Schwangerschaftsdiabetes schädlich oder nachteilig, sondern die Hyperglykämie. Deshalb bemühen wir uns so darum, die Hyperglykämie bei den Müttern zu vermeiden und damit auch alle Folgen, die ein Zuviel an Zucker im Blut haben kann. Wir wissen aus Zeiten, in denen noch nicht gescreent, die Behandlung des GDM noch nicht so ernst genommen wur-

de, dass Mütter mit GDM häufiger Hochdruckerkrankungen und Infekte der Blase und auch des Genitaltraktes bekamen. Oft bleibt es nicht bei einer Blasenentzündung, sondern es kommt zu einer Frühgeburtslichkeit. Das sehen wir kaum noch, wenn wir den GDM gut behandeln. Für die Kinder sind gute Werte noch viel relevanter, weil der hohe Zucker der Mutter eins zu eins zum Kind übergeht und die Kinder im Gegensatz zur Mutter ausreichend Insulin produzieren können. Die Kinder bauen den Zucker ein, werden dadurch dick und groß, mit allen Folgen, die das im Geburtsvorgang auch für die Mutter haben kann. Wir wissen, dass dieses Zuviel an Insulin im Blut der Kinder die Organreife hemmt. Außerdem wird durch die ständige Überstimulation in der Schwangerschaft der ganze Stoffwechsel dieser heranwachsenden Menschen lebenslang so programmiert, dass sie später ein hohes Risiko haben, dick zu werden und selbst einen Diabetes zu entwickeln. Das nennen wir fetale Programmierung. Die gute Nachricht ist: Wenn wir beim Schwangerschaftsdiabetes den Zucker gut einstellen, können wir all das vermeiden, und zwar zu einem sehr hohen Prozentsatz.

Auf einen GDM gescreent wird zwischen der 24. und 28. Schwangerschaftswoche (SSW). Was spricht für ein früheres Screening?

PD Dr. Laubner: 2023 wurde eine Studie dazu durchgeführt und im New England Journal publiziert. Die teilnehmenden Frauen hatten Risikofaktoren für einen GDM und sind im Mittel um die 16. SSW gescreent worden, also deutlich früher als normalerweise. Frauen, die schon früh in der Schwangerschaft einen auffälligen Test hatten und dann auch behandelt wurden, haben pro-



PROFESSOR DR. TANJA GROTEN

Die Gynäkologin und Diabetologin leitet die Klinik und Poliklinik für Geburtsmedizin an der Uniklinik Köln sowie der medizinischen Fakultät. Sie ist eine der beiden Sprecherinnen der AG Diabetes & Schwangerschaft der DDG.



PD DR. KATHARINA LAUBNER

Die Diabetologin ist tätig am Universitätsklinikum Freiburg und hat dort die stellvertretende Leitung der Abteilung für Diabetologie und Endokrinologie inne. Sie ist ebenfalls Sprecherin der AG Diabetes & Schwangerschaft der DDG.

fitiert, was das Outcome der Kinder betrifft. Die Frage ist allerdings: Welche Grenzwerte sind sinnvoll? Denn man hat in dieser Studie gesehen: Frauen mit sehr hohen Werten haben wesentlich stärker profitiert, auch was das kindliche Outcome betrifft. Aber im Prinzip ist es schon sinnvoll, Frauen, die Risikofaktoren haben, deutlich früher zu testen.

Prof. Groten: Wir wissen, dass der Insulinbedarf besonders ab der 20., 22. SSW ansteigt. Bei ganz gesunden Frauen würden wir durch ein früheres Screening eine Störung so früh gar nicht erkennen können. Bei diesen Frauen ist es wichtig, dass wir dann testen, wenn der Bedarf an Insulin stark ansteigt.

Was geben Sie den Frauen mit GDM mit auf den Weg?

PD Dr. Laubner: Wir geben Empfehlungen für Ernährung und körperliche Aktivität. Weil die Frauen häufig übergewichtig oder adipös sind, müssen sie darauf achten, die Gewichtszunahme im Rahmen zu halten. Da gibt es ganz klare Vorgaben: Frauen mit einem BMI über 30 sollten möglichst nur fünf bis neun Kilogramm in der Schwangerschaft zunehmen. Die Behandlung des GDM durch Lebensstilmodifikation gelingt meistens, bei 20 bis 30% der Frauen ist aber doch eine Insulintherapie notwendig.

Prof. Groten: Man muss den Frauen klarmachen, dass es in der Schwangerschaft einen erhöhten Insulinbedarf gibt. Ist nicht genug Insulin da, muss man es genauso substituieren wie Eisen oder Folsäure.

Es wird diskutiert, ob schwangere Frauen mit Typ-2- oder Gestationsdiabetes von einem CGM-System profitieren. Wie sehen Sie das?

Prof. Groten: Ich bin der Auffassung, wenn wir Frauen in dieser Situation vom blutigen Messen entlasten, ist das ein riesiger Vorteil. Am Kompetenzzentrum für Diabetes und Schwangerschaft in Jena haben wir seit fünf Jahren den Frauen relativ regelmäßig und zunehmend Sensoren verschrieben und wir wissen, dass sie mit der Behandlung viel, viel zufriedener sind.

Außerdem lernen die Frauen durch das Biofeedback viel schneller, wie sie ihren Blutzucker auch anders regulieren können als mit Insulin. Ich bin fest davon überzeugt, dass diese Frauen auch längerfristig gesünder leben werden. Dieser Lerneffekt ist mehrfach nachgewiesen worden und wir erwarten jetzt die ersten Studienergebnisse, die zeigen, dass tatsächlich das Outcome besser ist. Aus meiner Sicht sind wir ethisch dazu verpflichtet, den Frauen einen Sensor zu geben.

Warum sollten Frauen, die einen GDM hatten, nach der Geburt an einem Screening teilnehmen?

PD Dr. Laubner: Man kann den Gestationsdiabetes auch als Prä-Typ-2-Diabetes bezeichnen. Das Risiko für einen Diabetes mellitus Typ 2 ist innerhalb der ersten zehn Jahre siebenfach erhöht. Das Screening ist sinnvoll, um präventiv einzugreifen oder rechtzeitig eine Therapie in die Wege zu

leiten. Es ist erschreckend, wie wenige Frauen zum Screening gehen – nämlich nur 40%.

Wann sollten die Frauen zum Screening gehen?

PD Dr. Laubner: Das erste Mal sechs bis zwölf Wochen nach der Geburt, so sagt es die aktuelle Leitlinie, und zwar mittels eines 75-Gramm-oGTT. Das ist wahrscheinlich für die Frauen und die betreuenden Praxen nicht sehr praktikabel, sodass man schauen muss, ob sich das Risiko mit klinischen Prädiktoren besser abschätzen lässt, damit man eine individuelle Nachsorge machen kann. In der neuen Leitlinie wird sich da ein bisschen was ändern. Danach folgt ein jährliches oder zweijährliches Screening. Und wenn die Frauen das erste Screening nicht wahrnehmen, aber innerhalb des ersten Jahres kommen, ist das trotzdem gut.

Prof. Groten: Damit mehr Frauen zum Screening gehen, haben wir von der AG mit der GestDiab-Studien-Gruppe einen Nachsorgepass entwickelt. Wir hoffen, so mehr Frauen dazu zu bringen, sich auch um sich selbst zu kümmern.

Welche Projekte verfolgt die AG Diabetes & Schwangerschaft?

Prof. Groten: Etabliert hat sich der jährliche Workshop, in dem wir die aktuellen Themen nicht auf Fortbildungsebene besprechen, sondern auf Diskussions-ebene besprechen. Der Workshop ist ganz zentral und macht die AG hoffentlich auch attraktiv.

PD Dr. Laubner: Wir beteiligen uns natürlich intensiv an den Leitlinien und arbeiten an Zertifizierungsmodulen wie dem Modul Diabetes & Schwangerschaft mit. Wir werden zukünftig zudem versuchen, uns mit anderen AGs zu vernetzen.

Warum engagieren Sie sich als Sprecherinnen der AG?

Prof. Groten: Das Thema liegt uns sehr am Herzen. Es ist ein Bereich, in dem fast völlige Prävention möglich ist, und man kann ganz viel für die Frauen- und Familiengesundheit erreichen. Gerade die Entdeckung der Schwangeren, die in der Schwangerschaft ein Problem haben, als Zielgruppe für Präventionsmaßnahmen ist etwas, was wir politisch nach außen tragen müssen und wollen, weil es ein Aspekt der ungenügend beachteten Frauengesundheit ist.

PD Dr. Laubner: Für mich ist der präventive Aspekt auch sehr wichtig. Man kann die Frauen motivieren, den Gestationsdiabetes zu nutzen, um dem Kind etwas Gutes zu tun und den Typ-2-Diabetes zu verhindern. Und natürlich braucht es auch einfach Menschen, die sich in einer Fachgesellschaft engagieren.

Interview: Nicole Finkenauer

»Erschreckend, wie wenige Frauen zum Screening gehen«

Neugierig auf die ganze Folge?

Ergänzendes zu den Themen im Interview und Interessantes zur Schwangerschaft mit Typ-1-Diabetes, zu Metformin, Inkretinmimetika („Ozempic-Babys“) und zur Gendermedizin auf diabetologie-online.de/o-ton-diabetologie, medicaltribune.de/ und auf den gängigen Podcast-Plattformen.



Für den Diabetologie-Durchblick

der Podcast für Expert*innen



nachgefragt

»Ich habe den Staffelstab übergeben«

Professor Thomas Haak blickt zurück auf seine Zeit im Diabetes Zentrum Mergentheim

BAD MERGENTHEIM. Nach 25 Jahren verabschiedete sich Professor Thomas Haak von seiner Position als Chefarzt des Diabetes Zentrums Mergentheim. Welche Bilanz zieht er, was wird bleiben – und wie geht es dort weiter?

Wenn er auf seine berufliche Karriere blickt, hat der 66-Jährige ein Lächeln im Gesicht: „Ich habe mich immer gefühlt wie ein Dirigent, der stolz darauf war, dass er die besten Musiker im Orchester hat“, sagt Professor Dr. med. THOMAS HAAK über seine Zeit als Chefarzt am Diabetes Zentrum Mergentheim (DZM). Große Erfolge seien immer Teamleistungen, fügt er hinzu.

Bescheidenheit, Optimismus und Engagement für Menschen mit Diabetes sowie das Weiterentwickeln der Diabetologie haben das Vierteljahrhundert seiner Geschichte am DZM geprägt. Seit 1. Juli hat Thomas Haak seine Aufgabe als Chefarzt abgegeben und kann entspannt auf sein Lebenswerk zurückblicken.

Vom Rhein an den Main und von dort an die Tauber

Gekommen war der gebürtige Wiesbadener von Frankfurt am Main – als Oberarzt des Diabetes-Schulungszentrums, der Fußambulanz und der Medizinischen Notaufnahme des Zentrums der Inneren Medizin. In der Main-Metropole hatte er zuvor Humanmedizin studiert und wurde bis zum Jahr 2000 nach und nach im Rettungsdienst ausgebildet, machte seinen Facharzt für Innere Medizin, wurde später u. a. „Diabetologe DDG“ und erwarb die Schwerpunktbezeichnung „Endokrinologie und Diabetologie“. Zur Diabetologie ist er übrigens gekommen, als er als junger Assistenzarzt das Stichwortverzeichnis

für das Standardwerk „Diabetologie in Klinik und Praxis“ erstellte. Dabei musste er das gesamte Buch von vorne bis hinten durchlesen, was ihn quasi zum Diabetologie-Experten zunächst wider Willen machte.

Der Wechsel von der Frankfurter Uniklinik nach Bad Mergentheim war für Haak buchstäblich ein Sprung ins Wasser – als er ankam, regnete es, und beinahe hätte er am Ortseingang kehrtgemacht: „Bei Nieselregen durchs Industriegebiet – ich wollte schon umdrehen. Aber als ich die Klinik sah, wusste ich: Das passt!“

Die Anfangszeit war geprägt von vorsichtigem Optimismus, sagt er, aber auch von Vertrauen: Thomas Haak übernahm die Diabetes-Klinik Bad Mergentheim von Dr. KRISTIAN H. BERGIS. Die Witwe des verunglückten Klinikgründers, HELGA BERGIS, übergab dem jungen Diabetologen die Leitung mit den Worten, er werde hier sicher alt werden. Sie sollte recht behalten! Unter Prof. Haaks Führung entwickelte sich das Diabetes Zentrum zu einem bundesweit anerkannten Kompetenzzentrum. Diabetologische Maßstäbe setzte sein Team durch die Entwicklung von Schulungsprogrammen (wie MEDIAS 2), die sehr frühe Integration psychosozialer Aspekte und die Nutzung digitaler Formate. Prof. Haak versteht das Zentrum als „Kleblatt“ aus Klinik, großer Ambulanz, renommierter Diabetes-Akademie und dem Forschungsinstitut an der Diabetes-Akademie (FIDAM) – diesen Ansatz verfolgte er konsequent bis zu seinem Ausscheiden Ende Juni.

High-End-Diabetologie und ranghohe Forschung

Die Diabetes-Klinik hat ein weiteres Alleinstellungsmerkmal: Es ist ein Akutkrankenhaus zur stationären Diabetesbehandlung. „Wir machen hier High-End-Diabetologie. Unsere Patienten kommen zu uns, wenn die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind.“ Die Klinik steht für leitliniengerechte und stets patientenzentrierte Therapie – „schon lange bevor partizipative Entscheidungsfindung zum Modebegriff wurde“.

Sehr stolz ist Prof. Haak auf die Ausbildungsleistung des Zentrums: Über 135 Ärzt*innen wurden hier in den letzten 25 Jahren zu Diabetolog*innen weitergebildet. Endokrinolog*innen und



Professor Dr. med. Thomas Haak war 25 Jahre lang Chefarzt des Diabetes Zentrums Mergentheim. Seit Anfang Juli ist er im Ruhestand.

Stimmen aus der Deutschen Diabetes Gesellschaft und von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe

DDG und diabetesDE danken Professor Dr. Thomas Haak für sein jahrzehntelanges Wirken – für Wissenschaft, Versorgung und die Menschen mit Diabetes. Für den neuen Lebensabschnitt wünschen die Fachgesellschaft und die Gesundheitsorganisation ihm alles Gute, Gesundheit und weiterhin viele inspirierende Begegnungen.

- „Professor Haak hat sich in besonderer Weise für die Weiterentwicklung der Diabetologie eingesetzt – wissenschaftlich fundiert, mit großer kommunikativer Stärke und immer mit dem Blick auf die Lebensrealität von Menschen mit Diabetes. Er hat medizinische Exzellenz mit Menschlichkeit verbunden und sich für eine Versorgung eingesetzt, die Wissen verständlich und wirksam macht.“ – **Professorin Dr. Julia Szendrödi, Präsidentin der Deutschen Diabetes Gesellschaft**
- „Professor Haak hat diabetesDE über viele Jahre entscheidend geprägt. Er ist immer noch Gestalter, Moderator, Mutmacher –

und ein Arzt, der sich mit Haltung und Herz für die Belange von Menschen mit Diabetes eingesetzt hat. Dafür sind wir ihm zutiefst dankbar.“ – **Dr. Jens Kröger, Vorstandsvorsitzender von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe**

- Im Zuge des Abschieds von Prof. Haak DDG rückt auch die strukturelle Bedeutung von Fachkliniken wie in Bad Mergentheim ins Blickfeld. „Solche Einrichtungen sind ein unverzichtbarer Teil der stationären Versorgung – doch sie allein können die Behandlung von rund drei Millionen jährlich stationär aufgenommenen Menschen mit Diabetes in Deutschland nicht abdecken“, erklärt **Professor Dr. Andreas Fritsche, Past Präsident der DDG**. „Wir brauchen langfristig tragfähige Konzepte, um diabetologische Expertise flächendeckend und sektorenübergreifend verfügbar zu machen – auch vor dem Hintergrund aktueller Reformen in der Krankenhausplanung.“

Wissenschaftler*innen begannen hier ihre Karriere – und drei Inhaber von Professuren gingen aus dem Bad Mergentheimer Zentrum hervor. Diabetes-Akademie und FIDAM sind heute feste Größen in der Diabetologie: „Es gibt kaum ein erstattungsfähiges Schulungsprogramm in Deutschland, das nicht aus unserem Haus kommt.“ Tatsächlich zählt die Akademie mittlerweile rund 1.700 Mitglieder und hat den Sprung ins Digitale gemeistert. Über FIDAM konnten mehr als zwei Mio. Euro Forschungsetat generiert werden – ein Umfang, der sonst vor allem Unikliniken vorbehalten ist. Nicht zu vergessen ist das Mergentheimer Zentrum als Projektpartner des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung (DZD).

Großes Engagement in der DDG und bei diabetesDE

Thomas Haak war in all den Jahren national und international aktiv: In der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) bekleidete er viele Ämter bis hin zum Präsidenten (2007–2009);

im Vorstand war er von 2005 bis 2009. Bei der Gesundheitsorganisation diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe engagiert er sich bis heute mit Herzblut. „Die DDG und diabetesDE sind für mich gleich wichtig.“ Bei diabetesDE ist Thomas Haak Finanzvorstand und Gründungsmitglied.

Der Kreis schließt sich mit der Übergabe an Dr. Dominik Bergis

Humor gehörte immer zu Prof. Haaks Berufsalltag und Führungsstil: So setzte er einst recht erfolglos Wasserpistolen ein, um die Klinik vor Tauben zu schützen. Und zu den Teambuilding-Maßnahmen zählte auch mal die Teilnahme an einem Drachenbootrennen: „Wir waren nicht die Schnellsten, aber die Lustigsten.“ Denn „Freude“, so sagt er, „entsteht, wenn man füreinander da ist – am Arbeitsplatz und in der Freizeit.“

Mit dem Eintritt in den Ruhestand übergibt Haak die Leitung des Diabetes Zentrums Mergentheim an Dr. med. DOMINIK BERGIS – und ist überzeugt, dass die Zukunft dieser außergewöhnlichen Einrichtung damit in guten Händen liegt: „Er hat die gleiche Ausbildung wie ich, ist habilitiert, kennt das Haus und hat eine Frau, die ebenfalls Diabetologin

»Unsere Arbeit hat sich gelohnt«

ist und sich künftig mit einbringen wird. Er wird es anders machen, aber sicher gut.“

Und das ist wichtig. Denn die Herausforderungen werden nicht kleiner: Die Weiterentwicklung des FIDAM, der Generationenwechsel im Team und die Anpassung an neue gesundheitspolitische Rahmenbedingungen sind Schritte, die Mut und Fingerspitzengefühl erfordern. Haak zuversichtlich: „Ich habe den Staffelstab von Dr. Kristian Bergis übernommen und an Dr. Dominik Bergis übergeben – und damit schließt sich der Kreis. Besser geht's doch gar nicht.“

Zurück bleibt der Mensch Thomas Haak, der mit aller Bescheidenheit, aber doch einem gewissen Stolz sagt: „Ich würde alles wieder so machen. Es war eine tolle Zeit, mit einem großartigen Team und vielen Freunden. Und wenn ich heute sehe, wie viele Menschen wir ausgebildet und wie viele Patienten wir begleitet haben, dann weiß ich: Unsere Arbeit hat sich gelohnt.“

Günter Nuber

Für den Diabetologie-Durchblick der Podcast für Expert:innen



Im Gespräch

Zweimal war Prof. Haak schon in O-Ton Diabetologie zu Gast. Gesprochen hat er über Sexualstörungen (Folge 46) und die Aufgaben einer Diabetesklinik (Folge 39). Auch im Diabetes-Anker-Podcast ist Prof. Haak – der Diabetes-Anker-Chefredakteur bleibt – zu hören (Folge zum Doppel-Diabetes). Zu hören sind diese Folgen auf diabetologie-online.de, diabetes-anker.de/podcast und den gängigen Podcast-Plattformen.



