



**MANNHEIM.** Während der Eröffnung der Diabetes Herbsttagung wurde passend zum Motto „360° Diabetes: Leinen los, gemeinsam zu neuen Ufern!“ auf der Bühne das Segel gesetzt – durch die Veranstaltung gesegelt sind dann alle gemeinsam. Interdisziplinäre Symposien machten es leicht, wie von Tagungspräsident Prof. Dr. Karsten Müssig gewünscht voneinander zu lernen und neue Perspektiven zu gewinnen. Die Foto-Doppelseite, Interessantes vom DDG Medienpreis und den ersten Tagungsbericht finden Sie auf den Seiten **6, 8/9 und 16**

## Wegweiser durch die Diabetologie

**BERLIN/WIESBADEN.** Die 35 Artikel im Deutschen Gesundheitsbericht Diabetes 2026 zeigen eindrucksvoll, wie vielfältig die Diabetologie ist und in wie viele Lebens- und Forschungsbereiche sie hineinwirkt. Wer auf dem neuesten Stand sein und mitdiskutieren möchte, kommt an dieser Mischung aus Jahrbuch und Weißbuch nicht vorbei. **6**

## »Eine echte Versorgungsreform«

DDG Präsidentin fordert mehr als nur eine Krankenhausreform

**BERLIN.** Die DDG kann nicht zufrieden sein, wenn sie auf die Reformpläne schaut: Derzeit wird die Krankenhausreform viel zu wenig berücksichtigt. Aber noch läuft der Reformprozess, und DDG Präsidentin Pro-

fessorin Dr. Julia Szendrödi will mehr als nur eine Reform des Klinikwesens. Alleine kann das nicht gelingen. „Nur gemeinsam können wir die Krankenhausreform zu einer echten Versorgungsreform machen – zum Vorteil der Patient\*innen und zum

Erhalt unseres Fachs“, das ist ihre Kernbotschaft. Sie setzt sich für eine Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie, den internistischen Fächern und politischen Entscheidungsträgern ein. Konkret fordert sie diabetologische

Strukturen in allen Kliniken, in denen Menschen mit Diabetes behandelt werden, eine Anerkennung der Zusatzweiterbildung Diabetologie und der DDG Zertifikate und eine kostendeckende Finanzierung auf Basis der Qualifikationsstruktur. **4**

## Niere muss Routine werden

**LEIPZIG.** Manchmal werden die Nieren einfach vergessen, sagt Prof. Dr. Thomas Ebert, Sprecher der AG Diabetes & Niere. Dabei sollten sie mit der Bestimmung von eGFR und UACR unbedingt Teil der Routinediagnostik sein. Genau dafür setzt sich die AG ein – und geht auch gegen die klassische, aber nicht mehr haltbare Annahme „Urin ist eklig“ an. **12**

## MedTriX Group

## Für den Alltag nicht gewappnet?

Umfrage unter Studierenden zeigt Defizite in der diabetologischen Ausbildung auf

**BERLIN.** Sind angehende Mediziner\*innen gut darauf vorbereitet, Menschen mit Diabetes zu behandeln? Die Einschätzungen von Studierenden und Lehrenden

gehen hier auseinander, wie eine Umfrage der AG Nachwuchs an deutschen Hochschulen zeigt. Insgesamt lässt sich der Schluss ziehen, dass die Ausbildung in Dia-

betologie uneinheitlich und oft zu theoretisch ist. Dieser Meinung ist auch Dr. Jonas Laaser, Sprecher der AG. Er fordert eine Verbesserung der Lehre – und sieht durchaus

auch die DDG in der Pflicht, sich zu engagieren. Ebenfalls könnten Änderungen in der Approbationsordnung und im Lernzielkatalog die Lage verbessern. **18**

### Seite 14 Adipositas: gefährlich unabhängig

**WIEN.** Adipositas ist ein eigenständiger und entscheidender Risikotreiber für chronische Nierenerkrankungen und Herzinsuffizienz. Wie kann sie im Zaum gehalten werden?

### Seite 16 Wenn Diabetes an die Nerven geht

**MANNHEIM.** Was ist neu in der Früherkennung der diabetischen Neuropathie, wie ist es mit der Körperwahrnehmung und was ist bei Gastroparese und kardialer Neuropathie zu tun?

### Seite 27 Metformin gegen Delir und Demenz

**MAINZ.** Bei der Diabetestherapie im Alter ist einiges zu beachten, auch Demenz, Delir und Frailty. Außerdem: ein geriatrischer Blick auf SGLT2-Hemmer, GLP1-RA und Metformin.

## 20 Jahre AGDT – immer up to date

**FULDA.** Natürlich wurde bei der Jahrestagung der AG Diabetes & Technologie auch zurückgeblickt und z. B. der allererste Insulinen herumgereicht. Noch mehr aber sind die Mitglieder der AG an der Zukunft interessiert – und das schon seit 20 Jahren. In den Symposien der Jahrestagung ging es um Künstliche Intelligenz, um DiGA und die aktualisierten AID-Steckbriefe, aber auch um den großen Stellenwert der „sprechenden Diabetologie“. **17**

# »Diabetologie im Studium: zu viel Mut zur Lücke«

Die Diabetologie kommt im Medizinstudium oft zu kurz – was tun?

## News & Fakten

„Krankenhausreform muss zur Versorgungsreform werden“ – Interview mit DDG Präsidentin Prof. Julia Szendrödi; Pilotprojekt Telemedizinisches Fußkonsil; Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2026; Neues aus der Diabetesforschung, Umfrage zum dt-Report 2026 ..... 4–6, 10, 14

## Kongress aktuell

Diabetes Herbsttagung: Foto-Doppelseite, Eröffnung und Medienpreise der DDG, Vorab-Pressekonferenz, Gastroparese bei Diabetes; EASD: Adipositas als unabhängiger Risikotreiber, DZD International Diabetes Research School; AGDT: Jahrestagung; Diabetes Kongress: „Heilung“ des Diabetes, Warum gendersensible Medizin überfällig ist ..... 8/9, 11, 14, 16–17, 22, 25–26

## Das Interview

„Relevanz wird manchmal vergessen“ – Interview mit Prof. Thomas Ebert, Sprecher der AG Diabetes & Niere der DDG ..... 12

## Im Blickpunkt

Stellenwert der Diabetologie im Medizinstudium; DDG Ehrenmedaille 2025 für Dr. Jens Kröger; Genetische Mutation beeinflusst Risiko für Herzerkrankungen; Zertifiziertes Zentrum: MVZ Pfälzer Land; App für chronische Wunden; DGIM und DGKJ werben für verbesserte Transition ..... 18, 20, 29, 35

## Medizin & Markt

Berichte aus der Industrie ..... 23

## Consilium Diabetes

Diabetestherapie im Alter ..... 27

## Kurznachrichten

Neu oder rezertifizierte Arztpraxen und Kliniken; neue Fachpsychologin DDG; Termine; digitale dz ..... 30

## Forum Literatur

Was passiert, wenn das Pankreas altet? ..... 31

## 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; Seminare Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung; Fachpsycholog\*in DDG ... 32–33, 35

## Job- & Praxenbörse

Stellenangebote, Stellengesuche, Nachfolgesuche ..... 34

## Buntes

..... 36

Liebe Leserinnen und Leser,

am Meer liegt Mannheim nicht, doch auch auf Rhein und Neckar kann man segeln. Die Teilnehmenden der 19. Diabetes Herbsttagung brauchten aber kein Wasser unter dem Kiel – sie navigierten durch das interdisziplinär gestaltete Programm und können verpasste Symposien noch in der DDG Mediathek ansteuern. Sicherlich konnten alle Teilnehmenden Impulse für die tägliche Arbeit mitnehmen, und mein herzlicher Dank für die gelungene Veranstaltung geht stellvertretend für alle an Tagungspräsident Professor Dr. Karsten Müssig und an das Team der DDG Geschäftsstelle. Einen ersten Eindruck der Tagung vermitteln die Foto-Doppelseite und Artikel auf den Seiten 6, 8/9 und 16.

### »Die Nieren nicht vergessen, sondern fokussieren«

Die Nieren stärker in den Fokus rücken, das ist das Ziel der AG Diabetes & Niere. Als einer ihrer Sprecher macht Professor Dr. Thomas Ebert darauf aufmerksam, dass diese Organe über Morbidität, Mortalität und Lebensqualität entscheiden und dass die Urindiagnostik nicht eklig ist, sondern spannend und sehr hilfreich. Lesen Sie mehr im Interview auf Seite 12.

### »Diabetologie im Studium: oft lückenhaft«

Nachwuchs gewinnen, um die Versorgung von Menschen mit Diabetes sicherzustellen – das ist eines der großen Ziele der DDG. Ein wichtiger Baustein ist das Stipendiatenprogramm – vielleicht haben Sie während der Herbsttagung die jungen Leute bemerkt, die sich für unser Fach interessieren. Das allein



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

reicht natürlich bei Weitem nicht aus. Es ist sehr wichtig, dass diabetologische Inhalte auch im Medizinstudium nicht zu kurz kommen. Eine Umfrage der AG Nachwuchs zeigt, wie Studierende und Lehrende die Situation einschätzen. Die AG macht außerdem Vorschläge für eine bessere Einbindung der Diabetologie ins Studium – auf Seite 18.

### »Diabetologie im Reformprozess«

Auch in der Krankenhausreform muss die Diabetologie darum kämpfen, ausreichend beachtet zu werden. Im Reformprozess wird unser Fach besonders bei der Ausgestaltung der Leistungsgruppen und der Anerkennung der Qualifikationen noch zu wenig berücksichtig.

Dabei könnte und müsste die Krankenhausreform zu einer echten Versorgungsreform werden. Die Hintergründe sind komplex; mehr erfahren Sie auf Seite 4.

### »20 Jahre AG Diabetes & Technologie«

Die AG Diabetes & Technologie gibt es seit 20 Jahren – und wie schon 2005 trafen sich die Technikinteressierten in Fulda. Zwar wurde auch der allererste Insulinpen durch die Reihen gegeben, aber vor allem ging es um aktuelle Diabetestechnologie und um die Zukunft. Was es Neues gibt bei DiGA, eCGM-ISO und KI, finden Sie zusammengefasst auf Seite 17.

Ganz herzlich Ihre

Prof. Dr. Julia Szendrödi

## diabeteszeitung

© 2025, MedTriX GmbH  
Veröffentlichung gemäß § 5 Hessisches Pressegesetz (HPresseG): Alleinerbeinhabende Gesellschafterin der MedTriX GmbH ist die Süddeutscher Verlag Hüthig Fachinformationen GmbH, München. Alleinerbeinhabende Gesellschafterin der Süddeutscher Verlag Hüthig Fachinformationen GmbH ist die Kurpfälzische Verlagsbeteiligungs GmbH, Ludwigshafen.

Verlag: MedTriX GmbH  
Anschrift: Unter den Eichen 5, 65195 Wiesbaden  
Telefon: 0611 9746-0,  
Telefax Redaktion: 0611 9746 480-303  
E-Mail: mtd-kontakt@medtrix.group  
www.medtrix.group  
CEO: Oliver Kramer  
Geschäftsführung: Stephan Kröck, Markus Zobel  
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 Schlegler

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

### Teamleitung Vertrieb: Birgit Höflmair

Vertrieb und Abonnentenservice:  
E-Mail: mtd-aboservice@medtrix.group

Druck: Vogel Druck und Medienservice GmbH & Co. KG  
Leibnizstraße 5, D-97204 Höchberg

### Bezugsbedingungen:

Jahresabonnement € 47, Studenten € 36,50 (inkl. Porto und MwSt., Ausland zugänglich Porto)  
Konto: HVB / UniCredit Bank AG  
IBAN: DE12 7002 0270 0015 7644 62, BIC: HYVEDE3333  
ISSN 2367-2579  
Erfüllungsort und Gerichtsstand ist Wiesbaden  
Registergericht: Amtsgericht Wiesbaden  
HRB 12 808, UST-IdNr.: DE 206 862 684



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

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

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

Beilagen: diabetesDE - Deutsche Diabetes-Hilfe

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

Dieses Druckerzeugnis wurde mit dem Blauen Engel ausgezeichnet



# Rezdiffra®

Resmetirom Filmtabletten  
60 mg · 80 mg · 100 mg

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

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

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

Scannen Sie einfach  
diesen QR-Code:



### Lebergerichtete Therapie

- Erste und einzige zielgerichtete MASH-Therapie



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

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



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

- > 23.000 Patient:innen behandelt<sup>§,2</sup>

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

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

<sup>§</sup> Stand 30. Juni 2025.

<sup>1</sup> Fachinformation Rezdiffra®, Stand August 2025. <sup>2</sup> Madrigal Pharmaceuticals, Inc. Madrigal Pharmaceuticals Reports Second-Quarter 2025 Financial Results and Provides Corporate Updates. Online verfügbar unter <https://ir.madrigalpharma.com/news-releases/news-release-details/madrigal-pharmaceuticals-reports-second-quarter-2025-financial> (letzter Zugriff 21.10.2025).

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

Rezdiffra® ist eine eingetragene Marke der Madrigal Pharmaceuticals Inc.

# »Krankenhausreform muss zur echten Versorgungsreform werden«

DDG sieht die Diabetologie beim KHVVG weiterhin schlecht abgebildet

**BERLIN.** Besonders bei der Ausgestaltung der Leistungsgruppen und der Anerkennung der Qualifikationen berücksichtigt die Krankenhausreform die Diabetologie noch viel zu wenig. Wie die DDG im aktuellen Reformprozess des KHVVG diese und weitere Fragen, etwa zur Finanzierung, klären will, erklärt DDG Präsidentin Professorin Dr. Julia Szendrödi.

## Worum geht es der DDG im Kern bei der Reform – speziell in der Leistungsgruppe „Endokrinologie/Diabetologie“?

**Prof. Szendrödi:** Die DDG begrüßt die Intention der Reform, mehr Qualität und Transparenz in die stationäre Versorgung zu bringen. Die Krankenhausreform eröffnet für die Diabetologie grundsätzlich die Chance, ihre Bedeutung als Querschnittsdisziplin stärker sichtbar zu machen. Die Leistungsgruppen leiten sich jedoch direkt aus dem DRG-System ab und bleiben auf den stationären Bereich fokussiert. Menschen mit Diabetes werden meist wegen anderer Erkrankungen aufgenommen. Genau diese Mitbehandlung, also die diabetologischen Konsile und interdisziplinären Beiträge, bildet das DRG-System bislang kaum ab. Daran ändert auch die Reform bisher wenig.

## Welche Qualifikationen sollten Kliniken aus Sicht der DDG beim Diabetes verbindlich vorhalten?

**Prof. Szendrödi:** In allen Kliniken, in denen Menschen mit Diabetes regelmäßig behandelt werden, muss eine diabetologische Struktur vorhanden sein – auch wenn nicht jedes Haus eine eigene Fachabteilung „Endokrinologie/Diabetologie“ führt. Dort müssen Ärzt\*innen mit diabetologischer Zusatzqualifikation, Pflegekräfte mit diabetologischer Weiterbildung sowie Diabetesberater\*innen, Diabetesassistent\*innen oder Diabetescoaches DDG (gemäß den Qualifikationen der DDG Akademie) in das multiprofessionelle Team eingebunden sein. Hinzu kommen Expert\*innen für Ernährung, Bewegung und psychologische Betreuung. Bei der komplexen Endokrinologie und Diabetologie (Leistungsgruppe 2) setzt sich die DDG dafür ein, dass die Zusatzweiterbildung Diabetologie als Qualifikationsnachweis anerkannt wird, um die Versorgung auch außerhalb spezialisierter Zentren zu sichern. Die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie fordert, dass für diese Leistungsgruppe der

Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie/Diabetologie verbindlich sein soll. Beide Qualifikationen tragen entscheidend zur Versorgung bei.

## Warum setzt die DDG auf die Anerkennung der Zusatzweiterbildung Diabetologie – auch in der Allgemeinen Inneren Medizin und in der komplexen Endokrinologie/Diabetologie?

**Prof. Szendrödi:** Weil die Diabetologie ein Querschnittsfach ist, das in nahezu allen klinischen Bereichen eine Rolle spielt. In vielen Kliniken – etwa in der Inneren Medizin, der Kardiologie, der Geriatrie oder der Chirurgie – übernehmen Ärzt\*innen mit der Zusatzweiterbildung Diabetologie die Mitbetreuung auf hohem fachlichem Niveau. Diese Expertise muss strukturell anerkannt werden und qualitätsgesichert bleiben, auch in Häusern ohne eigene endokrinologische Abteilung. Damit will die DDG verhindern, dass die Versorgung durch zu enge Strukturvorgaben geschwächt wird. Die Zusatzweiterbildung Diabetologie bildet die Brücke zwischen allgemeiner Inne-

## INTERVIEW



**Professorin Dr. Julia Szendrödi**  
DDG Präsidentin,  
Heidelberg  
Foto: DDG/Dirk Deckbar

rer Medizin und hochspezialisierter Endokrinologie. Komplexe endokrinologische Krankheitsbilder erfordern aber auch eine spezialisierte Behandlung durch Facharzt\*innen für Innere Medizin und Endokrinologie/Diabetologie. Beide Qualifikationsebenen ergänzen sich.

## Warum hat die DDG nicht gefordert, den Facharzt „Innere Medizin und Endokrinologie/Diabetologie“ als alleinige Strukturvoraussetzung festzuschreiben? Welche Versorgungs- und Weiterbildungsaspekte sind dabei ausschlaggebend?

**Prof. Szendrödi:** Wir haben uns bewusst dagegen entschieden, weil wir die Versorgungsrealität im Blick behalten müssen. Die Facharztqualifikation für Innere Medizin und Endokrinologie/Diabetologie ist für komplexe endokrinologische Erkrankungen unverzichtbar. Zugleich brauchen wir in der Breite viele Ärzt\*innen mit diabetologischer Zusatzqualifikation. Rund 20 % aller stationären Patient\*innen – etwa

drei Millionen Menschen pro Jahr – haben einen Diabetes als Begleiterkrankung. Ihnen stehen nur circa 300 Facharzt\*innen für Innere Medizin und Endokrinologie/Diabetologie gegenüber, nur etwa die Hälfte ist stationär tätig. Den größten Teil der Versorgung leisten die rund 4.300 Internist\*innen mit Zusatzweiterbildung Diabetologie, deren Qualifikation als Nachweis anerkannt bleiben muss. Die DDG plädiert daher für ein abgestuftes Modell – mit spezialisierten Zentren auf Facharzt\*innenebene und einer breiten Basis internistischer Kolleg\*innen mit diabetologischer Zusatzqualifikation. Die DDG plädiert daher für ein abgestuftes Modell – mit spezialisierten Zentren auf Facharzt\*innenebene und einer breiten Basis internistischer Kolleg\*innen mit diabetologischer Zusatzqualifikation.

## Wie lässt sich mit dem Ansatz der DDG die Versorgungsqualität sichern und gleichzeitig die ärztliche Weiterbildung stärken?

**Prof. Szendrödi:** Die DDG Zertifikate für stationäre Einrichtungen bieten ein praxiserprobtes Modell, das an die Leistungsgruppen anknüpfen kann und die Weiterbildung stärkt: Kolleg\*innen können sich schrittweise von der Zusatzweiterbildung Diabetologie bis zur Facharztqualifikation entwickeln.

## Welche Rolle spielen Gesundheitsfachberufe mit Diabetesexpertise in den Leistungsgruppen?

**Prof. Szendrödi:** Eine zentrale. Die Versorgung von Menschen mit Diabetes ist Teamarbeit. Diabetesberater\*innen DDG, Diabetesassistent\*innen DDG, Diabetescoaches DDG und spezialisierte Pflegekräfte sind entscheidend für die Behandlungsqualität und müssen als strukturelles Erfordernis in den Leistungsgruppen berücksichtigt werden. Ohne diese Berufsgruppen kann keine Klinik die Anforderungen einer modernen Diabetologie erfüllen.

## Welche Lösungen empfiehlt die DDG für kleinere oder ländliche Kliniken – etwa über Kooperationsverträge mit diabetologischen Schwerpunktpraxen?

**Prof. Szendrödi:** Kleinere und ländliche Kliniken können diabetologische Expertise durch Kooperationen, telemedizinische Konsile und regionale Netzwerke sichern, falls keine eigene diabetologische Abteilung besteht. Universitätskliniken sollten dabei als Referenz- und Ausbildungspartner eingebunden sein.

## In der Fachwelt gibt es zu Details der Qualifikationsanforderungen unterschiedliche Ergänzungen. Wie grenzt die DDG ihre Position fachlich ab, ohne zu polarisieren?

## »Expertise sichern, nicht verengen«

**Prof. Szendrödi:** Die DDG hat ihre Position auf Basis der Versorgungsrealität formuliert. Wir wollen die diabetologische Expertise sichern, nicht verengen. Die vorhandenen Qualifikationen müssen konstruktiv zusammengeführt und gemeinsam die Qualität der Versorgung gestärkt werden – in spezialisierten Zentren ebenso wie in der Fläche.

## Wie ergänzen die DDG Zertifikate für spezialisierte Einrichtungen die gesetzlichen Strukturvorgaben?

**Prof. Szendrödi:** Die DDG Zertifikate definieren bereits heute klare Qualitätsstandards für die stationäre und ambulante Versorgung – etwa zu Personalqualifikation, Schulung, Dokumentation und interprofessioneller Zusammenarbeit. Werden diese Zertifikate künftig als Nachweis in den Leistungsgruppen anerkannt, kann dies die Umsetzung der Reform deutlich erleichtern und die Versorgungsqualität messbar machen.

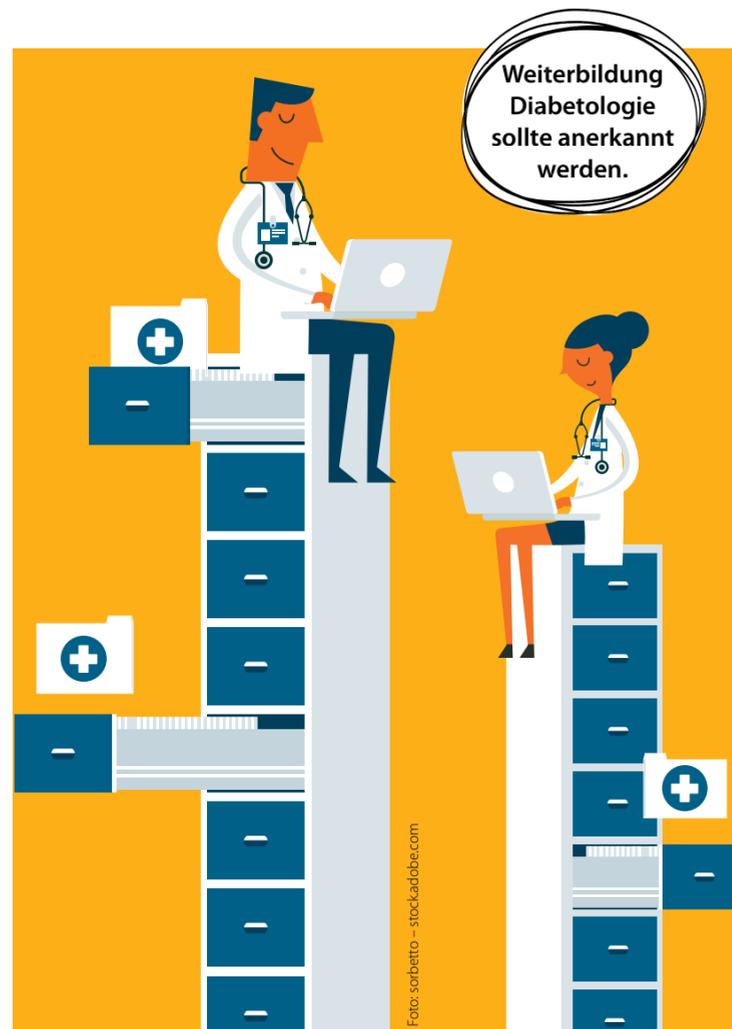
## Was sind die nächsten Schritte im Gesetzgebungsprozess, wo sieht die DDG weiter Klärungsbedarf?

**Prof. Szendrödi:** Die konkrete Ausgestaltung der Leistungsgruppen und die Anerkennung der Qualifikationen sind entscheidend. Hier braucht es Transparenz und eine enge Abstimmung mit den Fachgesellschaften. Zentral bleibt die Frage der Finanzierung: Der geplante Sockelbetrag darf keine reine Fixkostenaufschlagpauschale bleiben, sondern muss die Qualifikationsstruktur (wie diabetologische Konsile, strukturierte Mitbehandlung und Schulungen) und Qualität der Versorgung tatsächlich auch kostendeckend abbilden.

## Wie lautet die Kernbotschaft an die DDG Mitglieder, damit die Position der DDG klar verstanden wird?

**Prof. Szendrödi:** Unterschiedliche Sichtweisen gehören zu einem lebendigen Fach – entscheidend ist, dass wir gemeinsam Verantwortung übernehmen. Wir müssen die Nachwuchsförderung in der Diabetologie stärken, Diabetesfachkräfte besser einbinden und die Finanzierung so gestalten, dass sprechende Medizin, Aufklärung und Prävention auch im Klinikalltag möglich bleiben. Dabei ist Zusammenarbeit unser Schlüssel: mit der DGE, den internistischen Fächern und den politischen Entscheidungsträgern. Nur gemeinsam können wir die Krankenhausreform zu einer echten Versorgungsreform machen – zum Vorteil der Patient\*innen und zum Erhalt unseres Fachs.

Interview: Michael Reischmann



»Diabetologische Mitbehandlung bildet das DRG-System kaum ab«

# »Ein Gewinn für alle Beteiligten«

Pilotprojekt Telemedizinisches Fußkonsil startet in Bayern – und könnte bundesweit eingeführt werden

**BERLIN.** In Bayern leben bis zu 1,4 Millionen Menschen mit Diabetes, etwa jeder Vierte entwickelt im Verlauf ein Diabetisches Fußsyndrom (DFS). Mit dem Telemedizinischen Fußkonsil wurde nun in Bayern ein Pilotprojekt gestartet, das bei Erfolg bundesweit eingeführt werden könnte. Neu ist auch ein Derma-Konsil bei unklaren Hautveränderungen.

Das Telemedizinische Fußkonsil ermöglicht einen schnellen Austausch zwischen Hausärzt\*innen, die am BKK-HzV-Vertrag Bayern teilnehmen, und registrierten, auf DFS spezialisierten Fachärzt\*innen. Dafür übermitteln Hausarztpraxen über eine digitale Plattform z. B. Befunde und Fotos und bekommen in kurzer Zeit eine qualifizierte Rückmeldung. Die extrabudgetäre Vergütung erfolgt über den neuen Selektivvertrag „Telemedizinische Facharztkonsile“ nach § 140a SGBV (Verfahren und Honorierung: [medical-tribune.de/meinung-und-dialog/artikel/betriebskrankenkassen-setzen-beim-dfs-auf-vernetzten-praxen](https://medical-tribune.de/meinung-und-dialog/artikel/betriebskrankenkassen-setzen-beim-dfs-auf-vernetzten-praxen)). Das Pilotprojekt wurde initiiert von: DDG, Fußnetz Bayern, Berufsverband der Deutschen Dermatologen, Bayerischem Hausärzterverband, BKK Landesverband Bayern und GWQ Service Plus GmbH.

## Für alle ein Schritt in die richtige Richtung

„Entscheidend ist, dass Fachärztinnen und -ärzte, die auf den diabetischen Fuß spezialisiert sind, frühzeitig einbezogen werden, um schwerwiegende Komplikationen wie eine Amputation zu vermeiden. Diese richten sich nach den Diagnose- und Behandlungsstandards der internationalen Arbeitsgruppe zum DFS (IWGDF). Die von der DDG zertifizierten Fußbehandlungseinrichtungen bieten Struktur-, Prozess- und Behandlungsqualität. Das Angebot der telemedizinischen Betreuung erlaubt einen besseren und vor allem schnelleren Zugang zu den multiprofessionellen Versorgungsstrukturen und erhöht die Patientensicherheit“, erklärt Dr. MICHAEL ECKHARD, Vorsitzender der AG Diabetischer Fuß der DDG.

„Das Telekonsil ist ein kleiner, präziser Schritt für die Leistungserbringer und ein großer für die Betroffenen von Diabetes, die mit Fußproblemen kämpfen und von Amputationen be-

droht sind“, resümiert Dr. ARTHUR GRÜNERBEL, Vorstandsvorsitzender des Fußnetzes Bayern. Auch die Praxen selbst profitieren: „Auf das DFS spezialisierte Ärztinnen und Ärzte für eine notwendige Weiterbehandlung eigener Patientinnen und Patienten zu finden und Termine zu koordinieren, ist für viele Hausarztpraxen mit großem Zeitaufwand verbunden. Die telemedizinische Unterstützung ermöglicht es dem Praxisteam, die Behand-

lung niederschwellig, professionell und ohne Verzögerungen weiterzuführen – ein Gewinn für alle Beteiligten.“ Das Projekt wird zunächst in Bayern erprobt. Bei Erfolg soll die digitale Zusammenarbeit bundesweit ausgerollt werden. „Projekte wie diese hel-



fen dabei, erste Erfahrungen zur Akzeptanz und Gestaltung aller Beteiligten zu sammeln und Learnings für ei-

Das telemedizinische Konsil vernetzt Hausärzt\*innen und DFS-Spezialist\*innen.

Foto: Natalia – stock.adobe.com

nen flächendeckenden Einsatz zu generieren. Denn nur wenn attraktive digitale Angebote in den Arztpraxen angewendet und nicht als zusätzliche Belastung empfunden werden, kann die digitale Transformation in Deutschland gelingen und die medizinische Versorgung auch in ländlichen Gebieten verbessert werden“, erklärt Professorin Dr. SUSANNE REGER-TAN, Vorsitzende der DDG Kommission Digitalisierung.

DDG/Red.

Gemäß Empfehlung der DDG:

Zeit für

## GLYCEROLFREIE GLUCOSE-TESTS\*

Aus INORY  
wird INOKY!

PZN 19376044  
PZN 19683378\*\*



- Praktische Fertiglösung
- Leitliniengerechte Dosierung<sup>2,3</sup>
- Fruchtiger Johannisbeergeschmack

## Zeit für INOKY

### Vorteile der Teilnahme und Anmeldung

- schneller Austausch
- zertifizierte Telekonsilplattformen
- zusätzliches, extrabudgetäres Honorar
- Zeitersparnis und Verbesserung der Versorgungsqualität
- bessere Patientenversorgung insbesondere in unterversorgten Regionen

### Alle Informationen zum Telekonsil auf:

hausarztekonsil.de,  
Kurzinformation:

QR-Code scannen



DDG = Deutsche Diabetes Gesellschaft

\* Der Verzicht auf Glycerol wird empfohlen nach: Gemeinsames Positionspapier der Kommission Labordiagnostik in der Diabetologie! \*\* Gültig ab Januar 2026.

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

2. Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), 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](https://register.awmf.org/assets/guidelines/057-008_S3_Gestationsdiabetes-mellitus-GDM-Diagnostik-Therapie-Nachsorge_2019-06-abgelaufen.pdf) (Letzter Zugriff: August 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-001l\\_S3\\_Typ-2-Diabetes\\_2024-12.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-001l_S3_Typ-2-Diabetes_2024-12.pdf) (Letzter Zugriff: August 2025).

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

# Zusammen losgesegelt

## Diabetes Herbsttagung: Wir-Gefühl und Medienbeiträge, die Brücken schlagen

**MANNHEIM.** Leinen los, Segel gesetzt – die Diabetes Herbsttagung 2025 startete mottogerecht. Mit einer lässigen Eröffnungsfeier nahm die Tagung Fahrt auf. Mit an Bord: die Gewinnerinnen und Gewinner der DDG Medienpreise.

**W**ie auf einem Schiff müssen auch in der Diabetologie Berufsgruppen, medizinische Fachbereiche und Menschen mit Diabetes gut zusammenarbeiten. Gerade Kooperation, Interdisziplinarität und Ganzheitlichkeit sind Tagungspräsident Professor Dr. KARSTEN MÜSSIG besonders wichtig, ebenso neue Impulse, wie er in seiner Eröffnungsrede betonte. Wind und Segel sind dafür unabdingbar – und ein fester Kurs hin zu mehr Prävention, so DDG Präsidentin Professorin Dr. JULIA SZENDRÖDI. „Wir haben das Steuer in der Hand, wir haben die Kompetenz und das Herz“, sagte sie. Von MANNE LUCHA, dem baden-württembergischen Gesundheitsminister, wurde eine Videobotschaft eingespielt. Er be-

zeichnete den Diabetes als „eine der größten gesundheitspolitischen Herausforderungen“.