»Ich habe mich gefühlt wie ein Dirigent, der stolz war, dass er die besten Musiker hat«

EIN HOCH AUF DIE EINFACHHEIT

Automatisierte Insulin-Dosierung mit Omnipod® 5
und der SmartAdjust™-Technologie:¹

PASST AN

Mikroboli passen die Insulinabgabe automatisch an.¹

KORRIGIERT

Hilft, hohe Glukosewerte zu korrigieren.^{2,3}

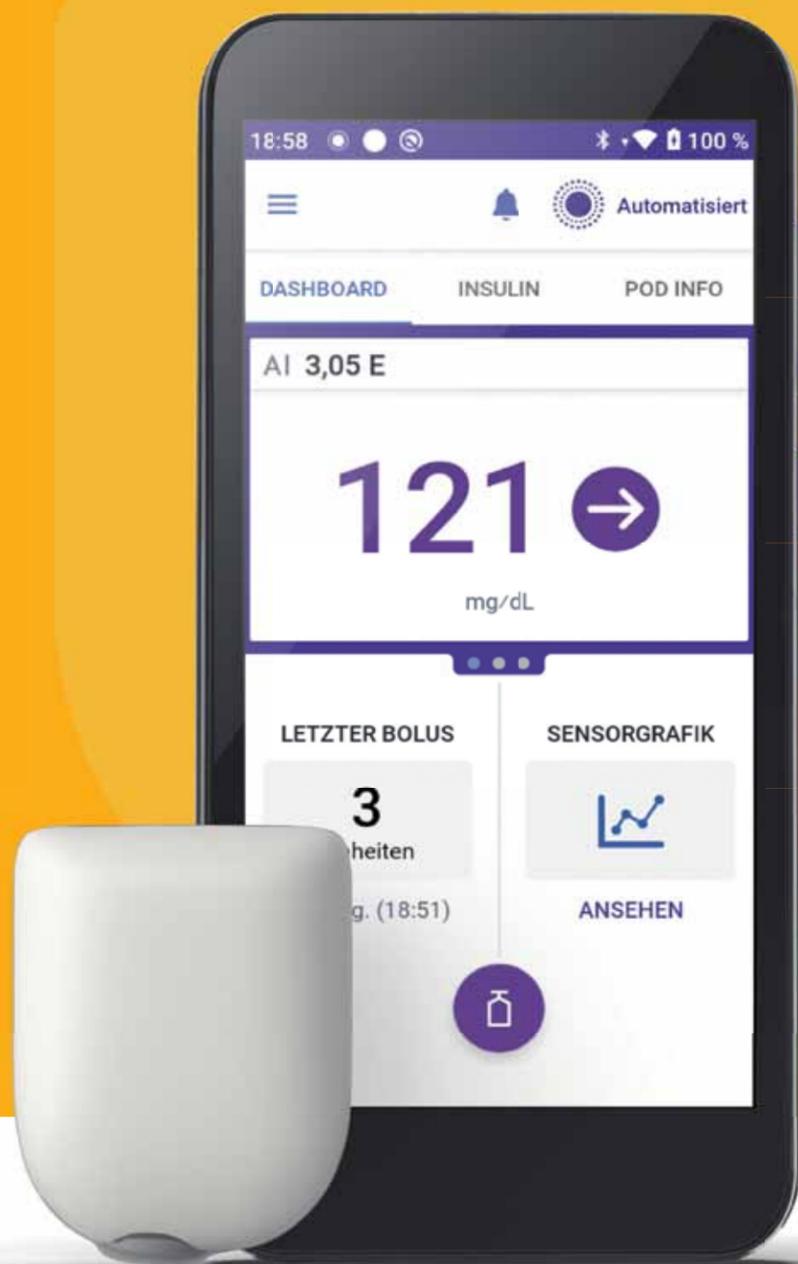
SCHÜTZT

Hilft zu schützen, indem die Insulinabgabe reduziert oder pausiert wird.^{*2,3}

Jetzt mehr zu
Omnipod® 5
erfahren



Der Pod ist ohne
erforderliches
Pflaster abgebildet.



Das Omnipod 5 Automatisierte Insulin-Dosierungssystem ist ein Abgabesystem für das Einzelhormon Insulin, das für die subkutane Abgabe von U-100-Insulin zur Behandlung von Typ-1-Diabetes bei Personen ab einem Alter von 2 Jahren, die Insulin benötigen, vorgesehen ist. Es ist für die Verwendung durch eine einzige Patientin/einen einzigen Patienten vorgesehen. Das Omnipod 5-System ist für die Verwendung mit schnell wirkendem U100-Insulin indiziert. Für vollständige Sicherheitsinformationen, einschließlich Indikationen, Kontraindikationen, Warnungen, Vorsichtsmaßnahmen und Anweisungen, siehe das Benutzerhandbuch für das Omnipod 5 Automatisierte Insulin-Dosierungssystem.

1. Im Automatisierten Modus verwendet die SmartAdjust™-Technologie das Gesamttagessulin (TDI), um eine neue adaptive Basalrate für den Patienten / die Patientin festzulegen. Erfordert einen kompatiblen Sensor (Dexcom G6 oder G7 Sensor). Kompatible Sensoren sind separat erhältlich und erfordern eine separate Verordnung.

2. Brown S. et al. Diabetes Care. 2021;44:1630-1640. Prospektive Schlüsselstudie mit 240 Teilnehmer*innen mit T1D im Alter von 6 bis 70 Jahren. Die Studie umfasste einen 14-tägigen Zeitraum mit Standardtherapie (ST), gefolgt von einem 3-monatigen Zeitraum mit dem Omnipod 5-Hybrid-Closed-Loop-System (HCL). Mittlere Zeit im hyperglykämischen Bereich (> 10,0 mmol/L oder > 180 mg/dL) mit ST vs. Omnipod 5 (über 3 Monate), basierend auf CGM, bei Erwachsenen/Jugendlichen bzw. Kindern: 28,9 % vs. 22,8 % bzw. 44,8 % vs. 29,7 %, p < 0,0001. Mittlere Zeit im hypoglykämischen Bereich (< 3,9 mmol/L oder < 70 mg/dL) mit ST vs. Omnipod 5 (über 3 Monate), basierend auf CGM, bei Erwachsenen/Jugendlichen und Kindern: 2,89 % vs. 1,32 %, p < 0,0001 bzw. 2,21 % vs. 1,78 %, p = 0,8153.

3. Sherr JL, et al. Diabetes Care. 2022; 45:1907-1910. Einarmige multizentrische klinische Studie mit 80 Kindern mit T1D im Vorschulalter (2–5,9 Jahre). Die Studie umfasste einen 14-tägigen Zeitraum mit Standardtherapie (ST), gefolgt von einem 3-monatigen AID-Zeitraum mit dem Omnipod 5-System. Mittlere Zeit im hyperglykämischen Bereich (> 10,0 mmol/L oder > 180 mg/dL), basierend auf CGM, bei Kindern unter ST vs. 3-monatiger Omnipod 5-Behandlung: 39,4 % vs. 29,5 %, p < 0,0001. Mittlere Zeit im hypoglykämischen Bereich (< 3,9 mmol/L oder < 70 mg/dL), basierend auf CGM, bei Kindern unter ST vs. 3-monatiger Omnipod 5-Behandlung: 3,43 % vs. 2,46 %, p = 0,0204.

* Das Insulin wird immer dann unterbrochen, wenn der letzte aufgezeichnete Sensor-Glukosewert unter 60 mg/dL oder 3,3 mmol/L lag.

©2025 Insulet Corporation. Omnipod, das Omnipod-Logo und SmartAdjust sind Marken oder eingetragene Marken der Insulet Corporation in den Vereinigten Staaten von Amerika und anderen Ländern. Alle Rechte vorbehalten. Insulet Germany GmbH, Landsberger Str. 302, 80687 München, Deutschland. INS-OHS-06-2025-00033 V1

omnipod
5
automated insulin
delivery system

Es juckt so unter dem Klebepflaster ...

Hautreaktionen können den Einsatz moderner Diabetestechnologie erschweren

HERLEV. Trotz der unbestrittenen Vorteile von Insulinpumpen, Glukosesensoren und Systemen zur automatisierten Insulindosierung (AID) kommt es bei einem erheblichen Anteil der Nutzer*innen zu Hautkomplikationen, wie eine internationale Multicenter-Studie mit Kindern und Jugendlichen zeigt, an der sich 22 Zentren beteiligt haben.



Hautirritationen wie Ekzeme (Kontaktdermatitis), Infektionen, Lipodystrophien und Verletzungen an den Klebestellen gelten als häufige Nebenwirkungen bei der Nutzung von Glukosemess- und Insulinabgabesystemen. In manchen Fällen können die Systeme infolge der Hautreaktionen sogar dauerhaft nicht mehr getragen werden.

Bislang fehlten zu diesem seit Langem bekannten Phänomen allerdings valide Daten aus Multicenter-Studien. Hier setzte das internationale Forschungsteam um Dr. ANNA BERG vom Steno Diabetes Center Copenhagen mit der SKIN-PEDIC-Studie an.

Wie häufig sind Hautirritationen? Wie wird vorgebeugt?

An der Beobachtungsstudie beteiligten sich weltweit 22 pädiatrische Diabeteszentren. Im Verlauf von vier Wochen dokumentierten die Behandler*innen im Rahmen ambulanter Patientenkontakte Hautirritationen bei den Anwender*innen

von CGM-Systemen und Insulinpumpen. Das Studienkollektiv bildeten 1.719 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 0 und 18 Jahren. Nahezu alle (95 %) lebten mit Typ-1-Diabetes. 1.157 (67,3 %) verwendeten Insulinpumpen, 1.662 (96,7 %) Glukosesensoren und 1.113 (64,6 %) beide Technologien.

Bei 601 Insulinpumpen- (51,9 %) und bei 506 Sensor-Nutzer*innen (30,4 %) stellte das medizinische Personal Irritationen im entsprechenden Hautareal fest. Bei den Nutzer*innen beider Technologien riefen 51,4 % der Insulinpumpen und 33,9 % der Glukosesensoren Hautreaktionen an der jeweiligen Tragestelle hervor.

Unabhängig vom verwendeten Hilfsmittel wiesen 9 % der Hautareale ekzematöse Veränderungen auf. Hautverletzungen (Wunden, Narben)

und Lipodystrophien (Lipoatrophie, Lipohypertrophie) beobachteten die Forschenden dagegen signifikant häufiger an der Tragestelle der Infusionssets von Insulinpumpen.

Trockene Haut begünstigt Irritationen an den Tragestellen

Im Studienkollektiv kamen verschiedene vorbeugende Maßnahmen zum Einsatz: 61 bis 63 % der Kinder und Jugendlichen führten Desinfektionsmaßnahmen durch, 9 bis 11 % nutzten flüssige Barrieremethoden, 2 % Underpatches und 5 bis 6 % Overpatches. Vor dem Anbringen der CGM-Sensoren bzw. Infusionssets bereiteten 1,5 % der Patient*innen das Hautareal mit nasalen Steroiden vor und etwa 29 % der Kinder und Jugendlichen nutzten zum Entfernen von Sensoren und Infusionssets spezielle Mittel.

»Trockene Haut und Xerosis cutis begünstigen nahezu alle Arten von Hautkomplikationen«

Relevante Faktoren für das Auftreten von Hautreaktionen

- Verwendete Klebstoffe von Sensoren und Infusionssets (Ekzeme, Allergien)
- Verwendetes Insulin in der Insulinpumpe (Lipodystrophien)
- Material von Infusionssets (Katheter aus Stahl vs. Teflon)
- Tragedauer von Glukosesensoren und Infusionssets
- Vorbestehende Hauterkrankungen bzw. -besonderheiten
- Hauttypen nach der Fitzpatrick-Skala (Narbenbildung)
- Lebensalter der Kinder

Sowohl trockene Haut (Xerosis cutis) als auch eine Keratosis pilaris, also eine mit rauer und schuppiger Haut einhergehende Verhornungsstörung, begünstigten nahezu alle Arten von Hautkomplikationen an den Tragestellen. Das Risiko für Hautreaktionen stieg bei diesen Konstellationen etwa um das Zweif- bis Fünffache.

Als Verursacher der Hautkomplikationen kommen Dr. Bergs Einschätzung nach außer Klebstoffen und Hafttechnologien die Katheter sowie mechanische Faktoren beim Anbringen und Entfernen sowie während der Tragezeit der Hilfsmittel infrage. Die Insulininfusion gilt zudem als Auslöser von Lipodystrophien.

Insgesamt sieht Dr. Berg in diesem Bereich großen Forschungsbedarf: Angesichts der erheblichen ökonomischen und emotionalen Belastungen muss nach wirksamen Präventions- und Therapiestrategien gesucht werden.

Auch eine gezielte Schulung des medizinischen Personals sei wichtig. Die Beurteilung der Haut stelle einen integralen Bestandteil der Konsultationen von Menschen dar, die Diabetestechnologien nutzen. Mittelfristig hofft das Wissenschaftlerteam auf die Entwicklung hautfreundlicherer Produkte.

Dr. med. Judith Lorenz

Berg AK et al. Horm Res Paediatr 2025; 1-14; doi: 10.1159/000545428

»Hautkomplikationen sind ein drängendes Problem«

Diabetesteams und die Nutzer*innen von Pumpen und Sensoren sollten zum Thema Haut geschult werden

KIEL. Die Diabetologin und Endokrinologin Dr. JESSICA BOKELMANN, Mitglied der AG Insulinpumpentherapie im Kindes- und Jugendalter (AGIP) der DGPAED, hat während des Diabetes Kongresses zusammen mit Dr. MAREIKE NIEMEYER aus Hannover den Workshop „Diabetestechnologie geht unter die Haut – was tun bei Hautunverträglichkeiten?“ angeboten.

Die SKINPEDIC-Studie zeigt, wie wichtig es ist, dass Diabetesteams zum Thema Haut geschult werden. Wie gut ist der Kenntnisstand derzeit?

Dr. Bokelmann: Hautirritationen sind ein drängendes Problem und Angebote wie unser Workshop beim Diabetes Kongress und auch die entsprechenden Veranstaltungen der AGIP sind gut besucht. Das ist positiv, aber wahrscheinlich nicht genug. Der Bedarf an Weiterbildung in diesem Bereich wird aber gesehen, insbesondere von den Fachgesellschaften. Auch, dass man jetzt versucht, Handlungsalgorithmen zu entwickeln, ist positiv. Zudem

sollten die Patient*innen zum Thema Haut geschult werden, sobald sie Insulinpumpe, Sensor oder Pod bekommen. In der Schulung lernen sie z. B., Insulin aufzuziehen. Aber auch die Hautpflege ist wichtig und hier vor allem die Information, dass trockene Haut möglichst vermieden werden sollte.

Viele Menschen haben gerade an den Oberarmen kleine Pickelchen – ein sicheres Zeichen für trockene Haut und damit ein Risikofaktor, Ekzeme zu entwickeln. Wer das hat, kann vorbeugen. Welche Maßnahmen dafür geeignet sind, sollte Teil der Schulung sein.

Beobachten Sie weniger Hautunverträglichkeiten, z. B. weil in den letzten Jahren neue Materialien entwickelt worden sind?

Dr. Bokelmann: Ich kann ehrlich gesagt noch keine gravierenden Verbesserungen sehen. In der Vorbereitung auf den Workshop haben wir extra noch einmal Fotos von Hautirritationen unserer Patient*innen

INTERVIEW



Dr. med. Jessica Bokelmann
UKSH Campus Kiel,
Klinik für Kinder- und
Jugendmedizin
Foto: UKSH, Campus Kiel

gemacht. Die Unternehmen versuchen, Verbundstoffe und Klebstoffe zu ändern. Aber wir sehen weiterhin ekzematöse Veränderungen. Die Kinder und Jugendlichen haben ja durchaus ein recht großes Durchhaltevermögen, Hautveränderungen „auszuhalten“, weil eine gute Diabetestherapie für sie und ihre Eltern erst einmal die höhere Priorität hat. Im Workshop haben wir darauf hingewiesen, dass das Diabetesteam nach Hautirritationen fragen sollte, denn manche bilden sich schnell zurück und sind beim Besuch in der Ambulanz nicht mehr zu sehen. Da

kann man durchaus Tipps geben, was bei solchen eher leichten Irritationen hilft. Was nicht sehr bekannt ist: Die Desinfektion ist eher ungünstig, und es gibt auch bestimmte Produkte, die ein Ekzem fördern.

Was hat die Teilnehmenden im Workshop besonders beschäftigt? Und was wollten Sie und Dr. Niemeyer unbedingt weitergeben?

Dr. Bokelmann: Der Workshop hat am Kongress-Samstag stattgefunden und war trotzdem sehr gut besucht. Einige Interessierte konnten nicht mehr teilnehmen, da der Workshop voll war – was zeigt, dass Hautkomplikationen ein drängendes Problem sind und viele nicht wissen, wie sie damit umgehen sollen. Wiederholt kommen Patient*innen mit gravierenden Hautbefunden in die Sprechstunde.

Wie schon gesagt: Ich denke, es kann oft schon durch die richtige Hautpflege vorgebeugt werden. Und deshalb gibt es von der AGIP ein Schulungsblatt zur Pflege der Haut

bei Pod, Pumpe und Sensor. Darauf steht z. B. auch, wie man die Devices am besten entfernt.

Unter welchen Umständen müssen Patient*innen auf Pumpe oder Sensor verzichten?

Dr. Bokelmann: Dann, wenn sich ein allergisches Ekzem mit den verschiedenen Barrieremöglichkeiten nicht mehr in den Griff kriegen lässt. Das kommt glücklicherweise selten vor.

Was könnte getan werden, um hautfreundlichere Produkte zu entwickeln?

Dr. Bokelmann: Ein Anfang wäre, dass Ärzt*innen, aber auch die Familien z. B. mittels einer App ohne großen Aufwand melden könnten, wenn ein Hautproblem auftritt. Das würde besser in den Arbeits- und Familienalltag passen, als lange in einer Telefon-Warteschleife zu hängen. Am besten wäre es, wenn eine solche Meldung firmenübergreifend möglich wäre.

Interview: Nicole Finkenauer

Weit mehr als Zyklus und Haare

Die kardiometabolische Facette des PCOS betrifft schon junge Frauen

MAINZ. Etwa eine von acht Frauen im gebärfähigen Alter ist vom Polyzystischen Ovarsyndrom (PCOS) betroffen. Insulinresistenz und Adipositas spielen bei der Ausbildung des Syndroms eine wichtige Rolle.

PCOS ist „die häufigste endokrine Störung in dieser Frauengruppe“, konstatierte Professorin Dr. SUSANNE REGER-TAN, Direktorin der Klinik für Diabetologie und Endokrinologie am Herz- und Diabeteszentrum NRW in Bad Oeynhausen. Charakteristisch seien drei Hauptmerkmale: Hyperandrogenismus, ovulatorische Dysfunktion und polyzystische Ovarmorphologie. Dazu kommen vielfältige internistische Komponenten, u. a. auf Insulinresistenz und Adipositas basierende kardiometabolische Folgeerkrankungen. Differenzialdiagnosen bezüglich des Hyperandrogenismus und/oder eine chronische Anovulation seien auszuschließen.

Das Anti-Müller-Hormon (AMH) habe sich mit einer Sensitivität und

Spezifität von jeweils 80 % als ein verlässlicher Surrogatparameter für die polyzystische Ovarmorphologie erwiesen. Somit lasse sich dieses Kriterium nicht mehr allein durch einen gynäkologischen Ultraschall, sondern auch labortechnisch bestimmen. Genaue Grenzwerte ließen sich dafür allerdings noch nicht festlegen. „Wir sagen im Augenblick: Alles, was oberhalb des Laborgrenzwertes liegt, ist pathologisch.“ Zu den noch zu klärenden Fragen gehöre zudem, in welcher Lebensphase welche AMH-Konzentrationen als physiologisch anzusehen sind.

„Kardiometabolische Facette mitscreenen und behandeln“

Auch beim Hirsutismus und der antralen Follikelzahl gab es leichte Modifikationen in den neuen Empfehlungen.¹ Für Diabetolog*innen interessanter sei die Frage nach der Insulinresistenz, die jedoch leider nicht mit einfachen, verlässlichen Mitteln in der klinischen Routine

durchgeführt werden könne. Bei der Diskussion über das sich früh abzeichnende ungünstige kardiovaskuläre Risikoprofil bei PCOS sei bisher die Frage unbeantwortet geblieben, ob es tatsächlich in einer höheren Anzahl kardiovaskulärer Ereignisse und Mortalität münde. Eine aktuelle Datenanalyse hospitalisierter Frauen (1 % mit PCOS) aus den USA bestätigt das bis zu 1,78-fach erhöhte Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse, das durch erhöhte Triglyceride, Diabetes, Adipositas und Hypertonie verstärkt wird – auch bei jungen Patientinnen. In einer finnischen Studie wurden Frauen der Geburts-

»Multimodal vorgehen«

kohorte 1966 bis zum 53. Lebensjahr nachbeobachtet. „Auch nach Adjustierung des BMI haben Frauen mit PCOS ein 2,5-fach erhöhtes Risiko für den kombinierten Endpunkt MACE“, so Prof. Reger-Tan.

„Die Kurven, ab wann sich das Risiko erhöht, trennen sich schon ab dem 35. Lebensjahr“, betonte Prof. Reger-Tan und schlussfolgerte daraus die Notwendigkeit eines Um-

denkens hin zu einem konsequenten Screening und Therapie der Betroffenen. Allen Frauen mit PCOS-Syndrom wird eine multimodale Basistherapie empfohlen. Dabei erfolge die Pharmakotherapie „im Off-Label-Use und richtet sich nach den individuellen Zielen.“ Die Datenlage zu neuen Diabetes-/Adipositas-Therapien sei limitiert; diese stellten aber potenziell eine hilfreiche Option für Frauen mit PCO-Syndrom dar.

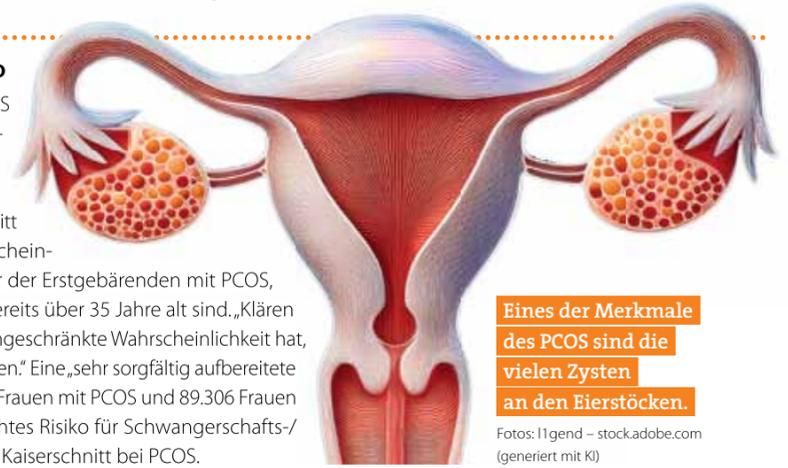
Dr. Karin Kreuel

Diabetes Update 2025

1. Teede H et al. Online resource; doi: 10.26180/24003834.v1

Später schwanger mit mehr Risiko

Ein Kinderwunsch müsse für Frauen mit PCOS nicht unerfüllt bleiben, so Prof. Reger-Tan. Allerdings spreche der Vergleich von spontanen und assistierten Schwangerschaften für eine um 2,3 Jahre längere Dauer bis zum Eintritt einer Schwangerschaft (kumulierte Wahrscheinlichkeit). Daraus resultiere ein höheres Alter der Erstgebärenden mit PCOS, sodass doppelt so viele Frauen mit PCOS bereits über 35 Jahre alt sind. „Klären Sie die Patientin darüber auf, dass sie eine eingeschränkte Wahrscheinlichkeit hat, schwanger zu werden – wir aber helfen können.“ Eine „sehr sorgfältig aufbereitete Metaanalyse“ von 104 Studien, in der 17.384 Frauen mit PCOS und 89.306 Frauen ohne PCOS erfasst wurden, ergab ein erhöhtes Risiko für Schwangerschafts-/Geburtskomplikationen, Fehlgeburten und Kaiserschnitt bei PCOS.



Eines der Merkmale des PCOS sind die vielen Zysten an den Eierstöcken.

Fotos: Ilgend – stock.adobe.com (generiert mit KI)

»Drei Merkmale für PCOS«

Jardiance®
(Empagliflozin)

**MACHEN SIE SCHUTZ
ZU IHRER STÄRKE**

**Jardiance® –
für Ihre Patienten mit:**

**Typ-2-Diabetes
+ CV-Begleiterkrankungen*^a**

**chronischer
Herzinsuffizienz^{#,b}**

**chronischer
Niereninsuffizienz^c**

a. Prävention der CV-Mortalität^{1,2,d}
b. Reduktion der CV-Mortalität oder HHI^{3,4,e}
c. Reduktion der Progression der Niereninsuffizienz oder CV-Mortalität^{1,5,f}

CV = kardiovaskulär | eGFR = geschätzte glomeruläre Filtrationsrate | HHI = Hospitalisierungen aufgrund von Herzinsuffizienz | KHK = koronare Herzerkrankung | pAVK = periphere arterielle Verschlusskrankung | * EMPA-REG OUTCOME®-Studienpopulation: erwachsene Patienten mit Typ-2-Diabetes und KHK oder pAVK oder vorangegangenen Myokardinfarkt oder Schlaganfall (Ereignis > 2 Monate). | # Erwachsene mit symptomatischer, chronischer Herzinsuffizienz. | a. Prävention der CV-Mortalität. | b. Reduktion der CV-Mortalität oder HHI. | c. Reduktion der Progression der Niereninsuffizienz oder CV-Mortalität. | d. Jardiance® erwies sich gegenüber Placebo bei der Prävention des primären kombinierten Endpunkts aus kardiovaskulärem Tod, nicht-tödlichem Myokardinfarkt oder nicht-tödlichem Schlaganfall überlegen. Die therapeutische Wirkung war vor allem auf eine signifikante Reduktion des kardiovaskulären Todes zurückzuführen, bei nicht signifikanter Veränderung des nicht-tödlichen Myokardinfarkts oder des nicht-tödlichen Schlaganfalls. | e. Der primäre Endpunkt in der EMPEROR-Reduced®- und der EMPEROR-Preserved®-Studie war eine Kombination aus kardiovaskulärer Mortalität oder Hospitalisierung aufgrund von Herzinsuffizienz – analysiert als Zeit bis zum ersten Ereignis. Der Unterschied beim kombinierten primären Endpunkt war mehrheitlich auf eine signifikante Reduktion der Hospitalisierungen aufgrund von Herzinsuffizienz zurückzuführen. | f. Der primäre Endpunkt der EMPA-KIDNEY®-Studie war eine Kombination aus Progression der Niereninsuffizienz (definiert als terminale Niereninsuffizienz oder anhaltende eGFR-Abnahme auf < 10 ml/min/1,73 m² oder anhaltende eGFR-Abnahme um ≥ 40% vs. Baseline oder Tod aufgrund renalere Ursache) oder CV-Mortalität. Der Unterschied beim kombinierten primären Endpunkt war mehrheitlich auf eine signifikante Reduktion der Progression der Niereninsuffizienz zurückzuführen. | g. Für Erwachsene mit Typ-2-Diabetes und anti-diabetischer Begleitmedikation sowie einer der folgenden kardiovaskulären Begleiterkrankungen: bestätigter Myokardinfarkt, KHK (koronare Eingefäßerkrankung mit ≥ 50 % Stenose oder Mehrgefäßerkrankung), instabile Angina pectoris (mit angiografischem Nachweis einer KHK), ischämischer oder hämorrhagischer Schlaganfall oder pAVK (periphere arterielle Verschlusskrankung mit klinisch relevanter Durchblutungsstörung); wenn die anti-diabetische Begleitmedikation den Blutzucker zusammen mit einer Diät und Bewegung nicht ausreichend kontrolliert. | h. Es gelten die allgemeinen Grundsätze einer wirtschaftlichen Verordnung nach § 12 Sozialgesetzbuch V und der Arzneimittel-Richtlinie, insbesondere § 9. | 1. Fachinformation Jardiance® (Empagliflozin), aktueller Stand. | 2. Zinman B et al. N Engl J Med 2015; 373(22): 2117–2128. | 3. Packer M et al. N Engl J Med 2020; 383(15): 1413–1424. | 4. Anker SD et al. N Engl J Med 2021; 385(16): 1451–1461. | 5. Herrington WG et al. N Engl J Med 2023; 388(2): 117–127. | 6. GKV-Spitzenverband: Anlage 1 zur Vereinbarung nach § 130b Abs. 1 Satz 1 SGB V bezüglich der Anerkennung von Jardiance®-Praxisbesonderheiten Herzinsuffizienz (10 mg) und Typ-2-Diabetes (10/25 mg). Abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/arzneimittel/ammog_praxisbesonderheiten/14034pb20170301.pdf (letzter Aufruf März 2025).

Jardiance® 10 mg/25 mg Filmtabletten. Wirkstoff: Empagliflozin. **Zusammensetzung:** Eine Tablette Jardiance® enthält 10 mg bzw. 25 mg Empagliflozin. **Sonstige Bestandteile:** Lactose-Monohydrat, mikrokristalline Cellulose, Hypromellose, Croscarmellose-Natrium, hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat, Hypromellose, Titandioxid (E171), Talkum, Macrogol (400), Eisen(III)-hydroxidoxid x H₂O (E172). **Anwendungsgebiete:** Typ-2-Diabetes mellitus. Jardiance wird zur Behandlung von Erwachsenen und Kindern ab 10 Jahren mit nicht ausreichend behandeltem Typ-2-Diabetes mellitus als Ergänzung zu Diät und Bewegung angewendet: als Monotherapie bei Metforminunverträglichkeit u. zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Typ-2-Diabetes mellitus. **Herzinsuffizienz:** Jardiance wird zur Behandlung von Erwachsenen mit symptomatischer, chronischer Herzinsuffizienz angewendet. **Niereninsuffizienz:** Jardiance wird zur Behandlung von Erwachsenen mit chronischer Niereninsuffizienz angewendet. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Hypoglykämie (bei Kombination mit Sulfonylharnstoff oder Insulin, bei Kindern ab 10 Jahren auch unabhängig von Insulin), Volumenmangel. *Häufig:* vaginale Candidiasis, Vulvovaginitis, Balanitis, andere genitale Infektionen, Harnwegsinfektion (einschließlich Fällen von Pyelonephritis und Urosepsis), Durst, Obstipation, Pruritus (generalisiert), Hautausschlag, verstärkte Harnausscheidung, Serumlipide erhöht. *Gelegentlich:* Ketoazidose, Urtikaria, Angioödem, Dysurie, Kreatinin im Blut erhöht, glomeruläre Filtrationsrate vermindert, Hämokrit erhöht. *Selten:* nekrotisierende Faszitis des Perineums (Fournier-Gangrän). *Sehr selten:* tubulointerstitielle Nephritis. **Warnhinweise:** Enthält Lactose. Jede Tablette enthält weniger als 1 mmol Natrium (23 mg). Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. **Weitere Hinweise:** Siehe Fachinformation. Verschreibungspflichtig. **Stand:** Dezember 2023

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

Medizin & Markt

Entscheidende Veränderungen

AID-Pumpen verändern die Kinderdiabetologie, smarte CGM-Pen-Systeme helfen Erwachsenen

Industriesymposium – Medtronic BERLIN. „AID-Pumpen haben aus meinem Gefühl heraus die Kinderdiabetologie entscheidend verändert“, sagt Kinderdiabetologin PD Dr. SIMONE VON SENGBUSCH, Lübeck. „Zum ersten Mal haben wir in der Ambulanz so viele Kinder, die einen HbA_{1c} von 7% oder unter 7% haben.“

Das MiniMed 780G System ist für Personen mit Typ-1-Diabetes im Alter

ab sieben Jahren indiziert, deren Tagesgesamtdosis acht Einheiten Insulin oder mehr beträgt. Damit das System auch für Kinder zwischen zwei und sechs Jahren zugelassen werden kann, wurde die LENNY-Studie durchgeführt, in der die Sicherheit und Leistung des MiniMed 780G Systems mit SmartGuard verglichen wurde mit dem MiniMed 780G System im manuellen Modus mit „Unterbrechen vor niedrig“. Das Ergebnis: Die Studie

mit 98 teilnehmenden Kindern zeigte, dass die Verwendung des Systems mit SmartGuard auch bei einem Insulingesamtbedarf ≥ 6 IE sicher und effektiv ist. Außerdem verbesserte das System die Stoffwechsellage mit +9,9% (+2,4 Stunden) in TiR und -0,6% beim HbA_{1c}. Für das Smart ICT System stellte Dr. JENS KRÖGER, Hamburg, die Broschüre „Smart ICT System mit Simple-ra Sensor zum Diabetesmanagement – Leitfaden für medizinische Fachkräfte“ vor. Das System kombiniert das CGM-System Guardian 4 mit dem InPen Smart Insulinpen System. Es gibt Warnmeldungen ab, hat einen Bolus-Aufzeichner und -Rechner und erinnert an Insulinabgaben. Es gibt Warnhinweise (Dr. Kröger: „Aktionshinweise“), wenn z.B. eine Insulindosis nicht gegeben wurde. Werden die Aktionshinweise genutzt, verbessern sich die Werte – z.B. führt es zu einer längeren TiR, wenn auf den Hinweis „verpasste Dosis“ innerhalb von zehn Minuten reagiert wird. *nf*

Neue Perspektiven in der Insulintherapie: Anwendungen des MiniMed 780G Systems und des Smart ICT Systems, Diabetes Kongress 2025



Mit Impfungen Infektionsrisiken reduzieren – Risiken bei Diabetes erhöht

Herpes zoster ist eine der „ein bisschen vergessenen“ Infektionen

Strukturiertes Impfmanagement könnte die Impfquote steigern

BERLIN. Erhöhte Glukosewerte bzw. Diabetes können das Risiko für Tod durch unterschiedliche Krankheiten erhöhen. Dies betrifft auch Infektionen.

Wie Professor Dr. NORBERT STEFAN, Tübingen, berichtete, ist dieses Risiko laut einer Publikation aus dem Jahr 2011 durchschnittlich 2,4-fach erhöht. Das Erkrankungsrisiko für Infektionen aller Art ist sowohl für Menschen mit Typ-2- als auch mit Typ-1-Diabetes ebenfalls höher gegenüber sonst Gesunden. Mögliche Mechanismen bei Diabetes sind eine reduzierte Immunabwehr, eine gestörte Lungenfunktion – erhöhte Glukosewerte fördern eine Lungenfibrose –, ein durch die Infektion noch einmal

erhöhtes prothrombotisches Risiko, hohe Insulinkonzentrationen und eine gestörte Insulinsignalkaskade. Auch Immunzellen bzw. ihr Mengenverhältnis verändern sich bei Vorliegen eines Diabetes. Eine der „ein bisschen vergessenen“ Infektionen ist Herpes zoster. Das Erkrankungsrisiko steigt mit dem Alter an. Die Zahl der Fälle in Deutschland wird laut Prof. Stefan auf etwa 400.000

»Monitoring zeigt: Erwachsene nehmen Impfungen häufig nicht wahr«

geschätzt. Auch beim Herpes zoster gilt: Das Erkrankungsrisiko ist für Menschen mit Diabetes ab einem Alter von 50 Jahren nahezu doppelt so hoch wie für Menschen ohne Diabetes. Eine Post-zoster-Neuralgie tritt häufiger bei Vorliegen eines Diabetes auf. Eine Impfung gegen Herpes zoster ist, wie Studien zeigen, wirksam. Eine Reduktion der Gesamt- und der kardiovaskulären Mortalität zeigte die Impfung gegen Influenza in einer Studie mit Menschen, die bereits einen Herzinfarkt gehabt hatten. Allerdings werden die für Erwachsene empfohlenen Impfungen häufig nicht wahrgenommen, wie das Impfquotenmonitoring des Robert Koch-Instituts zeigt. Wie Dr. TOBIAS WIESNER vom MVZ Stoffwechselfeldmedizin Leipzig darstellte, gilt das auch für medizinisches Personal, besonders im Pflegebereich. Ein strukturiertes Impfmanagement mit klarer Aufgabenverteilung könnte helfen, die Quote zu steigern. Und: Es ist rechtlich zulässig, Patient*innen an anstehende Impftermine zu erinnern. *Dr. Katrin Kraatz*

Impfen 2025 – Neues zum Schutz von Menschen mit Diabetes, Diabetes Kongress 2025

NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

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



Foto: iStock/AzmanJaka

Fettgewebe an der falschen Stelle

Fettverteilung als Schlüsselfaktor für Risiko und Therapie bei Adipositas

Industriesymposium – Sciaro GmbH, mit freundlicher Unterstützung von Lilly Deutschland und Chiesi

BERLIN. Professor Dr. MATTHIAS LAUDES, Kiel, machte auf Lipodystrophien aufmerksam, die mit dem Verlust von Unterhautfettgewebe, v.a. in den Extremitäten, einhergehen.