### Medienpreise: „Diabetes in einer Welt der Krisen“

Mut in stürmischen Zeiten – darum ging es auch bei den DDG Medienpreisen 2025 unter dem Motto „Diabetesversorgung in einer Welt der Krisen“. 50 Einsendungen gab es, „die Entscheidung ist uns selten so schwergefallen“, wie DDG Mediensprecher Professor Dr. BAPTIST GALLWITZ der Verleihung vorausschickte. Deshalb zeichnete die Jury in diesem Jahr ausnahmsweise fünf journalistische Arbeiten aus. Jeder Preis ist mit 2.000 Euro dotiert.

■ **Kategorie Lesen:** Ausgezeichnet wurden **Hanna Grabbe** und **Martin Spiewak** für „Dein Sohn wird krank. Nur wann?“ in der „Zeit“. In dem Artikel über Früherkennung steht die ethische Frage „Was will ich über die Zukunft meiner Gesundheit wissen?“ im Zentrum. Die Jury lobte die erzählerische Tiefe und den sensiblen Umgang mit einem medi-



Die DDG Medienpreisträger\*innen 2025 (v.l.n.r.): Martin Spiewak, Matthias Alexander Schmidt, Christina Zühlke, Sophia Eickholt, DDG Mediensprecher Prof. Dr. Baptist Gallwitz, Marion Jetter, Matthias Eder. Foto: DDG/Dirk Deckbar

zinisch anspruchsvollen Thema. Den DDG Medienpreis erhielt außerdem **Marion Jetter** für „Einen kühlen Kopf bewahren“ im Magazin „Gut leben mit Diabetes“. „Ein gelungenes Beispiel für qualitativ hochwertigen, ratgeberorientierten Gesundheitsjournalismus“, urteilte die Jury.

■ **Kategorie Hören:** Den Preis erhielten **Matthias Alexander Schmidt** und **Sophia Eickholt** für ihr SR-kultur-Hörfunkfeature „Quellen der Kraft – in Bewegung bleiben“. Zu hören ist, wie Bewegung den Therapieerfolg verbessern kann. Fundiertes Fachwissen und eine gelungene Dramaturgie zeichnen diesen Beitrag aus, so die Jury.

■ **Kategorie Sehen: Matthias Eder** erhielt den Preis für „Oskar hat Diabetes“ im KiKA-Format „ICH bin ICH“. Der Film begleitet den sechsjährigen Oskar durch den Alltag. Hier überzeugte die Jury die emotionale, kindgerechte Darstellung. Ebenfalls geehrt wurde **Christina Zühlke**, und zwar für ihren WDR-Westpol-Beitrag „Kinder mit Diabetes: Der Kampf um einen Schulbegleiter“. Die Jury würdigte den klaren journalistischen Blick auf ein gesundheitspolitisch relevantes Thema.

„Guter Gesundheitsjournalismus kann Brücken schlagen – zwischen Wissenschaft und Öffentlichkeit, zwischen Betroffenen und Ent-

scheidungsträgern. Die diesjährigen Preisträgerinnen und Preisträger zeigen, wie differenziert und lösungsorientiert über Diabetes berichtet werden kann. Das ist gerade in Krisenzeiten von unschätzbarem Wert“, so Prof. Gallwitz abschließend.

### „Cool bleiben, wenn's um alles geht“ – auf lässige Art

Auch Keynote-Speaker **THOMAS PLÖSSEL**, zweimaliger Bronzemedaillegewinner bei Olympischen Spielen, schlug eine Brücke – und zwar von der Teamarbeit beim Segeln zu der in der Diabetologie. Er schilderte eindrücklich, welche Lehren ihn und seinen Segelpartner gelehrt haben: „Dranbleiben, wenn's schwierig wird“, „Cool bleiben, wenn's um alles geht“, „Weitermachen auch ohne Lust“, „100% Einsatz und Fokus“ und „ein wirksames Team bilden“. Ganz unterschiedliche Welten berührten sich in dieser Eröffnungsveranstaltung, Ein lässiger (Trompeten-)Ton hallte noch lange nach und als das auf der Bühne liegende Segel hochgezogen wurde, war spürbar, das ein „Gemeinsam zu neuen Ufern“ möglich ist. *DDG/nf*

**Ausgezeichnete Medienbeiträge und Videos:**  
[ddg.info/pressebereich/ddg-medienpreise-2025](http://ddg.info/pressebereich/ddg-medienpreise-2025)



»Ich wünsche mir neue Impulse für unsere Arbeit«

## Kompetenter Wegweiser durch die Diabetologie

Zum Welttag: Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2026 erschienen

**BERLIN/WIESBADEN.** Diabetes ist eine hochkomplexe Erkrankung und die Diabetologie ein äußerst dynamisches, vielseitiges Fach. Der jährlich neu aufgelegte Deutsche Gesundheitsbericht Diabetes hilft, auf dem neuesten Stand zu bleiben. Die Ausgabe für 2026 wurde zum Welttag am 14. November vorgelegt.

**W**ie vielfältig die Diabetologie ist, in wie viele Forschungs- und Lebensbereiche sie ausstrahlt, zeigt die eindrucksvolle Zahl von 35 Artikeln im Deutschen Gesundheitsbericht Diabetes 2026. Es geht um Epidemiologie, Ursachen und Prävention, um Komplikationen, um das Leben von Menschen mit Diabetes in verschiedenen Altersgruppen und Kontexten und natürlich um die sich rasant entwickelnden Gebiete der Diabetestechnologie und der Digitalisierung in der Diabetologie. Die Autorinnen und Au-

toren beschäftigen sich außerdem mit den Versorgungsstrukturen, mit denen sich Menschen mit Diabetes und alle, die beruflich in der Diabetesversorgung tätig sind, auseinandersetzen müssen. Und dann hat der Diabetes auch noch eine gesundheits- und wissenschaftspolitische Dimension – kein Wunder bei über 9,2 Millionen Menschen mit Typ-2-Diabetes (Dunkelziffer: mindestens zwei Millionen) und fast 350.000 Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Typ-1-Diabetes.

### Zahlen sind die Basis – und werfen Fragen auf

Diese Zahlen stammen aus dem Artikel, der am Anfang des Berichts steht: „Epidemiologie des Diabetes in Deutschland“. Sie bilden zusammen mit der Übersicht über die Akteure in der Diabetologie die Basis für alle weiteren Themen, denn mit den aktuellen Zahlen und ihrer Einordnung kann sich jede\*r Lesende vergegenwärtigen, in welchen Dimensionen hier gedacht werden muss und welche Komplexität hinter einer guten Diabetesversorgung und -forschung steht. Gleichzeitig schlagen genau diese Beiträge einen Bogen zu jenen aus dem Bereich der Gesundheits- und Wissenschaftspolitik. In der

Gesamtschau mit den gesundheitspolitischen Forderungen von DDG und diabetesDE kommen Fragen auf wie: Warum tut sich Deutschland in der Präventionspolitik so schwer? Warum wird die Diabetologie in der Krankenhausreform nur unzureichend berücksichtigt? Wieso steht oft nicht der Mensch im Mittelpunkt des gesundheitspolitischen Handelns? Dies ist nur ein Beispiel dafür, wie der Deutsche Gesundheitsbericht Diabetes, der als Mischung aus Weißbuch und Jahrbuch verstanden

werden kann und in die Gesundheitspolitik hineinwirken soll, den Blick weit und es möglich macht, Zusammenhänge zu erkennen. Oder wie es DDG Präsidentin Professorin Dr. JULIA SZENDRÖDI und diabetesDE-Vorstandsvorsitzender Dr. JENS KRÖGER in ihrem Vorwort formulieren: „Wir alle wissen: Wissenschaft lebt vom Diskurs. Daher sind die Artikel auch in diesem Jahr vor allem ein wichtiger Beitrag zur Debatte und bewusst ausgewählte ‚Schlaglichter‘, die uns und Ihnen die Tür

in dieses abwechslungsreiche Fach öffnen können. Die Neuauflage des Deutschen Gesundheitsberichts Diabetes ist daher der ideale Begleiter für ‚Neueinsteigerinnen und -einsteiger‘, aber auch für erfahrene ‚Diabetes-Profis‘.“ *nf*

### Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2026

Der Deutsche Gesundheitsbericht Diabetes wird **herausgegeben von der Deutschen Diabetes Gesellschaft und diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe** und redaktionell betreut von der Redaktion Diabetologie der MedTriX GmbH. An der aktuellen Ausgabe haben **über 100 Autorinnen und Autoren** mitgearbeitet.

Jährlich wird diskutiert, welche Themen aktuell sind und ausgearbeitet werden sollen. Alle Artikel bilden selbstverständlich den **neuesten Forschungsstand** ab.

Den Deutschen Gesundheitsbericht Diabetes 2026 und die Gesundheitsberichte vergangener Jahre können Sie **herunterladen unter:**

[www.ddg.info/politik/veroeffentlichungen/gesundheitsbericht](http://www.ddg.info/politik/veroeffentlichungen/gesundheitsbericht)



[www.diabetesde.org/gesundheitsberichte](http://www.diabetesde.org/gesundheitsberichte)



»Diabetes besser verstehen, Bezüge herstellen«

JETZT  
INFORMIEREN!



# DER DIABETES MEINER PATIENTEN? IM GRÜNEN BEREICH

durch effektives Diabetesmanagement mit Dexcom G7<sup>1,2,3</sup>

- Weniger Hypo- und Hyperglykämien durch vorausschauende Warnungen<sup>1,4,5</sup>
- Dexcom Clarity ermöglicht eine effiziente und effektive Therapieanpassung dank einfacher Dateninterpretation<sup>6,7</sup>
- Einziger Sensor mit direkter Verbindung zur Smartwatch – auch ohne Handy<sup>8</sup>



# Dexcom G7

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

\* 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](http://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](http://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



Interessantes  
von der  
Herbsttagung

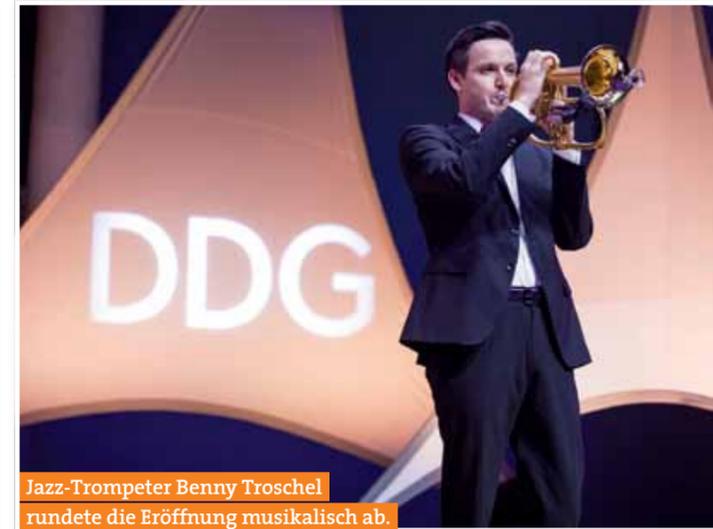
### Die Tagung in Zahlen

- über 200 aktive Beteiligte, rund 4.200 Teilnehmende (darunter 49 Reisestipendiat\*innen)
- über 100 Stunden wissenschaftliches Programm: 46 Symposien, 189 Vorträge, 16 Workshops
- Alle Symposien sind (mit Buchungsnummer) abrufbar in der DDG Mediathek:

 [ddght2025.mcon-mannheim.de](https://ddght2025.mcon-mannheim.de)



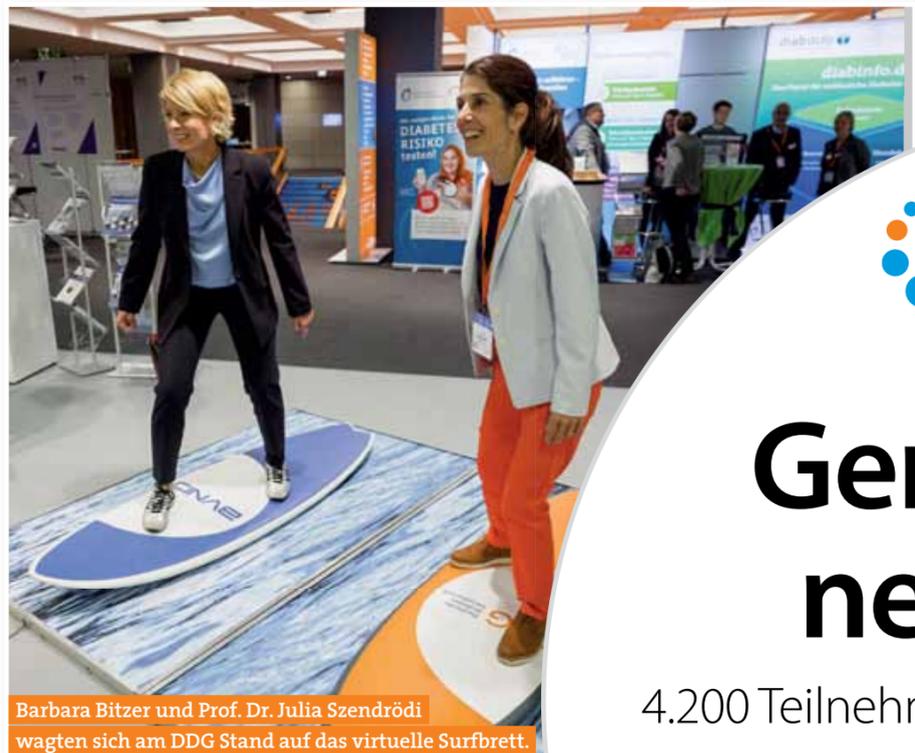
Startklar für die Diabetes Herbsttagung 2025: DDG Tagungspräsident Prof. Dr. Karsten Müssig, DDG Geschäftsführerin Barbara Bitzer, DDG Präsidentin Prof. Dr. Julia Szendrödi, DDG Vizepräsident Dr. Tobias Wiesner (v.l.n.r.).



Jazz-Trompeter Benny Troschel rundete die Eröffnung musikalisch ab.



Dr. Carola Woitek und Univ.-Prof. Dr. Jochen Seufert begrüßten die 49 DDG Reisestipendiat\*innen.



Barbara Bitzer und Prof. Dr. Julia Szendrödi wagten sich am DDG Stand auf das virtuelle Surfbrett.



DDG Vizepräsident Dr. Tobias Wiesner und DDG Präsidentin Prof. Dr. Julia Szendrödi hatten den Vorsitz im politischen Symposium der DDG.



Entspannte Stimmung beim Gesellschaftsabend: Prof. Dr. Erhard Siegel, Univ.-Prof. Dr. Jochen Seufert, Prof. Dr. Karsten Müssig und Prof. Dr. Baptist Gallwitz (v.l.n.r.).



Gutes Team: DDG Past Präsident Prof. Dr. Andreas Fritsche (l.) und DDG Tagungspräsident Prof. Dr. Karsten Müssig beim gemeinsamen Vorsitz.



Die Gewinnerin des SUP-Boards zusammen mit Dr. Rebekka Epsch und Sabrina Vité aus der DDG Geschäftsstelle.



Wer gewinnt das SUP-Board? Die Verlosung am DDG Stand war gut besucht.


**DIABETES  
HERBSTTAGUNG  
2025**

# Gemein neuen

4.200 Teilnehmende setzen

**MANNEIM.** Interdisziplinär, interkollegial, der Menschlichkeit verpflichtet – das ist die Mission der Diabetes Herbsttagung 2025. „Zusammen für die tägliche Arbeit – all das drückt das Motto **zu neuen Ufern!**“ der Diabetes Herbsttagung aus. Die Tagung setzt sich eindeutig am von Tagungspräsident Prof. Dr. Karsten Müssig ablesen. Denn die fast 50 Symposien wurden auf den neuesten Stand ausgerichtet – am Start waren auch die Deutsche Diabetes Nachwuchs-AG YARE, die Deutsche Gesellschaft für Diabetische Ophthalmologie, die Deutsche Gesellschaft für Diabetische Endokrinologie und die Deutsche Gesellschaft für Diabetische Nephrologie (BVND und VDBD). Es sind zwar starke Persönlichkeiten, die Präsidentin Prof. Dr. Julia Szendrödi und die Vizepräsidentin Prof. Dr. Tobias Wiesner. Die Nachricht: „Wir haben eine tolle Veranstaltung mit der richtigen Mischung“.



Keynote unter Segeln: Thomas Plöbel rückte den Zusammenhang zwischen dem Segelsport und einem erfolgreichen Diabetesmanagement in den Fokus.



Prof. Dr. Susanne Reger-Tan setzte Impulse.



Hier wird Zukunft geschrieben: Die DDG Reisestipendiat\*innen wurden von der AG Nachwuchs der DDG durch das Tagungsprogramm begleitet.

# DIABETES HERBSTTAGUNG 2025 DDG

## Leinensam zu neuen Ufern!

### Das Segel und halten Kurs

Der Mensch mit Diabetes im Mittelpunkt und neue Impulse als Motto „360° Diabetes: Leinen los, gemeinsam auf Kurs“. Das Versprechen wurde eingelöst, das ließ sich im von Prof. Dr. Karsten Müssig gestalteten Programm nicht nur von der DDG und ihren Gremien, sondern auch von der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (mit der Deutschen Gesellschaft für Angiologie, die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie und der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie, außerdem natürlich auch in den stürmischen Zeiten, wie DDG Präzedenz betonte. Ihre gute Arbeit und den Mut und die Energie der Crew.“



Gut besucht: die Tagungspresskonferenz am Freitag.



Prof. Dr. Martin Heni referierte vor vollem Saal.



Bewegte Pause im Symposium.



High five für den surfenden DDG Tagungspräsidenten.

Fotos: DDG/Dirk Deckbar



Dr. Sandra Schlüter war eine gefragte Referentin.



Symposiumsvorsitz mit Segel: Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland (l.) und DDG Tagungspräsident Prof. Dr. Karsten Müssig.

# HeaDS: neues Programm für kluge Köpfe

Spannende Forschungsergebnisse des DZD – heute und in Zukunft

**NEUHERBERG.** Eine Analyse einer großen Tübinger Studie zeigt: Betroffene, die ihren Lebensstil verbesserten, dabei aber nicht abnahmen, senkten trotzdem ihr Risiko für Typ-2-Diabetes. Und: Zuckerhaltige Getränke können auch die psychische Gesundheit negativ beeinflussen. Vermittelt wird dieser Effekt wohl über das empfindliche Mikrobiom des Darms. An diesen spannenden Forschungsergebnissen waren DZD-Forschende maßgeblich beteiligt. Für die Forschung der Zukunft legt das DZD nun ein neues Programm auf: DZD-HeaDS (Health Data Science & AI). Studierende und Promovierende erlangen während des zweijährigen Zertifikatsprogramms Kompetenzen in KI, Datenanalyse und digitaler Gesundheit.



**DZD**  
Deutsches Zentrum  
für Diabetesforschung

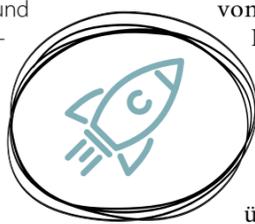
## DZD-HeaDS startet 2026 – jetzt bewerben

Mit dem neuen Zertifikatsprogramm DZD-HeaDS (Health Data Science & AI) startet das Deutsche Zentrum für Diabetesforschung (DZD) ein innovatives Qualifizierungsangebot für Studierende und Promovierende. Ziel ist es, junge Wissenschaftler\*innen für die datengetriebene Gesundheitsforschung zu begeistern und gezielt Kompetenzen in den Bereichen KI, Datenanalyse und digitale Gesundheit zu fördern. Mit DZD-HeaDS möchte das DZD Talente aus verschiedenen Disziplinen – von den Lebens- und Naturwissenschaften über Informatik bis Epidemiologie – zusammenbringen und praxisnah ausbilden.

Intelligenz. Ergänzt wird das studienbegleitende Curriculum durch Einheiten zu epidemiologischen Modellen und zur Gründung aus der akademischen Forschung. Ein Highlight: Die Teilnehmenden arbeiten dabei mit Real-World-Daten in der Forschungsumgebung des DZD und haben die Möglichkeit, aktiv an aktuellen Forschungsprojekten mitzuwirken.

Das Weiterbildungsprogramm wird vom Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt (BMFTR) gefördert. Die Teilnahme ist kostenfrei. Bei Präsenzveranstaltungen können Reise- und Übernachtungskosten übernommen werden.

Das Programm richtet sich an Masterstudierende und Promovierende aus natur-, gesundheits-, daten- und ingenieurwissenschaftlichen Studiengängen in Europa. Die Bewerbungsphase läuft noch bis zum 15. Dezember 2025.



Das zweijährige Zertifikatsprogramm vermittelt in aufeinander aufbauenden Workshops den gesamten Prozess von der Datenerhebung bis hin zur Entwicklung innovativer Gesundheitstechnologien. Im Mittelpunkt stehen praxisnahe Themen wie Gesundheitsdaten-Infrastrukturen, Datenstandardisierung nach den FAIR-Prinzipien sowie Methoden des maschinellen Lernens und der künstlichen

Weitere Informationen und Bewerbung: [www.dzd-ev.de/karriere/dzd-heads](http://www.dzd-ev.de/karriere/dzd-heads)

## Softdrinks und Depression

Eine neue Studie unter Beteiligung des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung (DZD) liefert starke Hinweise darauf, dass zuckerhaltige Getränke auch die psychische Gesundheit beeinträchtigen.

Für die Studie werteten Forschende Querschnittdaten aus der Marburg-Münster Affective Cohort (MACS) aus. Insgesamt wurden 932 Personen eingeschlossen – darunter 405 Menschen mit Major-Depression sowie 527 gesunde Kontrollpersonen.

Die Analysen zeigten einen Zusammenhang zwischen dem Softdrink-Konsum und sowohl der Diagnose einer Depression als auch der Schwere der Symptome. Besonders ausgeprägt war dieser Zusammenhang bei Frauen: Bei ihnen war ein hoher Konsum mit einer um 17% erhöhten Wahrscheinlichkeit für eine Depression (Odds Ratio 1,167) und mit schwereren Symptomen verbunden.

Eine mögliche Erklärung dafür: Bei Frauen, die regelmäßig zuckerhaltige Limonaden getrunken hatten, fanden die Forschenden eine deutlich erhöhte Anzahl von Eggerthella-Bakterien im Darm. Frühere Studien haben

gezeigt, dass Eggerthella bei Menschen mit Depressionen vermehrt vorkommt. Die aktuelle Untersuchung liefert nun erstmals überzeugende Hinweise darauf, dass dieses

Bakterium eine vermittelnde Rolle spielen könnte. „Unsere Daten sprechen dafür, dass der Zusammenhang zwischen Softdrinks und depressiven Symptomen über die Beeinflussung des Mikrobioms entsteht“, sagt Studienleiterin Dr. SHARMILI EDWIN THANARAJAH vom Universitätsklinikum Frankfurt und dem MPI für Stoffwechselforschung Köln, einem assoziierten Partner des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung (DZD). DZD



Edwin Thanarajah S et al. JAMA Psychiatry 2025 Sep 24; e252579; doi: 10.1001/jamapsychiatry.2025.2579

## Weniger Bauchfett, geringeres Risiko

In einer von der Tübinger Universitätsklinik für Diabetologie, Endokrinologie und Nephrologie durchgeführten Langzeitstudie zeigte sich, dass von den über 1.100 Studienteilnehmenden 234 innerhalb eines Jahres kein Gewicht verloren oder sogar zunahm, obwohl sie ihren Lebensstil änderten (gesunde Ernährung, mehr körperliche Aktivität). Dennoch normalisierte sich bei gut 22% von ihnen der Blutzuckerspiegel.

Über einen Zeitraum von bis zu weiteren neun Jahren wurde das Auftreten von Typ-2-Diabetes beobachtet. Ohne Gewichtsverlust hatte diese Gruppe eine bis zu 71% geringere Wahrscheinlichkeit, an Diabetes zu erkranken. Dieser Wert ist fast identisch zu denjenigen, die mittels Gewichtsabnahme ihr Risiko für Typ-2-Diabetes senken konnten (73%).

Ein besonderes Augenmerk der Analyse galt der Fettverteilung: Gerade diejenigen Studienteilnehmenden, deren Blutzuckerspiegel sich ohne Gewichtsabnahme wieder normalisierte, hatten durch die Lebensstilveränderung einen geringeren Anteil an Bauchfett im Vergleich zu denjenigen, deren Blutzuckerspiegel im

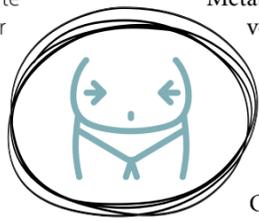
Prädiabetesbereich verblieb. „Die Wiederherstellung eines normalen Nüchternblutzuckerspiegels ist das wichtigste Ziel zur Prävention von Typ-2-Diabetes und nicht zwingend die Zahl auf der Körperwaage“, bringt Professor Dr. ANDREAS BIRKENFELD, Studienleiter und Direktor des Instituts für Diabetesforschung und Metabolische Erkrankungen (IDM)

von Helmholtz Munich an der Universität Tübingen, es auf den Punkt. „Sport und eine ausgewogene Ernährung wirken günstig auf den Blutzucker, unabhängig davon, ob

Gewicht reduziert wird. Gewicht zu verlieren bleibt hilfreich,

aber unsere Daten weisen darauf hin, dass es nicht zwingend notwendig für den Schutz vor Diabetes ist“, führt er weiter aus. „Die Leitlinien zur Prävention und Behandlung von Typ-2-Diabetes sollten künftig nicht nur das Gewicht, sondern vor allem die Blutzuckerkontrolle und Fettverteilungsmuster berücksichtigen“, ergänzt Professor Dr. REINER JUMPERTZ-VON SCHWARTZENBERG, der wie Prof. Birkenfeld als Letztautor an der Studie beteiligt war. DZD

Sandforth A et al. Nat Med 2025 Oct; 31(10): 3330-3340; doi: 10.1038/s41591-025-03944-9



## Wechsel an der Spitze von Helmholtz Munich

Zum 1. Oktober 2025 hat DZD-Vorstand Professor Dr. Dr. h.c. mult. MARTIN HRABĚ DE ANGELIS übergangsweise das Amt des wissenschaftlichen Geschäftsführers und Sprechers der Geschäftsführung bei Helmholtz Munich übernommen. Er folgt auf Professor Dr. Dr. h.c. MATTHIAS TSCHÖP, der die Präsidentschaft der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU) angetreten hat.

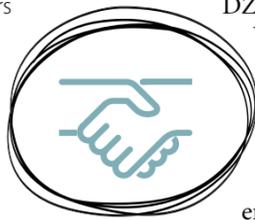
Prof. Martin Hrabě de Angelis ist eine prägende Persönlichkeit in der biomedizinischen Forschung. Seit 2000 leitet er das Institut für Experimentelle Genetik bei Helmholtz Munich, seit 2020 ist er Research Director des Forschungszentrums. Zudem ist er Lehrstuhlinhaber für Experimentelle Genetik an der TU München. Seine Forschungsschwerpunkte umfassen Genetik, Epigenetik, Diabetes, Phänotypisierung und Data Mining. Er ist Gründer der German Mouse Clinic, Gründungs-

direktor des europäischen Forschungsverbunds INFRAFRONTIER ERIC und Vorstandsmitglied sowie Sprecher des DZD. Prof. Hrabě de Angelis ist

Vorstand und Mitgründer der M1 Munich Medicine Alliance. Er hat mehr als 500 wissenschaftliche Publikationen veröffentlicht.

Für seine Leistungen wurde er vielfach ausgezeichnet, u. a. mit der Paul-Langerhans-Medaille

der DDG sowie der Mitgliedschaft in der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina. „Ich freue mich sehr, in dieser wichtigen Phase Verantwortung zu übernehmen und gemeinsam mit unseren herausragenden Teams die strategische Weiterentwicklung von Helmholtz Munich voranzutreiben. Die Verbindung unserer exzellenten Grundlagenforschung mit allen Facetten von Computational Health bis hin zur translationalen Anwendung ist für mich ein zentrales Anliegen“, so Prof. Hrabě de Angelis. DZD



# Typ-2-Diabetes im Kindesalter immer häufiger

## DDG schlägt weiter Alarm für verbindliche Verhältnisprävention

**MANNHEIM.** Immer mehr Kinder und Jugendliche sind übergewichtig und entwickeln einen Typ-2-Diabetes. Welche Präventions- und Therapiemöglichkeiten es heute gibt, diskutierten Expert\*innen bei der Vorab-Pressekonferenz zur Diabetes Herbsttagung. Diese steht unter dem Motto „360° Diabetes: Leinen los, gemeinsam zu neuen Ufern!“ und nimmt auch mehr Kinderschutz und Gesundheit im Alltag in den Blick.

Weniger Zucker und Fast Food, mehr Gemüse, Vollkorn und gesunde Fette – am besten mit Familienunterstützung“, dies sei die Basis, um gegen die steigende Zahl junger Menschen mit Übergewicht und Adipositas und in der Folge Typ-2-Diabetes anzugehen, so Professor Dr. KARSTEN MÜSSIG, Präsident der Diabetes Herbsttagung. Laut Robert Koch-Institut (RKI) sind über 15 % der 3- bis 17-Jährigen übergewichtig, etwa 6 % von ihnen adipös. Rund 1.000 Kinder und Jugendliche zwischen 11 und 17 Jahren waren 2022 von einem Typ-2-Diabetes betroffen, pro Jahr kommen weitere 250 hinzu. Wie ernst das Problem inzwischen ist, zeigt auch die Zulassung von GLP1-Rezeptoragonisten (Liraglutid, Dulaglutid) und SGLT2-Inhibitoren (Dapagliflozin, Empagliflozin) ab einem Alter von zehn Jahren. Erkrankt ein Kind früh an Typ-2-Diabetes, bedeute das für diesen jun-

gen Menschen „eine längere Krankheitsdauer, mehr Belastung und ein höheres Risiko für Komplikationen bereits im jungen Erwachsenenalter“, sagte der Chefarzt der Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie und Diabetologie am Franziskus-Hospital Harderberg der Niels-Stensen-Kliniken, da diese Diabetesform im Kindes- und Jugendalter „besonders aggressiv“ verlaufe. Verbindliche, früh ansetzende Präventionsmaßnahmen wie ausgewogene Ernährung, regelmäßige Bewegung und auch die Stressregulation z. B. durch ausreichenden Schlaf in Zusammenarbeit mit den betroffenen Familien

»Längere Krankheitsdauer, höheres Risiko«

könnten „diesen besorgniserregenden Trend wirksam aufhalten“. Zum Einsatz kämen heute aber auch Medikamente bei Jugendlichen mit Typ-2-Diabetes, verfügbar seien bislang allerdings nur wenige Wirkstoffe wie Metformin, Dapagliflozin, Empagliflozin, Liraglutid, Dulaglutid – Medikamente zur Behandlung einer chronischen Stoffwechselerkrankung und kein „Mittel zur Gewichtsreduktion, womöglich aus kosmetischen Gründen wie die bekannte Abnehmspritze“, stellte Prof. Müssig klar.

### Kinder und Jugendliche schützen und unterstützen

Frühe Maßnahmen der Verhältnisprävention bekräftigten erneut die DDG und das Wissenschaftsbündnis Deutsche Allianz für Nicht-übertragbare Krankheiten (DANK) gemeinsam. Weiter dringend gefordert seien wirksame Schranken für Werbung für an Kinder gerichtete, ungesunde Lebensmittel, die Herstellerabgabe auf stark zuckergetränkte Getränke, eine Mehrwertsteuerentlastung für gesunde Lebensmittel sowie verbindliche Standards für gesunde Schulverpflegung und Schulsport. Nur mit verbindlichen rechtlichen Rahmenbedingungen sei es möglich, die gesunde Wahl „zur einfachen Wahl zu machen – unab-



Immer mehr Kinder sind übergewichtig – damit steigt für sie das Diabetesrisiko.

Foto: New Africa – stock.adobe.com

hängig von Herkunft, Bildungsgrad oder Geldbeutel“, sagte BARBARA BITZER, DANK-Sprecherin und Geschäftsführerin der DDG.

Nach Angaben des RKI ist auch die Zahl der Personen, die neu an Typ-1-Diabetes erkrankt sind, zwischen 2014 und 2022 um 2,9 % jährlich gestiegen, zudem sei eine Gewichtszunahme in dieser Patientengruppe zu beobachten, erklärte Professorin Dr. BEATE KARGES, DDG-Vorstandsmitglied aus Aachen. Beim Typ-1-Diabetes sei der Schulungsbedarf sehr hoch – u. a., weil inzwischen etwa die Hälfte der jungen Menschen mit AID-Systeme nutzt. Dies bedeute einen erhöhten Personalbedarf für kind- und jugend-

gerechte Schulungen dieser vulnerablen Patientengruppe, die zudem unterschiedliche Komorbiditäten aufweise, z. B. psychische Erkrankungen, Essstörungen und Zöliakie. Besonders die Transition von Jugendlichen in die Erwachsenenmedizin sei noch lückenhaft finanziert und die Inklusion von Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes in der Schule unzureichend, weshalb der flächendeckende Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften erforderlich sei. Die ambulante und stationäre Versorgung müsse überdies adäquat finanziert, die Versorgungsforschung durch Register gestärkt werden, betonte die Kinderärztin.

Angela Monecke



**Jardiance®**  
(Empagliflozin)

MACHEN SIE SCHUTZ  
ZU IHRER STÄRKE

Jardiance® –  
für Ihre Patienten mit:

Typ-2-Diabetes  
+ CV-Begleiterkrankungen\*<sup>a</sup>

chronischer  
Herzinsuffizienz<sup>#,b</sup>

chronischer  
Nierenkrankheit<sup>c</sup>

a. Prävention der CV-Mortalität<sup>1,2,d</sup>  
b. Reduktion der CV-Mortalität oder HHI<sup>1,3,4,e</sup>  
c. Reduktion der CKD-Progression oder CV-Mortalität<sup>1,5,f</sup>

Bundesweite Praxisbesonderheit bei Typ-2-Diabetes mit manifester CV-Begleiterkrankung und bei Herzinsuffizienz unabhängig von der Ejektionsfraktion<sup>6,g,h</sup>

CKD = chronische Nierenkrankheit | 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 chronischen Nierenkrankheit 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 chronischen Nierenkrankheit (definiert als Nierenversagen oder anhaltende eGFR-Abnahme auf < 10 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> oder anhaltende eGFR-Abnahme um ≥ 40% vs. Baseline oder Tod aufgrund renaler Ursache) oder CV-Mortalität. Der Unterschied beim kombinierten primären Endpunkt war mehrheitlich auf eine signifikante Reduktion der Progression der chronischen Nierenkrankheit zurückzuführen. | g. Für Erwachsene mit Typ-2-Diabetes und antidiabetischer Begleitmedikation sowie einer der folgenden kardiovaskulären Begleiterkrankungen: bestätigter Myokardinfarkt, KHK (koronare Eingefäßkrankung mit ≥ 50 % Stenose oder Mehrgefäßkrankung), instabile Angina pectoris (mit angiografischem Nachweis einer KHK), ischämischer oder hämorrhagischer Schlaganfall oder pAVK (periphere arterielle Verschlusskrankung mit klinisch relevanter Durchblutungsstörung): wenn die antidiabetische 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/amnog\\_praxisbesonderheiten/14034pb20170301.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/arzneimittel/amnog_praxisbesonderheiten/14034pb20170301.pdf) (letzter Aufruf August 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 H<sub>2</sub>O (E172). **Anwendungsgebiete:** Typ-2-Diabetes mellitus: Jardiance wird zur Behandlung von Erwachsenen und Kindern ab 10 Jahren mit nicht ausreichend behandeltem Typ-2-Diabetes mellitus als Ergänzung zu Diät und Bewegung angewendet; als Monotherapie bei Metforminunverträglichkeit u. zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Typ-2-Diabetes mellitus. Herzinsuffizienz: Jardiance wird zur Behandlung von Erwachsenen mit symptomatischer, chronischer Herzinsuffizienz angewendet. Niereninsuffizienz: Jardiance wird zur Behandlung von Erwachsenen mit chronischer Niereninsuffizienz angewendet. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Hypoglykämie (bei Kombination mit Sulfonylharnstoff oder Insulin, bei Kindern ab 10 Jahren auch unabhängig von Insulin), Volumenmangel. Häufig: vaginale Candidiasis, Vulvovaginitis, Balanitis, andere genitale Infektionen, Harnwegsinfektion (einschließlich Fällen von Pyelonephritis und Urosepsis), Durst, Obstipation. Gelegentlich: Ketoazidose, Urtikaria, Angioödem, Dysurie, Kreatinin im Blut erhöht, glomeruläre Filtrationsrate vermindert, Hämatokrit erhöht. Selten: nekrotisierende Faszitis des Perineums (Fournier-Gangrän). Sehr selten: tubulointerstitielle Nephritis. **Warnhinweise:** Enthält Lactose. Jede Tablette enthält weniger als 1 mmol Natrium (23 mg). Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. **Weitere Hinweise:** Siehe Fachinformation. Verschreibungspflichtig. **Stand: Dezember 2023**

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



# »Relevanz wird manchmal vergessen«

Die AG Diabetes & Niere arbeitet daran, die Nieren stärker in den Fokus zu rücken

**LEIPZIG.** Mehr Beachtung für die Nieren – das wünscht sich Professor Dr. Thomas Ebert, einer der Sprecher der AG Diabetes & Niere. Er erklärt, warum die Nieren so wichtig sind, und legt dar, warum Urin gar nicht eklig, sondern höchst nützlich ist.

**?** Herr Professor Ebert, was haben Sie von Ihren Stationen in Tennessee und Stockholm mitgebracht, was Sie heute noch inspiriert?

**Prof. Ebert:** Ich finde, Auslandsaufenthalte sind generell immer horizontweiternd, völlig egal, in welcher Sparte man tätig ist – einfach, weil man dort erlebt, wie andere Menschen, wie andere Arbeitsgruppen an wissenschaftliche Probleme herangehen und wie sie versuchen, diese Probleme zu lösen.

Ich hatte entschieden, dass ich aus einer endokrinologisch-diabetologischen Arbeitsgruppe immer in eine rein nephrologische Arbeitsgruppe wechseln möchte. Für kurze Zeit war ich in der Vanderbilt University in Nashville in einer Nierenabteilung und dann drei Jahre als Post-Doc am Karolinska-Institut in Stockholm, ebenfalls in der Nephrologie. Ich wollte immer die Schnittstelle Diabetes/Niere aus Sicht der Nephrologie wissenschaftlich betrachten und nun hilft mir die nephrologische Perspektive im Alltag als Endokrinologe und Diabetologe sehr.

**?** Ihr wissenschaftlicher Fokus liegt auf den mikrovaskulären Komplikationen des Diabetes und hier besonders auf Nierenkomplikationen. Warum?

**Prof. Ebert:** Die Faszination dafür habe ich während meiner Doktorarbeit entwickelt. Ich habe in Leipzig Medizin studiert und bei meinem Doktorvater und Mentor Matthias Faßhauer meine Doktorarbeit zu Menschen mit Typ-2-Diabetes an der Dialyse begonnen. Dabei habe ich festgestellt, dass dies eine der aus meiner Sicht vulnerabelsten Patientengruppen ist. In meiner Erfahrung haben diese Patientinnen und Patienten eine sehr hohe Morbidität und Mortalität, insbesondere aber eine stark eingeschränkte Lebensqualität.

**?** Sie sind einer der Sprecher der AG Diabetes & Niere der DDG. Was sind die Hauptanliegen der AG?

**Prof. Ebert:** Letztendlich sind die Nieren ja ziemlich versteckte Organe, die man in der Diabetologie manchmal vergisst. Aber sie entscheiden über Morbidität, Mortalität

und Lebensqualität und wirken systemisch im gesamten Körper. Eine der Hauptaufgaben der AG Diabetes & Niere und von ihren Sprechern, Professorin Martina Guthoff und mir, ist es daher, dieses Organ wieder in die Diabetologie hereinzuholen, sowohl in die Routinediagnostik als auch in die Risikostratifizierung unserer Patientinnen und Patienten. Wir von der AG Diabetes & Niere wollen an diese Relevanz der Nieren erinnern.

Das versuchen wir auf verschiedene Art und Weise. Wir sind froh, dass wir über verschiedene Sponsoren beim Diabetes Kongress zwei Preise ausloben können – einen Posterpreis und den Paul-Kimmelstiel-Projektpreis. Damit möchten wir letztendlich auch junge Kolleginnen und Kollegen für dieses Thema begeistern. Denn beispielsweise die Routinediagnostik mit den wesentlichen Untersuchungsmethoden der Urin- und Blutanalytik erscheint evtl. auf den ersten Blick ein wenig altbacken. Jedoch sind unsere diagnostischen Methoden unglaublich vielfältig und schließen spannende neue Möglichkeiten ein, z. B. Proteomics, Radiomics und weitere Technologien.



PROFESSOR  
DR. THOMAS EBERT

Der Facharzt für Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie ist Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Endokrinologie, Nephrologie und Rheumatologie des Universitätsklinikums Leipzig. Er ist zusammen mit Professorin Dr. Martina Guthoff Sprecher der DDG Arbeitsgemeinschaft Diabetes & Niere.

**?** Bei sehr vielen Menschen mit Typ-2-Diabetes – oft spricht man von 40% – entwickelt sich eine chronische Nierenerkrankung (CKD). Wer diagnostiziert eine solche CKD?

**Prof. Ebert:** In der Breite kann bei so vielen betroffenen Menschen die Diagnostik nicht von nephrologischen und diabetologischen Kolleginnen und Kollegen alleine durchgeführt werden, sondern muss im hausärztlichen Bereich angesiedelt werden. Dort sollten wir das Engagement in der Diagnosestellung der chronischen Nierenerkrankung weiter stärken und neben der glomerulären Filtrationsrate (GFR) auch die Urinanalyse mit in den Diagnosealgorithmus einbeziehen.

Denn: Die Blutwerte steigen erst spät im Laufe der Erkrankung an, während der Urin uns die Möglichkeit gibt, durch die Bestimmung der Urin-Albumin-Kreatinin-Ratio (UACR) noch im sogenannten „Window of Opportunity“ zu sein, also die Erkrankung noch klinisch höchst relevant beeinflussen zu können. Für die UACR braucht es heute keinen 24-Stunden-Sammelurin mehr, Spot-Urin genügt.

**?** Wie viele Menschen haben beides, einen Diabetes und eine CKD?

**Prof. Ebert:** Ich hatte die Möglichkeit, an der Auswertung von deutschen Krankenkassendaten aus dem Jahr 2023 mitarbeiten zu können. Aus dem Datensatz geht hervor, dass die Prävalenz von Menschen mit CKD 2023 in Deutschland bei 4,2 Millionen liegt – die Hälfte davon hat Typ-2-Diabetes. Die große Frage ist: Stimmt diese Zahl? Sie stimmt höchstwahrscheinlich bei Weitem

nicht, denn wir wissen aus Schätzungen, dass es in Deutschland 10 Millionen Menschen mit CKD geben müsste. Die Krankenkasse weiß von weniger als der Hälfte, dies liegt u. a. an der Diagnose- und Codier-rate.

**?** In den letzten Jahren gab es große Fortschritte bei Medikamenten ...

**Prof. Ebert:** Wir leben in einer Art „goldenen Ära“, was die Nephrologie im Kontext des Diabetes betrifft. Seit längerer Zeit gibt es die ACE-Hemmer und Angiotensinrezeptorblocker. Nun haben wir plötzlich Nieren-Outcome-Studien für drei neue Klassen an Medikamenten, die den renalen Progress hinauszögern können: SGLT2-Hemmer, Dapagliflozin und Empagliflozin, haben klare nephroprotektive Eigenschaften. Auch Finerenon, ein nicht-steroidaler Mineralokortikoidrezeptorantagonist, hat günstige Eigenschaften auf den Progress der Nierenerkrankung bei Menschen mit Typ-2-Diabetes. Neu ist die FLOW-Studie aus dem Jahr 2024 mit dem GLP1-Rezeptoragonisten Semaglutid. Hier konnte gezeigt werden, dass auch Semaglutid in der Diabetesdosierung den Progress der chronischen Nierenerkrankung bei Menschen mit Typ-2-Diabetes verzögern kann.

Wir haben jetzt also vier Bausteine in der medikamentösen Therapie für Menschen mit Typ-2-Diabetes und Nierenerkrankung, die wir nutzen können, sollten – und müssen! Wir sehen leider bei uns auf Station noch zu oft Patientinnen und Patienten mit einer präterminalen oder terminalen Nierenerkrankung, die noch keine einzige der vier Medikamentenklassen erhalten haben. Letztlich versuchen wir Mitglieder der AG Diabetes & Niere daher, u. a. mit den verfügbaren diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten solche Fälle in Zukunft verhindern zu können.

**?** Welche Rolle spielt die aufgenommene Eiweißmenge, wenn es darum geht, die CKD-Progression zu verlangsamen?

**Prof. Ebert:** In Metaanalysen zeigen sich die Ergebnisse zur Eiweißauf-

»Hochspannend: Urindiagnostik«

nahme sehr uneinheitlich in Bezug auf den Progress der Nierenerkrankung. Für die meisten erwachsenen Menschen mit Diabetes und Nierenerkrankung gelten somit weiterhin die empfohlenen 0,8 g Eiweiß pro kg Körpergewicht pro Tag. Neben der reinen Proteinmenge ist zudem auch die Art der Proteine wichtig, hier gibt es einzelne Daten, dass eine Ernährung mit vorrangig pflanzlichen Proteinen Vorteile auf die Nierenfunktion bei bestehender Nierenerkrankung hat.

Mindestens ebenso wichtig ist der Salzkonsum. Salz wirkt sich negativ auf das Herz-Kreislauf-Risiko von Menschen mit Nierenerkrankung aus, die ja per se bereits ein hohes Risiko für Herz-Kreislauf-Ereignisse haben. Daher sind die empfohlenen < 2 g/Tag wichtig, wenn auch im Alltag schwierig einzuhalten.

Auch die Fettmasse spielt eine große Rolle, denn Adipositas ist ein unabhängiger Risikofaktor für den Progress der Nierenerkrankung. Mit einer Gewichtsnormalisierung sinkt das Risiko für eine Nierenerkrankung für Menschen mit und ohne Typ-2-Diabetes. Das heißt: Die allgemeinen Ernährungsempfehlungen sind in vielerlei Hinsicht auch für Menschen mit CKD ganz, ganz relevant

**?** Gibt es einen Mythos, der sich hartnäckig hält und den Sie gern entkräften möchten?

**Prof. Ebert:** Die klassische Annahme „Urin ist eklig“ resultiert sicherlich noch aus der Zeit des 24-Stunden-Sammelurins – inklusive der damit verbundenen Belastungen in der täglichen (Arzt-)Praxis. Der Spot-Urin hingegen ist eine sehr gute Möglichkeit, die Urindiagnostik zu vereinfachen, zu standardisieren und den Menschen durch eine frühere Diagnosestellung etwas Gutes zu tun.

Günter Nuber (Interview),  
Nicole Finkenauer (Interview  
und Zusammenfassung)

nachgefragt

»Nephrologische Perspektive hilft mir im Alltag sehr«

## Neugierig auf mehr?

Dann hören Sie sich die Folge mit Prof. Ebert in voller Länge an. Er erklärt, was GFR und UACR mit der PS-Zahl und Schäden am Auto zu tun haben, und spricht über Dialyse und Dialysezahlen. Zugriff auf alle Folgen von *O-Ton Diabetologie* haben Sie auf [diabetologie-online.de](http://diabetologie-online.de), [medical-tribune.de](http://medical-tribune.de) und den gängigen Podcast-Plattformen.



## Für den Diabetologie-Durchblick

der Podcast für Expert\*innen



# EIN HOCH AUF DIE EINFACHHEIT

Automatisierte Insulin-Dosierung mit Omnipod® 5  
und der SmartAdjust™-Technologie:<sup>1</sup>

## PASST AN

Mikroboli passen die Insulinabgabe automatisch an.<sup>1</sup>

## KORRIGIERT

Hilft, hohe Glukosewerte zu korrigieren.<sup>2,3</sup>

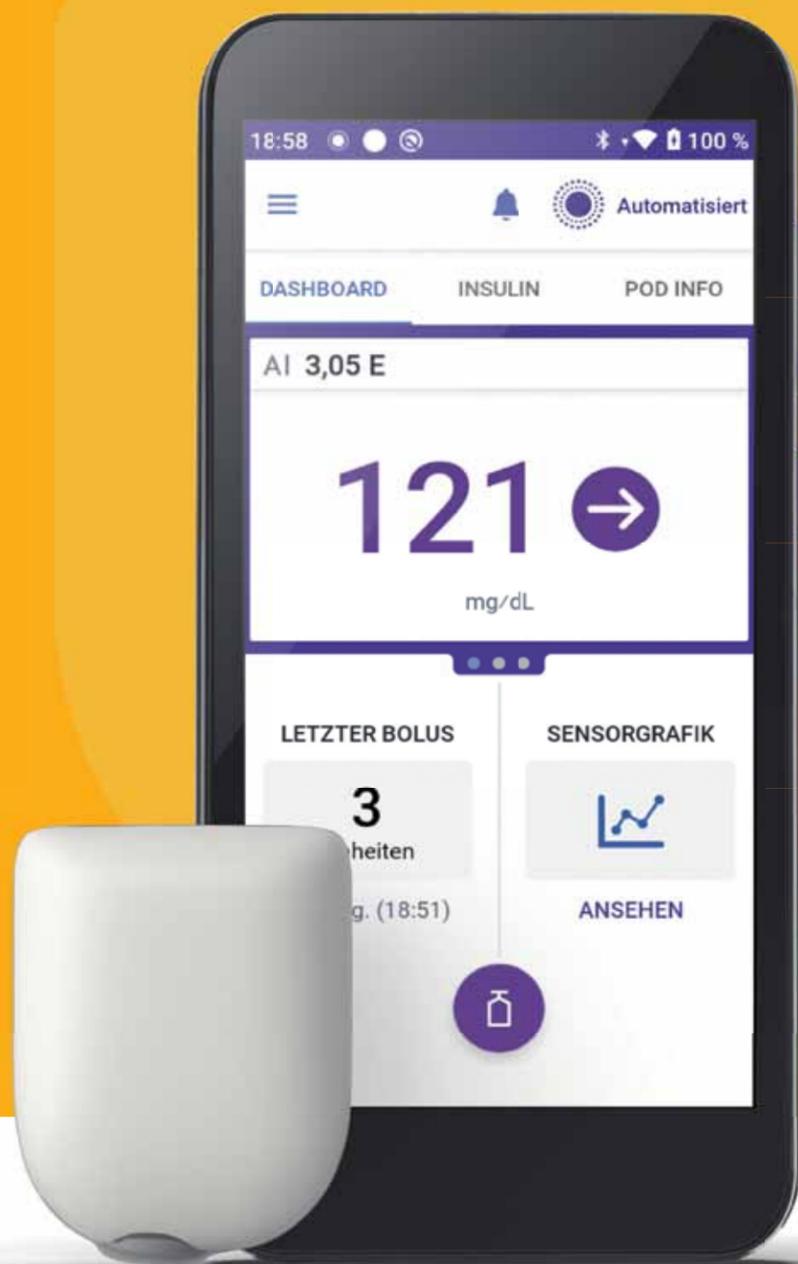
## SCHÜTZT

Hilft zu schützen, indem die Insulinabgabe reduziert oder pausiert wird.<sup>\*2,3</sup>

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

# Adipositas als unabhängiger Risikotreiber

Mit dem Gewicht steigt die Gefahr renaler, kardialer und metabolischer Komplikationen

**WIEN.** Die klinische Bedeutung von starkem Übergewicht reicht weit über die Entstehung von Typ-2-Diabetes hinaus. Daten aus bevölkerungsbasierten und Interventionsstudien zeigen, dass es entscheidend zur Progression chronischer Nierenerkrankungen und Herzinsuffizienz beiträgt und auch die Prognose bei Typ-1-Diabetes negativ beeinflusst. Ein Gewichtsverlust durch Pharmakotherapie, bariatrische Chirurgie oder gesünderen Lebensstil zahlt sich also aus.

Die weltweite Zunahme von Übergewicht und Adipositas beschäftigt Ärzt\*innen aller Fachrichtungen. Dabei wird immer stärker deutlich, dass überschüssige Kilos nicht nur über den Glukosestoffwechsel Organfunktionen beeinträchtigen, sondern über direkt wirkende Fettgewebsprozesse wirken – lokal wie systemisch.

## Übergewicht wirkt nicht nur mittelbar auf die Niere

Professor Dr. PETER ROSSING von der Universität Kopenhagen erläuterte dies am Beispiel der chronischen Nierenerkrankung (CKD): „Mittlerweile ist weltweit etwa einer von zehn Menschen betroffen, wobei die meisten von ihnen gar nichts von ihrer Erkrankung wissen, weil sie keine Symptome haben und nicht getestet werden.“ Niereninsuffizienz werde zwar bislang nur selten als direkte Folge von Adipositas diskutiert. Dennoch geht Prof. Rossing davon aus, dass nicht nur über den Umweg von Hyperglykämie und Bluthochdruck ein Zusammenhang besteht. Dafür spricht auch die Tatsache, dass zunehmend metabolisch gesunde Menschen mit Adipositas an CKD erkranken.

Prof. Rossing plädierte dafür, früh gegenzusteuern – durch Lebensstilmodifikationen, pharmakologische Unterstützung oder metabolische Chirurgie. Dabei gelte es, das Nierenschutzpotenzial über den bloßen Gewichtsverlust hinaus zu untersuchen.

Allerdings müsse man im Auge behalten, dass bei einem Gewichtsverlust auch Muskelmasse verloren geht, was sich auf den S-Kreatinin-Spiegel auswirkt. „Dann sollte man Cystatin C als Marker für die Nierenfunktion in Erwägung ziehen.“

## Diabetologie und Kardiologie: Bitte enger zusammenarbeiten

Einblicke in den Zusammenhang zwischen Adipositas und Herzinsuffizienz (HF) lieferte Dr. LAURA M. G. MEEMS, Kardiologin am University Medical Center Groningen. In internationalen Kohorten steige das Risiko für Herzinsuffizienz pro BMI-Punkt um etwa 5 bis 7%. Doch ebenso wie Vorredner Prof. Rossing betont auch Dr. Meems, dass der BMI als alleiniger Marker für Adipositas zu kurz greift: Entscheidend sei vielmehr die Fettverteilung. Insbesondere das epikardiale Fett (epi-

cardial adipose tissue, EAT) wirke durch Entzündungsmediatoren direkt auf das Herzgewebe. Dr. Meems warnte: „Entzündung ist der Schlüsseltreiber bei adipositasbedingter Herzinsuffizienz.“ Interventionen wie Diät und Bewegung zeigen auch für das Herz positive Effekte, doch oft nur bei erheblichem Gewichtsverlust, wie er mit bariatrischen Eingriffen oder Inkretintherapien erreicht wird. Ihre kardioprotektiven Eigenschaften beruhen auf positiven Effekten auf den Volumenhaushalt, den Blutdruck

und die systemische Inflammation. In Tierexperimenten verbesserten sich Herzparameter auch unabhängig vom Gewichtsverlust.

Für Dr. Meems geben die jüngsten Forschungsergebnisse Anlass, sich für mehr interdisziplinäre Zusammenarbeit starkzumachen: „Ich möchte Sie dringend darum bitten, enger mit Kardiologen zusammenzuarbeiten, um die Ergebnisse ihrer Patienten zu verbessern.“

## Adipositas bei Typ-1-Diabetes: Wie wirken Inkretine?

Übergewicht und Adipositas sind nicht nur Begleiterscheinungen des Typ-2-Diabetes, sondern zunehmend auch des Typ-1-Diabetes, wie Professor Dr. HELEN M. COLHOUN betonte. Die Epidemiologin mit Fokus Diabetes von der Universität Edinburgh berichtete, in Schottland seien bereits rund zwei Drittel der Menschen mit Typ-1-Diabetes übergewichtig oder adipös. Der erhöhte BMI korreliere mit höheren Raten von Retinopathie, Herzinsuffizienz und Nierenschäden.

Als Mitursachen des Gewichtsanstiegs nannte sie Angst vor Hypoglykämien, psychosoziale Faktoren, restriktives Essverhalten, Bewe-

## »Enge Kooperation mit Kardiologen«

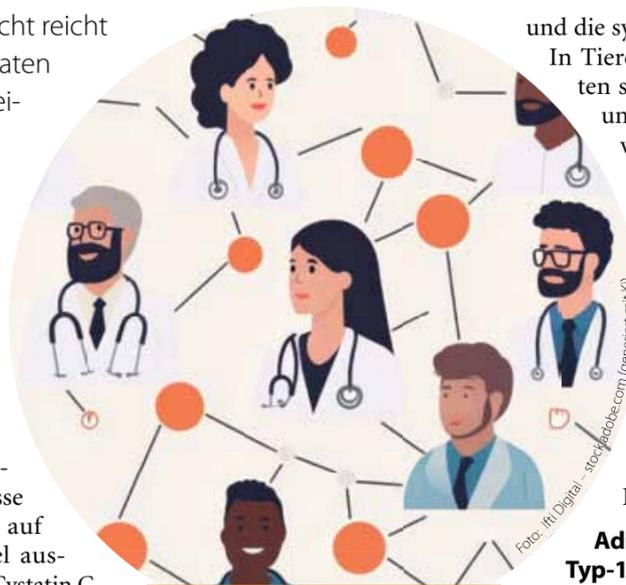
gungsvermeidung, Diabetesdauer, genetische Veranlagung für Typ-2-Diabetes, ein höheres HbA<sub>1c</sub> und eine intensiviertere Insulintherapie – aber auch technologische Entwicklungen wie Insulinpumpen oder AID-Systeme. So legten Beobachtungsdaten aus Schottland nahe, dass ein zunehmender Einsatz von CGM-Systemen ebenso mit Gewichtszunahme einherging wie der Einsatz von hybriden AID-Systemen. Hier habe man eine mittlere Gewichtszunahme von 1,9 kg beobachtet.

Umso wichtiger erscheint es, die neuen Inkretintherapien vermehrt auch bei Menschen mit Typ-1-Diabetes zu testen. Denn während der Effekt von Metformin auf Körpergewicht und Insulinbedarf bei Typ-1-Diabetes überschaubar ist, zeigen GLP1-RA deutliche Effekte. So sank in der Interventionsstudie ADJUST T1D das Gewicht im Schnitt um 8,8 kg, obwohl der mittlere HbA<sub>1c</sub>-Wert sich nur unwesentlich veränderte.

In der TIRTLE1-Studie gelang es den Teilnehmenden ebenfalls, im Schnitt 8,7 kg abzunehmen. Gleichzeitig konnten sie ihre Insulindosis um 35 % reduzieren. Prof. Colhoun betonte: „GLP1-Agonisten könnten Gamechanger sein – gerade durch die starke Insulinreduktion.“ Sie mahnte allerdings, dass wichtige Forschungsfragen bislang noch ungeklärt sind, etwa die Langzeitstabilität des Körpergewichts, Effekte auf die Betazellrestfunktion, Risiken im Zusammenhang mit Augengesundheit oder gastrointestinalen Erkrankungen wie Gastroparese sowie geschlechtsspezifische Effekte während der Menopause oder der Schwangerschaft.

Antje Thiel

EASD 2025



Die Zunahme von Übergewicht und Adipositas beschäftigt Ärzt\*innen aller Fachrichtungen.

## Grenzen des Body-Mass-Index (BMI) und Alternativen

Der Body-Mass-Index (BMI) steht zunehmend in der Kritik:

- **Fehlende Differenzierung/keine Unterscheidung zwischen Fett- und Muskelmasse:** Nach Gewichtsreduktion kann ein sinkendes Kreatinin (durch Muskelabbau) zu Fehleinschätzungen führen.
- **Keine Aussage zur Fettverteilung:** Viszerales Fett, epikardiales Fett (EAT) oder Leberfett bleiben im BMI trotz klinischer Relevanz verborgen.
- **Ungenauere Risikoabschätzung:** Studien zeigen, dass der Zusammenhang zwischen BMI und kardiovaskulären oder renalen Komplikationen nur begrenzt abgebildet wird.

Alternativen und Ergänzungen:

- **Taille-Hüft-Quotient (WHR):** besserer Prädiktor für viszerale Adipositas und assoziierte Risiken.
- **Bildgebende Verfahren (z. B. MRT, CT, Ultraschall):** ermöglichen die Erfassung von viszeralem und ektopischem Fett (z. B. EAT).
- **Kombinationsansätze:** Integrierte Scores, die anthropometrische Maße, Bildgebung und Laborwerte verknüpfen, bieten die genaueste Risikostratifizierung.

## dt-Report: Wie ist der Stand bei Diabetestechnologien?

Umfrage für den neuen dt-Report läuft, Vorstellung erster Ergebnisse schon beim diatec 2026

**BAD MERGENTHEIM.** Der Digitalisierungs- und Technologie-Report Diabetes (dt-Report) analysiert jährlich, wie es um die Verbreitung von und die Einstellung zur Diabetestechnologie bestellt ist. Die Umfrage für den dt-Report 2026 läuft noch bis zum 15. Dezember.

Die Umfrage wurde etwas gestrafft, aber auch mit aktuellen

Themen ergänzt, sodass auch neue Trends abgebildet werden. Kernthemen sind weiterhin die Verbreitung verschiedener Technologien

»Mitmachen bis 15. Dezember«

und die Einstellung zur Diabetestechnologie. Zudem wird der Survey zukünftig auf Länder außerhalb des DACH-Raums ausgedehnt, um Hürden und Prioritäten in Klinik und Praxis international vergleichbar zu machen. Die Umfrage ist bis 15. Dezember erreichbar. Wer erfahren möchte, wie sich die Umfrageergebnisse entwickelt haben: Einfach

den QR-Code rechts scannen und reinhören in die **Tec-Update-Folge** mit Prof. Dr. LUTZ HEINEMANN und Prof. Dr. BERNHARD KULZER. *Red.*

Hier geht es direkt zur Umfrage:  
[dt-report.de/umfrage](https://dt-report.de/umfrage)



**Ihr Technologie-Update für den Diabetologie-**

**Durchblick** im Podcast für Expert\*innen

**Tec-Update O-TON** Diabetologie

DIABETES KONGRESS 2026

# REVOLUTION DER MITTEL – REALITÄT DER MENSCHEN.

13.-16. Mai 2026 · CityCube Berlin

**JETZT  
FRÜHBUCHERTICKET  
SICHERN!**

**60** DIABETES  
KONGRESS  
2026 DDG

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

# Oft nur graduelle Linderung möglich

Eine Gastroparese kommt bei Diabetes häufig vor; die Therapie ist „oft frustriert“

**MANNHEIM.** Gastroparese ist eine ernst zu nehmende Erkrankung mit erhöhter Letalität – ohne medikamentöse On-Label-Optionen. Einige Therapiemöglichkeiten gibt es aber doch.

Gastroparese ist definiert als ein Symptom/ein Symptomkomplex mit assoziierter verzögerter Magenentleerung (ME) oder schwerer Störung der gastralen Motilität ohne ein mechanisches, diese Störungen verursachendes Hindernis. Als Kardinalsymptome treten Übelkeit und Erbrechen auf, erklärte die Privatdozentin Dr. JUTTA KELLER, Israelitisches Krankenhaus Hamburg. Auch dyspeptische Symptome wie postprandiales Völlegefühl, frühe Sättigung, epigastrische Schmerzen, Oberbauchblähungen und Aufstoßen kommen häufig vor.

Gastroparese ist ein bedeutendes Thema in der Diabetologie: 30 bis 50 % aller Menschen mit Diabetes haben eine messbare Störung der ME, oft asymptomatisch. Bei etwa 20 % liegt eine beschleunigte ME

vor, die oft mit ähnlichen Symptomen wie die Gastroparese einhergeht. Eine autonome diabetische Neuropathie sei ein zwar „wichtiger, aber nicht der einzige Pathomechanismus“, so die Gastroenterologin. „Bei Diabetes kommen diverse andere Pathomechanismen dazu.“ Bei Diabetes „ganz besonders wichtig ist der Verlust der Cajal-Zellen“ – Schrittmacherzellen, die zwischen den autonomen Nerven und den glatten Muskelzellen des Gastrointestinaltrakts vermitteln.

## Gastroparese durch GLP1-RA individuell unterschiedlich

In manchen Fällen ist eine Gastroparese medikamentös induziert, beispielsweise verzögern GLP1-Rezeptoragonisten (GLP1-RA) dosisabhängig die ME. Die Stärke dieses Effekts nimmt mit der Therapiedauer ab, bleibt aber vorhanden, ist „prinzipiell individuell unterschiedlich“ und hängt von der basalen ME-Geschwindigkeit ab, sagte PD Keller. Bei bereits verzögerter ME sei der

Effekt von GLP1-RA auf die ME (und auf den Glukosestoffwechsel) geringer. Bei kurz wirksamen Präparaten zeige sich ein ausgeprägter ME-Effekt als bei lang wirksamen. Verbliebene Nahrungsreste im Magen erschweren eine geplante Endoskopie und sind mit einem Aspirationsrisiko bei Operationen verbunden. Laut PD Keller lassen sich Endoskopien schlechter beurteilen bzw. werden häufig abgebrochen, wenn dabei Speisereste vorgefunden werden. Zu einer Aspiration komme es dabei nur in seltenen Fällen. Neuerdings hätten sich in anästhesiologischen Studien eher positive Effekte bezüglich des allgemeinen postope-

## Komplexe Diagnostik

Die Symptome bei Gastroparese sind unspezifisch und lassen keine Differenzierung zwischen einer strukturellen Erkrankung oder Funktionsstörung bzw. einer verzögerten oder beschleunigten ME zu. Daher ist eine gastroenterologische Routinediagnostik mit Magenspiegelung erforderlich, zudem der Ausschluss einer Dünndarmobstruktion. Für die Diagnosestellung muss zusätzlich ein pathologischer ME-Test erfolgen (ME-Szintigrafie oder <sup>13</sup>C-ME-Atemtest).

rativen Outcomes unter GLP1-RA gezeigt. Trotzdem empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin bei elektiven Eingriffen eine Therapieunterbrechung am OP-Tag (bei einmal täglich eingenommenen GLP1-RA) bzw. die letzte Applikation eine Woche davor (bei wöchentlicher Einnahme).