Paradoxerweise gilt: „Lipodystrophie kann auch bei Patienten mit Adipositas auftreten.“ Ein Leptinmangel führt u.a. zu einem gestörten Sättigungsgefühl, durch die eingeschränkte Speicherkapazität lagert sich Fett ektopisch in Organen ab. Die Folgen sind z.B. schwere Insulinresistenz und Hypertriglyzeridämie. Starke metabolische Störungen bei nur leicht adipösen Patient*innen können laut Prof. Laudes auf eine Lipodystrophie hinweisen. Neben Ernährungs- und Bewegungstherapie steht mit dem rekombinanten Leptin Metreleptin eine gezielte Therapie zur Verfügung. Dass „Fettgewebe am falschen Ort“ bei Adipositas relevant ist, betonte auch Professor Dr. THOMAS FORST, Mannheim. Eine Insulinresistenz durch Fettablagerungen in der Leber sowie ektopes Fett im Myokard und

parakardial können eine Herzinsuffizienz begünstigen – insbesondere eine Herzinsuffizienz mit erhaltener Ejektionsfraktion (HFpEF). Zur Behandlung kommen SGLT2-Inhibitoren, Inkretine und der nichtsteroidale Mineralkortikoidrezeptor-Antagonist Finerenon infrage. „Fettverteilung und Erhalt der Muskelmasse spielen (zukünftig) eine große Rolle in der Therapie der Adipositas (...)\", so Professor Dr. MATTHIAS BLÜHER, Leipzig. Denn damit greife man in Mechanismen ein, die langfristig Endorganschäden verursachen. Zwar reduzieren Ernährungstherapie und Inkretine den Körperfettanteil, gleichzeitig sinken jedoch Muskelmasse und Grundumsatz. Prof. Blüher betonte daher die Relevanz zusätzlicher Bewegungstherapien. Eine künftige Option könnte der Antikörper Bimagrumab sein, der sich aktuell in Studienphase 2 befindet und darauf abzielt, Fettgewebe ab- und gleichzeitig Muskelmasse aufzubauen.

Janina Seiffert

Adipositas, Fettverteilung und Herzgesundheit: Neue Perspektiven und therapeutische Wege, Diabetes Kongress 2025

Aus INORY wird INOKY

Frauengesundheitsmarke jetzt unter neuem Namen

Pressemitteilung – Midas Pharma INGELHEIM. Der INORY-GlucoTest stellt gemeinsam mit dem ersten auf dem deutschen Markt zugelassenen oralen Glukose-Screeningtest INORY-GlucoScreen ein ineinandergreifendes Testkonzept als Fertiglösung dar, und zwar unter dem Dach der Frauengesundheitsmarke INORY. Diese Dachmarke präsentiert sich nun unter dem neuen Namen INOKY.

Die Kernbotschaft der Marke ist – und bleibt –, dass die Gesundheit von Frauen einen stärkeren Fokus verdient. Ziel ist es, Frauengesundheit mit zielgerichteten Lösungen nachhaltig zu fördern. Eine solche Lösung stellen die Glukosetests der Marke INOKY dar, deren Zusammensetzung, Qualität, Anwendung und Hersteller unverändert bleiben. Neben dem neuen Namen und einem neuen Logo, ändert sich lediglich die PZN. Ab Jahresbeginn 2026 werden der GlucoTest unter der PZN 19683378 und der GlucoScreen unter der PZN 19683361 erhältlich sein. Beide Tests sind wie gewohnt als praktische

Fertiglösung mit Jo-hannisbeergeschmack verfügbar und der INOKY-GlucoTest 75 g/300 ml ist weiterhin fachübergreifend einsetzbar. Die Umstellung vollzieht sich schrittweise und wird nach und nach in allen Bereichen sichtbar sein. Darunter fallen Produktverpackungen, Kommunikationskanäle und die Unternehmenswebsite. Bei Fragen hilft der Kundenservice der Midas Pharma GmbH weiter, Tel. 06132/89849 00, E-Mail: kontakt@midas-pharma.com.



Neuer Name, gleicher Inhalt: aus INORY wird INOKY.

Foto: Midas Pharma

Wundversorgung, die sich lohnt: für Sie und Ihre Patienten

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

Nutzen und Wirtschaftlichkeit der ambulanten Vakuumversiegelungstherapie (VVS) ist belegt! Frau Dr. Kummer nutzt diese Therapie bereits und berichtet von den positiven Erfahrungen bei ihren Patienten.

Wie würden Sie die bisherige Versorgungssituation bei schwer heilenden Wunden aus Ihrer Erfahrung beschreiben?

Die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit diabetischem Fußsyndrom sollte, wenn möglich, in einer hochqualifizierten Einrichtung erfolgen, da viele Aspekte den Genesungserfolg dramatisch beeinflussen können. Zum Beispiel von der Deutschen Diabetes Gesellschaft zertifizierte Fußbehandlungseinrichtungen, die eine hohe Versorgungsqualität gewährleisten. Jedoch ist es standortbasiert nicht jedem Patienten möglich, ein solches Zentrum aufzusuchen. Hier benötigen wir zunehmend starke Versorgungsstrukturen auch an der hausärztlichen Basis.

Welche Vorteile bei der Wundheilung bietet die aktive Therapieform der Vakuumversiegelungstherapie (VVS) Ihrer Erfahrung nach gegenüber der Standardversorgung?

Aus meiner Sicht ist die ambulante VVS eine sinnvolle Ergänzung der Wundtherapie, besonders für Patienten mit chronischen Wunden. Ist nach ein paar Wochen Behandlung mit der Standardtherapie keine deutliche Verbesserung aufgetreten, setzte ich VVS z.B. mit PICO 14 ein. Hier sollte man meiner Erfahrung nach nicht zu lange abwarten, bis mit dieser aktiven Therapie gestartet wird. Dabei sehe ich besondere Vorteile in der Kontrolle des Exsudates und der Ödemreduktion. Auch kommen Vorteile bei kontaminierten und lokal infizierten Wunden zum Tragen. Die Einnahmefrequenz und Dauer von oral begleitenden Antibiotikatherapien konnte in unserer Praxis bereits reduziert werden. Ich habe immer wieder die Erfahrung gemacht, dass die Wundgröße zügiger abnimmt und Patienten schneller eine Schmerzreduktion erfahren.

Welche Patientengruppen oder auch Indikationen profitieren besonders von dieser aktiven Therapie?

Die Wunde sollte von der Lage her gut zugänglich sein, so dass ein gut sitzendes Verbandmaterial aufgebracht werden kann, welches den Unterdruck konstant ohne Leckagen aufrecht erhält. Da eine Verbandserneuerung im Schnitt 2 Mal die Woche erfolgt, muss der Patient in den Entscheidungsprozess miteinbezogen werden, um die Zeitressource und Mobilität sicherzustellen.

Haben Sie beobachtet, ob es weniger schwerwiegende Komplikationen bei der Heilung gab, wenn Sie die VVS schon recht frühzeitig einsetzen?

Was sehr deutlich ist, dass bei vielen Patienten bereits in der ersten Woche nach Therapiebeginn der Wundgrund und auch die Wundränder sehr viel vitaler wirken, es frühzeitig zur besseren Vaskularisation kommt und auch die

Smith+Nephew



Dr. Inga-Nadine Kummer ist als niedergelassene Fachärztin für Innere Medizin und Diabetologie DDG in Aschaffenburg tätig. Sie ist Vorstandsmitglied im Bundesverband Niedergelassener Diabetologen.

Verkleinerung der Wundfläche schnell bemerkt wird. Die Zeit der Wundversorgung in der Praxis kann dadurch sogar verkürzt werden. Es muss weniger avitales Gewebe abgetragen werden und sehr bemerkenswert ist zudem, dass Patienten mit starkem Ödem häufig allgemeine Schmerzen aufweisen, die mit dem Einsatz der VVS sofort besser werden.

Welche Erfahrung haben Sie mit der ambulanten Erstattung der VVS gemacht?

Die Erstattung der VVS läuft über EBM Ziffern, die in der Versorgung z.B. für die Pumpe täglich abgerechnet werden können. Eine fundierte, patientenindividuelle Dokumentation im Krankenblatt ist ausreichend, um die Leistungsziffern abzurechnen. Hier empfehle ich immer wieder die begleitende Fotodokumentation. Besondere Punkte, die sich von der normalen Wunddokumentation unterscheiden, müssen hier aus meiner Sicht aber nicht beachtet werden.

Jetzt QR-Code scannen und zum kostenlosen Live-Webinar anmelden!



Referenten:
Frau Dr. Inga-Nadine Kummer
(Innere Medizin und Diabetologie)
Dr. Inka Trapp (Gefäßchirurgie)

28.10.2025 | 18:30-20:00

Mehr Informationen zu den Vorteilen der kanisterlosen Vakuumversiegelungstherapie mit PICO[®]14 finden Sie auf:

www.vakuumversiegelungstherapie.de

Sicher trainieren mit Diabetes

Mittlerweile sind bundesweit fünf Fitnessstudios durch die DDG zertifiziert

MINDEN. Nicht jedes Sportstudio ist gleichermaßen gut für Menschen mit Diabetes geeignet. Vor einem Jahr hat die DDG/AG Diabetes, Sport & Bewegung in Zusammenarbeit mit diabetesDE, der IST-Hochschule und der Experten Allianz für Gesundheit e.V. deshalb ein Gütesiegel für Studios entwickelt. Erste Erfahrungen zeigen: Das Konzept überzeugt in der Praxis – auch wenn der große Durchbruch noch aussteht.

Bewegung ist eine tragende Säule der Diabetestherapie, unabhängig vom Diabetestyp. Doch viele Betroffene haben Berührungsängste, fürchten Vorurteile und Diskriminierung. Oder sie sind unsicher, ob man in ihrem Fitnessstudio adäquat auf ihren Gesundheitszustand eingehen kann. In hausärztlichen und Diabetespraxen wiederum gibt es häufig Vorbehalte gegenüber klassischen Fitnessstudios, die oft als „Muckibuden“ gelten. Das DDG Gütesiegel „Fit mit Diabetes“, das im April 2024 auf der weltgrößten Fitnessmesse FIBO vorgestellt wurde, könnte helfen, diese Gräben zu überwinden. Bis dato haben sich bundesweit allerdings erst fünf Fitnessstudios zertifizieren lassen und so unter Beweis gestellt, dass sie Menschen mit Diabetes ein sicheres Training ermöglichen. Zwei weitere Einrichtungen befinden sich im Zertifizierungsprozess. „Damit sind wir hinter unseren Erwartungen geblieben“, gibt Dr. MEINOLF BEHRENS von der AG Diabetes, Sport & Bewegung der DDG unumwunden zu. Bislang sei es nicht gelungen, das Gütesiegel ausreichend bekannt zu machen.

Für mehr zertifizierte Studios bräuchte es noch mehr Initiative

„Wir in der AG Diabetes, Sport und Bewegung sind engagierte Leute“, sagt der Diabetologe und Sportmediziner, „aber wir sind halt in erster Linie Sportwissenschaftler und Gesundheitsfachkräfte, keine Marketingfachleute.“ Einen weiteren Grund für die bislang eher magere Resonanz sieht er im eng getakteten Alltag der Diabetespraxen: „Die Kolleginnen und Kollegen finden es gut, wenn es in ihrem Umfeld zertifizierte Fitnessstudios gibt. Aber eigeninitiativ Studios ansprechen und von einer Zertifizierung überzeugen? So



ein Thema geht im Praxisalltag schnell unter.“

Ähnliches gelte für die Fitnessstudios selbst, wo man – nach einer Flaute während der Coronapandemie – wieder gut zu tun hat: „Die Fitnessbranche erlebt derzeit einen deutlichen Zuwachs“, weiß Dr. Behrens. Es sei ihnen deshalb nicht leicht zu vermitteln, dass man sich mit dem Thema Diabetes neu aufstellen und neue Kundengruppen erschließen kann.

Siegel als Abgrenzung von „Discounter-Studios“

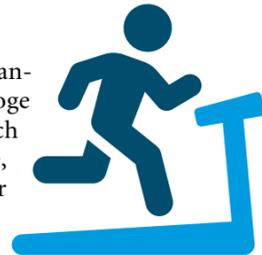
Genau so erging es dem „Sport-In“ in Brandenburg-Wust, das als erstes Fitnessstudio zertifiziert wurde. MARIO SCHNEIDER von der Geschäftsleitung hatte seinerzeit bereits eine Kampagne geplant, mit der er Menschen mit Diabetes als Mitglieder gewinnen wollte. „Dann habe ich von dem Gütesiegel erfahren und meine Kampagne erst einmal verschoben, bis wir das Zertifikat haben.“ Weil das Fitnessstudio bereits zuvor eine klare Gesundheitsorientierung hatte, erfüllte es die allermeisten der Kriterien bereits ohne weitere Anpassungen; der Rest war schnell erledigt. Nun hängt das DDG Zertifikat an der Wand, allerdings fehlte es bis

jetzt an Zeit, die zusätzliche Kompetenz aktiv zu vermarkten – zumal die Geschäftsleitung den Effekt auf die Neukundengewinnung als eher marginal einschätzt. Schneider sagt aber auch: „Unter unseren Mitgliedern gibt es ja bereits etliche Menschen mit Diabetes, dafür war die Auffrischung gut. Ich bereue deshalb nicht, dass wir das gemacht haben.“ Auch GABRIELA BECKMANN, Inhaberin des „Rückgrat Sport und Gesundheit“ im baden-württembergischen Emmendingen, ist zufrieden mit ihrer Entscheidung für die Zertifizierung: „Meine Tochter hat Typ-1-Diabetes, daher bin ich mit dem Thema vertraut. Als ich auf der FIBO von dem Gütesiegel erfahren habe, wollte ich sofort mitmachen.“ Über den Zertifizierungsprozess berichtet sie: „Die vier Stunden Inhouse-Schulung wurden sehr gut angenommen, unsere Trainerinnen und Trainer haben viel gelernt.“ Qualifizierte Fitnesstrainer*innen bräuchten zwar ein gewisses Vorwissen über verschiedene Krankheitsbilder mit, doch es lohne sich in jedem Fall, dieses zu vertiefen: „Für mich als Gesundheitsanbieter ist es wichtig, dass man sich mit einem Siegel auch von den Discounter-Studios abgrenzen kann.“ Die Hospitation in der ortsansässigen Diabetespraxis empfand Beck-

»Trainerinnen und Trainer haben viel gelernt«



»Zertifizierte Studios als Teil der Lösung für ein wachsendes Gesundheitsproblem«



mann ebenfalls als spannend: „Der Diabetologe fand das Projekt auch ganz toll und erzählte, dass er schon länger nach einem Studio gesucht hat, mit dem er zusammenarbeiten kann“, erzählt sie. Bislang habe der Arzt zwar noch keine Patient*innen zum Training zu ihr geschickt. Doch das dürfte sich ändern, wenn die Rehasportkurse Diabetes starten, die Beckmann ab Herbst anbieten möchte: „Hierfür gibt es tatsächlich Nachfrage. Rehasport bietet einen guten Zugang für Menschen, die sich ansonsten scheuen, ins Fitnessstudio zu gehen.“

MARKUS DÖRMBACH, Geschäftsführer des „Aktivo Alter“ in der Nähe von Bonn, wurde von einer Diabetespraxis aus Bonn auf das DDG Gütesiegel angesprochen. Diese sei auf der Suche nach Rehasportgruppen gewesen, in die sie ihre Patient*innen überweisen kann. „Nun vermittelt sie uns die Rehasportler“, erzählt Dörmbach. Insbesondere für Menschen mit Typ-2-Diabetes, die bislang noch keine Berührung mit Sport hatten, ist Rehasport aus seiner Sicht ideal: „Wir machen mit ihnen Krafttraining, das einen sehr hohen Wirkungsgrad bei den metabolischen Erkrankungen hat. Das Training in Kleingruppen ist außerdem

ein niederschwelliges Angebot.“

Dörmbach hält es auch wirtschaftlich für sinnvoll, Bewegungskonzepte für Menschen mit Diabetes anzubieten. „Den Betroffenen

dämmert es ja, dass es mit Insulin allein nicht unbedingt besser wird, sondern man auch noch andere Hebel hat“, meint er. Er rät anderen Fitnessstudios deshalb dazu, sich ebenfalls als zertifiziertes Gesundheitsstudio und damit als Teil der Lösung für ein wachsendes Gesundheitsproblem zu positionieren.

Auch im Präventionsbereich braucht es gute Anleitung

Das TeVita, die Fitnessabteilung des ostwestfälischen Sportvereins TV Lemgo, befindet sich zurzeit im Zertifizierungsprozess. NICO ZICKEL, der dort als Fitnessökonom und Sporttherapeut tätig ist, hofft, mit der Zertifizierung im Rücken in den umliegenden Praxen Flyer auslegen und so auf das neue Angebot aufmerksam machen zu können. „Leider sind viele Ärzte immer noch sehr voreingenommen gegenüber Training im Fitnessstudio.“ Dabei habe das Lemgoer Studio bereits vor der Zertifizierung bereits alle zentralen Kriterien in Notfallmanagement, Trainingsbetreuung und Geräteausstattung erfüllt. „Das entscheidende Plus des Gütesiegels ist die zusätzliche Qualifikation des Personals“, findet der Sporttherapeut.

Für ihn war die Hospitation in einer Diabetespraxis ein sehr eindrückliches Erlebnis: „Ich fand es erschreckend zu sehen, wie viele Medikamente zum Teil bereits Menschen in meinem Alter einnehmen. Und dass das Thema Bewegung in der Sprechstunde nur eine sehr untergeordnete Rolle zu spielen scheint.“ Umso größer ist seine persönliche Motivation, einen niederschwiligen Zugang zu Sport zu schaffen. „Viele haben keine guten Erfahrungen mit Sport gemacht oder bereits im Schulsport Diskriminierung erlebt. Das sind Bilder, die fest verankert sind“, weiß Zickel. „Nur wegen des Siegels werden uns die Leute allerdings nicht die Bude einrennen. Man muss einen langen Atem haben und dranbleiben.“

So sieht es auch der Diabetologe Dr. Behrens: „Niemand würde infrage stellen, dass ein leistungsorientierter Sportler einen Trainer braucht. Aber auch im Reha- und Präventionsbereich reicht es nicht zu sagen ‚Geh mal ein bisschen spazieren‘. Hier müssen die Menschen ebenfalls an die Hand genommen werden. Und genau das sollte in zertifizierten Fitnessstudios passieren.“

Antje Thiel



Wenn es nur so einfach wäre ... Die Studios brauchen einen langen Atem.