## Nur wenige medikamentöse Möglichkeiten

Die Therapie der Gastroparese „ist oft frustriert und wir können nur graduell lindern“, so PD Keller. Die Grundlage der Therapie besteht in einer „Small Particle Diet“ (weiche Kost mit wenig Fett und wenig Ballaststoffen bei adäquater kalorischer Versorgung) – keine optimale Diabetesdiät. Enterale oder parenterale Ernährung komme nur als Ultima Ratio bei refraktären Fällen zum Einsatz. Für eine medikamentöse, prokinetische Behandlung gibt es keine zugelassene Option bei Gastroparese. Auch der nach europäischem Konsens empfohlene 5-HT<sub>4</sub>-Agonist Prucaloprid kann nur off-label eingesetzt werden. Die Dopamin-D<sub>2</sub>-Antagonisten MCP und Domperidon sind aufgrund



Weder die Diagnostik noch die Therapie ist einfach.

Foto: Yummybum – stock.adobe.com

der Nebenwirkungen nur noch zeitlich begrenzt bei Übelkeit indiziert, so PD Keller. Neben (zusätzlicher) Neuromodulation stehen invasive Verfahren wie Pylorotomie/G-POEM (gastrische perorale endoskopische Myotomie) und gastrale Neurostimulation zur Verfügung, die individuell nach der Lage der Störung (Fundus, Antrum, Pylorus, Duodenum) und entsprechender Funktionsdiagnostik abgewogen werden müssen. Dr. Karin Kreuel

Diabetes Herbsttagung 2025

**Aus diabetologischer Sicht wurde das Thema „Präoperatives Absetzen von GLP1-RA“ in Ausgabe 5/2025 der diabeteszeitung ausführlich dargestellt.**

[ddg.info/diabeteszeitung#e17251](https://ddg.info/diabeteszeitung#e17251)

»Diabetes nicht die einzige Ursache«

## MEDICAL REPORT

# Verbesserte Glukoseeinstellung bei Typ-1-Diabetes

Längere Zeit im Zielbereich, nachweislich erfolgreich, mehr Patientenkomfort

**Für Menschen mit Typ-1-Diabetes hat sich das Diabetesmanagement weiter vereinfacht: Die automatisierte Insulingabe mittels des Advanced Hybrid-Closed-Loop-Systems MiniMed™ 780G wird durch den innovativen All-in-One-Sensor Simplera Sync™ optimiert, der in weniger als 10 Sekunden einhändig gesetzt werden kann. Das integrierte System stabilisiert die Glukosespiegel – ohne Fingerstechen und mit nur einem Infusionssetwechsel pro Woche.**

Nach den Empfehlungen der aktualisierten S3-Leitlinie der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) zur Therapie des Typ-1-Diabetes hat der frühzeitige Einsatz automatisierter Insulin-Dosiersysteme (AID) weiter an Bedeutung zugenommen.<sup>1</sup> Mit dem innovativen Glukosesensor (Simplera Sync™) für das AID-System MiniMed™ 780G wurde nun ein weiterer Meilenstein für Patienten und Ärzte erreicht: Das fortschrittliche Insulinpumpensystem mit dem Simplera Sync™ Sensor hat seit August 2025 die Zulassung für Menschen mit insulinpflichtigem Diabetes ab einem Alter von 2 Jahren, deren Tagesgesamtosis 6 Einheiten oder mehr beträgt. Basierend auf den kontinuierlichen Messungen des Glukose-

spiegels passt der SmartGuard™ Algorithmus die Insulinabgabe an und korrigiert den Glukosespiegel alle 5 Minuten. Blutglukosemessungen an der Fingerkuppe sind nicht erforderlich (aber möglich). Anhand von Echtzeit- und Verlaufsdaten ermittelt der Algorithmus, wohin die Glukosewerte tendieren und wie viel Insulin erforderlich ist. Als weltweit einziges AID-System verfügt das MiniMed™ 780G System über eine Mahlzeitenenerkennungsfunktion, die bei verpassten Mahlzeitenboli oder unterschätzten Kohlenhydraten aktiv wird und automatisch mehr Insulin abgibt.

## Einfaches und schnelles Setzen

Der neue Simplera Sync™ Sensor zeichnet sich durch ein innovatives All-in-One-Design mit steriler Setzhilfe, und dem Simplera™ Sync Glukosesensor mit integriertem Transmitter aus. Das Setzen des Sensors ist einfach, schmerzfrei und in der Regel in weniger als 10 Sekunden erledigt. Der Patient entfernt die Kappe des Sensors und drückt die Setzhilfe gegen die Haut. Zusätzliches Überkleben durch Fixierpflaster ist nicht erforderlich. Der All-in-One-Sensor haftet



**Abb.: Komponenten des AID-Systems MiniMed™ 780G mit Simplera™ Sync Sensor.** Foto: Medtronic

mit einem hypoallergenen Klebepflaster auf der Haut. Außerdem benötigt der Sensor keine Fingerpunktion\* zur Kalibrierung oder für Entscheidungen zur Diabetestherapie (Kalibrierungen sind bei Bedarf möglich). Ein weiterer Vorteil für die betroffenen Patienten ergibt sich aus der verlängerten Tragedauer des Medtronic Extended Infusionssets: Dieses Infusionsset kann bis zu 7 Tage getragen werden. Dadurch können bei Verwendung des neuen MiniMed™ 780G Systems mit Simplera Sync™ Sensor im Vergleich zu einer intensivierten konventionel-

len Insulintherapie (ICT) 96%<sup>‡</sup> der Injektionen eingespart werden.<sup>2</sup>

## Stabiler Glukosespiegel ohne erhöhte Hypoglykämiegefahr

Die Ergebnisse großer klinischer Studien bei Jugendlichen und Erwachsenen mit Typ-1-Diabetes belegen, dass durch die Verwendung des fortschrittlichen Advanced Hybrid-Closed-Loop-Systems mit automatisch angepasster Insulinabgabe stabile Glukosewerte aufrechterhalten werden können – ohne Anstieg von Hypoglykämien.<sup>3-5</sup> In der randomisierten, kontrollierten Vergleichsstudie ADAPT schnitt das MiniMed™ 780G System besser ab als eine ICT mit kontinuierlicher Glukosemessung.<sup>6</sup> Nach 6 Monaten zeigte sich in der MiniMed™ 780G-Gruppe eine signifikante HbA<sub>1c</sub>-Senkung um 1,4 Prozentpunkte gegenüber der ICT-Gruppe. Auch in dieser Studie erwies sich die Anwendung des sensorbasierten Advanced Hybrid-Closed-Loop-Systems (MiniMed™ 780G) als sicher.<sup>6</sup>

\* Beim ersten Aufruf der SmartGuard™-Funktion wird ein Blutzuckerwert benötigt.

‡ ICT (3 x Bolus- und 1 x Basalinsulin pro Tag) erfordern 28 Injektionen wöchentlich gegenüber nur 1 Injektion mit dem Medtronic Extended Infusionsset.

1. S3-Leitlinie „Therapie des Typ-1-Diabetes“, Version 5.1, Stand 2023; AWMF-Registernummer: 057-013

2. Ilany J et al. 13th ATTD International Conference, Februar 2020; Abstract 416

3. Arrieta A et al. Diabetes Obes Metab 2022; 24: 1370-1379

4. Carlson AL et al. Diabetes Technol Ther 2022; 24: 178-189

5. Collyns OJ et al. Diabetes Care 2021; 44: 969-975

6. Choudhary P et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2022; 10: 720-731

## Fazit für die Praxis

- ▶ **Automatisierung:** Das AID-System unterstützt den Patienten durch Anpassung der Insulingabe und Korrektur der Glukosespiegel alle 5 Minuten.
- ▶ **Erhöhter Patientenkomfort:** schnelles, einhändiges Setzen des Simplera Sync™ Sensors, Mahlzeitenenerkennungsfunktion, Stabilisierung der Glukosewerte ohne Fingerstechen, nur ein Infusionssetwechsel pro Woche.
- ▶ **Nachweislich erfolgreich:** klinische Ergebnisse in einer breiten Patientenpopulation mit Typ-1-Diabetes.
- ▶ **Sicherheit:** mehr Zeit im glykämischen Zielbereich.

# Zurück in die Zukunft!

20 Jahre AG Diabetes & Technologie / Rückblick und Ausblick während der Jahrestagung



**FULDA.** In der großen Halle 8 der Hochschule Fulda fand am 26. und 27. September die Jahrestagung der AG Diabetes und Technologie (AGDT) mit 195 Teilnehmern statt – wie bei der ersten Jahrestagung 20 Jahre zuvor trafen sich technikinteressierte Diabetesteamer in der hessischen Domstadt. Die Tagung stand im Zeichen des persönlichen Wiedersehens und des wissenschaftlichen Austauschs im großen Plenum.

**A**ls besonderer Gast wurde der Gründer und langjährige Vorstand der AG, Professor Dr. HELMUT HENRICHS, der extra aus Quakenbrück angereist war, mit stehenden Ovationen geehrt. Und sein Nachfolger im Amt, Professor Dr. LUTZ HEINEMANN, war online aus San Diego dabei – wie immer auf dem aktuellsten technologischen Stand und mit einem humorvollen Augenzwinkern über den großen Teich.

## Rückblick auf Fortschritte der Diabetestechnologie

Zum 20. Geburtstag der AG machte der Rückblick auf die Fortschritte der Diabetestechnologie deutlich, wie rasant sich Insulingaben und Möglichkeiten der Stoffwechselfreisetzung und damit das Leben von Menschen mit Diabetes verändert – und vor allem verbessert haben. Der allererste Insulinpen ging durch die Reihen und rief sentimentale Erinnerungen hervor. Ebenso machten historische Pumpen und erste CGM-Sensoren deutlich, wie schnell sich die Diabetologie gewandelt hat.

## Was brauchen beeinträchtigte Menschen mit Diabetes?

Die Referenten Dr. CHRISTINE BERND-ZIPFEL, Dr. ANDREAS REICHEL, Dr. GUIDO FRECKMANN, MICHAEL NAUDORF und Professor Dr. KARIN LANGE schauten aber auch in Zukunft, wie Technologien noch besser an die Bedürfnisse vor allem der großen Zahl älterer oder beeinträchtigter Menschen mit Diabetes angepasst werden können. Dabei ging es um einfache, intuitive Handhabung, Hautschutz, geringere Belastung im Alltag und Zuverlässigkeit der Glukosdaten und Insulingaben. Hier wurde diskutiert, wie zukünftig intelligente Systeme Medikationen automatisiert an individuelle Bedürfnisse anpassen könnten.

## Schwangerschaft und aktualisierte AID-Steckbriefe

Aktuelle Themen der Diabetestechnologie wurden in vier Symposien von erfahrenen Klinikern und Forschern vorgestellt und intensiv mit dem Plenum diskutiert. Die Gastgeberin der Tagung, Professor Dr. CLAUDIA EBERLE, führte im ersten

Symposium zunächst durch das Thema Schwangerschaft und Diabetestechnologie, bei dem u. a. die aktualisierten AID-Steckbriefe von GABI MÜLLER-HUNOLD, CAROLIN WEHNER und Dr. SANDRA SCHLÜTER vorgestellt und deren praktischer Einsatz in Schwerpunktpraxen mit dem Publikum diskutiert wurden. Wichtig war den Referentinnen außerdem eine gute Kommunikation dazu, wie Schwangere mit Diabetes durch Hebammen und Geburtshelfer in der Phase um die Geburt kompetent versorgt werden können.

## Erste DiGA mit strukturierter Kommunikation mit dem Team

Das **zweite Symposium** fokussierte auf den aktuellen Stand der Apps und DiGA für Menschen mit Diabetes und/oder Adipositas. Die Zahl der Nutzer steigt langsam, auch die Zahl der DiGA, wobei DiGA zu psychischen Belastungen und Störungen sowie zu Adipositas und Diabetes zu den am häufigsten genutzten zählen. Die Gruppe der Nutzer ist mehrheitlich weiblich und gehört der Altersgruppe zwischen 30 und 60 Jahren an.

Dazu, wie diese Konzepte sinnvoll und effektiv in die Langzeitbehandlung von Menschen mit Diabetes integriert werden können, haben die Referenten Dr. TOBIAS WIESNER und Dr. HAJO MÜHLEN mit dem Plenum intensiv diskutiert. Eine Einführung in das Prinzip der DiGA vor dem Start durch das Diabetesteam, eine enge Einbindung in laufende Therapien und regelmäßige Rückmeldungen über Ergebnisse und ggf. Hindernisse könnten dazu beitragen, den nachhaltigen Erfolg der Gesundheitsanwendungen zu gewährleisten. Dies wird durch erste DiGA realisiert, die nicht nur punktuell CGM-Sensoren als didaktisches Element einsetzen, sondern auch eine strukturierte Kommunikation mit dem behandelnden Diabetesteam vorsehen.

Im **dritten Symposium** unter der Leitung von Dr. DOROTHEE DEISS zum Thema Technologie von Klein bis Groß berichtete PD Dr. HEIKE SASSMANN zunächst über eigene Studien zu den Auswirkungen moderner Technologien auf den Alltag von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes. Positive Aspekte betreffen



Geballte Expertise auf dem Podium: der Vorstand der AGDT. Mittendrin: Prof. Dr. Lutz Heinemann, zugeschaltet aus San Diego.



Professor Dr. Helmut Henrichs, Gründer und langjähriger Vorstand der AGDT, wurde während der Tagung geehrt.

hier die größere Sicherheit vor Hypoglykämien, stabilere Glukosewerte tagsüber und vor allem nachts, aber auch weniger Belastung durch eine automatisierte Insulindosierung. Andererseits werden Eltern und Kinder ständig gefordert, sich mit den Schwankungen der Glukosewerte auseinanderzusetzen, das Funktionieren aller Systemelemente zu überwachen und mit Stigmatisierungen wegen der sichtbaren Diabetestechnologie zu leben. Gerade Schulen und Kindertageseinrichtungen sind immer weniger bereit, Kinder mit Diabetes bei ihrer Therapie zu unterstützen, sodass Eltern nach qualifizierten Betreuern suchen müssen. Bis weit in das Jugendalter ihrer Kinder mit Diabetes hinein berichten Eltern von hohen emotionalen Belastungen dadurch, dass sie die Glukosewerte überwachen und ihre Jugendlichen zur Therapieadhärenz motivieren müssen.

## Kein alleiniger Fokus auf das Erreichen von Glukosdaten

Aus Sicht der Betreuung Erwachsener mit Diabetes diskutierten Dr. SANDRA SCHLÜTER, GABI MÜLLER-HUNOLD und HEIKE SCHULZE, welchen Stellenwert die „sprechende Diabetologie“ zukünftig haben wird. Die Vielzahl an Glukosdaten

könnte dazu verleiten, sich allein auf das Erreichen von Glukosezielen zu fokussieren und dabei die Lebenssituation der Patienten aus den Augen zu verlieren. Motivation zu einer lebenslangen Therapie gelingt nur vor dem Hintergrund des Wissens um die persönlichen Ziele, Barrieren und aktuellen Herausforderungen, darin waren sich die Referentinnen mit dem Publikum einig. Wichtig war hier zu überlegen, wie durch eine strukturierte technische Zusammenfassung aller klinischen Daten Zeit für eine individuelle Beratung der Patienten gewonnen werden kann.

## Aktueller Stand der eCGM-ISO und zuverlässige Daten als Basis

Das **Symposium 3** wurde durch die Darstellung des aktuellen Stands der eCGM-ISO durch Dr. GUIDO FRECKMANN abgeschlossen. Es wurde dabei deutlich, wie kritisch Patienten und ihre Therapeuten auf die CGM-Werte schauen und gerade bei der Nutzung von weniger evaluierten Systemen deren Zuverlässigkeit überprüfen sollten. Dabei wurde betont, wie wichtig es für alle Beteiligten ist, die Insulintherapie aufgrund zuverlässiger Glukosdaten zu steuern.

## Überraschende Ausblicke auf die Zukunft

Das **vierte und damit letzte Symposium** zum Thema künstliche Intelligenz war auf die Zukunft der Diabetologie ausgerichtet. Professor Dr. DORIS WESSELS (Universität Kiel) führte als ausgewiesene KI-Spezialistin in das Thema „Vom Heute zum Morgen: KI-Technologien als Gamechanger im Gesundheitswesen?“ ein. Ausgesprochen lebendig mit überraschenden Ausblicken stellte Prof. Weßels dar, wie Suchmaschinen, Algorithmen, ChatGPT und KI-Technologien weltweit Informationen sammeln, verarbeiten und damit unser „Wissen“ steuern. Sie illustrierte aber auch die Grenzen und mögliche Ver-

## »Lebenssituation im Blick behalten«

zerrungen beim maschinellen Lernen, denn nur die Informationen, die einem System zur Verfügung stehen, können verarbeitet werden. Der faszinierende Ausblick auf die Chancen und Erleichterungen durch die KI in der diabetologischen Arbeit, aber auch die Risiken hat bei allen Zuhörern Appetit auf mehr Informationen zum Thema Diabetes-KI gemacht.

Die ausgesprochen lebendige und interaktive Jahrestagung schloss mit einem herzlichen Dank an die Gastgeberin Prof. Claudia Eberle und die Hochschule Fulda sowie das Organisationsteam der Tria consulting & events um NAZAN BINGÖL und mit dem Ausblick auf ein persönliches Wiedersehen bei der Jahrestagung am 25. und 26. September 2026.

Prof. Dr. Karin Lange,  
Mitglied im Beirat der AGDT

## Aktuelles über Diabetestechnologie und die neuen AID-Steckbriefe

Auf der Website der AGDT haben alle Interessierten Zugriff auf ein umfangreiches Informationsangebot rund um alles, was mit Diabetestechnologie zu tun hat.

[diabetes-technologie.de](https://diabetes-technologie.de)



Die aktualisierten AID-Steckbriefe sind auf der Seite der AGDT abrufbar. Die Steckbriefe beschreiben Details zu jedem System nach dem CARES-Schema.

[diabetes-technologie.de/steckbriefe-fuer-aid-systeme/](https://diabetes-technologie.de/steckbriefe-fuer-aid-systeme/)



»Der allererste Pen ging durch die Reihen und rief sentimentale Erinnerungen hervor«

# Lückenhafte Lehre, fehlende Praxisnähe

## Zu wenig diabetologische Inhalte im Medizinstudium

Im Studium hört man viel über die möglichen Komplikationen bei Diabetes, aber kaum etwas darüber, wie man Menschen mit Diabetes frühzeitig gut begleitet. Die Lehre sollte praxisnäher sein und helfen, Vorurteile abzubauen. Man müsste Studierende stärker dafür sensibilisieren, wie komplex die Erkrankung ist und wie wichtig ein einfühlsamer und unvoreingenommener Umgang ist.

Ärztin und Doktorandin, Helmholtz-Institut für Diabetesforschung München\*



an, die genannten Themen würden zumindest oberflächlich oder gar ausführlich behandelt. Ihre Studierenden hingegen stuften alle Themen als höchstens „oberflächlich behandelt“ ein, der Umgang mit akuten Komplikationen und die Anpassung eines Medikationsplans wurden ihrer Einschätzung nach sogar „gar nicht“ bis nur „oberflächlich behandelt“.

### Zentrale Themen nur oberflächlich behandelt

Und während die Lehrenden ihre Schützlinge im Großen und Ganzen als „ausreichend vorbereitet“ einschätzen, wenn sie nach dem Studium auf Menschen mit Diabetes treffen, sehen die angehenden Mediziner\*innen selbst sich mehrheitlich nicht ausreichend bzw. sogar gar nicht dafür gewappnet. Besonders häufig wünschen sie sich mehr Fallbeispiele, praktische Erfahrungen, interdisziplinäre Lehrformate und Inhalte zu Prävention, Ernährung und Notfallmanagement.

„Leider deckt sich das Ergebnis der Umfrage mit unseren Erfahrungen innerhalb der AG Nachwuchs“, bestätigt ihr Sprecher Dr. JONAS LAASER. „Einzelne Dozent\*innen, insbesondere die, die sich aktiv in die DDG einbringen, halten in der diabetologischen Lehre zwar die ‚Fahnen hoch‘.“ Er fordert aber auch, dass „die Fachgesellschaft ein Auge neben der Quantität auf die Qualität der Lehre werfen muss“ und der Einsatz zum Erhalt der Lehrstühle keine Floskel bleiben dürfe. Insgesamt sei im ohnehin kleinen Teilgebiet der endokrinologischen Lehre der diabetologische Anteil viel zu gering. „Themen wie moderne Therapien oder Diabetestechnologie, also der realistische Alltag, werden – wenn überhaupt – nur kurz erwähnt.“

### Mehr Praxisbezug und Gespräche mit Betroffenen

Für Dr. Laaser verdeutlicht die Umfrage, dass die Lehre sowohl quantitativ als auch qualitativ verbessert werden muss: „Also muss die Lehre nicht nur absolut mehr, sondern deutlich praxisbezogener und schlichtweg auch besser werden. Hier sehe ich eine große Verantwor-

tung bei der DDG, aktiv einzuwirken.“ Das Gespräch mit Betroffenen sollte einen höheren Stellenwert haben als reines Auswendiglernen: „In der Notaufnahme und in den Praxen gibt es schließlich kein ‚Multiple Choice‘ mehr.“

Die AG Nachwuchs fordert deshalb strukturelle Änderungen in der Approbationsordnung und im Nationalen Lernzielkatalog, um die Diabetologie als Querschnittsfach fest zu verankern. Die diabetologischen Lehrstühle müssten gestärkt, erhalten oder wiederaufgebaut werden. Denn ohne Lehrstuhl und im besten Falle auch bettenführende Einheit fehle dem Nachwuchs die klinische Perspektive. Auch die Einbindung der ambulanten Kolleg\*innen – insbesondere zur Vermittlung der praktischen Fertigkeiten – hält Dr. Laaser für unumgänglich. „Gleich-

zeitig muss ein Weg gefunden werden, diesen Einsatz auch finanziell zu honorieren.“

### Diabetologie in gängigen Lehrmedien verankern

Um diabetologische Inhalte qualitativ und quantitativ stärker ins Medizinstudium zu verankern, sollten sie in die meistgenutzten Lehrmedien im Studium, beispielsweise AM-BOSS, integriert werden. „Es werden kaum Studierende in unserer eAkademie landen, die sich nicht ohnehin schon für Diabetologie begeistern“, meint der Sprecher der AG.

Ein Beispiel für erfolgreiche Nachwuchsarbeit sei der „Students' Diabetes Day“, mit dem die AG Nachwuchs an Universitäten vor Ort Grundlagen und moderne Technologien vermittelt. „Leider fehlt es hier oft an Zeit und Geld. Es wäre wünschenswert, wenn regionale Berufsverbände oder Netzwerke an Schwerpunktpraxen die lokale Lehre unterstützen.“ Gleichzeitig ruft Dr. Laaser die gesamte diabetologische Community zum Engagement auf: „Bitte bringen Sie sich vor Ort ein und stärken die Lehre an Ihren Standorten – mit Konzept und Herzblut.“

Antje Thiel

**BERLIN.** Eine Umfrage unter Studierenden und Lehrenden an deutschen Hochschulen zeigt: Die Ausbildung in Diabetologie ist an den hiesigen medizinischen Fakultäten uneinheitlich und oft zu theoretisch. Die AG Nachwuchs der DDG fordert strukturelle Änderungen in Approbationsordnung und Lernzielkatalog.

Ungeachtet der steigenden Diabetesprävalenz kommt die Diabetologie im Medizinstudium nach wie vor zu kurz. Dies ist die Quintessenz einer im Februar 2025 durchgeführten Befragung der DDG unter mehr als 240 Studierenden und 35 Lehrenden an deutschen Hochschulen zur Verankerung der Diabetologie im Studium.

Demnach gehen zwar fast alle Befragten davon aus, dass die angehenden Mediziner\*innen später im beruflichen Alltag täglich bis wöchentlich mit Diabetes konfrontiert werden.

Doch diese Relevanz spiegelt sich nicht unbedingt im Lehrplan wider. Lehrende wie Studierende wurden gebeten, den Stellenwert von Themen wie Pathophysiologie, Therapieansätzen, Akutkomplikationen, Folgeerkrankungen oder praktischem Umgang z.B. mit Blutzuckermessungen und Insulinpens in der Lehre anhand einer Skala von „gar nicht“ bis „ausführlich behandelt“ zu bewerten. Die Lehrenden gaben im Schnitt

Weil Diabetes in unterschiedlichen klinischen Fächern als Nebendiagnose und Risikofaktor behandelt wurde, haben wir gelernt, ihn in Anamnese und Therapie miteinzubeziehen. Diabetes sollte so oft und früh wie möglich interdisziplinär beleuchtet werden, damit Verständnis für die Relevanz der Erkrankung geschaffen wird.

Student im 9. Semester, RWTH Aachen\*



Ich bin insgesamt sehr zufrieden mit der Lehre in Bezug auf Diabetestherapien, weil das Thema wirklich von verschiedenen Seiten behandelt wurde. Wie so oft fehlen praktische Tipps und Tricks mehr als theoretisches Wissen. Vielleicht wäre es hier sogar sinnvoller, Inhalte zu komprimieren, damit es langfristig besser im Gedächtnis bleibt.

Studentin im 10. Semester, Universität Ulm\*



\*individuelle, nicht repräsentative Befragung einzelner Nachwuchsmediziner\*innen zu ihren Erfahrungen mit Diabetologie im Medizinstudium, Oktober 2025

### Geplanter Stellenabbau bedroht Lehre an der Charité

Mit einem Ausbau diabetologisch-endokrinologischer Lehrstühle ist derzeit trotz der beschriebenen Defizite kaum zu rechnen. Im Gegenteil: Presseberichten zufolge muss die Berliner Charité in den kommenden Jahren im Bereich Lehre möglicherweise rund 10 bis 14% des Personals einsparen. Das entspräche etwa 200 Köpfen, die für die Ausbildung von Ärzt\*innen, Zahnärzt\*innen, Pflegekräften, Hebammen und Gesundheitswissenschaftler\*innen eigentlich dringend benötigt werden.

Inwieweit sich die geplanten Kürzungen auf die Lehre in der Klinik für Endokrinologie und Stoffwechselforschung auswirken werden, mag man in der Charité angesichts der laufenden Beratungen zum Hochschulvertrag im Berliner Abgeordnetenhaus allerdings noch nicht kommentieren. „Die Charité hofft weiterhin, dass eine



Möglichkeit gefunden wird, Änderungen an den Einsparungen zu erreichen. Welche Maßnahmen in der Folge in der Charité en détail ergriffen werden, wird beraten, wenn die endgültige Entscheidung vorliegt“, erklärte ein Sprecher auf Anfrage.

Deutliche Kritik äußert hingegen die AG Nachwuchs der DDG: „Das ist kurzsichtig und eine absolute Frechheit“, findet Dr. Jo-

nas Laaser. Die Sparpläne zeugten von mangelnder Bereitschaft, über den Tellerrand zu blicken und an die Zukunft zu denken. Auch wenn die Charité als Uniklinik nicht unter dem gleichen Druck stehe wie die konzerngeführten Kliniken, sei Kostendruck auch dort ein zentrales Thema. Von der Politik fordert Dr. Laaser, im Rahmen der Krankenhausreform den Personalschlüssel so zu konfigurieren, dass der Zeit für Lehre hoher Stellenwert eingeräumt wird.

# Deshalb GLP-1 RA. Deshalb Ozempic®.

Die meisten belegten Vorteile für Menschen mit Typ 2 Diabetes<sup>1,2</sup>

**26%**

Risikoreduktion für schwere  
kardiovaskuläre Ereignisse  
(MACE)<sup>1</sup>

Überlebensvorteil

**20%**

Risikoreduktion für Tod  
jeglicher Ursache<sup>2</sup>

Nierenvorteil

**24%**

Risikoreduktion für schwere  
Nierenereignisse<sup>2</sup>



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



Mehr zu Ozempic® ?  
QR-Code scannen!

[www.novo-wissen.de/deshalb-glp1\\_SP](http://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 Vorschreiten 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 Erkrankungen und renale Ereignisse, 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), 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). **Verschreibungspflichtig.** Novo Nordisk A/S, Novo Allé, 2880 Bagsvaerd, Dänemark. Stand: Juni 2025



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

# Diabetologe mit Leib und Seele

Dr. med. Jens Kröger mit Ehrenmedaille der DDG geehrt

**HAMBURG.** Dr. JENS KRÖGER, Diabetologe am Zentrum für digitale Diabetologie Hamburg, setzt sich schon sein ganzes Berufsleben für eine bestmögliche Versorgung der Menschen mit Diabetes mellitus ein. Als Vorstand von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe, der führenden politischen Interessenvertretung für Menschen mit Diabetes mellitus in Deutschland, ist es ihm ein besonderes Anliegen, den Weg zu einer individualisierten Prävention und Behandlung von Menschen mit Diabetes zu ebnen. Für sein langjähriges Engagement erhielt er während des Diabetes Kongresses die Ehrenmedaille 2025 der DDG.

Es war eine sehr persönliche Geschichte, die den Grundstein dafür legte, dass sich Dr. Jens Kröger der Diabetologie zugewandt hat. Eine gute Freundin litt an Diabetes Typ 1 und verstarb bereits mit Mitte 30 an einer schweren Hypoglykämie. Daraufhin setzte sich Dr. Kröger intensiv mit dem Thema Diabetes mellitus auseinander und ließ sich nach seinem Medizinstudium in Kiel zum Internisten und Diabetologen weiterbilden. Neben der von der Ärztekammer vergebenen Zusatzbezeichnung erwarb Dr. Kröger 1997 zusätzlich den Titel Diabetologe DDG. Bereut hat er diese Entscheidung nie – „ich würde den Weg jederzeit wieder gehen“.

## Aufbau einer der ersten stationären Schulungsangebote

Noch während seiner Assistenzarztzeit im Hamburger Bethesda-Krankenhaus baute er eine der ersten stationären Schulungen auf. Als Schulungsraum diente zunächst ein acht Quadratmeter großes, fensterloses Zimmer. Später wurde das Konzept von der DDG anerkannt und zertifiziert. 1997 wechselte Kröger in die Niederlassung, wo er ebenfalls Diabetesschulungen anbot. Dies war für den ambulanten Bereich damals ein Novum. 2005 verließ Kröger die Gemeinschaftspraxis und eröffnete auf dem Gelände des Bethesda-Krankenhauses eine zusätzliche Diabetes-Schwerpunktpraxis mit konsiliarischer Betreuung des Krankenhauses. Nach dem Verkauf der Praxis in Bergedorf vor vier Jahren gründete

»Mit Menschen mit Diabetes sprechen, nicht über sie«

er das Zentrum für digitale Diabetologie Hamburg, das er bis heute leitet und in dem er auch Studien zur individuellen technischen Unterstützung des Diabetesmanagements durchführt. „Menschen mit Diabetes mellitus auf Augenhöhe mitzunehmen und ihnen Wissen zu vermitteln, war und ist mir dabei ein besonderes Anliegen“, so Kröger. Große Chancen für ein selbstständiges Diabetesmanagement bieten seiner Ansicht nach vor allem auch

digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA). In klinischen und Beobachtungsstudien sieht er einen wichtigen Beitrag, um die oftmals ablehnende Haltung der Krankenkassen für eine Kostenerstattung der DiGA zu brechen.

Neben der Tätigkeit im Hamburger Zentrum für digitale Diabetologie ist Dr. Kröger auf weiteren Feldern aktiv. Unter anderem arbeitet er an der Erstellung von Leitlinien mit und widmet sich aktuellen Fragen wie der, ob die kontinuierliche Glukosemessung (CGM) auch für Menschen mit Typ-2-Diabetes ohne Insulinthe-

rapie sinnvoll ist. Außerdem führt er Ausbildungen für Ärzt\*innen, Patient\*innen, Arzthelfer\*innen und Diabetesberater\*innen durch, hält Vorträge und unterrichtet an der Medizinischen Fakultät der Semmelweis-Universität Hamburg.

## Jahrzehntelanges ehrenamtliches Engagement

Darüber hinaus engagiert sich Dr. Kröger seit rund 25 Jahren ehrenamtlich. So gründete er 2001 die Arbeitsgemeinschaft diabetischer Fuß Hamburg mit und war bis 2010 Vorstandsmitglied. Von Februar 2005 an war er Vorsitzen-

der der Hamburger Gesellschaft für Diabetes, bevor er 2011 zu diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe wechselte. Dort leitete er zunächst das Ressort Prävention, seit 2016 ist er Vorstandsvorsitzender.