DDG Gütesiegel „Fit mit Diabetes“ – Voraussetzungen

Um das Gütesiegel zu erhalten, gibt es Vorgaben für die Infrastruktur, apparative Anforderungen, diabetesspezifische apparative Voraussetzungen, personelle Voraussetzungen (Mindestens ein*e Trainer*in mit Fachqualifikation Diabetes, mindestens eine*r mit Basisqualifikation Diabetes. Kooperation mit einer Arztpraxis in der Region), es muss eine Trainingsbetreuung angeboten werden und ein Notfallmanagement eingerichtet sein.



www.diabetes-bewegung.de/die-ddg/arbeitsgemeinschaften/sport/sportgruppen/fit-mit-diabetes-1



Der Pathophysiologie des Typ-2-Diabetes auf der Spur

Professorin Dr. rer. nat. Annette Schürmann mit der Paul-Langerhans-Medaille geehrt

POTSDAM. Experimentelle Arbeiten in Modellorganismen, die zum Verständnis des Diabetes beitragen, bilden einen wesentlichen Kern der Forschungstätigkeit von Professorin Dr. rer. nat. Annette Schürmann. Für ihre Studien zu den molekularen Ursachen von Adipositas und Typ-2-Diabetes hat die Deutsche Diabetes Gesellschaft die Molekularbiologin mit der Paul-Langerhans-Medaille geehrt, der höchsten Auszeichnung der DDG.

Prof. Schürmann leitet seit 2009 die Abteilung Experimentelle Diabetologie am Deutschen Institut für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke (DIfE) und ist Vorstandsmitglied des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung (DZD). In ihrer Forschung konzentriert sich die 64-Jährige darauf, welche Gene für die Diabetesentstehung relevant sind und inwieweit die Entwicklung eines Typ-2-Diabetes auch mit epigenetischen Veränderungen in den Langerhans-Zellen einhergehen.

Erkenntnisse, die Prävention und Therapien voranbringen

„Wir gehen davon aus, dass die meisten DNA-Methylierungen, die sich bereits vor der Diagnose im Blut nachweisen lassen, auch im späteren Verlauf der Erkrankung noch in den Langerhans-Inseln vorliegen“,

»Mechanismen entschlüsseln«

erklärt Prof. Schürmann ihren Forschungsansatz. Sie hat z. B. im Mausmodell mögliche molekulare Schutzmechanismen entschlüsselt, die einen Funktionsverlust der insulinproduzierenden Betazellen bei diabetesresistenten Mäusen verhindern. Sie konnte zeigen, dass ein Großteil der für den Schutzmechanismus relevanten Gene auch bei Menschen eine Rolle spielt. Von den rund 500 identifizierten Genkandidaten, die im Tiermodell bei erhöhtem Diabetesrisiko frühe Veränderungen in der DNA-Methylierung und im Expressionsmuster in den Langerhans-Inseln zeigten, führten Prof. Schürmanns Untersuchungen zufolge 105 Gene auch beim Menschen zu epigenetischen Veränderungen, die mit einer nachfolgenden Diabetesdiagnose zusammenhängen.

Mit ihren Erkenntnissen hat die Wissenschaftlerin nicht nur maßgeblich dazu beigetragen, Risikopotenziale für einen Typ-2-Diabetes noch früher erkennen und der Krankheit präventiv entgegenwirken zu können, sondern auch wertvolle

Ansätze für mögliche neue Therapien des Typ-2-Diabetes geliefert. Ein weiteres wichtiges Augenmerk ihrer wissenschaftlichen Arbeit gilt dem Einfluss verschiedener Diäten und der Analyse möglicher protektiver Effekte von Nahrungskomponenten und vesikulären Transportmechanismen, die z. B. bei der Sekretion von Insulin eine Rolle spielen.

Werben um den Nachwuchs, Forderungen für den Nachwuchs

Zudem engagiert sie sich in der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses. Dies spiegelt sich wider in ihrer langjährigen Tätigkeit als Schirmherrin der AG Nachwuchs der DDG und in ihrer Professur am DIfE und an der Universität Potsdam. „Die Diabetologie ist wie kaum eine andere medizinische Fachrichtung sehr vielseitig und hat gerade in den letzten Jahren enorme Fortschritte gemacht. Sie bietet nicht nur für die Medizin, sondern auch für andere Fachdisziplinen viele spannende Tätigkeitsbereiche und Forschungsansätze“, so die Forscherin.

Dies sowie die Erfordernis, die Versorgung von immer mehr Menschen mit Diabetes nachhaltig zu sichern, spornen sie an, Mediziner*innen und Forscher*innen, z. B. aus der Naturwissenschaft und der Bioinformatik, für die Diabetologie zu begeistern. Prof. Schürmann ist überzeugt, dass die kommende Generation von Ärzt*innen und



Prof. Dr. Annette Schürmann, Trägerin der Paul-Langerhans-Medaille 2025.
Foto: DDG/Dirk Deckbar

Von Göttingen über Aachen und La Jolla nach Potsdam

Professorin Dr. ANNETTE SCHÜRMANN promovierte 1991 am Institut für Pharmakologie an der Georg-August-Universität Göttingen. Ihre wissenschaftliche Laufbahn führte sie über die RWTH Aachen und einen Forschungsaufenthalt am Scripps Research Institute, eine medizinische Forschungseinrichtung mit Schwerpunkt Biomedizin und Chemie in La Jolla, Kalifornien, 2002 an das DIfE. 2009 übernahm Prof. Schürmann die Professur für Experimentelle Diabetologie an der Universität Potsdam und leitet seitdem die Abteilung Experimentelle Diabetologie am DIfE. Seit 2024 gehört sie dem Vorstand des DZD an.

Wissenschaftler*innen großes Potenzial hat, die Missstände bei der diabetologischen Expertise in Klinik und Praxis zu erkennen und sich aktiv für Verbesserungen einzusetzen. Hierfür seien eine faire Entlohnung von langen Arbeitszeiten und die Schaffung von mehr entfristeten Stellen allerdings unabdingbar. Die wesentlichen wissenschaftlichen Herausforderungen

für ihr Fach sieht sie in der weiteren Erforschung der Pathomechanismen und der Identifizierung epigenetischer Muster als prädiktive Biomarker für die Entstehung von Typ-2-Diabetes sowie in der Untersuchung der Rolle von nichtcodierenden RNAs bei der Zell-Zell-Kommunikation als Grundlage für eine Präzisionsmedizin.

Petra Spielberg

2025: eine Gala für alle

14. Diabetes-Charity-Gala am 9. Oktober ist offen für alle Interessierten

BERLIN. 13 Jahre lang konnten nur geladene Gäste zur Diabetes-Charity-Gala kommen – 2025 können erstmals alle Interessierten Tickets kaufen. Zudem wurde das Konzept überarbeitet.

Die Diabetes-Charity-Gala soll noch pointierter und unterhaltender werden. Weiterhin sollen aber natürlich das Thema Diabetes in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt und Spenden gesammelt werden. Mit den Spenden wird diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe diese beiden Projekte unterstützen:

- „Circus Courage“, ein Zirkus-Camp für Kinder und Jugendliche mit Diabetes und/oder Zöliakie
- Kampagne „#SagEsLaut #SagEsSolidarisch“, bei der Menschen aller Diabetes-Typen Sichtbarkeit gegeben wird

Auch einige Prominente haben bereits ihr Kommen zugesagt, darunter die Schauspieler*innen JANINE KUNZE und VINCENT KRÜGER, Moderator JÖRG DRAEGER, die Sänge-

rin ANNEMARIE EILFELD und die Influencerin LYN KÜNSTNER aus Dresden.

Ein Höhepunkt der Gala wird die Verleihung des Thomas-Fuchsberger-Preises sein. Ausgezeichnet wird damit jedes Jahr eine vorwiegend ehrenamtlich tätige Person, die mit ihrem Projekt zur Diabetesaufklärung beiträgt oder praktische Hilfe im Umgang mit der Erkrankung leistet. Der Preis ist dotiert mit 10.000 Euro, gestiftet von der MedTriX Group, die

mit dem „Diabetes-Anker“ als Medienpartner die Diabetes-Charity-Gala unterstützt.

Das **Basisticket** kostet 99 Euro, mit dem **Soliticket Silber** (149 Euro) oder **Gold** (299 Euro) unterstützen die Gäste freiwillig die Aufklärungsarbeit von diabetesDE. diabetesDE

Tickets gibt es unter diabetes-gala.de



2024 von der DDG dabei, v. l. n. r.: Prof. Dr. Julia Szendrői, Prof. Dr. Monika Kellerer und aus der Geschäftsstelle Petra Kohushölter und Geschäftsführerin Barbara Bitzer.

Foto: diabetesDE/Dirk Deckbar

Mehnert-Medaille 2025

Bewerbung bis 30. September möglich

BERLIN. Seit 2013 vergibt die Organisation diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe zum Weltdiabetestag im November die Mehnert-Medaille an einen Menschen, der 50 Jahre und länger seine Diabetesbehandlung gut im Griff hat.

Wir freuen uns jedes Jahr von Neuem darauf, den Preisträger oder die Preisträgerin der Mehnert-Medaille auszuwählen. Denn jedes Jahr erhalten wir zahlreiche interessante und emotionale Geschichten von Menschen mit Diabetes“, erklärt NICOLE MATTIG-FABIAN, Geschäftsführerin von diabetesDE.

„Seit Beginn der Verleihung haben wir viele starke Persönlichkeiten mit Typ-1-Diabetes kennenlernen dürfen, die – oftmals unter widrigen Umständen – ihr Leben trotz und mit der chronischen Erkrankung meistern. Die Preisträger*innen der Mehnert-Medaille sind mit ihrem akti-

ven Diabetesmanagement auch Vorbilder für jüngere Menschen mit Diabetes und Neudiagnostizierte.“ Noch ist Zeit, sich zu bewerben. Auf der Website können alle, die länger als 50 Jahre Typ-1-Diabetes haben, ihre Geschichten hinterlegen.

Eine Mehnert-Medaille – und Urkunden für alle

Aus allen Geschichten, die bis zum 30. September 2025 hochgeladen werden, wird der/die Preisträger*in ausgewählt; eine Urkunde erhalten alle Einsender*innen. Traditionell wird die Mehnert-Medaille zum Weltdiabetestag verliehen, in diesem Jahr am 16. November im Rahmen von „Meilensteine der modernen Diabetologie/Weltdiabetestag“ in Berlin. dz

www.mehnert-medaille.de

Gute Ideen – gefördert von der DDG

Bewerbung um Projektförderungen 2026 noch bis zum 30. November möglich

BERLIN. Eine gute Idee für ein Forschungsprojekt, aber nicht genug Geld? Geht es um ein Forschungsvorhaben aus dem Bereich der Diabetologie, können sich Wissenschaftler*innen um eine Projektförderung der DDG bewerben – für 2026 ist das noch bis Ende November 2025 möglich.

Um eine Projektförderung bewerben können sich Forschende aus dem deutschsprachigen Raum. Voraussetzung: Sie müssen Mitglied der DDG sein, wobei für Studierende bis zum 28. Lebensjahr die Mitgliedschaft kostenfrei ist. Derzeit ist es möglich, sich auf drei verschiedene Arten der Projektförderung mit jeweils unterschiedlichem Schwerpunkt zu bewerben.

Allgemeine Projektförderung der DDG

Die allgemeinen Projektförderungen sind thematisch nicht festgelegt und erstrecken sich auf das gesamte Gebiet der experimentellen und klinischen Diabetologie. Sie werden aus Mitteln der DDG und durch die Dr. Buding-Stiftung sowie die Deutsche Diabetes-Stiftung unterstützt. Über die Verteilung für die Projektförderung aus dem Vermögen der Gesellschaft und der aus Spenden zur Verfügung stehenden Mittel entscheidet die vom Vorstand der DDG eingesetzte Jury zur Förderung wissenschaftlicher Projekte.

»Jury entscheidet über Förderung«

In der allgemeinen Projektförderung unterstützt die DDG Projekte mit bis zu 30.000 Euro. Die Fördersumme hängt dabei vom nachgewiesenen Bedarf für das einzelne Projekt und von der Bewertung durch die Jury ab. Wichtiges Kriterium für die Bewertung ist der enge Bezug des Themas zur Diabetologie. Fördern möchte die DDG vor allem junge Antragstellende. Beträge über 20.000 Euro kommen nur bei einer Durchschnittsbewertung von besser als 1,5 (analog Schulnoten) infrage. Das am höchsten bewertete Projekt soll als Hellmut-Mehnert-Projektförderung besonders gewürdigt werden.

Adam-Heller-Projektförderung: Schwerpunkt Monitoring

Bewerben für die Adam-Heller-Projektförderung können sich Naturwissenschaftler*innen, deutschsprachiges medizinisches Fachpersonal, deutschsprachige Nachwuchswissenschaftler*innen (entsprechend der DFG-Richtlinien) und deutschsprachige Doktorand*innen. Stifter ist die Abbott Deutschland GmbH, dotiert ist die Adam-Heller-Projektförderung mit 20.000 Euro.

Die Förderung ist gedacht für Studien und Projekte aus der klinisch-praktischen und technologischen Diabetesforschung zu glykämischer

Kontrolle und ihren Konsequenzen. Konkret geht es um Forschung, die eine besondere Relevanz für die Verbesserung und Weiterentwicklung des Stoffwechselmonitorings im Diabetesmanagement hat; dabei kann es z. B. um die Vermeidung von Akutkomplikationen gehen.

Hans-Christian-Hagedorn-Projektförderung

Die Hans-Christian-Hagedorn-Projektförderung wird an eine in der klinischen oder experimentellen Diabetologie international ausgewiesene Arbeitsgruppe vergeben. Dafür bewerben können sich Arbeitsgruppenleiter*innen. Stifter ist die Novo Nordisk Pharma GmbH. Die Projektförderung ist mit 25.000 Euro dotiert. Für die Entscheidung der Jury sind dabei sowohl die Qualität des zu fördernden Projektes als auch die bisherigen Leistungen der Arbeitsgruppe, gemessen an internationalen Standards, relevant. DDG/dz

Informationen zur Bewerbung

Die Einreichung der vollständigen Unterlagen ist möglich bis zum 30. November 2025. Hilfestellungen finden Interessierte auf der Website der DDG in der Rubrik Wissenschaft & Forschung/Projektförderung. Dort stehen ein Antragsformular, Hinweise zur Projektförderung, Tipps zum Ausfüllen des Antrags und eine Übersicht bisher geförderter Projekte zum Download bereit.

www.ddg.info/forschung/projektfoerderung



Verhältnisse ändern, Krankheiten vermeiden

Ein Plädoyer für die „Zuckersteuer“ – um Diabetes und Krebs zu verhindern

BERLIN. Prävention von Tumorerkrankungen fängt schon sehr früh an. Ein Ansatzpunkt ist die Reduktion des Zuckerkonsums. Ein Plädoyer für weniger Zucker in Softdrinks.

Prävention von Tumorerkrankungen ist unstrittig besser als deren Behandlung. Für eine Reihe von Tumoren konnten bereits wirksame Präventionsmaßnahmen entwickelt werden, z. B. für kolorektale Karzinome oder das Mammakarzinom. Diese Maßnahmen richten sich an Personen in einer bestimmten Altersspanne. Prävention fängt aber viel früher an – eigentlich schon im Säuglingsalter – und wird nicht nur durch unser eigenes Verhalten, sondern auch durch die Verhältnisse, in denen wir leben, beeinflusst: Wie ist die gesellschaftliche Einstellung zu Alkohol- und Nikotinkonsum, zu gesunder, vollwertiger Ernährung, zu hohem Zuckerkonsum und zu körperlicher Bewegung? Wird für

Alkohol-, Tabakprodukte oder Softdrinks in den Medien geworben? Gibt es ein Konzept, die Verhältnisse zu verändern, um eine gesündere Lebensweise zu fördern? Die EU-Richtlinie 2003/233/EG verbietet seit 1. Januar 2007 Tabakwerbung im Internet, in Zeitungen und Zeitschriften. Werbung für alkoholische Getränke ist dagegen in Deutschland nahezu uneingeschränkt möglich, nur nicht im Kino vor 18 Uhr.

Zucker reduzieren, Krankheiten vermeiden

Viele Tumorerkrankungen sind mit Übergewicht assoziiert. Adipositas steigt deutlich im Kindes- und Jugendalter in Deutschland. Ein Faktor ist dabei der hohe Konsum an gesüßten Getränken. Eine Reduktion des täglichen Zuckerkonsums könnte Krankheiten vermeiden und Gesundheitskosten senken. Eine Modellrechnung aus Deutschland zeigt, dass bei einer Reduktion des Zuckers

in den Rezepturen für Softdrinks der Pro-Kopf-Konsum an Zucker täglich um 2,3 g gesenkt werden könnte, mit einem positiven Effekt auf Diabetesinzidenz, Übergewicht, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs. Die Modellierung zeigt ein Einsparpotenzial von 16 Milliarden Euro in 20 Jahren, davon vier Milliarden Euro Gesundheitskosten.¹ Auch die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt eine Sondersteuer von mindestens 20 % auf zuckerhaltige Getränke, um den Zuckerkonsum der Bevölkerung und seine gesundheitlichen Folgen zu reduzieren.

Eine Analyse britischer Daten, wo eine Steuer für zuckerhaltige Getränke mit Ausnahme von Fruchtsäften, Getränken auf Milchbasis und den Produkten sehr kleiner Unternehmen 2018 eingeführt wurde, zeigte innerhalb eines Jahres einen Rückgang der von Kindern konsumierten Zuckermenge um immerhin einen Teelöffel pro Tag. Durch die Steuer

wurde auch Adipositas bei zehnjährigen Mädchen um acht Prozent verringert.² Viele Länder weltweit haben einen ähnlichen Weg wie Großbritannien eingeschlagen und eine Steuer auf Zucker als Maßnahme der Verhältnisprävention eingeführt. Der

Vision Zero – gemeinsam gegen Krebs

Die Initiative Vision Zero setzt sich dafür ein, „die Zahl der vermeidbaren krebsbedingten Todesfälle gegen Null zu bringen“, wie es im Vision-Statement heißt. Da sich durch einen gesunden Lebensstil 40 % aller Krebserkrankungen verhindern lassen, setzt sich Vision Zero auch stark für die Prävention und damit für einen gesunden Lebensstil ein.

Mehr über die Projekte und Veranstaltungen von Vision Zero:

vision-zero-oncology.de

aktuelle Koalitionsvertrag benennt leider keine konkreten Maßnahmen zur Verhältnisprävention. Eine Zuckersteuer unterstützt Menschen bei einer gesünderen Lebensweise, und das ab dem Kindesalter, und kann klamme Gesundheitskassen proaktiv entlasten. Natürlich ist die Zuckersteuer nur eine Maßnahme – gesundes Schulesen, regelmäßiger Sportunterricht und bewegungsfördernde Konzepte wie z. B. sichere Radwege in Städten und vieles mehr können ebenfalls einen relevanten Beitrag leisten. Auf was wartet die deutsche Politik?