Als großen Erfolg wertet es Dr. Kröger, dass es die Deutsche Diabetes-Hilfe geschafft hat, als gemeinnützige Organisation für Menschen mit Diabetes bei den politischen Entscheidungsträgern anerkannt zu werden. „Menschen mit Diabetes müssen in Entscheidungsprozesse in politischen Gremien, Ethikräten oder Gesundheitsausschüssen einbezogen werden. Denn wer über sie spricht, muss auch mit ihnen sprechen.“ Außerdem ist es ihm wichtig, die Allgemeinbevölkerung über Diabetes und seine Folgen aufzuklären und durch gezielte Wissensvermittlung mögliche Vorurteile gegenüber den Betroffenen abzubauen.

Durch die Auszeichnung mit der Ehrenmedaille der DDG fühlt sich Dr. Kröger ermutigt, seinen Weg trotz aller politischen Hürden und Rückschläge weiterzuverfolgen, damit Menschen mit Diabetes überall eine optimale Versorgung erhalten, die es ihnen gestattet, möglichst unbeschwert durchs Leben gehen zu können.

Petra Spielberg



Dr. Jens Kröger (M.) mit Laudator Prof. Dr. Thomas Haak (r.) und Prof. Dr. Martin Heni, Präsident des Diabetes Kongresses 2025.

Foto: DDG/Dirk Deckbar



Foto: diabetesDE/Deckbar

## Charmanter Moderator der Diabetes-Charity-Gala

Seit vielen Jahren moderiert Dr. Jens Kröger die Diabetes-Charity-Gala von diabetesDE, die 2025 zum 14. Mal in Berlin stattgefunden hat. Bei der Gala geht es darum, auf den Diabetes aufmerksam zu machen und das Zusammengehörigkeitsgefühl in der Diabetes-Community zu stärken. Außerdem werden Spenden gesammelt, in diesem Jahr für die Kampagne #SagEsLaut #SagEsSolidarisch und für Circus Courage, ein Zirkusprojekt für Kinder mit Diabetes und/oder Zöliakie. In diesem Jahr hatte Dr. Kröger mit Stephanie Haack, u. a. diabetesDE-Vorstandsmitglied, eine neue Moderationspartnerin an seiner Seite.

## Trotz Übergewicht niedrigeres Risiko fürs Herz

Genetische Mutation verursacht Adipositas – und beeinflusst den Fettstoffwechsel positiv

**ULM.** Es klingt paradox: Eine genetische Mutation, die zu starker Adipositas führt, reduziert gleichzeitig das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und senkt Cholesterinwerte. Das konnte durch eine Analyse von Gesundheitsdaten Tausender Menschen mit Adipositas gezeigt werden.

Forschende der Universität Ulm untersuchten in Zusammenarbeit mit den Universitäten Cambridge und Genf den Melanocortin-4-Rezeptor

(MC4R), der im Gehirn den Appetit und damit das Körpergewicht reguliert. Funktioniert der MC4R aufgrund einer seltenen Mutation nicht richtig, ist das eine Ursache für genetisch bedingte Adipositas. Wie die Daten zeigen, sind davon etwa 4% der an Adipositas erkrankten Kinder betroffen.

## Schlüsselrolle von MC4R im Fettstoffwechsel

Die Forschenden analysierten genetische Sequenzen von 7.719 Men-

schen mit extremer frühkindlicher Adipositas. Bei 316 Personen und 461 ihrer Familienmitglieder wiesen sie Veränderungen in MC4R nach. Der Vergleich mit Daten von mehr als 330.000 Kontrollpersonen zeigte: Trotz eines ähnlich hohen Body-Mass-Index hatten die Betroffenen deutlich bessere Blutfettwerte und einen niedrigeren Blutdruck. Insbesondere bei Erwachsenen mit MC4R-Veränderungen waren die Werte für Gesamtcholesterin, LDL-

Cholesterin und Triglyzeride signifikant niedriger.

Die Wissenschaftler\*innen untersuchten auch, wie sich der Stoffwechsel von Personen mit MC4R-Defekt nach einer fettreichen Mahlzeit verhält. Sie fanden Hinweise darauf, dass bei ihnen im Vergleich zur Kontrollgruppe mehr Fett im Fettgewebe gespeichert wird, was die niedrigeren Fettstoffwechselwerte im Blut erklären könnte.

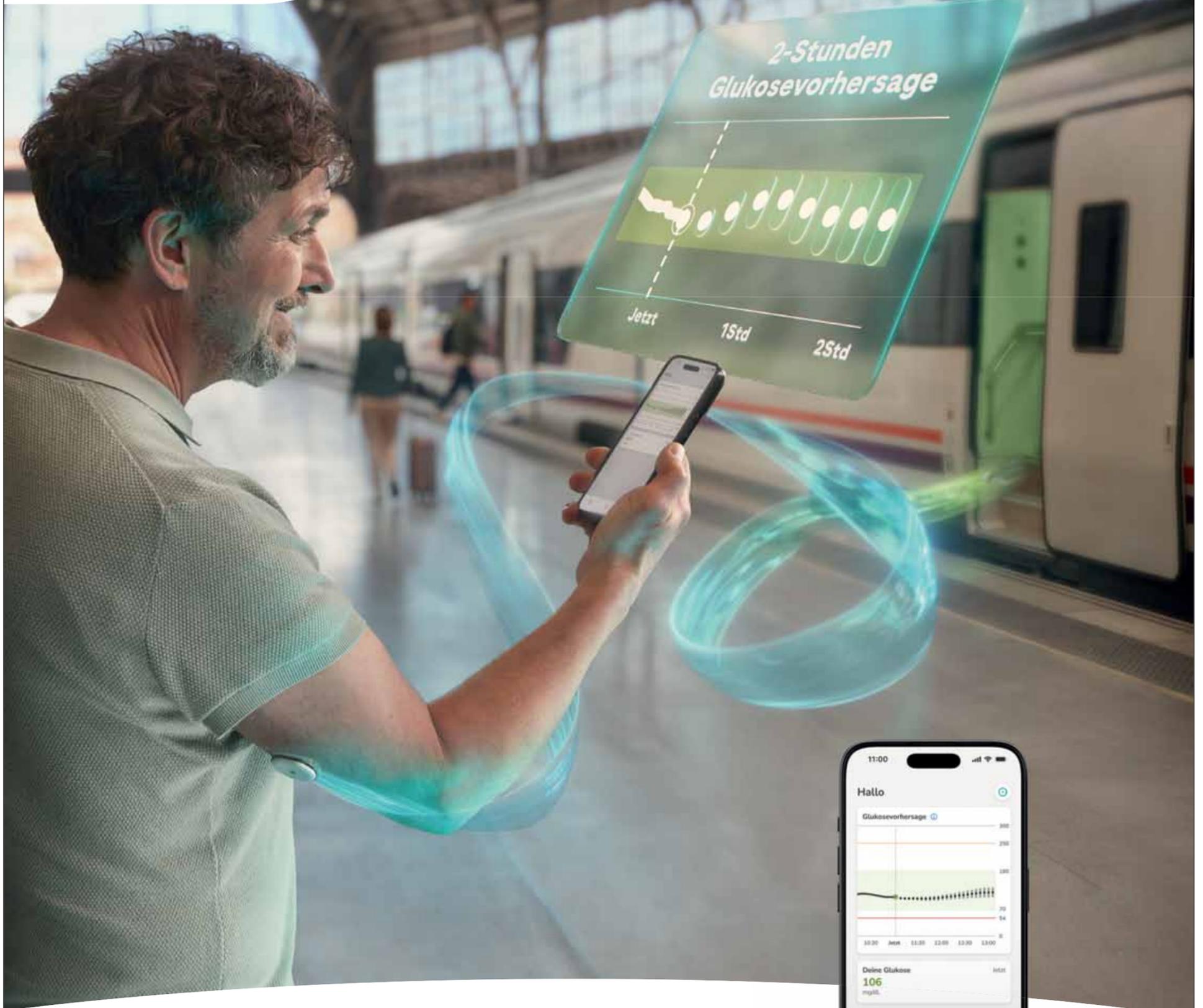
Universität Ulm/Red.

Zorn S et al. Nat Med 2025 Oct 16; doi: 10.1038/s41591-025-03976-1

## Mögliche Anwendungen

- **Prävention:** Durchführung gezielter genetischer Tests für Menschen mit Adipositas und niedrigen Cholesterinwerten
- **Arzneimittelforschung:** Entwicklung selektiver MC4R-Agonisten, die ausschließlich den Blutdruck regulieren, jedoch keinen Einfluss auf Hunger und Sättigung haben

**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.<sup>1</sup>



**Erfahren Sie mehr!**  
[accu-chek.de/fach-cgm](https://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](https://accu-chek.de) | Roche Diagnostics Deutschland GmbH | Sandhofer Straße 116 | 68305 Mannheim

# Ab wann wird aus Therapie »Heilung«?

Technologie, Zelltherapie, Medikamente, Prävention und Frühintervention setzen neue Maßstäbe

**BERLIN.** In der Diabetestherapie verschieben sich die Grenzen des Machbaren. Doch ob Menschen mit Diabetes sich als ‚geheilt‘ empfinden, hängt von vielen individuellen Faktoren ab.

Per Definition versteht man unter ‚Heilung‘ in der Medizin die Wiederherstellung der Gesundheit unter Erreichen des Ausgangszustandes. „Im Zusammenhang mit Typ-1-Diabetes ist ‚Heilung‘ also ein sehr großes Wort“, meinte Professorin Dr. BARBARA LUDWIG, Dresden. Denn sie würde die vollständige Beseitigung der Krankheitsursache verlangen. Dies sei derzeit noch nicht möglich, auch wenn die PROTECT-Studie in den USA immerhin gezeigt hat, dass der Antikörper Teplizumab den Übergang von Stadium 2 in Stadium 3 des Typ-1-Diabetes im Mittel um zwei Jahre verzögern kann. „Das hat mit Heilung zwar noch nichts zu tun“, so Prof. Ludwig, „ist aber dennoch ein Meilenstein.“ Die Referentin plädierte daher für eine erweiterte Definition: Heilung

als Prozess der Wiederherstellung der körperlichen und seelischen Integrität. „Wir müssen uns anschauen, was Menschen mit Diabetes selbst unter Heilung verstehen.“

## Potenzial in vielen Bereichen – Annäherung an Heilung?

Technologische Entwicklungen wie AID-Systeme hätten große Fortschritte gebracht. Bihormonelle Systeme könnten die Stoffwechsellage bei Typ-1-Diabetes noch einmal verbessern – „allerdings werden es manche Patienten nicht als Heilung empfinden, gleich zwei Pumpen am Körper zu tragen“, gab Prof. Ludwig zu bedenken. Anders sehe das mit biologischen Betazellersatz-Therapien wie Pankreas- oder Inselzelltransplantation aus – selbst wenn diese bis dato nicht ohne Immunsuppression möglich sind.

Großes Potenzial sieht Prof. Ludwig in Inselzell-Clustern, die aus Stammzellen generiert werden und ab Tag 200 nach Transplantation eine stabile endogene Insulinsekre-



Foto: Trueffepix - stock.adobe.com

tion ermöglichen. „Alle der bislang 29 behandelten Patient\*innen waren insulinunabhängig – allerdings unter voller Immunsuppression.“ Zwei Todesfälle im Zusammenhang mit der Immunsuppression verdeutlichten die Risiken. „Wir müssen uns also mit der Frage beschäftigen, wie wir die Immunsuppression minimieren bzw. ganz umgehen können.“ Derzeit werde an immunausweichenden Stammzellen gearbeitet, die vom Immunsystem nicht erkannt werden sollen. Parallel laufen Ansätze mit zellverkapselnden Devices. Dass ein solcher Prototyp im März 2025 noch keine ausreichende Wirksamkeit unter Beweis stellen konnte, wertete Prof. Ludwig nicht als Rückschlag: „Wenn wir uns dem

Thema Heilung annähern wollen, müssen wir diese Schritte gehen.“

## Remission als Äquivalent für Heilung?

Auch beim Typ-2-Diabetes ist es schwierig, von Heilung zu sprechen. Professor Dr. MATTHIAS BLÜHER, Leipzig, wertete daher die Remission als praxistaugliches Äquivalent. Ein zentraler Schlüssel: die Gewichtsreduktion. Chirurgische Ansätze zeigten Remissionsraten von bis zu 90 %, allerdings nur bei einer Operation nach maximal einem Jahr Diabetesdauer. 15 Jahre nach dem Eingriff sei die Remission bei den meisten Patient\*innen wieder vorbei. „Übersetzt heißt das: Wir kommen einfach zu spät“, meinte Prof.

Blüher. Ähnlich sieht es bei der Ernährungsumstellung aus. Fünf-Jahres-Daten aus der DiRECT-Studie zeigen, dass ein deutlicher Gewichtsverlust aufgrund einer drastisch reduzierten Kalorienaufnahme zwar zu einer Diabetesremission führen kann. „Aber auch nach fortgesetzter Ernährungsintervention kämpft sich der Diabetes wieder zurück, sogar schneller als nach metabolischer Chirurgie“, erklärte Prof. Blüher. Deshalb sollte man versuchen, bereits im prädiabetischen Stadium zu intervenieren.

Mit Blick auf die ReTUNE-Studie, die Typ-2-Diabetes als einen Zustand vermehrter ektooper Fettdeposition in Leber und Pankreas beschreibt – unabhängig vom BMI und durchaus reversibel –, erklärte Prof. Blüher: „Leberverfettung und Insulinresistenz lassen sich umkehren, wenn man rechtzeitig ansetzt, auch bei Menschen ohne Übergewicht.“ Es gelte daher, den individuellen Zeitpunkt zu erkennen, ab dem Typ-2-Diabetes einsetzt. „Wenn wir es schaffen, bei einzelnen Menschen die Pathophysiologie zu erkennen, ist die ‚Heilung‘ gar nicht mehr so fern.“

Antje Thiel

Diabetes Kongress 2025

»Heilung ist ein sehr großes Wort«

## MEDICAL REPORT

### Breite positive Effekte von hoch dosiertem Capsaicin im Alltag

Topische Therapie bei schmerzhafter diabetischer Polyneuropathie

**Die schmerzhafte diabetische Polyneuropathie kann sehr belastend sein. Mithilfe eines hoch dosierten Capsaicin-Pflasters ließ sich in einer retrospektiven Kohortenstudie nicht nur der Schmerz lindern, sondern ließen sich unter anderem auch der Schlaf und die Lebensqualität verbessern. Dabei scheinen fortlaufende, wiederholte Anwendungen entscheidend zu sein.**<sup>1</sup>

Die diabetische Polyneuropathie (DPN) kann mit chronischen neuropathischen Schmerzen einhergehen (schmerzhafte DPN [pDPN]); von dieser komplexen Schmerzpathologie sind schätzungsweise weltweit über 100 Millionen Menschen betroffen.<sup>2</sup>

Merkmale der pDPN sind brennende oder stechende Schmerzen in Kombination mit Parästhesie, Allodynie, Hyperalgesie, Sensibilitätsverlust und/oder Taubheit.<sup>3</sup> Sie zählt zu den belastendsten Diabetes-Komplikationen – eine Diagnose findet häufig erst nach

mehrmaligen Praxisbesuchen und Fehleinschätzungen statt, die Symptome können Alltagsaktivitäten und die Lebensqualität erheblich beeinträchtigen.<sup>4</sup>

#### Diagnose der pDPN

Screening-Instrumente wie der Neuropathie-Symptom-Score (NSS)<sup>5</sup>, der Neuropathie-Defizit-Score (NDS)<sup>5</sup> und der Douleur Neuropathique 4 Questionnaire (DN4)<sup>6</sup> unterstützen die Diagnose der pDPN. Auch ein vermindertes oder fehlendes Vibrations- bzw. Druckempfinden, geprüft mittels Stimmgabel bzw. Monofilament, liefert Hinweise auf deren Vorliegen. Behilflich kann auch der Symptom-CheckPLUS sein, anhand dessen Patientinnen und Patienten die Diagnosestellung unterstützen können.

#### Wirkweise des Capsaicin-Pflasters

In der Pathogenese von neuropathischen Schmerzen, wie bei pDPN, spielt der TRPV1-Rezeptor eine zentrale Rolle, an dem Capsaicin hoch selektiv agonistisch wirkt.<sup>7</sup> Für die lokale Anwendung steht mit Qutenza® ein kutanes Pflaster zur Verfügung, dessen Wirkfolie synthetisch hergestelltes Capsaicin hoch dosiert (8 %, 179 mg) enthält und osmotisch freisetzt.<sup>7</sup> Seine Wirkweise kann dazu beitragen, dass Nervenfasern

wieder ein physiologisches Maß an Schmerzsignalen versenden, was Schmerzen lindern und den Schlaf sowie die Lebensqualität verbessern kann.<sup>1,7</sup> Dieser Prozess ist innerhalb von wenigen Wochen reversibel.<sup>7</sup> Nach mehrfacher Anwendung kann sich zudem das betroffene Krankheitsareal verkleinern.<sup>8</sup>

#### Evidenz aus dem Alltag

Die retrospektive, nichtinterventive Kohortenstudie CASPAR, an der 826 Patienten mit pDPN teilnahmen, liefert Evidenz für den klinischen Nutzen der transdermalen Therapie aus dem Alltag.<sup>1</sup> Die Teilnehmenden litten im Durchschnitt seit fünf Jahren an Schmerzen, hatten in der Vorgeschichte im Mittel 7,7 Medikamente ausprobiert und nahmen bei Studieneinschluss durchschnittlich 4 Medikamente zur pDPN-Behandlung ein. Ihre Schmerzen betrafen Hände (60,3 %), Füße (30,5 %) oder Beine (9,2 %), die häufigsten Symptome waren Kribbeln (66,5 %), brennende Schmerzen (61 %) und Taubheit (55 %). Mehr als ein Drittel berichte-

te von depressiven, ängstlichen oder stressbezogenen Beschwerden.<sup>1</sup>

#### Effektive Schmerzlinderung

In der Studie erfolgten 1-4 Anwendungen des hoch dosierten Capsaicin-Pflasters im Abstand von je drei Monaten. Bereits drei Monate nach der ersten Anwendung war eine Reduktion der durchschnittlichen 24-Stunden-Schmerzintensität (API) von 57,5 auf 42,4 zu beobachten.<sup>1</sup> Bei vier Behandlungen sank der durchschnittliche API nach zwölf Monaten von 59,0 auf 16,0. Darüber hinaus ließ sich häufig bereits nach einer Anwendung eine Besserung des Schlafs, der Stimmung, der Lebensqualität und der Alltagsaktivitäten sowie eine Reduktion des begleitenden Schmerzmittelgebrauchs beobachten, bei vier Anwendungen waren diese Effekte am ausgeprägtesten.<sup>1</sup>

1. Überall MA et al. J Diabetes Complications. 2025; 39: 109085 12. Pop-Busui R et al. Diabetes Care 2017;40:136 13. Diener HC, Maier C. Die Schmerztherapie. Urban und Fischer, 3. Auflage 2009; 146-149 14. Testaye S et al. J Diabetes Complicat 2023; 37: 108417 15. Ziegler D et al. Diabetologie 2022;17(Suppl 2):S339-S353 16. Bouhassira D et al. Pain 2005; 114: 29-36 17. Fachinformation Qutenza® 179 mg kutanes Pflaster, 10/2023 18. Cruccu G et al. Eur J Pain 2018; 22: 700-706

#### Kasuistik: Deutliche Besserung der Lebensqualität bei starken neuropathischen Schmerzen

Ein 73-jähriger Rentner leidet seit mehreren Jahren an einer diabetischen Polyneuropathie, die sich durch heftig einschießende, brennende Schmerzen der unteren Extremitäten mit einer Verstärkung in der Nacht äußert. Infolgedessen hat er auch Ein- sowie Durchschlafstörungen und depressive Symptome. Verschiedene orale Therapien, inklusive starker Schmerzmittel und Antikonvulsiva, zeigen über rund fünf Jahre weder eine nachhaltige Wirkung noch eine gute Verträglichkeit. Bei einer Intensität der täglichen Schmerzen von bis zu 10/10 auf einer numerischen Rating-Skala beginnt der Patient eine Schmerztherapie mit dem 8%igen Capsaicin-Pflaster an beiden Füßen für 30 Minuten mit anschließender Kühlung der behandelten Areale. Die Behandlung wird mehrfach im Abstand von je drei Monaten in der Praxis wiederholt. Die Capsaicin-Pflaster-Behandlung führt mit zunehmender Dauer zu einer anhaltenden und deutlichen Verbesserung des Schmerzes und dadurch der Lebensqualität. Nach der vierten Behandlung gibt der Patient eine Schmerzintensität von 0/10 an und berichtet, dass er tageweise gar keine Schmerzen mehr wahrnimmt und deutlich weniger systemische Analgetika einnimmt.

Diagnosehilfe bei diabetischer Polyneuropathie – für Sie und Ihre Patienten! Hier gelangen Sie zu SymptomCheckPLUS:



Aktuelle/r Fachinformation/ Pflichttext Qutenza®:



# Medizin & Markt



Foto: iStock/AzmanJaka

## Biofeedback durch CGM reduziert Kosten

Auch kostenintensive Akutprobleme lassen sich durch CGM reduzieren

➔ Fachpressegespräch – Abbott

BERLIN. „Sehen, verstehen, handeln“ sind die Schlagworte, wenn es um kontinuierliches Glukose-Monitoring (CGM) geht, machte ASTRID TINNEMANS, Abbott, zu Beginn deutlich.

Dabei geht es nicht nur um Menschen mit Typ-1-, sondern vor allem auch um Menschen mit Typ-2-Diabetes. Wie Professor Dr. BERNHARD KULZER vom Forschungsinstitut Diabetes-Akademie Mergentheim (FIDAM) berichtete, sind bei Letzteren in der Literatur die Ergebnisse, die sich durch CGM erreichen lassen, zum Teil besser als bei Typ-1-Diabetes.

In der MOBILE Study, in der die Effekte von CGM bei Menschen mit Typ-2-Diabetes und einer basalunterstützten Therapie (BOT) untersucht wurden, sank der HbA<sub>1c</sub>-Wert, auch wenn die gespritzte Insulinmenge sich nicht stark veränderte. Gründe waren das durch CGM erreichte Bio-

feedback und der größere Schutz vor Hypoglykämien durch CGM-Alarme. Das schnelle und direkte Feedback ist das, was motiviert. Denn die Aussicht, in Jahrzehnten möglicherweise Folgeerkrankungen zu verhindern, ist ein „motivationspsychologischer Super-GAU“, so Prof. Kulzer. „Menschen ticken anders.“

Professor Dr. THOMAS HAAK, ehemaliger Chefarzt der Diabetes-Klinik

Bad Mergentheim, blickt trotzdem auf das Verhindern von Folgeerkrankungen: „Jetzt haben wir die Chance wie noch nie.“ Auch kostenintensive Akutprobleme lassen sich durch CGM reduzieren, wie diabetesbezogene Hospitalisationen und das Aufsuchen der Notaufnahme im Krankenhaus. Bei Menschen mit chronischen Nierenerkrankungen kann CGM ebenso Vorteile bieten. Denn die HbA<sub>1c</sub>-Werte sind meist falsch niedrig, während mit CGM die Zeit im Zielbereich (Time in Range, TiR) gut nutz- und beurteilbar ist.

„Dieser Slogan ‚Life to the fullest‘ – das Leben auch mit chronischen Erkrankungen leben, wie es zu leben sein könnte – ist einfach eine tolle Geschichte.“ Daran orientiert sich Abbott, sagte Dr. MATTHIAS AXEL SCHWEITZER, Medical Director DACH bei Abbott Diabetes Care. Wichtig ist für das Unternehmen, die CGM-Nutzung, CGM-Genauigkeit und CGM-Datenerfassung zu vereinheitlichen. Auch die Konnektivität ihrer Sensoren mit immer mehr Systemen strebt das Unternehmen an. Und ein weiterer Sensor ist in der Pipeline: für Glukose- und Ketonmessung. Dr. Katrin Kraatz

CGM für alle: Warum die frühe CGM-Nutzung die langfristige Entwicklung einer Diabeteserkrankung positiv beeinflusst; Diabetes Kongress 2025



CGM-Daten geben motivierendes Biofeedback.

Foto: Alice – stock.adobe.com (generiert mit KI)

»Konnektivität mit weiteren Systemen wird angestrebt«

## Vom Übergewicht zur Systemerkrankung

Adipositas im Kontext ihrer Folgeerkrankungen und moderne Therapieoptionen

➔ Industriesymposium – Novo Nordisk

BERLIN. Seit einigen Jahren stehen u. a. mit Inkretinen Wirkstoffe zur Verfügung, die Gewicht und Begleiterkrankungen der Adipositas (z. B. Hypertonie, Dyslipidämien und Typ-2-Diabetes) positiv beeinflussen.

Eine dieser Erkrankungen ist die chronische Nierenerkrankung (CKD). Adipositas ist sowohl Risikofaktor als auch Treiber der Progression. Die Therapie zielt auf hämodynamische, metabolische und inflammatorische Mechanismen ab, um die Nierenfunktion möglichst lange zu erhalten. Neben Blutdrucksenkern und SGLT2-Inhibitoren gewinnen GLP1-Agonisten

an Bedeutung. Zum Beispiel konnte Semaglutid in der SMART-Studie bei übergewichtigen Patient\*innen mit CKD nach 24 Wochen die Albuminurie um 50% senken. Eine laufende Studie untersucht derzeit mögliche antiinflammatorische Effekte. Professor Dr. JÖRG LANTUS, Stuttgart, sprach sich für den interdisziplinären Austausch und frühen Therapiebeginn aus: „Wenn wir die Medikamente haben, sollten wir sie auch einsetzen und (...) nicht zu lange warten.“ Die Leber ist ebenfalls ein zentrales durch Adipositas betroffenes Organ, erklärte Professor Dr. ANDREAS GEIER. Das zeigt sich auch in der neuen Nomenklatur der Lebersteatosen:

MASLD – metabolische dysfunktionsassoziierte steatotische Lebererkrankung. Adipöse Personen leiden häufig an einer Steatohepatitis (MASH) oder an Leberfibrose, sind jedoch oft unterdiagnostiziert. Für die Diagnostik einer Fibrose und die Abschätzung leberbedingter Ereignisse wird der FIB-4-Index empfohlen. Eine zugelassene medikamentöse Therapie für Patient\*innen mit MASH existiert in Europa anders als in den USA bislang jedoch nicht. Eine Post-hoc-Analyse der SELECT-Studie zeigte allerdings, dass Semaglutid die Ereignisrate schwerwiegender unerwünschter kardialer Ereignisse in Abhängigkeit vom Risiko einer fortgeschrittenen Leberfibrose reduzieren kann. „Diese Patienten bedürfen einer ganzheitlichen und effektiven Therapie für all ihre Erkrankungskomponenten“, fasste Prof. Geier zusammen.

Janina Seiffert

Adipositas neu gedacht: Worauf kommt es bei der modernen Adipositasstherapie an?; Diabetes Kongress 2025

## NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

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

## Viele offene Fragen, aber auch viel Hoffnung

Die Früherkennung des Typ-1-Diabetes eröffnet neue Präventionsmöglichkeiten

➔ Industriesymposium – Sanofi

BERLIN. Kinder, deren Typ-1-Diabetes durch Teilnahme an Präventionsstudien schon früh erkannt wurde, profitieren bei Erreichen des Stadiums 3 (Manifestation) von diesem frühen Wissen um die Erkrankung.

Studien zeigen: Diese Kinder haben bei Manifestation weniger Komplikationen und eine bessere Stoffwechsellage, es kommt weniger häufig zu einer diabetischen Ketoazidose und zu osmotischen Symptomen und die C-Peptid-Konzentrationen sind höher. Zudem haben sie eine bessere diabetesassoziierte Lebensqualität und die Eltern berichten von geringeren Belastungen. Professor Dr. OLGA KORDONOURI, Hannover, konnte all diese Vorteile anhand von Studien belegen. Wann sollte die Früherkennung stattfinden? Die Zusammenfassung der bekannten wissenschaftli-

chen Daten, so Prof. Kordonouri zeigt: „Eine zweimalige Testung im Alter zwischen zwei und zehn Jahren im Abstand von ungefähr drei Jahren hat einen prädiktiven positiven Wert von 82% bis zum Alter von 18 Jahren und eine Spezifität von fast 100%.“ Dr. FELIX RESCHKE, Hannover, stellte Strategien zur Prävention des Typ-1-Diabetes vor, darunter auch die aktuell in Deutschland laufenden Studien DiAGNODE-3 und FABULINUS mit immunmodulatorischen Ansätzen. Sein Resümee: „Ich kann Ihnen versprechen, dass es in den nächsten Monaten und Jahren immer wieder neue Studien geben wird.“ Aus seiner Sicht hat der Weg jenseits des Insulins begonnen – „mit vielen offenen Fragen, aber auch mit viel Hoffnung.“ nf

Neue Horizonte in der Typ-1-Diabetesbehandlung: von Früherkennung zu Immunmodulation; Diabetes Kongress 2025

## Tirzepatid reduziert Gewicht signifikant

Bisher kaum erreichbare Gewichtsverluste

➔ Presseveranstaltung – Lilly

BERLIN. In der offenen Phase-3b-Studie SURMOUNT-5 zeigte der GIP/GLP1-Rezeptoragonist Tirzepatid eine deutlich größere Gewichtsreduktion als der GLP1-RA Semaglutid. Die Ergebnisse wurden im New England Journal of Medicine veröffentlicht.

Nach 72 Wochen erreichten die Teilnehmenden mit Tirzepatid (10 mg oder 15 mg) im Durchschnitt eine relative Gewichtsreduktion von 20,2%, verglichen mit 13,7% unter Semaglutid (1,7 mg oder 2,4 mg).

„Die Fortschritte in der medikamentösen Adipositasstherapie ermöglichen nun Gewichtsverluste, die bisher kaum erreichbar waren“, erklärte Studienarzt Professor LOUIS J. ARONNE

(Weill Cornell Medical College, New York City). Dr. LEONARD GLASS, Senior Vice President Global Medical Affairs bei Lilly, betonte: „Diese Daten liefern Ärztinnen und Ärzten eine wertvolle Grundlage, Tirzepatid als zentrale Option im multimodalen Gewichtsmanagement zu berücksichtigen.“ Beide Substanzen wiesen ein vergleichbares Sicherheitsprofil auf. Am häufigsten traten gastrointestinale Nebenwirkungen auf, überwiegend leicht bis moderat. Medikamentenbedingte Studienabbrüche waren unter Semaglutid häufiger (8,0%) als unter Tirzepatid (6,1%). Die Studie war aber nicht auf einen direkten Verträglichkeitsvergleich ausgelegt. mhz

Diabetes Kongress 2025

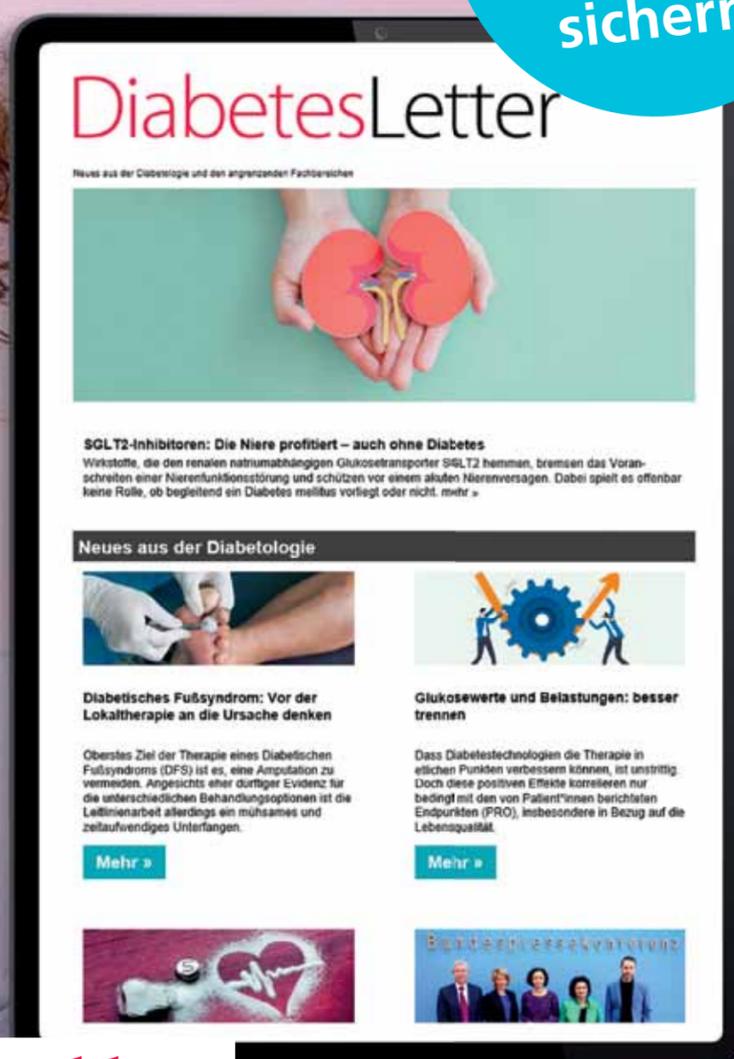
## Kooperationen mit privaten Versicherungen

➔ Pressemitteilung – Abbott

WIESBADEN. Für Menschen mit Typ-1- oder Typ-2-Diabetes und intensiver Insulintherapie (ICT) ist die kontinuierliche Glukosemessung (CGM) in der Versorgung etabliert. Aufgrund von Kooperationen zwischen Abbott und einer zunehmenden Zahl an privaten Krankenversicherungen werden unter bestimmten Voraussetzungen auch für immer mehr Versicherte mit Typ-2-Diabetes unter anderen Therapieformen die Kosten für das FreeStyle Libre-Messsystem erstattet. Inzwischen kann bundesweit die Mehrheit der Privatversicherten, auch bei Typ-2-Diabetes außerhalb der ICT, von dem CGM-System profitieren, schreibt Abbott in einer Pressemitteilung.

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

Jetzt  
Newsletter  
gratis  
sichern!



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

Scannen & Newsletter abonnieren:



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

**MEDICAL  
TRIBUNE**

**[MTX]**

# Die nächste Generation der Stoffwechselforschung im Dialog

80 Nachwuchsforscher\*innen bei der DZD International Diabetes Research School 2025

**WIEN.** Wissenschaft hautnah erleben, sich mit internationalen Expert\*innen austauschen und eigene Forschung präsentieren: Diese Gelegenheit nutzten 80 Nachwuchsforschende aus der Stoffwechselforschung bei der DZD International Diabetes Research School, ausgerichtet vom Deutschen Zentrum für Diabetesforschung (DZD).

Bereits zum 13. Mal versammelte sich die nächste Generation von Diabetesforscher\*innen im Vorfeld der Jahrestagung der European Association for the Study of Diabetes (EASD). Doktorand\*innen, Postdocs und junge Ärzt\*innen aus fünf Kontinenten erweiterten ihr Netzwerk, stellten ihre Forschung vor und diskutierten aktuelle Entwicklungen – von ethischen Fragen in der personalisierten Medizin über Stammzellforschung und Thermogenese bis hin zu neuen Therapieansätzen.

## Forschung trifft Ethik im Dinosauriersaal

Die Eröffnungsveranstaltung im Naturhistorischen Museum Wien beeindruckte nicht nur durch ihre prachtvolle Kulisse. Professor Dr. GIOVANNI RUBEIS (Universität Greifswald) eröffnete mit einem Vortrag zur Ethik der personalisierten Medizin und zum Einsatz künstlicher Intelligenz in der Medizin – ein Thema, das den Nerv der Zeit traf und intensive Diskussionen auslöste. Die Teilnehmenden reflektierten, wie individuelle Therapieansätze mit gesellschaftlichen und ethischen Fragen verknüpft sind. Bei einer interaktiven Quiz-Challenge durch das Museum wurden nicht nur Fragen zu Exponaten, sondern auch zum DZD und zur Stadt Wien gelöst – ein spielerischer Einstieg, der das Networking erleichterte. Der anschließende Empfang im Dinosauriersaal bot eine eindrucks-

volle Kulisse für den informellen Austausch.

## Aktuelle Impulse für die Diabetesforschung

Im Josephinum, dem Medizinhistorischen Museum der Universität Wien, ging es mit hochkarätigen wissenschaftlichen Sessions weiter:

- Professorin Dr. MIRIAM CNOP (Université Libre de Bruxelles) präsentierte neue Erkenntnisse zur Rolle von stammzellabgeleiteten Betazellen.
- Professor Dr. PETTER BJORNSTAD (University of Washington) sprach über Typ-2-Diabetes bei Jugendlichen und stellte neue Biomarker und Therapieansätze vor.
- Professorin Dr. ELKE OBER (Universität Erlangen-Nürnberg) und Dr. CATHERINE POSTIC (Université Paris Cité) beleuchteten die Rolle der Leber in der Stoffwechselregulation und die Pathophysiologie der MASLD.
- Professor Dr. JAN-WILHELM KORNFELD (University of Southern Denmark) erläuterte die Regulation des Stoffwechsels durch microRNAs.
- Professor Dr. MARTIN JASTROCH (Stockholm University) stellte evolutionäre Ansätze zur Erforschung thermogener Prozesse im Fettgewebe vor.
- Professor Dr. THOMAS SCHERER (Medizinische Universität Wien) sprach über die zentrale Rolle des Gehirns in der metabolischen Regulation.



80 Teilnehmende aus fünf Kontinenten konnten sich drei Tage lang intensiv austauschen und netzwerken.

Nach jedem Vortrag wurde das Gehörte intensiv diskutiert. „Die Fragen hatten ein beachtlich hohes Niveau“, lobte eine der Referentinnen.

## Therapieansätze im Dialog: Klinik, Forschung und Industrie

Ein weiteres Highlight war die Podiumsdiskussion zu neuen Therapieansätzen bei Typ-2-Diabetes und Adipositas. Unter der Moderation von Dr. SIEGFRIED USSAR (Helmholtz Munich) trafen Perspektiven aus der Sportphysiologie (Professor JONATAN RUIZ, Universität Granada), der klinischen Praxis (Professor Dr. THOMAS STULNIG, Medizinische Universität Wien) und der Industrie (Dr. ROBERT AUGUSTIN, Boehringer Ingelheim) aufeinander. Die Diskussion zeigte eindrucksvoll, dass trotz bahnbrechender Fortschritte – etwa bei den Polyagonisten – noch viele

Fragen offen sind und die Forschung weiter intensiviert werden muss.

## Bühne frei für den wissenschaftlichen Nachwuchs

In den Poster-Sessions und Data-Blitz-Vorträgen präsentierten Nachwuchsforschende ihre Projekte einem internationalen Publikum und erhielten direktes Feedback von erfahrenen Expert\*innen. Für viele war es ein bedeutender Moment, in dem ihre Arbeit gewürdigt wurde und neue Impulse für kommende Projekte entstanden.

## Fazit: eine Plattform mit Zukunft und zum Netzwerken

Die DZD Diabetes Research School war 2025 erneut ein voller Erfolg. Sie bot jungen Wissenschaftler\*innen nicht nur Zugang zu exzellenter Forschung, sondern auch die

»Viel Potenzial bei jungen Forschenden«

Möglichkeit, sich international zu vernetzen und ihre Karriere gezielt weiterzuentwickeln. „Die hohe fachliche Qualität der Beiträge und die lebendige Atmosphäre haben gezeigt, wie viel Potenzial in der jungen Forschungsgemeinschaft steckt. Die Veranstaltung war nicht nur ein wissenschaftlicher Erfolg, sondern auch ein menschlich inspirierendes Erlebnis“, resümiert Organisatorin Dr. LEONIE HERRMANN, Projektmanagerin DZD NEXT und HeadS beim DZD.

Die nächste DZD International Diabetes Research School findet im kommenden Jahr im Vorfeld der EASD Jahrestagung 2026 in Mailand, Italien, statt. Auch dort sind wieder engagierte Nachwuchsforschende eingeladen, gemeinsam mit Expert\*innen die Herausforderungen und Chancen dieses wichtigen Forschungsfeldes zu diskutieren.

Dr. Leonie Herrmann/DZD

Im Video: die Highlights der DZD Diabetes Research School 2025



## Mehr über die DZD Research School erfahren

Informationen zu vergangenen und zukünftigen DZD Diabetes Research Schools, zu DZD NEXT, Reisestipendien und sonstigen Weiterbildungsaktivitäten:

[www.dzd-ev.de/karriere/im-fokus-unser-wissenschaftlicher-nachwuchs](http://www.dzd-ev.de/karriere/im-fokus-unser-wissenschaftlicher-nachwuchs)



»Der Vortrag zur Ethik der personalisierten Medizin und zur KI traf den Nerv der Zeit«



In den Poster-Sessions präsentierten Nachwuchsforschende ihre Projekte (l.), es gab Vorträge renommierter Wissenschaftler\*innen und reichlich Gelegenheit zum Austausch und zum Netzwerken.

# Warum gendersensible Medizin überfällig ist

## Interaktion von Insulin und Sexualhormonen wenig untersucht

**BERLIN.** Geschlechtsspezifische Unterschiede werden in der Diabetologie nur unzureichend berücksichtigt. Dabei wirken sich Östrogen und Testosteron signifikant auf Insulinwirkung, Glukosestoffwechsel und das Risiko für Folgeerkrankungen aus. Dies hat besonders für Frauen Folgen.

Dass der Menstruationszyklus die Glukosewerte beeinflusst, lernen Frauen meist nicht in Schulungen oder in der Sprechstunde, sondern im Internet und in der Community. Damit sich das ändert, brauche es mehr geschlechtsspezifische Forschung, meinte Dr. JULIA HUMMEL, Ulm. Einen Schritt hat sie selbst als

Co-Autorin einer 2023 publizierten Studie unternommen: Darin wurde bei elf Frauen ohne Diabetes die Insulinsensitivität im Menstruationszyklus untersucht. Es zeigte sich, dass diese während der Follikelphase höher ist als in der Lutealphase. Der Grund dafür ist, dass Sexualhormone auch auf das zentrale

Nervensystem wirken. So könne das Östrogen Estradiol die Insulinwirkung im Gehirn modulieren und den peripheren Glukosestoffwechsel beeinflussen. Dies mache sich auch bei Frauen mit Typ-1-Diabetes bemerkbar, deren CGM-Daten während der Follikelphase mehr Zeit im Zielbereich aufweisen als während

der Lutealphase: „Es scheint hierzu allerdings mehr Wissen bei den Patientinnen als Studiendaten zu geben.“

Nach Ende der reproduktiven Phase hält bei Frauen die Wirkung von Sexualhormonen auf den Glukosestoffwechsel an. Aufgrund des sinkenden Östrogenspiegels steigt das Risiko für Typ-2-Diabetes – allerdings manifestiert sich dieser in der Regel erst bei einem höheren BMI als bei Männern, was auch mit der unterschiedlichen Fettdistribution zusammenhängt. Testosteron fördert bei Männern die Insulinsekretion und verbessert die Glukosehomöostase. Ein Testosteronmangel könne daher bei Männern das Risiko für Typ-2-Diabetes erhöhen; bei Frauen könne ein Überschuss an Androgenen, etwa bei polyzystischem Ovarialsyndrom (PCOS), zu Hyperinsulinämie und Insulinresistenz führen.

### Unterschiede bei Folgeerkrankungen

Professor Dr. ALEXANDRA KAUTZKY-WILLER, Wien, kritisierte, dass Frauen mit Diabetes mit einem Anteil von 28 bis 36% in kardiovaskulären Endpunktstudien (CVOT) unterrepräsentiert sind. Dabei hätten sie im Vergleich zu Männern ein deutlich erhöhtes Risiko für diabetesassoziierte Folgeerkrankungen. Deshalb sei nicht nachvollziehbar, dass z. B. die Verschreibungsrate bei SGLT2-Hemmern (SGLT2i), Statinen und Aspirin bei Frauen niedriger ist. Aber „die gute Nachricht ist: Gängige Diabetesmedikamente sind prinzipiell gleich gut wirksam bei beiden Geschlechtern“. Bei Männern führten SGLT2i allerdings zu einer stärkeren HbA<sub>1c</sub>-Senkung, gleichzeitig gebe es häufiger Nebenwirkungen wie Fournier-Gangrän und Amputationen der unteren Gliedmaßen. Bei Frauen komme es unter SGLT2i zu einer deutlicheren Gewichtsreduktion, häufiger seien bei ihnen Genital- und Harnwegsinfektionen, Urosepsis, Frakturen und Ketoazidosen zu verzeichnen.

GLP1-Rezeptoragonisten führten bei Männern und Frauen zu einer ähnlichen Senkung des HbA<sub>1c</sub>-Werts und vergleichbarem kardiovaskulären Schutz. „Frauen verlieren unter GLP1-Therapie tendenziell mehr Gewicht als Männer, leiden jedoch auch häufiger unter gastrointestinalen Nebenwirkungen.“ Prof. Kautzky-Willers Schlussfolgerung daraus: „Wir müssen noch viel mehr forschen, es gibt noch zu wenig Evidenz auf dem Gebiet der Gendermedizin.“

Antje Thiel



Forderung: Frauen und Männer in Studien gleichermaßen betrachten.

Foto: Amith – stock.adobe.com (generiert mit KI)

## Die diabetes zeitung – jetzt auch digital

mit Bonusmaterial und interaktiven Inhalten



Dokument



Video



Podcast



Umfrage



Interview



Bildgalerie

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



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

**DDG** Deutsche Diabetes Gesellschaft

**MedTriX** Group  
we care for media solutions

»Medikamentenwirkung: graduell verschieden«

# »Gesundes Altern gibt es nicht«

## Diabetes erhöht insbesondere bei Frauen das Risiko für geriatrische Komplikationen

**MAINZ.** Über 50% der Menschen mit Diabetes sind älter als 65 Jahre. Bei ihnen ist die Wahrscheinlichkeit für Demenz, Delir, Stürze, Frakturen, Sarkopenie und Frailty besonders hoch. Bei der Anpassung der Diabetestherapie im Alter sollten daher geriatrische Faktoren unbedingt berücksichtigt werden.

Den Erhalt der Selbstständigkeit sieht Professor Dr. JÜRGEN M. BAUER vom Bethanien Krankenhaus Heidelberg als den wichtigsten Outcome im Alter. Die individuelle Einschätzung ist allerdings nicht immer einfach, denn: „Altern ist komplex“, sagte Prof. Bauer. Welche Faktoren das „gesunde Altern“ beeinträchtigen, wurde in einer Sekundäranalyse der ASPirin-Studie über einen Zeitraum von 6,9 Jahren untersucht.<sup>1</sup> „Allerdings ist dieser Begriff eigentlich ein Werbetool, denn gesundes Altern gibt es nahezu nicht“, merkte Prof. Bauer an.

Der primäre Endpunkt umfasste eine Kombination aus Gesamtmortalität, anhaltender körperlicher Beeinträchtigung und Demenz. Bei den mehr als 18.800 über 70-Jährigen, die zu Studienbeginn noch keine kardiovaskulären Ereignisse, Demenz oder Behinderung aufwiesen, war ein bestehender Diabetes mit einem um 73% erhöhten Risiko für eine physische Behinderung verbunden. Dabei stellte Diabetes für Frauen einen deutlich größeren Risikofaktor dar als für Männer (Hazard Ratio: 2,32 für Frauen vs. 1,08 für Männer).

Für das Gesamtkollektiv ergaben sich folgende Risikoerhöhungen: erhöhte Mortalität: +45%, Überleben ohne physische oder kognitive Behinderung: +39%, kardiovaskuläre Ereignisse: +25%, kognitiver Abbau: +13%. Demnach habe Diabetes eine hohe Relevanz für den Funktionserhalt von älteren Menschen. „Wir müssen massiv präventiv denken“, betonte Prof. Bauer, nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund des Mangels an Pflege und therapeutischem Personal. Die Antwort auf die ausgeprägte Heterogenität der älteren Bevölkerung aufgrund von Funktionalität bzw. Komorbidität und unterschiedlicher Lebensperspektiven bestehe

in einer stärkeren Individualisierung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.

### „Schauen Sie, wie Ihr Patient aufsteht oder geht!“

Entsprechende Therapieziele wurden in europäischen Konsensus-Empfehlungen und in den Praxisempfehlungen definiert.<sup>2,3</sup> Da ein multidimensionales Assessment im ärztlichen Alltag jedoch unrealistisch sei, empfiehlt Prof. Bauer die Fokussierung auf die beiden Dimensionen Frailty/Mobilität und Kognition, mit einem regelmäßigen Monitoring, das die Dynamik der Veränderungen erfasst. „Schauen Sie sich den Gang des Patienten an, wie er aus dem Stuhl aufsteht“, riet er. Angesichts der extremen Heterogenität älterer Menschen bezüglich Morbidität und Funktionalität legte der Geriater dem Auditorium die Klinische Frailty Skala (KFS) als praxisnahes Screening-Instrument ans Herz. Technologiegestützte Selbst-Assessments wie die bereits validierte Up&Go-App und weitere Apps zur kognitiven, visuellen und akustischen Selbsttestung werden nach seiner Einschätzung in Zukunft das Gesundheitssystem entlasten und dabei Daten für die adäquate Therapie älterer Menschen liefern.

### Individualisierte Blutzuckereinstellung

Bei einem schlechten Gesundheits- und Funktionszustand „kann eine HbA<sub>1c</sub>-orientierte Blutzuckereinstellung

»Apps zur Selbsttestung können das System entlasten«



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

stellung vermutlich nicht der richtige Weg sein“. Für multimorbide, in ihrer Funktionalität reduzierte Patient\*innen brauche es alternative Behandlungsziele, insbesondere die Vermeidung von Hypoglykämien und einen Fokus auf kardiovaskuläre Risikofaktoren. Der Experte empfiehlt bei geriatrischen Menschen einen Shift hin zu einer direkten Hypoglykämieerfassung sowie das kontinuierliche Glukosemonitoring (CGM) unter blutzuckersenkenden Therapien als vielversprechenden Ansatz. Mit Blick auf eine US-amerikanische Studie wies er auch auf die Zusammenhänge zwischen Altersarmut, Nahrungsunsicherheit und dem erhöhten Risiko für behandlungsbedürftige Hypoglykämien hin. „Auch in Deutschland müssen wir uns dafür sensibilisieren, denn ganz sicher werden wir trotz Rentenreform in Zukunft mehr Altersarmut sehen“, mahnte Prof. Bauer.

Aufgrund der derzeitigen Datenlage sieht er keine Begründung für ein generelles „Deprescribing“ einer Polypharmazie für Menschen mit Typ-2-Diabetes im höheren Lebensalter. Vielmehr sei ein „individuelles Agieren“ angesagt, mit einer regelmäßigen Anpassung des Medikamentenplans an die Lebensperspektive, der Beachtung des steigenden Nebenwirkungsrisikos bei zunehmender Vulnerabilität, der Komplexität der Einnahme und insbesondere auch der Fragilität der Appetitregulation. Eine große Studie bezüglich stationär behandelter Infektionen bei über 65-Jährigen mit Typ-2-Diabetes lege nahe, dass eine etwas großzügigere HbA<sub>1c</sub>-Einstellung

(7–8%) akzeptabel sei, Werte von 8–9% in dieser Altersgruppe jedoch im Hinblick auf Haut-, Weichteil- und Knocheninfektionen außer in der absehbar letzten Lebensphase nicht generell toleriert werden sollten.<sup>4</sup>

### Sarkopenierisiko durch neuere Therapeutika?

Auch Frailty erhöht die Mortalität und das Risiko für Krankenhauseinweisungen. In einer großen Registerstudie habe sich über das gesamte Spektrum der Frailty eine Überlegenheit von SGLT2-Inhibitoren (SGLT2i) und GLP1-Rezeptoragonisten (GLP1-RA) gegenüber DPP4-Inhibitoren gezeigt, bei fortgeschrittener Frailty allerdings mit erhöhten Nebenwirkungsraten.<sup>5</sup> „Sie gewinnen Funktionalität bei fortgeschrittenen Frailty-Graden!“, so Prof. Bauer.

Eine Metaanalyse von 20 Studien mit mehr als 70.000 Personen mit Typ-2-Diabetes, Herzinsuffizienz und Frailty bestätigte ohne eine signifikante HbA<sub>1c</sub>-Reduzierung eine Abnahme der Gesamtmortalität um 19%, der kardiovaskulären Mortalität um 20% sowie der Krankenhausaufnahmen aufgrund Herzinsuffizienz um 31% durch den Einsatz von SGLT2-Inhibitoren.<sup>6</sup> „Man muss sich fast schon fragen, ob diese Substanzen nicht auch Frailty-Medikamente sind.“ Allerdings sei der Verlust an Muskelmasse, der mit dem Gewichtsverlust bei GLP1-RA einher-

### »SGLT2i und GLP1-RA bei Frailty?«

geht, im fortgeschrittenen Lebensalter nicht immer wünschenswert, warnte Prof. Bauer (siehe Kasten). Auch Stürze – zum Teil mit schweren Folgen wie Beckenfrakturen und Schädel-Hirn-Traumata – spielten bei älteren Menschen mit Diabetes eine zunehmend größere Rolle, so Prof. Bauer. Insbesondere bei Insulinverordnung sei das Risiko für Menschen mit Typ-2-Diabetes um 65% erhöht. Dies lasse die Aufnahme von Sturzpräventionsmaßnahmen (inklusive des körperlichen Trainings der unteren Extremitäten) in Diabetesprogramme sinnvoll erscheinen.

Im Hinblick auf Delir im höheren Lebensalter lenkte Prof. Bauer den Blick auf das altbewährte Metformin mit pleiotroper Wirkung. Ein Delir erhöhe das Risiko für Mortalität sowie kognitiven und funktionellen Abbau deutlich. In einer Registerstudie mit mehr als 66.500 älteren Personen mit Typ-2-Diabetes konnte Metformin dosisabhängig die Delir-Inzidenz reduzieren.<sup>8</sup> Eine aktuelle Publikation auf der gleichen Datenbasis spreche zudem für eine verringerte Inzidenz der Demenzzustellung. „Metformin bleibt eine wirklich interessante Substanz und ist finanzierbar.“

Dr. Karin Kreuel

Diabetes Update 2025

1. Zhou Z et al. Age Ageing 2023; 52(4): afad060; doi: 10.1093/ageing/afad060

2. Bourdel-Marchasson I et al. Aging Clin Exp Res 2023; 35(11): 2279-2291; doi: 10.1007/s40520-023-02519-3

3. Zeyfang A et al. Diabetol Stoffwechs 2024; 19: S226-S235

4. Lipska KJ et al. Diabetes Care 2024; 47(12): 2258-2265; doi: 10.2337/dc24-1612

5. Kutz A et al. Diabetes Care 2023; 46(11): 2004-2014; doi: 10.2337/dc23-0671

6. Aldafas R et al. Age Ageing 2024; 53(1): afad254; doi: 10.1093/ageing/afad254

7. Linge J et al. Circulation 2024; 150(16): 1288-1298; doi: 10.1161/CIRCULATION-NAHA.124.067676

8. Sun M et al. Diabetes Care 2025; 48(7): 1172-1179; doi: 10.2337/dc24-1414

### Im Alter sichern Fettreserven Überlebensvorteile

Einer Übersichtsarbeit zufolge ist der Muskelmasseverlust unter GLP1-RA im Verhältnis zum Gewichtsverlust zwar angemessen, beträgt aber ein Vielfaches des altersbedingten Muskelabbaus. Gleichzeitig erweise sich der Verlust an Fettmasse und an muskulärer Fettinfiltration unter Umständen als protektiv hinsichtlich Sarkopenie und Frailty.<sup>7</sup> Skepsis und Zurückhaltung bei der Verordnung von GLP1-RA sind nach Auffassung von Prof. Bauer dennoch angebracht. Insbesondere bei drohender oder

bereits bestehender Immobilität sei Vorsicht geboten, ebenso bei kognitiven Defiziten oder Demenz, zumal Fettreserven in diesem Hochrisikokollektiv Überlebensvorteile beinhalten können.

„Gewichtsabnahme ist bei älteren Patienten über 80 Jahre immer ein schlechter prognostischer Faktor“, mahnte Prof. Bauer.



## Typ 2 Diabetes und Begleiterkrankungen

Blutzuckersenkung mit positiven Effekten auf Gewicht, kardioresnale Gesundheit und pAVK

Gemäß aktueller Datenlage zeigt der GLP-1-Rezeptoragonist (RA) Semaglutid 1 mg 1 mal wöchentlich bei Menschen mit Typ 2 Diabetes (T2D) über die Blutzuckersenkung und Gewichtsreduktion hinaus positive Effekte auf häufige Begleiterkrankungen.<sup>1-5</sup> Semaglutid kann u. a. das Risiko für kardiovaskuläre<sup>1,3</sup> und renale<sup>2,3</sup> Ereignisse reduzieren sowie das Fortschreiten einer chronischen Nierenerkrankung verlangsamen.<sup>2,3</sup> Neue Daten aus der REACH-Studienreihe zeigen für kardiologisch vorbelastete Patient:innen unter Semaglutid im Real-World-Vergleich zum GLP1-RA Dulaglutid eine signifikante Verringerung von schweren kardiovaskulären Ereignissen (Infokasten).<sup>4</sup> In der STRIDE-Studie wurden zudem erste Hinweise auf funktionelle Vorteile für Menschen mit T2D und peripherer arterieller Verschlusskrankheit (pAVK) unter Semaglutid beobachtet.<sup>5</sup>

(geschätzte glomeruläre Filtrationsrate) um durchschnittlich 1,16 ml/min/1,73m<sup>2</sup>/Jahr (95 %-KI: 0,86-1,47; p<0,001); Semaglutid konnte somit die Progression der Verschlechterung der Nierenfunktion verlangsamen.<sup>2</sup>

### Starke kardioresnale Effekte

Zudem zeigte sich eine Reduktion des Risikos für schwere kardiovaskuläre Ereignisse (MACE) um 18% (212 vs. 254 Ereignisse im Vergleich zu Placebo (HR: 0,82 [95%-KI: 0,68-0,98]; p = 0,029) und des Risikos für Gesamtmortalität um 20% (227 vs. 279 Ereignisse vs. Placebo; HR: 0,80 [95 %-KI: 0,67-0,95]; p = 0,01). Die Studienautor:innen schlussfolgerten daraus, dass Semaglutid das Risiko von erheblichen Nierenschäden und Todesfälle aufgrund kardiovaskulärer Ursachen bei Patient:innen mit T2D und CKD relevant senken kann.<sup>2</sup> Semaglutid 1 mg ist zudem das bisher einzige Inkretinmimetikum mit

In FLOW – der weltweit ersten Nierendepunkt-Studie mit einem GLP-1 RA – wurde bei Menschen mit T2D und vorbestehender chronischer Nierenerkrankung (CKD) das Risiko für schwere Nierenereignisse unter Semaglutid 1 mg versus Placebo nach einer medianen Nachbeobachtungszeit von 3,4 Jahre um 24% reduziert (Hazard Ratio [HR]: 0,76 [95%-Konfidenzintervall {KI}: 0,66–0,88]; p = 0,0003). Ebenso sank die mittlere jährliche Abnahme der eGFR

### RWD aus REACH: Semaglutid reduzierte kardiovaskuläre Risiken stärker als Dulaglutid

- ▶ NEU: Real-World-Daten (RWD) aus der REACH-Studie zeigen, dass Semaglutid bei Menschen mit T2D und kardiovaskulären Vorerkrankungen das Risiko für schwere kardiovaskuläre Ereignisse (3-Punkte-MACE: Herzinfarkt, Schlaganfall und Tod) im Vergleich zu Dulaglutid signifikant um 23% senkte.<sup>4</sup>
- ▶ Semaglutid zeigte dabei beim Schlaganfallrisiko eine um 33% größere Risikoreduktion gegenüber Dulaglutid. Zudem verringerte sich das relative Risiko für den zusammengesetzten Endpunkt aus Herzinfarkt, Schlaganfall, Krankenhausaufenthalte wegen instabiler Angina oder Herzinsuffizienz sowie Tod jeglicher Ursache (5-Punkte-MACE) um 25%.<sup>4</sup>
- ▶ Die Studie untersuchte erstmals die beiden GLP-1 RA Semaglutid und Dulaglutid im direkten Vergleich unter Alltagsbedingungen. In die Analyse wurden Daten von rund 60.000 US-amerikanischen Medicare-Patient:innen (≥ 66 Jahre) mit T2D einbezogen, die zusätzlich an atherosklerotischer Herz-Kreislauf-Erkrankung (ASCVD) sowie mehreren weiteren Begleiterkrankungen litten.<sup>4</sup>
- ▶ Semaglutid ist derzeit das einzige Inkretinmimetikum mit einem vom G-BA anerkannten CV-Zusatznutzen – für alle vertriebenen Erhaltungsdosen.<sup>8</sup>
- ▶ Grundlage dafür sind die Daten aus der kardiovaskulären Endpunktstudie SUSTAIN 6. Semaglutid reduzierte in dieser Studie das Risiko für schwere kardiovaskuläre Ereignisse (MACE) bei Patient:innen mit Typ 2 Diabetes und hohem kardiovaskulären Risiko während der 2-jährigen Studie signifikant um 26% (HR: 0,74 (95% KI, 0,58 – 0,95), p<0,001 für Nichtunterlegenheit, p=0,02 für Überlegenheit).<sup>1</sup>

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 gewertet, 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 1,0 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 Patient:innen in einem Placebo-Arm nicht unnötig lange eine wirksame Therapie vorenthalten wird. Bei FLOW sollte also Semaglutid aus ethischen Gründen den Patient:innen im Placebo-Arm nicht länger vorenthalten werden, nachdem die Interims-Analyse auf Überlegenheit positiv ausgefallen war.

3. Fachinformation Ozempic®, aktueller Stand.  
4. Tan M, Harton J, Liang M, et al. Comparative effectiveness of once-weekly semaglutide versus dulaglutide on cardiovascular outcomes in US Medicare beneficiaries with type 2 diabetes and atherosclerotic cardiovascular disease. Late-breaking oral presentation presented at the European Association for the Study of Diabetes (EASD) 61st Annual Meeting 2025; Sep 15-19 2025; Vienna, Austria.

5. Bonaca MP, Catargi AM, Houliand K, et al. Lancet. 2025;405(10489):1580-1593. doi:10.1016/S0140-6736(25)00509-4 Einzelheiten zur Studie: STRIDE war eine Phase 3b, doppelblinde, randomisierte, placebo-kontrollierte Studie, die untersuchte, ob Semaglutid 1 mg im Vergleich zu Placebo, jeweils zusätzlich zur Standardtherapie, die Gehfähigkeit bei Menschen mit Typ 2 Diabetes und symptomatischer pAVK verbessert. Insgesamt wurden 792 Patient:innen in die Studie eingeschlossen, die Randomisierung erfolgte im Verhältnis 1:1 in beide Studienarme. Neben der maximalen Gehstrecke nach 52 Wochen (primärer Endpunkt) wurden sekundäre Endpunkte wie die gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie HbA1c, Körpergewicht, systolischer Blutdruck und Lipide betrachtet. Die Ergebnisse zeigten eine signifikante Verbesserung der maximalen Gehstrecke um 13% für Semaglutid im Vergleich zur Placebogruppe.