Professor Dr. Thomas Seufferlein
Der Beitrag ist erstmals erschienen in: *Vision Zero Magazin 1/2025 unter dem Titel „Verhältnisprävention in Deutschland – oder warum wir eine Zuckersteuer brauchen“*

1. Emmert-Fees KMF et al. PLoS Med 20(11): e1004311; doi: 10.1371/journal.pmed.1004311

2. Rogers NT et al. PLoS Med 2023; doi: 10.1371/journal.pmed.1004160

vision
zero
GEMEINSAM
GEGEN KREBS

HERBSTTAGUNG-DDG.DE

7. — 8.
November
2025

360°

DIABETES

Standardanmeldungen
enden am 15.10.2025

LEINEN LOS,
GEMEINSAM ZU
NEUEN UFERN!



DIABETES
HERBSTTAGUNG
2025 DDG

CONGRESS
CENTER
ROSENGARTEN
MANNHEIM

Segeln statt rudern

Die ersten Diabetescoaches DDG können mit ihren Klient*innen die Segel setzen

BERLIN. Es mangelt nicht an Wissen, das Know-how ist vorhanden – und trotzdem ist der Umgang mit dem Diabetes schwierig, der Weg, Therapieziele umzusetzen, ist voller Hindernisse. Diabetescoaches DDG können helfen.

Seit Ende 2024 bietet die DDG für Diabetesberater*innen DDG mit Berufserfahrung die Fortbildung zum Diabetescoach DDG an. Die 15 Teilnehmenden des Pilotkurses haben viel gelernt, auch über sich selbst – und genau das ist auch so gewollt, erzählt KATHRIN BOEHM, VDBD-Vorsitzende und berufsfachliche Leiterin der DDG Weiterbildungen an der Diabetes-Akademie Bad Mergentheim, die neben ANGELIKA DEML (u. a. Bildungsreferentin an der Katholischen Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern, Regensburg) auch eine der Kursleiterinnen ist. Beide sind Diabetesberaterinnen DDG, Mitglieder im Ausschuss QSW der DDG und haben den Kurs mitentwickelt. Die Idee für eine Fortbildung Diabetescoach DDG rührt von einer Ausbildung zum systemischen Coach, die sie beide absolviert haben. Die Methoden, die dort vermittelt wurden, hielten sie auch geeignet für Diabetesberater*innen – „weil wir denken, dass es gerade für die komplexe Erkrankung Diabetes Wege braucht, um Patient*innen ins Selbstmanagement zu bringen“, so Boehm.

Das Zertifikat der DDG macht den Unterschied

Für wen kommt ein Diabetescoaching infrage? Für Menschen mit Typ-2-Diabetes gehe es oft um Verhaltensänderungen wie mehr Bewegung oder Gewichtsreduktion. Im Coaching, sagt Boehm, wird dann hinterfragt: „Warum möchte ich abnehmen – nur weil der Arzt das sagt? Warum möchte ich es selbst?“ Bei Menschen mit Typ-1-Diabetes stehe häufig Perfektionismus im Fokus: „Warum achte ich auf jeden

Wert? Warum gucke ich dauernd auf mein CGM?“ Das Coaching könne helfen, die dahinterliegenden Ängste oder Überzeugungen zu erkennen. Die Teilnehmenden des Pilotkurses kommen aus ganz Deutschland und für ca. die Hälfte hat der Arbeitgeber den Kurs finanziert, sagt Boehm. Diabetolog*innen versprechen sich von Mitarbeitenden, die einen erweiterten Zugang zu den Patient*innen finden, dass z. B. für sie selbst die Gespräche nicht mehr so herausfordernd sind.

Angebote für Diabetescoachings gibt es schon länger, aber der Begriff ist nicht geschützt. Deshalb wurde eine strukturierte, modulare Fortbildung entwickelt, bei der klar ist, welche Ausbildung die Coaches haben und wie ein Coaching abläuft.

Selbstreflexion: essenziell, um gut coachen zu können

Auch MANUELA GALLENZ, selbstständige Diabetesberaterin aus Forchheim-Hausen in Oberfranken, begrüßt es, dass sie durch ein Zertifikat ihre Kompetenzen im Coaching-Bereich nachweisen kann. Aus Neugier und weil sie sich immer weiterentwickeln möchte, hat sie sich für den Pilotkurs entschieden – und ihre Teilnahme nicht bereut, und zwar auch, weil sie über sich selbst viel gelernt hat. „Das waren sehr intensi-

»Mit den richtigen Fragen ist die Lösung nah«

ve Monate für mich – das hatte ich so nicht erwartet.“ Denn die Methoden – z. B. Fragetechniken zur Ressourcenerkennung, das GROW-Modell (Goal – Reality – Options – Will) und lösungsorientiertes Kurzzeitcoaching – werden im Kurs an eigenen, persönlichen Themen ausprobiert. Diese Selbstreflexion sieht Gallenz als essenziell an: „Ohne diese Basis würde man wahrscheinlich kein guter Coach werden können.“ Ein zentraler Lerninhalt, die systemische Fragetechnik, ist für sie besonders wichtig: „Für mich war es die erste große Herausforderung, immer diese starken Fragen zu finden“, berichtet sie. „Es war für uns im Kurs ein Aha-Effekt, als wir gemerkt haben: Wenn wir die richtigen Fragen stellen, ist die Lösung auch schon sehr nah.“ Bisher sei sie in der Beratung häufig „um eine Sache gekreist, die aber am Ende gar nicht das Problem war.“ Boehm findet für den Unterschied einen starken Vergleich: „Früher bin ich



Kathrin Boehm
Vorsitzende VDBD,
Kursleiterin
Diabetescoach DDG
Foto: DDG/Dirk Deckbar

für einen Patienten gerudert, jetzt segele ich mit ihm.“ Die Gespräche werden effektiver, weniger kraftaufwendig – die gecoachte Person ist diejenige, die ins Handeln kommen muss, der Coach selbst kann und muss sich mehr zurücknehmen. Wie setzt die erfahrene Diabetesberaterin Gallenz das Gelernte ein? Derzeit vor allem in der Diabetesberatung. „Ich glaube nicht, dass ich vorher viel anders gearbeitet habe, aber dadurch, dass ich mich jetzt besser reflektiere und das Gegenüber anders wahrnehme, besteht eine ganz andere Basis.“ Coachings durchführen – dafür gab es bis jetzt wenig Gelegenheit, vor allem aus Zeitmangel. Anderen Teilnehmenden gehe es ähnlich.

Kathrin Boehm bestätigt, dass sich das Coaching in den Praxen noch entwickeln muss, dass z. B. die Praxisinhaber*innen erst noch richtig wahrnehmen müssen, was der Unterschied zwischen Diabetescoaching und Diabetesberatung ist. Sie kann sich vorstellen, dass Diabetescoaching als IGeL angeboten wird, und in Baden-Württemberg gebe es schon eine Beratungsziffer, über die man unabhängig von Schulungsterminen einmal im Quartal 45 Minuten oder dreimal 15 Minuten abrechnen kann.

Ein Schritt hin zur Etablierung des Diabetescoaches könnte sein, das Konzept wissenschaftlich zu untermauern. In einer Studie soll

geschaut werden, ob sich durch die Intervention die Diabetesbelastung verringert hat.

Der Coach als Hebamme, nicht als Dauerbegleitung

Ein Coaching dauert ca. 60 bis 90 Minuten und ist ausschließlich gedacht als temporäre Begleitung für besondere Belastungssituationen bzw. Themen. Daher gibt es eine ganz klare Abgrenzung zur Psychotherapie. Wo diese Grenze zu setzen ist, wird ebenfalls im Kurs besprochen.

„Der Coach geht mit der Haltung rein, dass sein Gegenüber alle Fähigkeiten besitzt, eine Lösung für sich zu finden. Es geht darum, ein Problem oder eine Situation zu reflektieren und sich dabei seiner eigenen Ressourcen bewusst zu werden und damit das Problem oder die Situation für sich zu lösen“, so Boehm. Auch den Klient*innen müsse klar sein, dass der Coach eine „Hebammenfunktion“ hat und nicht dauerhaft begleitet. „Wenn wir als Coaches gut arbeiten, dann heißt das, dass wir uns sehr schnell überflüssig machen, weil die Klient*innen wieder selbst ins Tun kommen“, betont Boehm.

Nicole Finkenauer

Wie läuft ein Diabetescoaching konkret ab? Hören Sie rein in die Podcast-Folge mit Angelika Deml auf diabetes-anker.de/podcast



Der Weg zum Diabetescoach

Die Fortbildung zum Diabetescoach DDG ist für Diabetesberater*innen DDG mit fünfjähriger Berufserfahrung gedacht und umfasst 240 Stunden, aufgeteilt in Theorie, Praxis und Selbstlernzeit. Neben Präsenz gibt es Live-Online-Unterricht.

www.ddg.info/ddg-akademie/fuer-gesundheitsfachkraefte/diabetescoach-ddg

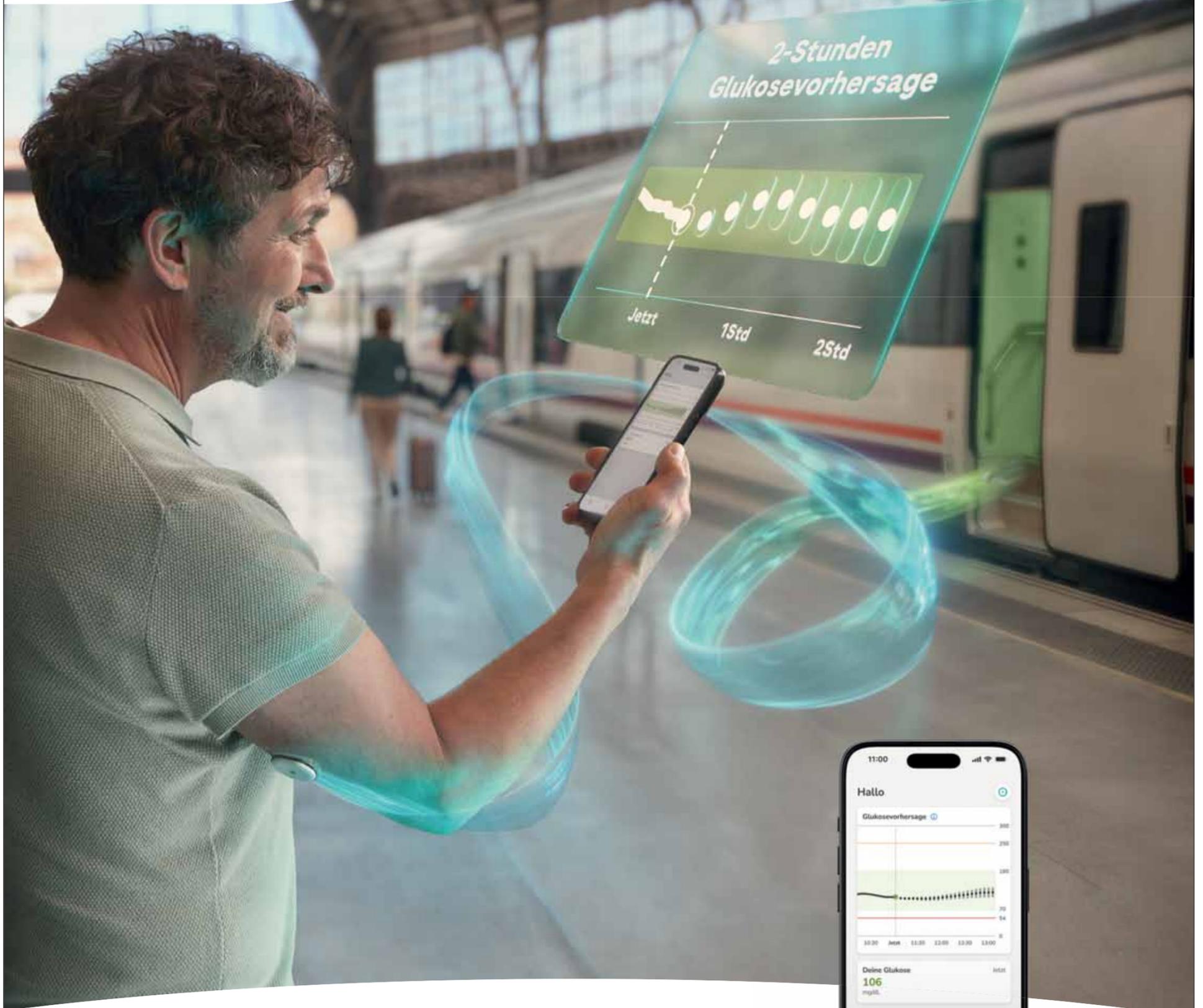


Manuela Gallenz,
Diabetesberaterin DDG,
hat den Pilotkurs
zum Diabetescoach
DDG absolviert.



Fahrt aufnehmen – mit einem Diabetescoaching.

ACCU-CHEK®
SmartGuide



Einfach **vorbereitet.**

Der einfache Ratgeber für den Diabetesalltag: **Accu-Chek SmartGuide!**
Mit der 2-Stunden Glukosevorhersage unterstützt die CGM-Lösung Ihre Patient:innen dabei, proaktiv Maßnahmen zu ergreifen und zu lernen, wie sie zukünftige hohe oder niedrige Glukosewerte verhindern könnten.¹



Erfahren Sie mehr!
accu-chek.de/fach-cgm

1. Glatzer T, Ehrmann D, Gehr B, et al. Clinical Usage and Potential Benefits of a Continuous Glucose Monitoring Predict App. J Diabetes Sci Technol. 2024;18(5):1009-1013. doi:10.1177/19322968241268353. ACCU-CHEK, ACCU-CHEK SmartGuide und ACCU-CHEK SmartGuide Predict sind Marken von Roche. Alle anderen Produktnamen und Marken sind Eigentum ihrer jeweiligen Inhaber.
© 2025 Roche Diagnostics Deutschland | accu-chek.de | Roche Diagnostics Deutschland GmbH | Sandhofer Straße 116 | 68305 Mannheim

Neu- oder re-zertifizierte Kliniken und Arztpraxen

(im Zeitraum 05.06. bis 06.08.2025)

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 0		
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. med. Karsten Milek	06679 Hohenmölsen	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Gesundheitszentrum Bitterfeld/Wolfen gGmbH	06749 Bitterfeld	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. med. Mariana Gärtner & Dipl. med. Heike Müller	07747 Jena	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Czäczine	09116 Chemnitz	Diabeteszentrum DDG
PLZ 1		
Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge, Klinik für Innere Medizin I – Angiologie, Diabetologie, Kardiologie	10365 Berlin	Diabeteszentrum DDG 
Vivantes-Klinikum Neukölln, Klinik für Gastroenterologie, Diabetologie und Hepatologie, Station 4	12351 Berlin	Diabeteszentrum DDG
Internistische Facharztpraxis für Diabetes Dr. med. Angela Weber-Albl	13507 Berlin	Diabeteszentrum DDG
Schwerpunktpraxis Diabetes und Kardiologie Dr. med. Fabian Scholz	13509 Berlin	Diabetes Exzellenzzentrum DDG
Helios Klinikum Emil von Behring, Klinik für Innere Medizin II/Station 21	14165 Berlin	Diabeteszentrum DDG 
Fachkrankenhaus für neurologische Frührehabilitation	14547 Beelitz	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
Neurologisches Fachkrankenhaus für Bewegungsstörungen/Parkinson	14547 Beelitz	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
Neurologische Rehabilitationsklinik	14547 Beelitz	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
Helios Klinikum Bad Saarow	15526 Bad Saarow	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
Asklepios Klinik Birkenwerder, Diabetologische Fußambulanz	16547 Birkenwerder	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Asklepios Klinik Birkenwerder, Diabetesklinik	16547 Birkenwerder	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Universitätsklinikum Ruppin-Brandenburg	16816 Neuruppin	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
Klinikum Karlsburg, Klinik für Diabetes, Stoffwechsel- und Nierenerkrankungen	17495 Karlsburg	Diabeteszentrum DDG 
PLZ 2		
Diabetespraxis Eppendorf Sudrow & Sharbati,	20251 Hamburg	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diabetes Zentrum Barmbek	22305 Hamburg	Diabeteszentrum DDG
Diabetespraxis Blankenese, Dr. med. Anja Kittler und Christiane Koll	22587 Hamburg	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diabetes-Schwerpunktpraxis Kiel	24114 Kiel	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diabetes-Schwerpunktpraxis Internistische Gemeinschaftspraxis Dr. Carsten Petersen, Birgit Carstens-Radtke, Daniel Hien	24837 Schleswig	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Klinikum Wilhelmshaven GmbH, Innere Medizin II	26389 Wilhelmshaven	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
Diabeteszentrum Lilienthal	28865 Lilienthal	Fußbehandlungseinrichtung DDG
PLZ 3		
Kinder- und Jugendkrankenhaus Auf der Bult, Allgemeine Kinderheilkunde, Diabetologie und Klinische Forschung	30173 Hannover	Diabeteszentrum DDG
Diabetologie am Nordbahnhof	33102 Paderborn	Diabeteszentrum DDG 
Evangelisches Klinikum Bethel, Nephrologie und Diabetologie	33611 Bielefeld	Diabeteszentrum DDG
Universitätsklinikum Magdeburg, Klinik für Endokrinologie und Stoffwechselkrankheiten	39120 Magdeburg	Diabeteszentrum DDG
Diabeteszentrum Magdeburg/Haldensleben, Betriebsstätte Magdeburg	39124 Magdeburg	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diabeteszentrum Magdeburg/Haldensleben, Betriebsstätte Haldensleben	39340 Haldensleben	Fußbehandlungseinrichtung DDG

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 4		
Diabetes-Schwerpunktpraxis mit Fußambulanz	40219 Düsseldorf	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diabeteszentrum Neuss	41462 Neuss	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. med. Maria Gumprich, Dr. med. Hoang Lam Nguyen, Dr. med. Ulrich Nühlen	42275 Wuppertal	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Elisabeth-Krankenhaus Essen GmbH	45138 Essen	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
St. Marien Hospital Mülheim an der Ruhr, Klinik für Nieren- und Hochdruckerkrankungen, Diabetologie	45468 Mülheim	Diabeteszentrum DDG
EVK Hattingen/Diabeteszentrum Ruhrgebiet	45525 Hattingen	Diabeteszentrum DDG
MVZ KfH - Gesundheitszentrum Recklinghausen	45659 Recklinghausen	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Stiftungsklinikum Proselis gGmbH	45659 Recklinghausen	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
Diabetes-Zentrum Ruhr	46049 Oberhausen	Diabeteszentrum DDG
Diabetologikum Duisburg Dr. H. Mühlen & Kollegen	47119 Duisburg	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Gemeinschaftspraxis Dres. med. Ingenstau/Kurek & Partner Diabetologische Schwerpunktpraxis	47179 Duisburg	Fußbehandlungseinrichtung DDG 
diabetesPraxis Rathausallee	47239 Duisburg	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Krankenhaus Bethanien Moers, Diabetes-Fußambulanz	47441 Moers	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Krankenhaus Bethanien Moers, Klinik für Diabetologie und Endokrinologie	47441 Moers	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Alexianer Krefeld GmbH Krankenhaus Maria-Hilf, Klinik für Kardiologie, Pneumologie und Innere Medizin	47805 Krefeld	Diabeteszentrum DDG 
Schwerpunktpraxis für Diabetes und Ernährungsmedizin, Dr. med. Winfried Keuthage	48153 Münster	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diabetespraxis Rheine	48431 Rheine	Fußbehandlungseinrichtung DDG
St. Elisabeth Krankenhaus gGmbH	49401 Damme	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
PLZ 5		
Sigrid Hermes & KollegInnen, Diabetologische Schwerpunktpraxis	50674 Köln	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Ambulantes Centrum für Diabetologie, Endoskopie und Wundheilung Hochlenert-Zavaleta-Birgel,	50733 Köln	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diabetes-Schwerpunktpraxis Dr. med. Judith Nagel	51063 Köln	Fußbehandlungseinrichtung DDG
St. Antonius Hospital, Innere Medizin	52249 Eschweiler	Diabeteszentrum DDG
Marienhaus Klinikum Mainz	55131 Mainz	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
Diabetes- und Stoffwechselpraxis Wetter	58300 Wetter	Diabeteszentrum DDG
Johanniter Kliniken Hamm, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	59063 Hamm	Diabeteszentrum DDG
PLZ 6		
DGD Krankenhaus Sachsenhausen gGmbH, Diabetologie	60594 Frankfurt am Main	Diabetes Exzellenzzentrum DDG
Fachinternisten Aschaffenburg, Praxis Dr. Kummer & Dr. Schirmacher-Memmel	63739 Aschaffenburg	Diabetes Exzellenzzentrum DDG   
St. Josefs-Hospital Wiesbaden GmbH, Medizinische Klinik II, Diabetologie und Ernährungsmedizin	65189 Wiesbaden	Diabeteszentrum DDG
St. Vincenz Krankenhaus Limburg, Interdisziplinäres Diabeteszentrum	65549 Limburg	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Praxis Dr. med. Gökmen Gül	66111 Saarbrücken	Diabeteszentrum DDG
Diabetologikum Speyer	67346 Speyer	Diabetes Exzellenzzentrum DDG

Neu- oder re-zertifizierte Kliniken und Arztpraxen

(im Zeitraum 05.06. bis 06.08.2025)

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 7		
Klinikum Mittelbaden Rastatt-Forbach, Kreiskrankenhaus Rastatt	76437 Rastatt	Fußbehandlungseinrichtung DDG
PLZ 8		
HELIOS Klinikum München West, Innere Medizin / Diabetologie	81241 München	Diabeteszentrum DDG
München Klinik Neuperlach, Klinik für Nephrologie, Endokrinologie, Diabetologie, Angiologie und Rheumatologie	81737 München	Diabeteszentrum DDG
Klinikum Garmisch-Partenkirchen	82467 Garmisch-Partenkirchen	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
Medicum Rosenheim	83022 Rosenheim	Diabeteszentrum DDG
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Sektion Pädiatrische Endokrinologie und Diabetolog	89075 Ulm	Diabeteszentrum DDG

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 9		
Praxis für Diabetologie a.Klinikum Nürnberg Nord	90419 Nürnberg	Diabeteszentrum DDG
Klinikum Forchheim	91301 Forchheim	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
ANregiomed Klinikum Ansbach	91522 Ansbach	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
Klinikum Passau, Medizinische Klinik 1, Bereich Nephrologie und Geriatrie	94032 Passau	Diabeteszentrum DDG
Internistische Gemeinschaftspraxis am Pflögator, Schröder/Schepp/Perenyei/Santner/Reisinger	94469 Deggendorf	Diabeteszentrum DDG ZUSATZKOMPETENZ DIABETES & SCHWANGERSCHAFT DDG
Diabeteszentrum Erfurt Internistische Gemeinschaftspraxis	99085 Erfurt	Diabeteszentrum DDG
Praxis für Innere Medizin Diabetologische Schwerpunktpraxis	99310 Arnstadt	Fußbehandlungseinrichtung DDG

Mit Rückenwind zur Promotion

Sowohl DDG als auch DZD fördern Promovierende – Bewerbung für DDG Stipendium bis 31. September



BERLIN/NEUHERBERG. Mit ihren Förderprogrammen unterstützen die Deutsche Diabetes Gesellschaft und das Deutsche Zentrum für Diabetesforschung junge Menschen, die promovieren möchten. Wer wird unterstützt – und wie können sich Promovierende bewerben?

Durch das Promotionsförderprogramm der DDG werden vor allem klinisch orientierte Doktorarbeiten sowie Arbeiten im Bereich der Versorgungsforschung unterstützt.

Die Förderung unterstützt sowohl promotionswillige Stipendiat*innen als auch deren Betreuer*innen. Damit soll unter anderem das Angebot, Promotionsthemen in diesem Bereich zu vergeben, erhöht werden.

Worin besteht die Förderung der DDG?

- Stipendiat*innen erhalten maximal sechs Monate lang 400 Euro monatlich.
- Betreuer*in und Stipendiat*in erhalten freien Zugang zu einem Diabetes-Kongress und zu einer Diabetes-Herbsttagung.
- Der erfolgreiche Abschluss wird mit 600 Euro honoriert.
- Bewerbungen können jeweils bis zum 31. März und bis zum 31. September eingereicht werden.

Eine gleichzeitige andere Förderung der Promotion oder eine finanzierte Anstellung im Rahmen der Promotion gelten als Ausschlusskriterien. Bewerben können sich Promovierende aus dem deutschsprachigen Raum. Promovierende*r und Betreuer*in sollten Mitglieder der DDG sein.

Wie fördert das DZD Promotionsstipendiat*innen?

Bewerben können sich wissenschaftlich interessierte Medizinstudierende, die an einer deutschen Hochschule eingeschrieben sind und eine experimentelle Doktorarbeit in einer DZD-Arbeitsgruppe eines DZD-Partnerstandorts durchführen möchten.

- Der Förderumfang umfasst ein Stipendium über 12 Monate über 992 Euro pro Monat.
- Die Bewerbung erfolgt gemeinsam mit dem wissenschaftlich Betreuenden. Das Thema der Arbeit muss in das DZD-Forschungsprogramm passen.
- Es wird vorausgesetzt, mindestens ein (besser zwei) Frei- oder Urlaubssemester zu nehmen, um intensiv am eigenen Forschungsprojekt arbeiten zu können.
- Eine aktive Teilnahme an DZD NEXT-Begleitveranstaltungen und eine Posterpräsentation zum Abschluss der Forschungsarbeit sind Teil des Stipendiums.

DDG/DZD/dz

Weitere Informationen und die Bewerbungsformulare finden Sie unter

 ddg.info/forschung/promotionsfoerderprogramm



 dzd-ev.de/karriere/im-fokus-unser-wissenschaftlicher-nachwuchs/promotionsstipendium



Foto: iStock/vladivel

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

Johannes Fehde, Berlin
Dirk Wulff, Zwickau
Dr. Ute Gebert, Köln
Dr. Philipp Bethcke, Altdorf
Dr. Constanze Hilmes-Wingenter, Leipzig
Ndirima Zack, Gelsenkirchen
Dr. Sarah Konert, Irschenberg
Dr. Andra Stubbe, Potsdam
Dr. Rico Hochdörffer, Stutensee
Dr. Martina Ivanoska, Bergisch Gladbach
Dr. Susanne Gierke, Berlin
Aiste Lastauskaite, Lörrach
Dr. Ermelinda Methoxha, Quakenbrück
Dr. Annette Horrer, Allensbach
Dr. Matthias Hubert, Westerburg
Stefanie Gruschwitz, Bad Brambach
Dr. Charlotte Laura Felicitas Sauer, Frankfurt am Main
Dr. Sarnyai Zsolt, Würzburg
Verena Reppert, Nottuln
Michael Czep, Metten
Dr. Dorit Kirchner, Berlin
Davor Vekic, Berlin
Dr. Birgit Krause, München

 **diabeteszeitung** digital

E-Paper ist im Web verfügbar

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

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

Über die Suchfunktion lassen sich die einzelnen Ausgaben nach Themen und Stichworten durchsuchen.

Zudem können Sie die elektronische Ausgabe der **diabeteszeitung** auch als Android- oder iOS-App auf Ihrem mobilen Endgerät lesen. Die App finden Sie in Ihrem jeweiligen App-Store unter dem Suchbegriff „Medical Tribune für Ärzte“.



Kontakt zur Redaktion

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

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



Angebote zur DDG Weiterbildung

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



Nutzen Sie die Möglichkeiten der Weiterbildung für Gesundheitsfachkräfte!

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

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

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

www.ddg.info/diabetesbildung
www.ddg.info/qualifizierung/weiterbildungsstipendien

➔ Diabetesbildung DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Freie Plätze für Aufbauqualifikation		
BO 02	Augusta Akademie Bochum Dr.-C.-Otto-Str. 27, 44879 Bochum ☎ Tel.: 0152/56458325 m.grothe@augusta-bochum.de www.augusta-akademie.de	Modul 4: 20.10. – 31.10.2025 Modul 5: 15.12. – 19.12.2025 Modul 6: 19.01. – 30.01.2026 Modul 7: 09.03. – 20.03.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul ➔ Abschluss Diabetesberater*in DDG
Rheine RH 07	Akademie der Stiftung Mathias-Spital Rheine Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-7319 ☎ Fax: 05971/42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	Modul 4: 03.11. – 14.11.2025* Modul 5: 26.01. – 30.01.2026 Modul 6: 02.03. – 13.03.2026 Modul 7: 28.09. – 09.10.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul ➔ Abschluss Diabetesberater*in DDG
BO 03	Augusta Akademie Bochum Dr.-C.-Otto-Str. 27, 44879 Bochum ☎ Tel.: 0152/56458325 m.grothe@augusta-bochum.de www.augusta-akademie.de	Modul 4: 05.01. – 16.01.2026 Modul 5: 23.03. – 27.03.2026 Modul 6: 20.04. – 01.05.2026 Modul 7: 06.07. – 17.07.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul ➔ Abschluss Diabetesberater*in DDG
TR 02	Diabetes-Akademie Südostbayern Haus St. Rupert, Rupperechtstr. 6, 83278 Traunstein ☎ Tel.: 0861/30 90 713 info@diabetes-akademie.net www.diabetes-akademie.net	Modul 4: 02.03. – 06.03.2026 Modul 5: 08.06. – 19.06.2026 Modul 6: 13.07. – 24.07.2026 Modul 7: 21.09. – 25.09.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul ➔ Abschluss Diabetesberater*in DDG
Freie Plätze Diabetesassistent*in und -berater*in DDG		
Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Rheine RH 08	Akademie der Stiftung Mathias-Spital Rheine Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-7319 info@afg-rheine.de www.afg.mathias-stiftung.de/	Modul 1: 29.09. – 10.10.2025 Modul 2: 17.11. – 28.11.2025 Modul 3: 05.01. – 09.01.2026 ➔ Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 16.03. – 27.03.2026 Modul 5: 18.05. – 22.05.2026 Modul 6: 20.07. – 31.07.2026 Modul 7: 28.09. – 09.10.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul ➔ Abschluss Diabetesberater*in DDG
Heringsdorf HER 01	Medigreif Inselklinik Heringsdorf GmbH Haus Gothensee, Setheweg 11, 17424 Heringsdorf ☎ Tel.: 038378/780-502, ☎ Fax: 038378/780-555 Internet: www.haus-gothensee.de	Modul 1: 13.10. – 24.10.2025 Modul 2: 26.01. – 06.02.2026 Modul 3: 02.03. – 06.03.2026 ➔ Abschluss Diabetesassistent*in DDG
Rheine RH 09	Akademie der Stiftung Mathias-Spital Rheine Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-7319 info@afg-rheine.de www.afg.mathias-stiftung.de/	Modul 1: 01.12. – 12.12.2025 Modul 2: 09.02. – 20.02.2026 Modul 3: 23.03. – 27.03.2026 ➔ Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 27.04. – 08.05.2026 Modul 5: 29.06. – 03.07.2026 Modul 6: 24.08. – 04.09.2026 Modul 7: 16.11. – 27.11.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul ➔ Abschluss Diabetesberater*in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Regensburg RB 07	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	Modul 1: 08.12. – 19.12.2025 Modul 2: 02.02. – 13.02.2026 Modul 3: 16.03. – 20.03.2026 ➔ Abschluss Diabetesassistent*in DDG
Jena JE 05	Diabeteszentrum Thüringen e.V. Am Klinikum 1, Gebäude A, 07740 Jena ☎ Tel.: 03641/93243-46 ☎ Fax: 03641/93243-47 nadine.kuniss@med.uni-jena.de www.diabetes-thueringen.de	Modul 1: 12.01. – 23.01.2026 Modul 2: 16.03. – 27.03.2026 Modul 3: 08.06. – 12.06.2026 ➔ Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 15.06. – 19.06.2026 Modul 5: 17.08. – 28.08.2026 Modul 6: 02.11. – 13.11.2026 Modul 7: 11.01. – 22.01.2027 ➔ Abschluss Diabetesberater*in DDG
Bochum BO 04	Augusta Akademie Bochum Dr.-C.-Otto-Straße 27, 44879 Bochum ☎ Tel.: 0152/56458325 m.grothe@augusta-bochum.de www.augusta-akademie.de	Modul 1: 02.02. – 13.02.2026 Modul 2: 04.05. – 15.05.2026 Modul 3: 08.06. – 12.06.2026 ➔ Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 10.08. – 21.08.2026 Modul 5: 26.10. – 30.10.2026 Modul 6: 07.12. – 18.12.2026 Modul 7: 18.01. – 29.01.2027 zzgl. Wahlpflichtmodul ➔ Abschluss Diabetesberater*in DDG
Rheine RH 11	Akademie der Stiftung Mathias-Spital Rheine Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-7319 info@afg-rheine.de www.afg.mathias-stiftung.de/	Modul 1: 23.02. – 06.03.2026 Modul 2: 07.04. – 17.04.2026 Modul 3: 08.06. – 12.06.2026 ➔ Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 03.08. – 14.08.2026 Modul 5: 19.10. – 23.10.2026 Modul 6: 07.12. – 18.12.2026 Modul 7: 09.02. – 19.02.2027 zzgl. Wahlpflichtmodul ➔ Abschluss Diabetesberater*in DDG
RB 08	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	Modul 1: 16.03.2026 – 27.03.2026 Modul 2: 13.04.2026 – 24.04.2026 Modul 3: 11.05.2026 – 15.05.2026 ➔ Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 15.06.2026 – 26.06.2026 Modul 5: 20.07.2026 – 31.07.2026 Modul 6: 21.09.2026 – 25.09.2026 + 09.11.2026 – 13.11.2026 Modul 7: 14.09.2026 – 18.09.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul ➔ Abschluss Diabetesberater*in DDG
GI 03	Universitäts Diabeteszentrum Mittelhessen Gießen UKGM Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH Klinikstr. 33, 35392 Gießen www.udzm.de	Modul 1: 20.04.2026 – 24.04.2026 + 18.05.2026 – 22.05.2026 Modul 2: 22.06.2026 – 26.06.2026 + 24.08.2026 – 28.08.2026 Modul 3: 21.09.2026 – 25.09.2026 ➔ Abschluss Diabetesassistent*in DDG

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

Weitere Kurse und Anmeldung auf www.ddg.info/diabetesbildung

➔ Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG – Fortbildung für Pflegende

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
BaQ BK_07	ctt-Fortbildungszentrum Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich Anke Funk, Karl-Binz-Weg 12, 54470 Bernkastel-Kues ☎ Tel.: 0651/82 44-288 fortbildungszentrum@ctt-zentrale.de	03.11. – 04.11.2025
BaQ BW_12	Asklepios Klinikum Nordhessen Asklepios Klinikum Schwalmstadt, Diabetes Schulungsraum 1 UG F1 Julia Steklow, Laustraße 37, 34537 Bad Wildungen ☎ Tel.: 05621/795 24 13 j.steklow@asklepios.com	13.11. – 14.11.2025
BaQ BL 06	Diabeteszentrum Bad Lauterberg Kerstin Zocher, Kirchberg 21, 37431 Bad Lauterberg zocher@diabeteszentrum.de	14.11. – 15.11.2025
BaQ BW_13	Asklepios Klinikum Nordhessen Asklepios Klinikum Schwalmstadt, Diabetes Schulungsraum 1 UG F1 Julia Steklow, Laustraße 37, 34537 Bad Wildungen ☎ Tel.: 05621/795 24 13 j.steklow@asklepios.com	28.04. – 29.04.2026
BaQ BW_14	Asklepios Klinikum Nordhessen Asklepios Klinikum Schwalmstadt, Diabetes Schulungsraum 1 UG F1 Julia Steklow, Laustraße 37, 34537 Bad Wildungen ☎ Tel.: 05621/795 24 13 j.steklow@asklepios.com	28.10. – 29.10.2026

Weitere Informationen unter: www.ddg.info/qualifizierung-diabetes-pflegefachkraft-1/basisqualifikation-diabetes-pflege-ddg

Kurse sind anrechenbar für die Fortbildung im Rahmen der Zertifizierung Klinik mit Diabetes im Blick.

➔ Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Klinik)

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Rheine DPPFK Kurs 18	Akademie der Stiftung Mathias-Spital Rheine Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-7319 info@afg-rheine.de, www.afg.mathias-stiftung.de	04.05. – 08.05.2026 22.06. – 26.06.2026
Rheine DPPFK Kurs 19	Akademie der Stiftung Mathias-Spital Rheine Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-7319 info@afg-rheine.de, www.afg.mathias-stiftung.de	28.09. – 02.10.2026 26.10. – 30.10.2026

Die Bewerbungsunterlagen sind an die Weiterbildungsstätte zu senden.

Weitere Informationen finden Sie auf www.ddg.info/qualifizierung/fuer-medizinisches-assistenzpersonal/diabetes-pflegefachkraft-ddg-klinik-2

➔ Fuß- und Wundassistent*in DDG

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

Weitere Informationen unter: ddg.info/qualifizierung

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Kurse nach neuem Curriculum der Fuß- und Wundassistent*in DDG		
20	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-0 a.deml@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	Block 1: 13.10. – 15.10.2025 (online) Block 2: 20.10. – 22.10.2025 (Präsenz)
12	Diabetes-Akademie Bad Mergentheim Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim ☎ Tel.: 07931/594 165, ☎ Fax: 07931/77 50 info@diabetes-zentrum.de, www.diabetes-akademie.de	Block 1: 03.11. – 05.11.2025 (online) Block 2: 26.11. – 28.11.2025 (Präsenz)
27	Diabetes Zentrum Thüringen e.V. Am Klinikum 1, Gebäude A, 07743 Jena ☎ Tel.: 03641/9324346, ☎ Fax: 03641/9324342 nadine.kuniss@med.uni-jena.de, www.diabetes-thueringen.de	Block 1: 05.11. – 07.11.2025 Block 2: 12.11. – 14.11.2025
21	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-0 a.deml@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	Block 1: 23.02. – 25.02.2026 (online) Block 2: 02.03. – 04.03.2026 (Präsenz)
59	CID Centrum für integrierte Diabetesversorgung St. Vinzenz-Hospital, Merheimer Straße 221-223, 50733 Köln ☎ Tel.: 0221/9349461 schulung@cid-direct.de, www.cid-direct.de	Block 1: 02.03. – 04.03.2026 (online) Block 2: 09.03. – 11.03.2026 (Präsenz)

Anmeldung: Die Bewerbungsunterlagen sind an die jeweilige Weiterbildungsstätte zu senden.