6. Diabetes Care 2025;48(Suppl 1):S181-S206  
7. Verma S et al. Diabetes therapy 2024;15:1893-1961

8. 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.

einer Leitlinienempfehlung bei T2D und CKD.<sup>6</sup>

### Funktionelle Vorteile für Menschen mit T2D und pAVK

Eine häufige Komorbidität bei T2D ist die pAVK, die bis zu 22% der Menschen mit T2D betrifft. Komplika-

kationen an den unteren Extremitäten sowie Beschwerden des Herz-Kreislauf-Systems, die auch zu einer erhöhten Mortalität beitragen können, gehören zum Beschwerdebild der pAVK. Das Leitsymptom der pAVK ist die Claudicatio intermittens, bei der es zu belastungsabhängigen, krampfartigen Schmerzen in den Beinen kommt, die sich nach einer kurzen Gehpause wieder bessern.<sup>7</sup>

In der Phase-3b-Studie STRIDE wurden Menschen mit T2D und symptomatischer pAVK eingeschlossen, um zu untersuchen, inwiefern Semaglutid 1 mg weitere Gehstrecken ermöglicht. Die Auswertungen ergaben, dass die einmal wöchentliche Gabe (s.c.) von Semaglutid 1,0 mg im Vergleich zu Placebo die maximale Gehstrecke (primärer Endpunkt) bei 12%-iger Steigung um bis zu 13% steigerte.<sup>5</sup> Die Lebensqualität der Behandelten, die anhand des Vascular Quality of Life Questionnaire-6 (VasculQoL-6)-Scores gemessen wurde, verbesserte sich in dieser Kohorte ebenfalls: In Woche 52 lag der VasculQoL-6-Score unter Semaglutid im Median bei 17,0 (IQR 14,0-20,0) und unter Placebo bei 16,0 (13,0-19,0). Damit ist Semaglutid der bisher einzige GLP-1 RA mit nachgewiesenen funktionellen Vorteilen für Menschen mit Typ 2 Diabetes und pAVK.<sup>5</sup>

1. Marso SP et al. N Engl J Med. 2016;375(19):1834-1844. Einzelheiten zur Studie: SUSTAIN 6 war eine 104-wöchige,

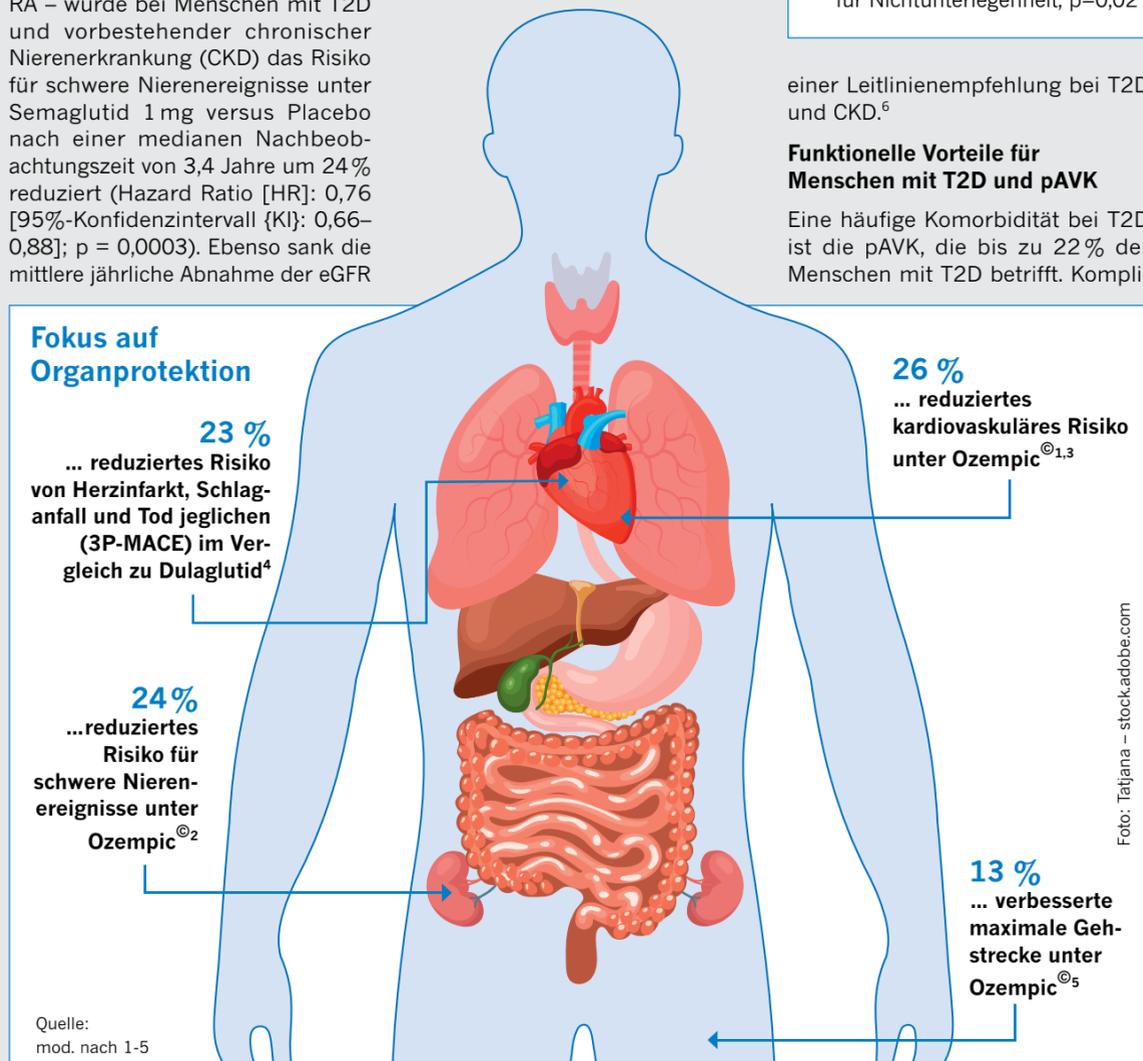


Foto: Tatjana – stock.adobe.com

Abb: Relevante Vorteile hinsichtlich häufiger Begleiterkrankungen bei T2D mit Semaglutid.

### Fazit

Für Menschen mit T2D kann eine Blutzuckersenkung mit Semaglutid (1 mg 1x/Woche, Ozempic®) zusätzliche Vorteile auf Gewichtsmanagement<sup>3</sup> und Reduktion kardiovaskulärer<sup>1,3,4</sup> sowie nierenspezifischer<sup>2,3</sup> Risiken bieten. Erste Untersuchungen weisen außerdem darauf hin, dass Semaglutid funktionelle Vorteile auf die maximale Gehstrecke bei Patient:innen mit pAVK ermöglichen kann.<sup>5</sup>

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 Erkrankungen 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), nichtarterielle anteriore ischämische Optikusneuropathie (sehr selten), Darmverschluss (Häufigkeit nicht bekannt). **Verschreibungspflichtig.** Novo Nordisk A/S, Novo Allé, 2880 Bagsvaerd, Dänemark. Stand: September 2025

# Exzellenz als Anspruch

## MVZ Pfälzer Land punktet mit umfassender Expertise

ZUSATZKOMPETENZ  
**DIABETES & SCHWANGERSCHAFT DDG**

**DIABETES EXZELLENZ ZENTRUM DDG**  
Premiumzertifikat für höchste Ansprüche an die Versorgung

ZUSATZKOMPETENZ  
**DIABETES & ADIPOSITAS DDG**

ZUSATZKOMPETENZ  
**DIABETES & FUSS DDG**

**RODENBACH.** Die Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) Pfälzer Land GmbH legt großen Wert darauf, nicht nur in der hausärztlichen Versorgung, sondern auch in der Betreuung von Menschen mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes Spitzenleistungen zu erbringen. Das MVZ hat bereits zwei seiner zehn Standorte als Diabetes Exzellenzzentren DDG zertifizieren lassen, 2026 soll ein dritter hinzukommen.



**Hinten, v. l.:** Nicole Scharwath (MFA), Barbora Schneider (Diabetes-Controlling), Sonja Horak (Diabetesberaterin DDG), Raquel Pinto (Ernährungsberaterin und Diabetesassistentin), Lena Ganjon (M. Sc. Ernährungsmedizin), Susanne Trieb (Diabetesberaterin und Adipositasberaterin DDG), Jan Engert (u. a. Diabetologe DDG), PD Dr. Matthias Frank (u. a. Diabetologe DDG), Dr. Thomas Schneider (u. a. Diabetologe DDG und Adiposidiologe DAG-DDG). **Mitte, v. l.:** Sandra Mayer (MFA), Luisa Kieder (Diabetesassistentin), Petra Schäfer (Diabetesassistentin und Wundassistentin DDG), Andrea Jung (Diabetesberaterin DDG). **Vorne, v. l.:** Elham Wakili (Diabetesberaterin DDG), Karin Rose (Diabetesberaterin DDG), Sabine Feik (Diabetesberaterin und Wundassistentin DDG), Eva Scheid (Diabetesberaterin DDG), Svetlana Saidi (Diabetesberaterin DDG). Foto: Nina Geib

Für Dr. THOMAS SCHNEIDER, Facharzt für Allgemeinmedizin, steht außer Frage, dass Menschen mit Diabetes mellitus, egal welchen Typs, eine bestmögliche Versorgung verdienen. Bereits 2013 hat er seine Praxis für Allgemeinmedizin mit Schwerpunkt Diabetologie und Ernährungsberatung in Rodenbach daher von der Deutschen Diabetes Gesellschaft als Diabetes Exzellenzzentrum DDG zertifizieren lassen. Drei Mal wurde die Praxis seither rezertifiziert.

Als Dr. Schneider 2017 das MVZ Pfälzer Land gründete, das mittlerweile zehn Standorte in den Landkreisen Kaiserslautern und Kusel unterhält, war schnell klar, dass weitere Praxen das DDG Zertifikat erhalten sollen. Seit 2019 darf sich auch die diabetologische Schwerpunktpraxis in Ramstein „Diabetes Exzellenzen-

trum DDG“ nennen. 2026 soll die Zertifizierung auf eine Praxis in der Innenstadt von Kaiserslautern ausgeweitet werden, geplant sind außerdem Diabetes-Schwerpunktpraxen mit DDG Zertifizierung in Queidersbach und Wolfstein.

### Breites Spektrum durch Erwerb von Zusatzkompetenzen

„Mir war wichtig, dass die für die Zertifizierung vorgesehenen Schwerpunktpraxen nicht nur die Grundanforderungen an ein Diabetes-Exzellenzzentrum DDG erfüllen, sondern sich darüber hinaus spezialisieren“, erklärt Dr. Schneider. Deshalb haben Praxen DDG Zusatzkompetenzen erworben, einige bieten zudem Ernährungsmedizin an. „So halten wir innerhalb des MVZ von Anfang an ein breites Leistungsspektrum vor und können damit den besonderen Herausforderungen gerade beim Gestationsdiabetes und in der Behandlung von Adipösen, einschließlich der mit einem Diabetes mellitus einhergehenden möglichen Komplikationen

und Sekundärfolgen, auf höchstem Qualifizierungsniveau begegnen.“ Der Standort Kaiserslautern besitzt bereits beste Voraussetzungen für eine hochqualifizierte Diabetesversorgung: „Unter einem Dach vereinen sich hier mehrere Fachbereiche und internistische Schwerpunkte, nämlich die allgemeinmedizinische hausärztliche Versorgung, die Kardiologie, Endokrinologie, Pneumologie, Neurologie und Psychotherapie sowie eine zertifizierte Fußambulanz“, sagt Dr. Schneider. Durch die Kooperation mit der Gefäßchirurgie im Westpfalz-Klinikum Kaiserslautern sei für die Patient\*innen des MVZ auch in der Angiologie und Gefäßchirurgie eine ortsnahe Versorgung sichergestellt. Die 2025 erfolgte Zusammenlegung der fünf Fachdisziplinen und Schwerpunkte in einem Zentrum ermögliche einen optimalen interdisziplinären Austausch bei kurzen Wegen und optimierter Termin- und Behandlungsplanung. Doch auch Menschen mit Diabetes, die in den anderen MVZ-Standorten behandelt

werden, profitieren davon, denn alle Standorte liegen nahe beieinander. 2026 Jahr will Dr. Schneider in Kaiserslautern zusätzlich eine spezialisierte hepatologische Sprechstunde anbieten. Durch die hohe und weiter steigende Zahl von Patient\*innen mit Typ-2-Diabetes und Fettleber sieht er hier einen wachsenden Versorgungsbedarf. Die Lebersprechstunde ist als ambulante Ergänzung zum stationären Angebot der Abteilung für Hepatologie am Universitätsklinikum des Saarlands gedacht, auf deren Kompetenz das MVZ schon regelmäßig zurückgreift.

Ziel ist es darüber hinaus, alle fünf DDG Zusatzkompetenzen in Kai-

serslautern zu realisieren, also neben „Diabetes & Schwangerschaft“, „Diabetes & Adipositas“, „Diabetes & Fuß“ auch „Diabetes & Psyche“ sowie „Diabetes & Herz“.

### Big-Data-Analysekonzept mit Daten aus allen Standorten

Noch eine Besonderheit zeichnet das MVZ aus: Die 3B Holding GmbH hat, angepasst an die Zertifizierungsanforderungen, 2024 ein Big-Data-Analysekonzept eingeführt, mit dem Ziel, eigenes Datenmaterial zu Diagnosen, Arzneimitteltherapien, Labordaten und sonstigen Befunden seiner Patient\*innen zu gewinnen. In die Analyse fließen sämtliche Daten aller Standorte ein. „Die Zertifizierung haben wir als Chance gesehen, die erreichte Versorgungsqualität durch die Erfassung und Analyse der Datensätze unserer Patient\*innen objektiv optimal bewerten zu können. So wissen wir jederzeit, wo wir stehen“, sagt der Gesundheitsökonom ELMAR NIKOLAUS KÖLLER, der das MVZ in strategischen und wirtschaftlichen Fragen berät.

Petra Spielberg

»MVZ-Praxen sollen sich weiter spezialisieren«

### STECKBRIEF

- **Standorte in:** Rodenbach, Weilerbach, Ramstein-Miesenbach, Mackenbach, Niederkirchen, Wolfstein, Siegelbach, Queidersbach, 2x Kaiserslautern
- **Anzahl der Mitarbeitenden im Diabetes-Kernteam:** fünf Diabetolog\*innen, 13 Diabetesberaterinnen, zwei Fachkräfte für Wundbehandlung. Über alle Fachrichtungen zusammengenommen sind 33 Ärzt\*innen für das MVZ tätig.

## Chronische Wunden mit App dauerhaft im Blick

Forschungsteam entwickelt KI-gestützte Applikation für chronische Wundversorgung

**WÜRZBURG.** Ein interdisziplinäres Team der Universität Würzburg hat die App „Wunderkint“ entwickelt, um die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden zu verbessern. Die Anwendung ermöglicht es Betroffenen, ihre Wunden zu Hause zu dokumentieren und die Daten sicher an medizinisches Fachpersonal zu übermitteln.

Chronische Wunden betreffen einen großen Teil der Bevölkerung, insbesondere ältere Menschen. Faktoren wie Diabetes, Durchblutungsstörungen oder Druckbelastungen verhindern häufig eine normale Heilungskaskade, sodass die Wunde in einem dauerhaften

Entzündungs- oder Reparaturstadium steckenbleibt. Die traditionelle Wundversorgung ist ressourcenintensiv und erfordert häufige persönliche Besuche, die vor allem für die oft bewegungseingeschränkten Menschen eine Belastung darstellen. Und so funktioniert die App: Patient\*innen fotografieren ihre Wunde regelmäßig mit einer Referenzkarte, die eine Farbskala und einen ArUco-Marker enthält. Zusätzlich bewerten sie Schmerzintensität, Juckreiz, Nässe und Stimmung. Die zugrunde liegende KI-Technologie „WoundAmbit“ analysiert automatisch Größe und Rötlichkeit der Wunde. Ärzt\*innen können den Heilungsverlauf über ein Dashboard in Echt-



Die Behandlung chronischer Wunden verbessern – per App.

Foto: stockfactor – stock.adobe.com

zeit verfolgen und bei Bedarf die Therapie anpassen.

„Normalerweise sehen wir unsere Patienten nur im Intervall, zum Beispiel einmal im Quartal“, erklärt Dr. TASSILO DEGE, einer der Initi-

atoren des Projekts. „Eine teledermatologische Versorgung hingegen bietet eine fortlaufende Beurteilung, nicht nur der Wunde, sondern auch der Lebensqualität der Betroffenen.“

### Machbarkeitsstudie positiv angelaufen

Erste Ergebnisse einer laufenden Machbarkeitsstudie zeigen ausgezeichnete Benutzerfreundlichkeit, positive Akzeptanz und deutliche Entlastung des Personals. Die Dermatologin Professorin Dr. ASTRID SCHMIEDER betont: „Durch die App lernen unsere Patientinnen und Patienten mehr über ihre Erkrankung und den Umgang damit. Das gibt ihnen Mut, Zuversicht und Sicher-

heit, die Wunde fachgerecht zu behandeln, was zu einer schnelleren Wundheilung führt.“ Die App wird als „Add-on“ zur persönlichen Betreuung verstanden, nicht als Ersatz. *Universitätsklinikum Würzburg/Red.*

### Auszeichnung für KI-Technologie

Für die semantische Segmentierung wurde der Lehrstuhl für Software-Engineering der JMU auf der ECML PKDD 2025 in Porto ausgezeichnet. Doktorandin VANESSA BORST erhielt den „Best Student Paper Applied Data Science Track“ für den Brückenschlag zwischen modernster KI und realer Wundversorgung.

# Neu- oder re-zertifizierte Kliniken und Arztpraxen

(im Zeitraum 18.09. bis 21.10.2025)

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
<b>PLZ 0</b>		
Harzkrankenhaus Dorothea Christiane Erxleben, Klinikum Quedlinburg - Klinik für Innere Medizin	06484 Quedlinburg	Diabeteszentrum DDG
<b>PLZ 1</b>		
MVZ im Märkischen Viertel Dr. Hormes	13439 Berlin	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Internistische Facharztpraxis für Diabetes Dr. med. Angela Weber-Albl	13507 Berlin	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Schwerpunktpraxis Diabetes und Kardiologie Dr. med. Fabian Scholz	13509 Berlin	Fußbehandlungseinrichtung DDG
<b>PLZ 2</b>		
Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg, Klinik für Diabetologie	20259 Hamburg	Diabeteszentrum DDG 
<b>PLZ 3</b>		
Christliches Klinikum Paderborn, Fußambulanz	33102 Paderborn	Fußbehandlungseinrichtung DDG
<b>PLZ 4</b>		
St. Irmgardis Krankenhaus Süchteln	41749 Viersen	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Jurica/Eckey	44803 Bochum	Diabeteszentrum DDG
Praxis für Diabetologie Bonnermann	44866 Bochum	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diabetes- und Stoffwechselpraxis Bochum Dr. med. Babette Lorra	44869 Bochum	Diabeteszentrum DDG
Gemeinschaftspraxis Dr. Markus Redzich und Dr. Andreas Patzelt	44892 Bochum	Diabeteszentrum DDG 

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
<b>PLZ 4</b>		
Diabetologie Essen-Kettwig	45219 Essen	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis - Dr. med. Kathleen Döring	46446 Emmerich	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Herz-Jesu-Krankenhaus Münster-Hiltrup, Klinik für Innere Medizin	48165 Münster	Diabeteszentrum DDG
<b>PLZ 5</b>		
Diabetes-Schwerpunktpraxis Köln Ost	51105 Köln	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Gesundheitspraxis Bonn	53123 Bonn	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Praxis Robert Mund	53947 Nettersheim	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein, Klinik für Kinder und Jugendmedizin	56073 Koblenz	Diabeteszentrum DDG
Marienhospital St. Elisabeth Neuwied, Kinderklinik	56564 Neuwied	Diabeteszentrum DDG
Diabeteszentrum im OPZ	58642 Iserlohn	Diabeteszentrum DDG
St. Vincenz-Krankenhaus, Innere Medizin	58706 Menden	Diabeteszentrum DDG
<b>PLZ 6</b>		
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dres. Langer/Lisowski/Worms	64283 Darmstadt	Diabeteszentrum DDG
Zentrum für Diabetes und Hormonerkrankungen	67433 Neustadt an der Weinstraße	Diabeteszentrum DDG
<b>PLZ 7</b>		
Praxis Dr. med. Ralf Bickel	75172 Pforzheim	Diabeteszentrum DDG 

**diabeteszeitung digital** NEU

Neues Angebot ab dieser Ausgabe – digital direkt Dokumente, Videos und Links nutzen

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

Mit dieser Ausgabe der dz startet ein neues Angebot, und zwar eine um viele Möglichkeiten erweiterte digitale Ausgabe Ihrer diabeteszeitung. Sie können direkt:

- alle Links zu weiterführenden Informationen (auch zu Studien) anklicken und sich so weiter informieren
- Videos und Podcasts ohne Verzögerung starten
- Dokumente abrufen und sofort nutzen

- Bildergalerien anschauen und z. B. noch mehr in die Atmosphäre der Veranstaltung eintauchen
- an Umfragen teilnehmen
- in der Job- & Praxenbörse und bei den Weiterbildungsangeboten der DDG über Mail ohne Zwischenschritt mit der Kontaktperson in Verbindung treten
- Von der Titelseite ohne Zwischenschritt zu den angekündigten Artikeln springen

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



Immer auf dem Laufenden

## DDG Social Media

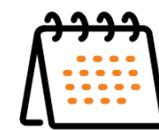
Verpassen Sie keine News und wichtigen Informationen aus dem breiten Spektrum der Diabetologie. Vernetzen Sie sich auf unseren Kanälen Facebook, Instagram, YouTube und LinkedIn und erhalten Sie aus erster Hand wichtige News, Spannendes aus der Wissenschaft und Veranstaltungstipps.

Fotos: blankstock – stock.adobe.com, icons gate – stock.adobe.com

Wir gratulieren der neuen Fachpsychologin DDG und wünschen ihr viel Erfolg!  
Dipl.-Psych. Ulrike Gutermann, Heilbronn

Service der DDG

## Unsere Empfehlung



Wichtige Termine auf einen Blick

Fortbildung  
**DISko-Fortbildung der AG Diabetes, Sport & Bewegung der DDG**  
10. Dezember 2025 – online, via Zoom

Fortbildungskonferenz  
**diatec 2026: „Interoperabilität – mehr als Technik?!“**  
23./24. Januar 2026 – Berlin und virtuell

Tagung  
**Jahrestagung der AG Diabetischer Fuß d. DDG**  
27./28. Februar 2026 – Bad Mergentheim

Kongress  
**ATTD 2026**  
11. – 14. März 2026 – Barcelona

Fortbildung  
**Diabetes Update**  
20./21. März 2026 – Mainz

Kongress  
**132. Kongress der DGIM: „Paradigmenwechsel in der Inneren Medizin“**  
18. – 21. April 2026 – Wiesbaden

Kongress  
**Diabetes Kongress der DDG**  
13. – 16. Mai – Berlin

Weitere Informationen und Termine unter:  
[www.ddg.info/veranstaltungen/veranstaltungskalender](http://www.ddg.info/veranstaltungen/veranstaltungskalender)

# Was passiert, wenn das Pankreas altert?

## Die Rolle von Sternzellen und Blutgefäßen in der alternden Bauchspeicheldrüse

**POTSDAM-REHBRÜCKE.** Mit zunehmendem Alter verändert sich die Bauchspeicheldrüse, was das Risiko für Stoffwechselerkrankungen wie Typ-2-Diabetes, Verdauungsstörungen, aber auch Krebserkrankungen erhöht. Nun konnte im Tiermodell gezeigt werden, dass Sternzellen im Zusammenspiel mit Blutgefäßen eine Schlüsselrolle bei altersbedingten Veränderungen der Bauchspeicheldrüse spielen.

Das Pankreas besteht zu etwa 95 % aus exokrinem Gewebe, das Verdauungsenzyme produziert, und zu 5 % aus endokrinem Gewebe, das die Hormone Insulin und Glukagon freisetzt. Neben diesen funktionellen Zellen spielen zwei weitere Zelltypen eine wichtige Rolle: Zum einen prägen Sternzellen die Struktur bzw. die Form des Organs durch die Bildung der extrazellulären Matrix. Zum anderen bilden Endothelzellen die Blutgefäße und sind somit für die Blutversorgung des Pankreas unerlässlich.

Mit zunehmendem Alter kann es durch Steatose (Fetteinlagerungen) oder Fibrose (krankhafte Vermehrung des Bindegewebes) zu funktionsbeeinträchtigenden Zellveränderungen im Pankreas kommen. Insbesondere die durch die Sternzellen vermittelte Bildung von Fett- und Bindegewebe im Zusammenhang mit dem Altern wurde bislang nur unzureichend untersucht. Zudem war bisher wenig bekannt über die Rolle der Blutgefäße, die eine Art Knotenpunkt zwischen Pankreas und dem restlichen Körper darstellen.

### Altersforschung auf Zellebene

Um die altersbedingten Veränderungen in den Sternzellen und Blutgefäßen der Bauchspeicheldrüse zu analysieren, untersuchten Forschende des Deutschen Instituts für Ernährungsforschung (Dife), ein Partner des DZD) in Zusammenarbeit mit Forschenden des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung (DZD)



### Implikationen für die Prävention und Behandlung

„Unsere Ergebnisse deuten darauf hin, dass pankreatische Sternzellen im Alter ihre Identität verändern und sich in fibrotische Zellen umwandeln. Diese fibrotischen Zellen tragen zur Bildung von Narbengewebe bei, das die Produktion von Hormonen und Verdauungsenzymen beeinträchtigen kann“, erklärt Dr. Soultoukis. Und Dr. Leer ergänzt: „Die Fibrose und die Entzündung können das Mikromilieu im Pankreas verändern und die Entstehung von Krebszellen fördern.“ Die Studienergebnisse liefern neue Ansatzpunkte für die Entwicklung von Strategien zur Vorbeugung und Behandlung altersbedingter Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse wie Typ-2-Diabetes. Die Forschenden planen nun, die zeitlichen Faktoren zu untersuchen, welche die altersbedingte Umstellung der Sternzellen beeinflussen. In zukünftigen Studien wollen sie zudem Lebensstilfaktoren wie Ernährung und körperliche Aktivität näher beleuchten, die diesen Prozess modulieren können.

und des Europäischen Laboratoriums für Molekularbiologie (EMBL) junge und ältere Mäuse. Sie isolierten einzelne Pankreaszellen und analysierten ihre Genexpression. Diese Einzelzell-Transkriptomanalysen ermöglichten es ihnen, verschiedene Zelltypen zu identifizieren und ihre spezifischen Funktionen zu untersuchen. Für die exakte Lokalisation von Sternzellen im Pankreas und deren veränderte Verteilung im Alter nutzten die Forschenden Immun-

fluoreszenz-Untersuchungen. Das Forscherteam um Dr. MARINA LEER und Dr. GEORGE A. SOULTOUKIS aus der Abteilung Fettzell-Entwicklung und Ernährung identifizierte verschiedene Untergruppen von Sternzellen, die unterschiedlich stark Fett- oder Bindegewebe bilden.

### Einblicke in die Mechanismen der Pankreasfibrose

Mit zunehmendem Alter verschob sich die Verteilung der identifizierten

Sternzell-Untergruppen hin zu einer stärkeren Fibroseneigung. Diese ging mit einer Aktivierung bestimmter fibrosefördernder Signalwege (Transforming growth factor beta, TGFbeta, und Platelet-derived growth factor, PDGF) einher, welche die Zusammensetzung der Gewebematrix der Bauchspeicheldrüse veränderte. Ein weiterer wichtiger Befund war, dass die Sternzellen der alternden Mäuse verstärkt mit den Blutgefäßen interagierten. Diese Zellkommunikation



Foto: n033cy - stock.adobe.com

Auch die Bauchspeicheldrüse altert – was hat das für Konsequenzen?

tion führte dazu, dass die gealterten Sternzellen mehr entzündungsfördernde Substanzen freisetzen, welche die Blutgefäße schädigten und die Fibrose verstärkten. *DZD/Red.*

Soultoukis GA et al. Redox Biol 2025; 86: 103791; doi: 10.1016/j.redox.2025.103791

## ANZEIGE

GSK

# Herpes zoster: Diabetes und chronische Erkrankungen als Risikofaktor

## Weshalb und in welchem Maße gerade Diabetes mellitus das Risiko erhöht.



**Diabetes mellitus gilt als Volkskrankheit des 21. Jahrhunderts: Laut Daten der Deutschen Diabetes Gesellschaft sind rund 9 Millionen Menschen in Deutschland betroffen.<sup>1</sup> Studien zeigen: Diabetes erhöht das Risiko für einen Herpes zoster (HZ) und dessen Komplikationen.**

Umfragedaten<sup>2</sup> zufolge, fühlen sich 52 % der Menschen im Alter von 50 bis 60 Jahren jünger als ihr biologisches Alter. Diese positive Selbstwahrnehmung führt häufig dazu, dass gesundheitliche Risiken unterschätzt werden. Und gerade chronische Erkrankungen, unter der mehr als die Hälfte der Personen ab 65 Jahren in Deutschland leidet,<sup>3</sup> können Folgeerkrankungen begünstigen.

### Herpes zoster bei chronischen Erkrankungen

Personen mit chronischen Erkrankungen, darunter Diabetes, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Asthma, chronische Herzinsuffizienz und koronare Herzkrankheit (KHK) weisen ein signifikant erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines Herpes zoster auf.<sup>4,5</sup> Im Vergleich zu gesunden Personen ist es im Mittel um etwa 30 % höher.<sup>4</sup> Insbesondere Personen mit Diabetes mellitus sind nicht nur anfälliger für einen HZ, sondern auch für schwerwiegendere Krankheitsverläufe und dessen Folgen wie eine Post-Zoster-Neuralgie (PZN).<sup>6</sup>

### Signifikant erhöhtes Risiko durch Diabetes

Studien zeigen: Diabetes mellitus (Typ 1 und 2) erhöht die Wahrscheinlichkeit für HZ um bis zu 38 %.<sup>7</sup> Für Personen mit Typ 2 Diabetes verdoppelt sich das Risiko nahezu.<sup>8</sup> Der Grund findet sich in einer veränderten Immunreaktion. Bei Patienten\* mit Diabetes sind sowohl das angeborene als auch das adaptive Immunsystem in ihrer Funktion beeinträchtigt.<sup>9,10</sup> Erkrankten Patienten mit Diabetes an einem HZ, tragen sie ein um 45 % erhöhtes Risiko für eine PZN<sup>6</sup> und müssen häufiger und länger hospitalisiert werden.<sup>11</sup> Zudem kann eine HZ-Erkrankung den Krankheitsverlauf bei Typ-2-Diabetes nachhaltig verändern.<sup>12</sup> Oft kommt dann eine aufwendige Neueinstellung der antihypertensiven Medikation hinzu.

### Hohe Krankheitslast und schwere Folgeerkrankungen

Die HZ-assoziierten Schmerzen zählen zu den stärksten Schmerzen überhaupt – auf der Schmerzskala nach McGill werden sie als fast so stark wie Tumorschmerz eingeordnet. Mindestens ein Drittel der HZ-Patienten beschreiben ihre Schmerzen als sehr stark, stechend, schießend, pochend, juckend oder heiß.<sup>13</sup> Die geschätzte mediane Dauer des klinisch signifikanten Schmerzes lag dabei bei bis zu 30 Tagen und mehr als 70 % der Betroffenen erhielten eine Schmerztherapie.<sup>11</sup> HZ-Patienten leiden zudem oftmals unter erheblichen Schlafstörungen und Gehbeeinträchtigungen. In bis zu 30 % der Fälle führt HZ zu einer Post-Zoster-Neuralgie (PZN), in bis zu 25 % der Fälle kann ein Zoster Ophthalmicus mit Sehstörungen auftreten.<sup>14</sup> Infolge eines HZ ist außerdem das Risiko für Myokardinfarkte und Schlaganfälle erhöht, auch Lähmungen, Myelitis und Enzephalitis können infolge eines HZ auftreten.<sup>15</sup>

**Die STIKO empfiehlt:** Alle Personen  $\geq 18$  Jahre mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge einer angeborenen bzw. erworbenen, insbesondere einer iatrogenen Immundefizienz oder infolge schwerer Ausprägung einer chronischen Grunderkrankung, sollten gemäß STIKO zweimalig im Abstand von mindestens zwei bis sechs Monaten mit dem adjuvantierten Totimpfstoff gegen Herpes zoster geimpft werden. Innerhalb der Gruppe der Patienten mit Diabetes mellitus weisen insbesondere Personen mit unzureichend eingestelltem Diabetes mellitus ein erhöhtes HZ-Risiko auf.<sup>16</sup> Der Totimpfstoff weist eine langanhaltende hohe Wirksamkeit und ein gutes Sicherheitsprofil auf.<sup>17</sup>



Helfen Sie mit, Ihre Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Risiko vor Herpes zoster zu schützen.



Hier können Sie kostenfreies Praxismaterial bestellen.

\* Info: Gendergerechte Sprache: Dieser Text schließt prinzipiell alle Geschlechter mit ein. Zur besseren Lesbarkeit wird das generische Maskulin verwendet.

Quellen: 1 Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes (2022). Eine Bestandsaufnahme. Factsheet der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG). 2 Umfrage im Auftrag von GSK, 8.400 Erwachsene im Alter von 50 bis 60 Jahren aus Deutschland, Irland, Italien, Portugal, Brasilien, Japan, China, Indien und den USA, 2025 3 Güthlin C et al (2020) Chronische Krankheiten in Deutschland. Zahlen, Fakten und Versorgungserfahrungen. Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität, Frankfurt am Main. Online verfügbar unter: <http://publikationen.ub.uni-frankfurt.de/frontdoor/index/index/docId/55045>, am 20.11.2023. 4 Batram M et al Dermatol Ther (Heidelb). 2021 Jun;11(3):1009-1026. 5 Marra F et al. Open Forum Infect Dis 2020; 7:ofaa005. 6 Wen, S.-Y., Ou-Yang, C., Chang, C., Chen, C.-C., & Chang, H.-Y. (2023). Impact of Type 1 Versus Type 2 Diabetes on Developing Herpes Zoster and Post-herpetic Neuralgia: A Population-based Cohort Study. Acta Dermato-Venerologica, 103, ocd9400. <https://doi.org/10.2340/actadv1039400> 7 Steinmann M, Lampe D, Grosser J, Schmidt J, Hohoff ML, Fischer A, Greiner W. Risk factors for herpes zoster infections: a systematic review and meta-analysis unveiling common trends and heterogeneity patterns. Infection. 2024 Jan 18. doi: 10.1007/s15010-023-02156-y. Epub ahead of print. PMID: 38236326. 8 Poirrier JE et al. Diabetes Care (2022). 45(11):2585-2593. 9 Toniolo A et al. Rev Med Microbiol 2019; 30: 1-17 10 Casqueiro J et al. Indischer J Endocrinol Metab 2012; 16:527-536 11 Giorda CB et al Diabetes Research and Clinical Practice 2024; 210. doi: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2024.111603> 12 Huang C-T et al. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, Volume 107, Issue 2, February 2022, Pages 586–597. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgab675> 13 Gross et al. GMS Infect Di 2020; 8 DOI: 10.3205/id000045. 14 Harpaz R et al. MMWR Recomm Rep 2008; 57: 1-40. 15 Meißner T. Postherpetische Neuralgie – Bei Zoster gleich mit der Schmerztherapie beginnen. Hautarzt 2016; 67 (8): 653–665. 16 Epid. Bull. 45/25. 17 Strezova A, et al. Lancet. 2025;83. doi: 10.1016/j.jclinm.2025.103241

# 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 Diabetesedukation 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/diabetesedukation](http://www.ddg.info/diabetesedukation)

 [www.ddg.info/qualifizierung/weiterbildungsstipendien](http://www.ddg.info/qualifizierung/weiterbildungsstipendien)


## ➔ Diabetesedukation DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
<b>Freie Plätze für Aufbauqualifikation*</b>		
<b>Bochum BO 03</b>	<b>Augusta Akademie Bochum</b> 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 ➔ <b>Abschluss Diabetesberater*in DDG</b>
<b>Traunstein TR 02</b>	<b>Diabetes-Akademie Südostbayern</b> Haus St. Rupert, Rupprechtstr. 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 ➔ <b>Abschluss Diabetesberater*in DDG</b>
<b>Rheine RH 08</b>	<b>Akademie der Stiftung Mathias-Spital Rheine</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-7319 ☎ Fax: 05971/42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	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 ➔ <b>Abschluss Diabetesberater*in DDG</b>
<b>Freie Plätze Diabetesassistent*in und -berater*in DDG</b>		
Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
<b>Rheine RH 09</b>	<b>Akademie der Stiftung Mathias-Spital Rheine</b> 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 ➔ <b>Abschluss Diabetesassistent*in DDG</b> 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 ➔ <b>Abschluss Diabetesberater*in DDG</b>
<b>Regensburg RB 07</b>	<b>Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> 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 ➔ <b>Abschluss Diabetesassistent*in DDG</b>
<b>Rheine RH 11</b>	<b>Akademie der Stiftung Mathias-Spital Rheine</b> 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 ➔ <b>Abschluss Diabetesassistent*in DDG</b> 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 ➔ <b>Abschluss Diabetesberater*in DDG</b>
<b>Regensburg RB 08</b>	<b>Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	Modul 1: 16.03. – 27.03.2026 Modul 2: 13.04. – 24.04.2026 Modul 3: 11.05. – 15.05.2026 ➔ <b>Abschluss Diabetesassistent*in DDG</b> Modul 4: 15.06. – 26.06.2026 Modul 5: 20.07. – 31.07.2026 Modul 6: 21.09. – 25.09.2026 + 09.11. – 13.11.2026 Modul 7: 14.09. – 18.09.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul ➔ <b>Abschluss Diabetesberater*in DDG</b>

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
<b>Hamburg HH 02</b>	<b>Diabetes-Akademie Nord</b> Mönckebergstraße 5, 20095 Hamburg ☎ Tel.: 040/324979 info@diabetes-schulungszentrum.org	Modul 1: 13.04. – 17.04.2026 Präsenz + 18.05. – 22.05.2026 online Modul 2: 22.06. – 26.06.2026 dual + 29.06. – 03.07.2026 Präsenz Modul 3: 17.08. – 21.08.2026 Präsenz ➔ <b>Abschluss Diabetesassistent*in DDG</b>
<b>Rheine RH 12</b>	<b>Akademie der Stiftung Mathias-Spital Rheine</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-7319 info@afg-rheine.de www.afg.mathias-stiftung.de/	Modul 1: 20.04. – 30.04.2026 Modul 2: 15.06. – 26.06.2026 Modul 3: 17.08. – 21.08.2026 ➔ <b>Abschluss Diabetesassistent*in DDG</b> Modul 4: 05.10. – 16.10.2026 Modul 5: 30.11. – 04.12.2026 Modul 6: 25.01. – 05.02.2027 Modul 7: 05.04. – 16.04.2027 zzgl. Wahlpflichtmodul ➔ <b>Abschluss Diabetesberater*in DDG</b>
<b>Jena JE 06</b>	<b>Diabeteszentrum Thüringen e.V.</b> 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: 04.05. – 22.05.2026 Modul 2: 07.09. – 18.09.2026 Modul 3: 23.11. – 27.11.2026 ➔ <b>Abschluss Diabetesassistent*in DDG</b>
<b>Bochum BO 05</b>	<b>Augusta Akademie Bochum</b> Dr.-C.-Otto-Straße 27, 44879 Bochum ☎ Tel.: 0152/56458325 m.grothe@augusta-bochum.de www.augusta-akademie.de	Modul 1: 22.06. – 03.07.2026 Modul 2: 24.08. – 04.09.2026 Modul 3: 19.10. – 23.10.2026 ➔ <b>Abschluss Diabetesassistent*in DDG</b> Modul 4: 23.11. – 04.12.2026 Modul 5: 01.02. – 05.02.2027 Modul 6: 05.04. – 16.04.2027 Modul 7: 07.06. – 18.06.2027 zzgl. Wahlpflichtmodul ➔ <b>Abschluss Diabetesberater*in DDG</b>
<b>Leipzig LP 03</b>	<b>Diabeteszentrum Leipzig e.V.</b> Lützener Str. 145, 04179 Leipzig ☎ Tel.: 0162-2182893 ☎ Fax: 0341-4424852 Diabeteszentrum.leipzig@web.de	Modul 1: 29.06. – 10.07.2026 Modul 2: 21.09. – 02.10.2026 Modul 3: 23.11. – 27.11.2026 ➔ <b>Abschluss Diabetesassistent*in DDG</b>
<b>Regensburg RB 09</b>	<b>Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	Modul 1: 06.07. – 17.07.2026 Modul 2: 21.09. – 02.10.2026 Modul 3: 16.11. – 20.11.2026 ➔ <b>Abschluss Diabetesassistent*in DDG</b> Modul 4: 30.11. – 11.12.2026 Modul 5: 11.01. – 22.01.2027 Modul 6: 01.03. – 05.03.2027 + 12.04. – 16.04.2027 Modul 7: 22.02. – 26.02.2027 zzgl. Wahlpflichtmodul ➔ <b>Abschluss Diabetesberater*in DDG</b>
<b>Hamburg HH 03</b>	<b>Diabetes-Akademie Nord</b> Mönckebergstraße 5, 20095 Hamburg ☎ Tel.: 040/324979 info@diabetes-schulungszentrum.org	Modul 1: 24.08. – 28.08.2026 + 21.09. – 25.09.2026 Modul 2: 12.10. – 16.10.2026 + 23.11. – 27.11.2026 Modul 3: 14.12. – 18.12.2026 ➔ <b>Abschluss Diabetesassistent*in DDG</b>
<b>Rheine RH 13</b>	<b>Akademie der Stiftung Mathias-Spital Rheine</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-7319 info@afg-rheine.de www.afg.mathias-stiftung.de/	Modul 1: 14.09. – 25.09.2026 Modul 2: 09.11. – 20.11.2026 Modul 3: 18.01. – 22.01.2027 ➔ <b>Abschluss Diabetesassistent*in DDG</b> Modul 4: 08.03. – 19.03.2027 Modul 5: 18.05. – 22.05.2027 Modul 6: 28.06. – 09.07.2027 Modul 7: 23.08. – 03.09.2027 zzgl. Wahlpflichtmodul ➔ <b>Abschluss Diabetesberater*in DDG</b>
<b>Bad Mergentheim BMH 03</b>	<b>Diabetes-Akademie Bad Mergentheim e.V.</b> Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim ☎ Tel.: 07931/594 165 ☎ Fax: 07931/77 50 info@diabetes-zentrum.de www.diabetes-akademie.de	Modul 1: 14.09. – 25.09.2026 Modul 2: 11.01. – 22.01.2027 Modul 3: 23.11. – 27.11.2026 ➔ <b>Abschluss Diabetesassistent*in DDG</b> Modul 4: 13.09. – 17.09.2027 Modul 5: 07.06. – 11.06.2027 + 20.09. – 24.09.2027 Modul 6: 12.07. – 23.07.2027 Modul 7: 08.03. – 19.03.2027 zzgl. Wahlpflichtmodul ➔ <b>Abschluss Diabetesberater*in DDG</b>
<b>Bochum BO 06</b>	<b>Augusta Akademie Bochum</b> Dr.-C.-Otto-Straße 27, 44879 Bochum ☎ Tel.: 0152/56458325 m.grothe@augusta-bochum.de www.augusta-akademie.de	Modul 1: 28.09. – 09.10.2026 Modul 2: 09.11. – 20.11.2026 Modul 3: 04.01. – 08.01.2027 ➔ <b>Abschluss Diabetesassistent*in DDG</b> Modul 4: 08.03. – 19.03.2027 Modul 5: 10.05. – 14.05.2027 Modul 6: 26.07. – 06.08.2027 Modul 7: 27.09. – 08.10.2027 zzgl. Wahlpflichtmodul ➔ <b>Abschluss Diabetesberater*in DDG</b>

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Regensburg RB 10	<b>Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	Modul 1: 19.10. – 30.10.2026 Modul 2: 23.11. – 04.12.2026 Modul 3: 18.01. – 22.01.2027 → <b>Abschluss Diabetesassistent*in DDG</b>
Rheine RH 14	<b>Akademie der Stiftung Mathias-Spital Rheine</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-7319 info@afg-rheine.de www.afg.mathias-stiftung.de/	Modul 1: 02.11. – 13.11.2026 Modul 2: 04.01. – 15.01.2027 Modul 3: 01.03. – 05.03.2027 → <b>Abschluss Diabetesassistent*in DDG</b> Modul 4: 19.04. – 30.04.2027 Modul 5: 07.06. – 11.06.2027 Modul 6: 09.08. – 20.08.2027 Modul 7: 18.10. – 29.10.2027 zzgl. Wahlpflichtmodul → <b>Abschluss Diabetesberater*in DDG</b>
Traunstein TR 03	<b>Diabetes-Akademie Südostbayern</b> Haus St. Rupert, Rupprechtstr. 6, 83278 Traunstein ☎ Tel.: 0861/30 90 713 info@diabetes-akademie.net www.diabetes-akademie.net	Modul 1: 09.11. – 20.11.2026 Modul 2: 25.01. – 05.02.2027 Modul 3: 05.04. – 09.04.2027 zzgl. Wahlpflichtmodul → <b>Abschluss Diabetesassistent*in DDG</b>

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

Weitere Kurse und Anmeldung auf [www.ddg.info/diabetesedukation](http://www.ddg.info/diabetesedukation)

## ➔ Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG – Fortbildung für Pflegende

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
BaQ_ BW_13	<b>Asklepios Klinikum Nordhessen</b> 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_ BK_08	<b>ctt-Fortbildungszentrum</b> Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich Anke Funk, Karl-Binz-Weg 12, 54470 Bernkastel-Kues ☎ Tel.: 0651/82 44-288 fortbildungszentrum@ctt-zentrale.de	28.04. – 29.04.2026
BaQ_ BW_14	<b>Asklepios Klinikum Nordhessen</b> 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
BaQ_ BK_09	<b>ctt-Fortbildungszentrum</b> Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich Anke Funk, Karl-Binz-Weg 12, 54470 Bernkastel-Kues ☎ Tel.: 0651/82 44-288 fortbildungszentrum@ctt-zentrale.de	24.11. – 25.11.2026

Weitere Informationen unter: [www.ddg.info/qualifizierung-diabetes-pflegefachkraft-1/basisqualifikation-diabetes-pflege-ddg](http://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	<b>Akademie der Stiftung Mathias-Spital Rheine</b> 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	<b>Akademie der Stiftung Mathias-Spital Rheine</b> 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](http://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](http://ddg.info/qualifizierung)

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
<b>Kurse nach neuem Curriculum der Fuß- und Wundassistent*in DDG</b>		
21	<b>Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-0 a.deml@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	Block 1: 23.02. – 25.02.2026 (online) Block 2: 02.03. – 04.03.2026 (Präsenz)
59	<b>CID Centrum für integrierte Diabetesversorgung</b> 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)
60	<b>Cellitinnen-Krankenhaus St. Vinzenz</b> St. Vinzenz-Hospital, Merheimer Straße 221-223, 50733 Köln ☎ Tel.: 0221/9349461 schulung@cid-direct.de, www.cid-direct.de	Block 1: 31.08. – 02.09.2026 (online) Block 2: 07.09. – 09.09.2026 (Präsenz)
22	<b>Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-0 a.deml@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	Block 1: 05.10. – 07.10.2026 (online) Block 2: 12.10. – 14.10.2026 (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](http://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	<b>KOOPERATION: Diabetes Akademie Bad Mergentheim UND Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-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	<b>KOOPERATION: Diabetes Akademie Bad Mergentheim UND Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de	Block 1: 17.06. – 19.06.2026 Block 2: 16.07. – 17.07.2026 Block 3: 25.09.2026 Block 4: 15.10. – 16.10.2026 (online) Block 5: 19.12. – 20.12.2026
DC 06	<b>KOOPERATION: Diabetes Akademie Bad Mergentheim UND Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de	Block 1: 02.12. – 04.12.2026 Block 2: 14.01. – 15.01.2027 Block 3: 04.03. – 05.03.2027 Block 4: 09.04.2027 (online) Block 5: 03.06. – 04.06.2027

Weitere Informationen unter: [www.ddg.info/ddg-akademie/fuer-gesundheitsfachkraefte/diabetescoach-ddg](http://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
<b>Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22 ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	<b>Kurs 9:</b> 26.02. – 27.02.2026 (online) + 04.03. – 06.03.2026 (Präsenz) <b>Kurs 10:</b> 04.05. – 05.05.2026 (online) + 11.05. – 13.05.2026 (Präsenz) <b>Kurs 11:</b> 22.06. – 23.06.2026 (online) + 29.06. – 01.07.2026 (Präsenz) <b>Kurs 12:</b> 03.12. – 04.12.2026 (online) + 07.12. – 09.12.2026 (Präsenz)
<b>Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital</b> Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-7319 info@afg-rheine.de, www.afg.mathias-stiftung.de	<b>Kurs 5:</b> 09.03. – 13.03.2026* <b>Kurs 6:</b> 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](http://www.ddg.info/ddg-akademie/fuer-gesundheitsfachkraefte/adipositasberaterin-dag-ddg)

## ➔ Orthopädienschuhmacher\*in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Fulda FU 03	<b>IETEC-Akademie</b> Bahnhofstraße 21, 36037 Fulda ☎ Tel.: 0661/380070 sarah.rieger@ietec.de ietec.de/Akademie/	Block 1: 19.01. – 22.01.2026 (online) Block 2: 27. und 28.01.2026 (Präsenz) Fallvorstellung auf der Jahrestagung 2027 der AG Diabetischer Fuß – genauer Termin folgt
Regens- burg RB 02	<b>Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-0 a.deml@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-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	<b>IETEC - Akademie</b> Bahnhofstraße 21, 36037 Fulda ☎ Tel.: 0661/380070 sarah.rieger@ietec.de https://ietec.de/Akademie/	Block 1: 15.06. – 18.06.2026 (online) Block 2: 23. und 24.06.2026 (Präsenz) Fallvorstellung auf der Jahrestagung 2027 der AG Diabetischer Fuß – genauer Termin folgt
Regens- burg RB 03	<b>Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.</b> Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-0 a.deml@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	Block 1: 08.10. und 09.10.2026 (online) Block 2: 15.10. und 16.10.2026 (Präsenz) Fallvorstellung auf der Jahrestagung 2027 der AG Diabetischer Fuß – genauer Termin folgt
Fulda FU 05	<b>IETEC - Akademie</b> Bahnhofstraße 21, 36037 Fulda ☎ Tel.: 0661/380070 sarah.rieger@ietec.de https://ietec.de/Akademie/	Block 1: 16.11. – 19.11.2026 (online) Block 2: 24./25.11.2026 (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\*in Kooperationspartner\*in für die Schuhversorgung an! Unterstützen Sie die Initiativen zur Versorgung des Diabetischen Fußes!

Weitere Informationen unter: [www.ddg.info/qualifizierung/orthopaedieschuhmacherin-ddg](http://www.ddg.info/qualifizierung/orthopaedieschuhmacherin-ddg)

➔ Fortsetzung auf Seite 35



Weitere Informationen und Anmeldung unter:  
[www.ddg.info/ddg-akademie](http://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 diabetes zeitung schalten? Kein Problem! Das können Sie ganz einfach online auf [www.ddg.info/jobboerse](http://www.ddg.info/jobboerse). Für DDG Mitglieder ist dieser Service kostenlos.

Ihre Ansprechpartnerin in der DDG Geschäftsstelle ist:  
Anna Schäfer  
E-Mail: [service@ddg.info](mailto:service@ddg.info)

## STELLENANGEBOTE

### ÄRZT\*INNEN

Endingen, 19.10.2025

#### Diabetolog\*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabeteszentrum Endingen
- Adresse: Marktplatz 17, 79346 Endingen
- Ansprechpartner: Dr. Hamdi Ghassen, 076425444, [Bewerbung@diabeteszentrum-endingen.de](mailto:Bewerbung@diabeteszentrum-endingen.de)
- Website: [www.diabeteszentrum-endingen.de](http://www.diabeteszentrum-endingen.de)

Hamburg, 07.10.2025

#### Diabetolog\*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.12.2025
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabeteszentrum Dr. Jung
- Adresse: Möllner Landstraße 8, 22111 Hamburg
- Ansprechpartner: Dr. med. Christopher Jung, 0160/3664627, [info@diabeteszentrum-billstedt.de](mailto:info@diabeteszentrum-billstedt.de)
- Website: [www.diabetologie-hamburg.de](http://www.diabetologie-hamburg.de)

Traunstein, 30.09.2025

#### Diabetolog\*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.01.2026
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Ambulantes Diabeteszentrum Traunstein
- Adresse: Wasserburger Straße 2, 83278 Traunstein
- Ansprechpartnerin: Arianne Belleville, [a.belleville@diabetes-traunstein.de](mailto:a.belleville@diabetes-traunstein.de)
- Website: [www.diabetes-traunstein.de](http://www.diabetes-traunstein.de)

### GESUNDHEITSFACHKRÄFTE

Duisburg, 21.10.2025

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

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: MVZ Diabetologikum Duisburg
- Adresse: Ruhrorter Straße 195, 47119 Duisburg
- Ansprechpartner: Dr. med. Hansjörg Mühlen, [office@ruhrpraxen.de](mailto:office@ruhrpraxen.de)
- Website: [diabetologikum-duisburg.de](http://diabetologikum-duisburg.de)

Potsdam, 20.10.2025

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

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Klinikum Westbrandenburg GmbH
- Adresse: Charlottenstraße 72, 14467 Potsdam
- Ansprechpartner: Prof. Jan Däbritz, 0331/241 35092, [Jan.Daebritz@klinikumwb.de](mailto:Jan.Daebritz@klinikumwb.de)
- Website: [www.evb-gesundheit.de/stellenanzeigen/8375](http://www.evb-gesundheit.de/stellenanzeigen/8375)

Köln, 16.10.2025

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

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: JO20 Praxis
- Adresse: Josefstraße 20, 51143 Köln
- Ansprechpartnerin: Helena Steffens, 02203/20211 0, [h.steffens@jo20-praxis.de](mailto:h.steffens@jo20-praxis.de)
- Website: <https://www.diabetespraxis-steffens.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.

Würzburg, 07.10.2025

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

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis für Innere Medizin – Diabetologie und Nephrologie, Dialysezentrum
- Adresse: Virchowstraße 22, 97072 Würzburg
- Ansprechpartner: Dr. med. Josef Zimmermann, 0931/796790, [info@dialyse-wuerzburg.de](mailto:info@dialyse-wuerzburg.de)
- Website: [www.dialyse-wuerzburg.de](http://www.dialyse-wuerzburg.de)

Friedberg, 07.10.2025

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

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Internistische Gemeinschaftspraxis Friedberg
- Adresse: Haagstraße 23, 86316 Friedberg
- Ansprechpartner: Dr. med. Werner Paul, 0821/2676733, [paul@praxis-friedberg.de](mailto:paul@praxis-friedberg.de)
- Website: [www.praxis-friedberg.de](http://www.praxis-friedberg.de)

Greven, 05.10.2025

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

- Arbeitsbeginn: 01.01.2026
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Diabetologische Schwerpunktpraxis Greven
- Adresse: Von-Kleist-Straße 2, 48268 Greven
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Marie-Therese Schäfermeyer, 02571/873180, [info@innere-diabetologie-greven.de](mailto:info@innere-diabetologie-greven.de)
- Website: [www.innere-diabetologie-greven.de](http://www.innere-diabetologie-greven.de)

Direkt zu allen Stellenangeboten



## STELLENGESUCHE

Mönchengladbach, 09.09.2025

#### Diabetesberaterin DDG

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder freiberuflich
- Veröffentlicht von: Ingrid Peiter, 0176/46717200, [ingrid.peiter@t-online.de](mailto:ingrid.peiter@t-online.de)

Direkt zu allen Stellengesuchen



Dortmund, 01.10.2025

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

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

Potsdam, 01.10.2025

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

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Klinikum Westbrandenburg GmbH
- Adresse: Charlottenstraße 72, 14467 Potsdam
- Ansprechpartner: Prof. Dr. med. Jan Däbritz, 0331/241 3 5902, [Jan.Daebritz@klinikumwb.de](mailto:Jan.Daebritz@klinikumwb.de)
- Website: [www.evb-gesundheit.de/stellenanzeigen/7936](http://www.evb-gesundheit.de/stellenanzeigen/7936)

## NACHFOLGEGESUCHE

Salzwedel, 14.10.2025

#### Diabetes-Schwerpunktpraxis (hausärztlich-internistisch)

- Praxisbezeichnung: Diabetologische Schwerpunktpraxis mit hausärztlicher Versorgung
- Adresse: Altperverstraße 1–3, 29410 Salzwedel
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Susanne Mattig, 0151/40775289, [s.mattig@t-online.de](mailto:s.mattig@t-online.de)

Kiel, 11.10.2025

#### Diabetes-Schwerpunktpraxis, Diabetessexzellenzzentrum DDG (hausärztlich-internistisch)

- Praxisbezeichnung: diabetologikum kiel
- Adresse: Alter Markt 11, 24103 Kiel
- Ansprechpartner: Dr. Norbert Demandt, 0171/2628838, [norbert.demandt@mail.de](mailto:norbert.demandt@mail.de)
- Website: [www.diabetologikum-kiel.de](http://www.diabetologikum-kiel.de)

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

#### Integration von Pharmakogenomik

Der Bosch Health Campus (BHC) in Stuttgart integriert als erste Einrichtung in Deutschland die Pharmakogenomik IT-gestützt in die klinische Versorgung – ein wichtiger Schritt hin zu einer präziseren, wirksameren und sichereren Arzneimitteltherapie für Patient\*innen. Diese erhalten dabei über eine zugangsgeschützte App direkten Zugriff auf ihre genetischen Daten.

► Fortsetzung Weiterbildung & Qualifikation von Seite 32/33

## ➔ Seminare Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung in der Diabetologie

Kurs	Termine	Tagungsort	Kosten
<b>Akademie Luftiku(r)s e. V.</b> 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
<b>Dr. rer. medic. Nicola Haller medipäd</b> Am Bühl 7 1/2, 86199 Augsburg ☎ Tel.: 0175/4004901 dr.nicola.haller@medi-paed.de www.medi-paed.de	<b>Blended-Termine:</b> 06./09.02.2026 (online) + 07./08.02.2026 10./13.04.2026 (online) + 11./12.04.2026 26./29.06.2026 (online) + 27./28.06.2026 04./07.09.2026 (online) + 05./06.09.2026 20./23.11.2026 (online) + 21./22.11.2026	Tagungsräume im Hotel am alten Park Augsburg Alle Präsenztage im Tagungszentrum im Diakonissenkranke- haus, Frölichstraße. 17, Augsburg	750 Euro zzgl. MwSt. inkl. Seminar- unterlagen. Für die Präsenzzeit müssen die Kosten für die Anfahrt und die Unterkunft selbst organisiert und finanziert werden.
<b>willms.partner</b> Wilhelm-Busch-Straße 19, 37083 Göttingen ☎ Tel.: 0551/7974741 ☎ Fax: 0551/29213514 office@willmscoaching.de www.willmscoaching.de	<b>Blended-Termine:</b> 28.11.2025 (online) + 12./13.12.2025 16.01.2026 (online) + 23./24.01.2026 27.02.2026 (online) + 13./14.03.2026 10.04.2026 (online) + 18./19.04.2026 05.06.2026 (online) + 13./14.06.2026	Präsenzkurse in Göttingen (Hotel Eden)	720 Euro  Präsenzkurse inkl. Seminarunterlagen und Mittagessen.
<b>Dr. med. Katja Schaaf</b> Schinkelstraße 43, 40211 Düsseldorf ☎ Tel.: 0178/4596146 info@drkatjaschaaf.de www.drkatjaschaaf.de	<b>Blended-Termine Schwerpunkt Pädiatrie:</b> 14.01.2026 (online) + 24./25.01.2026 (Präsenz) + 11.02.2026 (online) 11.03.2026 (online) + 28./29.03.2026 (Präsenz) + 08.04.2026 (online) 27.05.2026 (online) + 13./14.06.2026 (Präsenz) + 24.06.2026 (online) 22.07.2026 (online) + 01./02.08.2026 (Präsenz) + 12.08.2026 (online) 26.08.2026 (online) + 05./06.09.2026 (Präsenz) + 16.09.2026 (online)	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](http://www.diabetes-psychologie.de).

# Wenn Jugendliche erwachsen werden

### Transition: DGIM und DGKJ werben für bessere Versorgung am Übergang in die Erwachsenenmedizin

**BERLIN.** Gerade für junge Menschen, die an komplexen Krankheitsbildern wie Mukoviszidose, Typ-1-Diabetes oder seltenen, oft angeborenen Erkrankungen mit mehreren typischen Symptomen leiden oder eine Organtransplantation erhalten haben, ist der Wechsel in die Erwachsenenmedizin mit Risiken verbunden.

**W**erden Vorsorge und notwendige Therapien nicht konsequent fortgeführt, drohen bleibende Schäden, Komplikationen und eine erhöhte Langzeitsterblichkeit“, sagt Professorin Dr. URSULA FELDERHOFF-MÜSER, Präsidentin der DGKJ und Direktorin der Klinik für Kinderheilkunde I am Universitätsklinikum Essen.

Trotz Modellprojekten und einer 2021 veröffentlichten Leitlinie hängt eine reibungslose Transition in Deutschland bislang stark vom Engagement einzelner Einrichtungen ab. „Es fehlt an flächendeckenden, verlässlichen Strukturen und klar definierten Verantwortlichkeiten“, betont Professor Dr. LARS PAPE, Sprecher der DGKJ in der AG Transition, der auch die AWMF-S3-Leitlinie zu Transition koordiniert hat. Eine Integration spezieller Angebote, die Heranwachsende beim Wechsel von der Kinder- zur Erwachsenenmedizin unterstützen, in die Regelversorgung scheitert bislang auch daran, dass sie – abseits einiger Modellprojekte – nicht dauerhaft finanziert seien, bemängelt der Pä-

diater. Ohne geordnete Übergänge bestehe die Gefahr, dass junge Menschen nach dem Verlassen der pädiatrischen Versorgung nicht mehr angemessen internistisch betreut werden – oder erst nach einem langen Versorgungsabbruch wieder Anschluss finden.

Mit dem gemeinsam herausgegebenen Schwerpunktheft, das parallel in *Die Innere Medizin* und der *Monatsschrift Kinderheilkunde* erschienen ist, möchten DGIM und DGKJ Ärzt\*innen für die Relevanz der Transition sensibilisieren. „Wir wollen Lösungen für die Brücke zwischen Kinder- und Erwachsenenmedizin aufzeigen“, sagt Prof. Felderhoff-Müser. Das Schwerpunktheft beleuchtet u. a. Transitionsprozesse bei Erkrankungen aus der Endokrinologie und Diabetologie, Nephrologie, Hämatologie und Onkologie, Pneumologie, Gastroenterologie, Hepatologie und Kardiologie.

„Nur wenn wir das Wissen aus Kinder- und Jugendmedizin auf der einen und Innerer Medizin auf der anderen Seite zusammenbringen, können wir Versorgungslücken verhindern und die langfristige Gesundheit dieser jungen Menschen sichern“, ergänzt die DGIM-Vorsitzende Professorin Dr. Dr. DAGMAR FÜHRER-SAKEL. „Deshalb werden wir jenseits der AG die Transition auch noch stärker in der Aus- und Weiterbildung bei unseren Jahrestagungen in den Blick nehmen.“

DGIM/DGKJ/Red.

**NEU**

## Ihr Technologie-Update für den **Diabetologie-Durchblick** im Podcast für Expert:innen

**NEUE  
RUBRIK  
„TEC-UPDATE“!**



Prof. Lutz Heinemann





Prof. Bernd Kulzer

**Das Wichtigste zu Diabetes-technologie & Digitalisierung in spannenden Spezialfolgen mit Prof. Lutz Heinemann und Prof. Bernd Kulzer:**

Gemeinsam sprechen sie über die neuesten AID-Systeme und smarte Messgeräte, aber auch über innovative Start-ups und Aktuelles aus der Entwickler-szene.



**Jetzt Reinhören  
und abonnieren!**

[qr.medical-tribune.de/o-ton-diabetologie](http://qr.medical-tribune.de/o-ton-diabetologie)

**MedTriX** Group

## BUNTES

## Gesundheitskompetenz: Licht und Schatten

Aktuelle Studie zeigt gemischte Bilanz bei Informiertheit über Gesundheit

**BIELEFELD.** Mehr Menschen in Deutschland können besser mit Gesundheitsinformationen umgehen, aber: Die Kluft zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen wächst.

Laut den Ergebnissen einer repräsentativen Studie eines Forschungsteams der Universität Bielefeld, der Hertie School Berlin und der Charité – Universitätsmedizin Berlin verfügen 44 % der 2.650 Befragten ab 18 Jahren über eine hohe Gesundheitskompetenz – drei Prozentpunkte mehr als vor fünf Jahren. Professorin Dr. DORIS SCHAEFFER von der Universität Bielefeld, Leiterin der Studie, sieht darin „einen vorsichtigen Grund zur Hoffnung“.

### Fortschritte – aber über die Hälfte mit geringer Kompetenz

Dennoch haben 56 % weiterhin eine geringe Gesundheitskompetenz und teilweise erhebliche Schwierigkeiten, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen oder für sich zu nutzen. Deshalb fordert Prof.

Schaeffer, dem Thema mehr Beachtung zu schenken.

Besonders deutlich zeigt sich der Fortschritt im digitalen Bereich: Die Kompetenz, mit digital verfügbaren Gesundheitsinformationen umzugehen, stieg sogar um 4,7 Prozentpunkte. Rund 83 % der Befragten nutzen inzwischen Internetseiten, um sich über Gesundheitsthemen zu informieren – 18 Prozentpunkte mehr als 2020. Damit einhergehend hat sich die Nutzung von Gesundheits-Apps verdoppelt, sie werden von 44 % der Befragten verwendet. 17 % greifen bereits auf KI-basierte Anwendungen zurück.

»Hohe Kompetenz bei 44 Prozent«

Unverändert groß bleiben dagegen die Schwierigkeiten bei der Orientierung und Navigation im Gesundheitssystem. 82 % der Befragten finden es schwer, sich im Gesundheitssystem und in den dazu notwendigen Informationen zurechtzufinden – etwa sich über die eigenen Patientenrechte zu informieren oder zu verstehen, wie das Gesundheitssystem funktioniert. „Das ist ein alarmierender Befund“, sagt Prof. Schaeffer.

### Soziale Unterschiede verschärfen sich

Während Menschen mit höherem Sozialstatus und besserer finanzieller Ausstattung ihre Gesundheitskompetenz verbessern konnten, stagnieren die Werte bei sozial benachteiligten Gruppen. „Wer bereits gut aufgestellt ist, profitiert vom positiven Trend. Wer dagegen ohnehin Schwierigkeiten hat, macht keine Fortschritte“, so die Forschenden. Sie warnen: Für

diese Gruppen bleibe das Risiko eines ungesunden Verhaltens hoch. Das Forschungsteam plädiert deshalb für gezielte Fördermaßnahmen in allen Bereichen, um die Gesundheitskompetenz zu stärken, soziale Ungleichheit abzubauen und allen Menschen den Zugang zu verständlichen und zuverlässigen Gesundheitsinformationen zu ermöglichen – das sei gerade angesichts der enormen Zunahme von Desinformationen dringend geboten.

Universität Bielefeld/Red.

In der Gesundheitskompetenz gibt es Lichtblicke – aber nicht in allen Bevölkerungsgruppen.



Mehr Ergebnisse:



+++ Die nächste Ausgabe der diabeteszeitung erscheint am 17. Dezember +++