Hier erhalten Sie auch Auskunft über das Bewerbungsverfahren.

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

Fortbildungsangebot für qualifizierte Diabetesberater*innen mit Berufserfahrung

Seit Herbst 2024 können sich Diabetesberater*innen zum **Diabetescoach DDG**

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

➔ Diabetescoach DDG

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

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

➔ Adipositasberater*in DAG-DDG

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

Weiterbildungsort	Kurstermine
Diabetes-Akademie Südostbayern e.V. An der Eiche 1, 83278 Traunstein Kursort: Haus St. Rupert, Rupprechtstraße 6, 83278 Traunstein ☎ Tel.: 0861/3090713 office@diabetes-akademie.net, www.diabetes-akademie.net	17.10. – 25.10.2025*
Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22 ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	26.02. – 27.02.2026 (online) + 04.03. – 06.03.2026 (Präsenz) 04.05. – 05.05.2026 (online) + 11.05. – 13.05.2026 (Präsenz) 22.06. – 23.06.2026 (online) + 29.06. – 01.07.2026 (Präsenz) 03.12. – 04.12.2026 (online) + 07.12. – 09.12.2026 (Präsenz)

Weiterbildungsort	Kurstermine
Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-7319 info@afg-rheine.de, www.afg.mathias-stiftung.de	09.03. – 13.03.2026* 19.10. – 23.10.2026*

Mit * markierte Kurse finden in hybrider Form statt: die ersten 2 Tage online, danach 3 Tage in Präsenz.

Anmeldung: Die Anmeldeunterlagen sind an die jeweilige Weiterbildungsstätte zu senden. Hier erhalten Sie auch Auskunft über das Anmeldeverfahren.

Weitere Informationen unter: www.ddg.info/ddg-akademie/fuer-gesundheitsfachkraefte/adipositasberaterin-dag-ddg

➔ Orthopädienschuhmacher*in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Regens- burg RB 01.1	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits-, und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-0 a.deml@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	Block 1: 22.10. und 23.10.2025 (online) Block 2: 30.10. und 31.10.2025 (Präsenz) 28.02.2026: Fallvorstellung auf der Jahrestagung der AG Diabetischer Fuß in Bad Mergentheim
Fulda FU 02	IETEC-Akademie Bahnhofstraße 37, 36037 Fulda ☎ Tel.: 0661/380070 sarah.rieger@ietec.de ietec.de/Akademie/	Block 1: 27.10. – 30.10.2025 (online) Block 2: 11.11. – 12.11.2025 (Präsenz) 28.02.2026: Fallvorstellung auf der Jahrestagung der AG Diabetischer Fuß in Bad Mergentheim
Fulda FU 03	IETEC-Akademie Bahnhofstraße 37, 36037 Fulda ☎ Tel.: 0661/380070 sarah.rieger@ietec.de ietec.de/Akademie/	Block 1: 19.01. – 22.01.2026 (online) Block 2: 27./28.01.2026 (Präsenz) Fallvorstellung auf der Jahrestagung 2027 der AG Diabetischer Fuß – genauer Termin folgt
Regens- burg RB 02	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits-, und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-0 a.deml@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	Block 1: 11.05. und 12.05.2026 (online) Block 2: 18.05. und 19.05.2026 (Präsenz) Fallvorstellung auf der Jahrestagung 2027 der AG Diabetischer Fuß – genauer Termin folgt
Fulda FU 04	IETEC - Akademie Bahnhofstraße 37, 36037 Fulda ☎ Tel.: 0661380070 sarah.rieger@ietec.de https://ietec.de/Akademie/	Block 1: 15.06. – 18.06.2026 (online) Block 2: 23./24.06.2026 (Präsenz) Fallvorstellung auf der Jahrestagung 2027 der AG Diabetischer Fuß – genauer Termin folgt
Regens- burg RB 03	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits-, und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-0 a.deml@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	Block 1: 21.10. und 22.10.2026 (online) Block 2: 26.10. und 27.10.2026 (Präsenz) Fallvorstellung auf der Jahrestagung 2027 der AG Diabetischer Fuß – genauer Termin folgt

Die Fortbildung für Orthopädienschuhmachermeister*innen zum Diabetischen Fußsyndrom ist ein Novum. Ziel ist die Optimierung der schuhtechnischen Versorgung im Behandlungsteam mit tiefgreifender Expertise zum Krankheitsbild und den Möglichkeiten des Handwerks.

Bilden Sie sich weiter oder sprechen Sie Ihre*n Kooperationspartner*in für die Schuhversorgung an! Unterstützen sie die Initiativen zur Versorgung des Diabetischen Fußes!

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

➔ Seminare Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung in der Diabetologie

Kurs	Termine	Tagungsort	Kosten
Akademie Luftiku(r)s e.V. Iburger Straße 187, 49082 Osnabrück ☎ Tel.: 0174/619 3869 akademieluftikurs@gmail.com www.akademie-luftikurs.de	Termine direkt anfragen!	Bischöfliches Priesterseminar, Große Domsfreiheit 5, 49074 Osnabrück	600 Euro, bei Anmeldung ab 4 Wochen vor dem Termin 30,- € zusätzlich. Exkl. Verpflegung und Übernachtung
Dr. rer. medic. Nicola Haller medipäd Am Bühl 7 1/2, 86199 Augsburg ☎ Tel.: 0175/4004901 dr.nicola.haller@medi-paed.de www.medi-paed.de	Blended-Termine: 21./24.11.2025 (online) + 22./23.11.2025	Tagungsräume im Hotel am alten Park Augsburg Alle Präsenztage im Tagungszentrum im Diakonissenkran- kenhaus, Frölichstraße, 17, Augsburg	750 Euro zzgl. MwSt. inkl. Semi- narunterlagen. Präsenzzeit: exkl. Übernachtung, Verpflegung und Anreise
willms.coaching Wilhelm-Busch-Straße 19, 37083 Göttingen ☎ Tel.: 0551/7974741 ☎ Fax: 0551/29213514 office@willmscoaching.de www.willmscoaching.de	Blended-Termine: 10.10.2025 (online) + 24./25.10.2025 07.11.2025 (online) + 21./22.11.2025 28.11.2025 (online) + 12./13.12.2025	Präsenzkurse in Göttingen (Hotel Eden)	720 Euro Präsenzkurse inkl. Seminarunterlagen und Mittagessen.
Dr. med. Katja Schaaf Schinkelstraße 43, 40211 Düsseldorf ☎ Tel.: 0178/4596146 info@drkatjaschaaf.de www.drkatjaschaaf.de	Blended-Termine Schwerpunkt Pädiatrie: 22.10.2025 (online) + 08./09.11.2025 Zusätzlicher Online-Tag innerhalb von vier Wochen nach Präsenzwochenende. Ter- min wird gemeinsam besprochen.	Elisabeth-Kran- kenhaus, Essen, Konferenzzentrum, Klara-Kopp-Weg 1 45138 Essen	750 Euro zzgl. 19% MwSt.; inkl. Seminarunterlagen

Fortbildungspunkte werden in der Regel von der Ärztekammer erteilt.

➔ Fachpsycholog*in DDG

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



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



Die DDG Job- und Praxenbörse

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



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

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

ÄRZT*INNEN

Stuttgart, 03.06.2025

Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Endokrinologie und Diabetologie/Medizinische Klinik/Diakonie-Klinikum Stuttgart
- Adresse: Rosenbergstraße 38, 70176 Stuttgart
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Christine Klasen, 0711/9913303, klasen@diak-stuttgart.de
- Website: www.diakonie-klinikum.de

Georgsmarienhütte, 29.05.2025

Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetesschwerpunktpraxis Dres. Beier und Kux
- Adresse: Alte Rothenfelder Straße 23, 49124 Georgsmarienhütte
- Ansprechpartner: Dr. med. Bernhard Beier, 0541/5979180, diabetes@drbeier.de
- Website: www.drbeier.de

Berlin, 26.05.2025

Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab 01.08.2025
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Medizinisches Zentrum Spreebogen
- Adresse: Alt Moabit 101b, 10559 Berlin
- Ansprechpartnerin: Susanne Kühne, 030/3922028, kontakt@diabetologie-spreebogen.com
- Website: medizinisches-zentrum-spreebogen.de

Rellingen, 19.05.2025

Weiterbildung zur Diabetolog*in (m/w/d) in Teilzeit

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Diabetes Schwerpunktpraxis Rellingen
- Adresse: Hamburger Straße 23, 25462 Rellingen
- Ansprechpartner: Hauke Groth, 0173/6785688, hauke_groth@web.de
- Website: www.diabetes-rellingen.de

Ahaus, 16.05.2025

Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetespraxis der MVZ Ahaus GmbH
- Adresse: Wüllener Straße 101, 48683 Ahaus
- Ansprechpartner: Dr. med. Martin Lederle, 02561/992500, lederle@mvz-ahaus-vreden.de
- Website: www.klinikum-westmuensterland.de/mvz-ahaus-vreden/diabetologie

Wetzlar, 04.05.2025

Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetesschwerpunktpraxis Dr. Göbel
- Adresse: Frankfurter Straße 90, 35578 Wetzlar
- Ansprechpartner: Dr. med. Rolf Göbel, 0171/1979969, goero@t-online.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.

GESUNDHEITSFACHKRÄFTE

Düsseldorf, 02.06.2025

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Schröer/Wulff/Siebecke/Harmeyer
- Adresse: Gladbacher Straße 26, 40219 Düsseldorf
- Ansprechpartner: Dr. med. Oliver Schröer, 0178/29-31654, diabetesambulanz@email.de

An der Schmücke OT Heldrungen, 01.06.2025

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Schmückepraxis
- Adresse: Straße der RTS 1, 06577 An der Schmücke OT Heldrungen
- Ansprechpartnerin: Silke Kralenetz, 0151/21959685, schmueckepraxis@gmail.com
- Website: www.schmueckepraxis.de

München, 27.05.2025

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Praxis Dr. med. Thomas Meryk
- Adresse: Sporerstraße 2, 80333 München
- Ansprechpartner: Dr. med. Thomas Meryk, 089/230019070, info@dr-meryk.de
- Website: www.dr-meryk.de

Frechen 26.05.2025

MFA (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetologie Frechen
- Adresse: Fürstenbergstraße 61, 50226 Frechen
- Ansprechpartner: Dr. Florian Wirges, 02234/52242, info@diabetologie-frechen.de

Frechen, 26.05.2025

Wundassistent*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetologie Frechen
- Adresse: Fürstenbergstraße 61, 50226 Frechen
- Ansprechpartner: Dr. Florian Wirges, 02234/52242, info@diabetologie-frechen.de

Nürnberg, 21.05.2025

Wundassistent*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: KKL
- Adresse: Gibitzenhofstraße 37, 90443 Nürnberg
- Ansprechpartner: Dr. med. Michael Priller, 0911/4809590, KKL-nuernberg@gmx.de
- Website: internisten-nbg.de

Remagen, 20.05.2025

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Gemeinschaftspraxis Klein/Schreiber
- Adresse: Mittelstraße 112, 53424 Remagen
- Ansprechpartnerin: Dipl. med. Karin Klein, 02642/991597, praxis@klein-schreiber.de
- Website: info@ks-gemeinschaftspraxis.de

Hamburg, 19.05.2025

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: MVZ Diabeteszentrum Dr. Marks
- Adresse: Manshardtstraße 113, im EKZ, 22119 Hamburg
- Ansprechpartnerin: Dorothea Styp, 0174/7066731, styp@diabeteszentrum-marks.de

Bergisch Gladbach, 17.05.2025

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis Diabetes Bensberg
- Adresse: Kölner Straße 19-21, 51429 Bergisch Gladbach
- Ansprechpartner: Markus Spangenberg, praxis@diabetes-bensberg.de
- Website: www.diabetes-bensberg.de

Frankfurt am Main, 12.05.2025

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: DGD Krankenhaus Sachsenhausen gGmbH
- Adresse: Schulstraße 31, 60594 Frankfurt am Main
- Ansprechpartnerin: Morena Russo, 069/6605-1252, bewerbermanagement@khs-ffm.de
- Website: www.krankenhaus-sachsenhausen.de

Köln, 11.05.2025

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab 01.07.2025
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: JO20 Praxis
- Adresse: Josefstraße 20, 51143 Köln
- Ansprechpartnerin: Helena Steffens, 0176/64636287, h.steffens@jo20-praxis.de
- Website: www.diabetespraxis-steffens.de

Direkt zu allen Stellenangeboten



Göttingen, 11.05.2025

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis am Gausswall
- Adresse: Hospitalstraße 5, 37073 Göttingen
- Ansprechpartnerin: Dalma Szalontai, 0151/66112270, dalma.szalontai@gmail.com
- Website: www.praxis-am-gauss-wall.de

Leverkusen, 05.05.2025

Medizinische*r Fachangestellte*r (m/w/d), Diabetesberater*in (m/w/d) oder Diabetesassistent*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: DIALev Diabeteszentrum Leverkusen
- Adresse: Kalkstraße 117, 51337 Leverkusen
- Ansprechpartner: Dr. Hannig, Dr. Marenbach, Lawrenz, bewerbung.diablev@posteo.de
- Website: www.dialev.de

Nürnberg, 02.05.2025

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

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

Kelkheim (Taunus), 18.05.2025

Diabetologie/Innere

- Praxisbezeichnung: Internist. Gem.-Praxis Drs. Albrecht/Wardak
- Adresse: Am Marktplatz 5, 65779 Kelkheim (Taunus)
- Ansprechpartner: Dr. med. Lars-Hendrik Albrecht, 0173/9922143, albrecht@internisten-kelkheim.de
- Website: www.internisten-kelkheim.de

Ostenfeld/NF, 15.05.2025

Diabetes-Schwerpunktpraxis

- Praxisbezeichnung: Gemeinschaftspraxis Ostenfeld – Diabetes-Schwerpunktpraxis
- Adresse: Hauptstraße 34 a, 25872 Ostenfeld/NF
- Ansprechpartner: Jörg Siegfried, 0170/5442084, praxis.siegfried-ostenfeld@t-online.de

Nürnberg, 12.05.2025

Diabetes-Schwerpunktpraxis mit hausärztlich-internistischem Anteil

- Praxisbezeichnung: Arztpraxen Dr. Weber
- Adresse: Paumannstraße 139, 90469 Nürnberg
- Ansprechpartnerin: Dr. Lia Weber, 0173/3506083, dr.lia.weber@weber-arztpraxen.de
- Website: www.weber-arztpraxen.de

Köln, 11.05.2025

FÄ Innere Medizin – Diabetologie

- Praxisbezeichnung: JO20Praxis
- Adresse: Josefstraße 20, 51143 Köln
- Ansprechpartnerin: Helena Steffens, h.steffens@jo20-praxis.de
- Website: www.diabetespraxis-steffens.de

Direkt zu allen Nachfolgesuchen

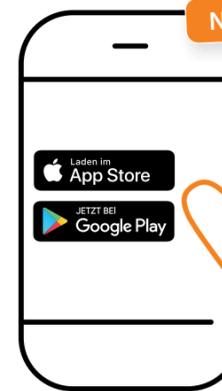
**DDG – SOCIAL MEDIA**

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



Fotos: icons gate – stock.adobe.com

NEU! Für Smartphone und Tablet



Kostenfrei, schnell und bequem



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

Für den Diabetologie-Durchblick

der Podcast für Expert:innen

NEUE FOLGEN!

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



Jetzt Reinhören & abonnieren:

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

MedTriX Group
we care for media solutions

BUNTES

Den Hunger wegschnüffeln?

Eine Verbindung zwischen Nase und Gehirn ist an der Regelung des Appetits beteiligt

KÖLN. Kein Hunger mehr nach dem Kochen? Dafür ist ein neu identifiziertes Netzwerk von Nervenzellen verantwortlich, wie eine Forschungsgruppe am Max-Planck-Institut für Stoffwechselforschung bei Mäusen herausgefunden hat.

Die Forschenden entdeckten eine direkte Verbindung von der Nase zu bestimmten Nervenzellen im Gehirn. Diese werden durch den Geruch von Nahrung aktiviert und lösen ein Sättigungsgefühl aus. Dies war bei fettliebigen Mäusen nicht der Fall.

Mithilfe von Gehirnschans untersuchten die Forschenden, welche Regionen in den Gehirnen der Mäuse auf Futtergerüche reagieren. Dabei konnten sie eine neue Gruppe von Nervenzellen in dem medialen Septum identifizieren. Diese Nervenzellen reagieren in zwei

Schritten auf Nahrung: Wenn die Maus Nahrung riecht, werden die Nervenzellen aktiv und erzeugen ein Sättigungsgefühl. Dies geschieht innerhalb weniger Sekunden, da sie direkt mit dem olfaktorischen Bulbus (Riechkolben) verbunden sind. Dabei reagieren die Nervenzellen

»Neue Gruppen von Nervenzellen entdeckt«

ausschließlich auf verschiedene Futtergerüche. Sobald die Mäuse zu essen begannen, wurden die Nervenzellen im zweiten Schritt gehemmt. Insgesamt aßen die Mäuse weniger, wenn die Nervenzellen vor dem Essen aktiv waren.

„Wir glauben, dass dieser Mechanismus den Mäusen in freier Wildbahn dabei hilft, sich vor Raubtieren zu schützen. Indem sie kürzer fressen, verringern sie die Wahrscheinlichkeit, gefangen zu werden“, erklärt JANICE BULK, Erstautorin der Studie.

Übergewicht stört die Wahrnehmung

Bei fettliebigen Mäusen wurde dieselbe Gruppe von Nervenzellen nicht aktiviert, wenn die

Tiere Nahrung rochen. Die Mäuse fühlten sich nicht satt und aßen insgesamt nicht weniger. Es ist bereits bekannt, dass Fettleibigkeit den Geruchssinn beeinträchtigt, was sich auch auf die Aktivität der Nervenzellen im olfaktorischen Bulbus auswirkt. Auch die neu identifizierte Gruppe von Nervenzellen könnte davon betroffen sein.

Wie ist es beim Menschen?

Das menschliche Gehirn enthält die gleiche Gruppe von Nervenzellen wie das der Maus, es ist jedoch noch nicht bekannt, ob diese Nervenzellen auch auf Essensgerüche reagieren. Studien anderer Forschungsgruppen haben gezeigt, dass das Riechen bestimmter Gerüche vor einer Mahlzeit den Appetit verringern kann. In anderen Studien wurde gezeigt, dass in der gleichen Situation von übergewichtigen Personen deutlich mehr gegessen wird.

Max-Planck-Institut für Stoffwechselforschung/Red.

Waren die Nervenzellen aktiv, aßen die Mäuse weniger.



+++ Die nächste Ausgabe der diabeteszeitung erscheint am 29. Oktober +++